

Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores

Elderly Men and Women Health Related Differences

Dra. C. Ileana E. Castañeda Abascal^I; MSc. María Fermina Ramírez Macías^{II}

^I Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico "Cuatro Caminos". Cotorro. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la humanidad se enfrenta a la elevación del número de ancianos(as). Cuba no es una excepción. La salud en ancianos(as) es diferente, debido a los factores biológicos, psicológicos y culturales a que están expuestos a lo largo de la vida, de ahí la necesidad de su estudio.

Objetivos: identificar las diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores en el área de salud Cuatro Caminos, durante el año 2009.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva y transversal. El universo estuvo constituido por los 1 562 ancianos (761 mujeres y 801 hombres) residentes en el área de salud Cuatro Caminos. La información se recolectó a través de los registros de adultos mayores, hojas de cargo de los consultorios médicos de la familia, y una entrevista semiestructurada aplicada a la totalidad del universo.

Resultados: las edades más representadas para ambos sexos estuvieron entre 60 y 79 años. Tanto mujeres como hombres padecían enfermedades crónicas, destacándose la hipertensión arterial. Las féminas fueron más frecuentes en los ancianos frágiles y en estado de necesidad. Los ancianos solos fueron mayoritariamente hombres. Las mujeres se realizaron más los exámenes periódicos de salud y recibieron atención domiciliaria.

Conclusiones. la salud, las actividades que realizan y la atención geriátrica son diferentes en mujeres y hombres adultos mayores.

Palabras clave: adultos mayores, envejecimiento, salud, género, diferencias entre mujeres y hombres.

ABSTRACT

Introduction: mankind faces the increase in the number of elderly. Cuba is no exception. Health in the elderly is different due to the biological, psychological and cultural factors they are exposed through life, hence the need to study.

Objective: to identify the differences related to elderly men and women health in Cuatro Caminos area in 2009.

Methods: a descriptive cross-sectional study was conducted. The universe consisted of the 1 562 elderly (761 women and 801 men) living in the health area of Cuatro Caminos. Information was collected from the records of elderly, daily record of care in family practices, and a semi-structured interview applied to the whole universe.

Results: the most represented age for both sexes were between 60 and 79 years. Both women and men suffered from chronic diseases, mainly hypertension. Women were more common in the frail and in need elderly category. Elderly men were mostly living along. In comparison, women had their health periodic reviews more systematically and received home care than men.

Conclusions: health, their activities and geriatric care are different in elderly men and women.

Keyword: elderly, aging, health, gender, differences between men and women

INTRODUCCIÓN

El número de personas que en el mundo rebasa los 60 años de edad aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50 a 700 millones en la década del 90, estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones.¹

Entre los países con transición demográfica más avanzada se encuentran Japón, Grecia, Italia, y en las Américas, Barbados, Bahamas, Canadá, Estados Unidos y Cuba. Las causas fundamentales se basan en la baja fecundidad y disminución de las tasas de natalidad y mortalidad.²

En el caso de Cuba la fecundidad está por debajo del nivel de reemplazo desde hace 30 años, la población de 0 a 14 años ha disminuido con respecto al total y ha aumentado la proporción de personas de 60 años y más. Al cierre del año 2008 la expectativa de vida al nacer era de 77,97 años para ambos sexos; la esperanza de vida geriátrica de 20,3 años para los hombres y 23,4 para las mujeres, cifras que evidencian un elevado número de longevos.³

Es significativo que nuestro país ostente una tasa de mortalidad infantil muy por debajo de países del llamado mundo desarrollado. El índice de envejecimiento al cierre de 2008 era de un 16,6 % a nivel nacional (en la capital era de un 19,2 %); ya para el 2009 dicho índice fue de 17,4 %, lo que evidencia el aumento gradual de adultos mayores en el país.⁴ Se estima que para el 2030, la población de la llamada avanzada edad, esté cercana a los 3 millones y medios, por lo que se ubicará entre las más envejecidas de América Latina y el Caribe.⁵

La mujer es el centro de la dinámica familiar porque es la responsable de la atención y cuidado de hijos, ancianos y enfermos, es la administradora de la economía hogareña y la ejecutora principal del trabajo doméstico, combinado con la jornada laboral y las responsabilidades sociales y políticas, todo lo cual repercute en su salud.⁶

El género constituye una categoría de las ciencias sociales que permite analizar las relaciones entre hombres y mujeres en un contexto determinado. Surge a través de un proceso de construcción social que define lo masculino y lo femenino a partir de los sexos biológicos, hasta establecer las posiciones de poder entre los mismos que conducen al establecimiento de desigualdades e inequidades.⁷

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos) que se manifiestan de forma distinta entre los sexos y muchas veces se mantienen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Las diferencias injustas o inequidades se producen a partir de dos fuentes: la desigualdad de derechos y de oportunidades. El énfasis en lo social dentro del género no implica la exclusión del elemento biológico, por el contrario, el foco de análisis se dirige al examen de ambos factores que conducen a situaciones de ventajas o desventajas para uno u otro sexo.⁸

A pesar de todos los beneficios y mejoramiento de la calidad de vida, la mujer cubana, al igual que en el resto del mundo, sigue teniendo mayor responsabilidad en la carga doméstica y en la atención a la familia, independientemente de su protagonismo como fuerza laboral y en otras tareas políticas, administrativas y sociales,^{8,9} todo lo cual indica, que la forma de vivir y por tanto las oportunidades de ser saludables, son diferentes para cada sexo y la repercusión de ello en las edades más avanzadas no es similar.

El envejecimiento normal o primario implica una serie de cambios graduales asociados a la edad que son intrínsecos e inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. Estos cambios biológicos, psicológicos y sociales no tienen por qué surgir en igual momento o grado en todos los adultos mayores, como ocurre por ejemplo, con la aparición de canas en el cabello.¹⁰

La atención a los adultos mayores en Cuba está contemplada en el Programa de la Atención Primaria de Salud (APS).¹¹ En dicho programa se establece que los ancianos(as) categorizados como sanos y enfermos crónicos son atendidos en los consultorios del médico de la familia. Los considerados como frágiles y discapacitados o en estado de necesidad (EEN) se remiten a la consulta de geriatría para ser valorados por el equipo multidisciplinario de atención gerontológica (EMAG).

Un elemento importante en la atención y seguimiento en salud de los ancianos es el análisis de situación de salud,¹² el cual se realiza sistemáticamente en el área, sin embargo no se detallan especificidades importantes, tales como la ocupación, limitaciones, necesidades, y no poseen enfoque de género, lo cual sería de interés para una planificación de salud diferenciada de acuerdo al sexo.

La investigación tuvo el objetivo de identificar las diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores en el área de salud Cuatro Caminos durante el año 2009.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal en el área de salud de Cuatro Caminos, municipio Cotorro, en el año 2009.

El universo estuvo constituido por 1 562 personas mayores de 60 años, de ellos 801 hombres y 761 mujeres, residentes en esta área y que recibieron atención a través de la estructura organizativa del sistema de salud del territorio.

Las fuentes de información fueron:

- Registro de adultos mayores: es un control propio del área de salud de Cuatro Caminos, para la notificación de las características de la población adulta mayor que existe en cada consultorio médico de la familia, el cual se actualiza anualmente. A través del mismo se obtuvieron los nombres y apellidos, fecha de nacimiento, enfermedades diagnosticadas, discapacidades, estado civil y tratamientos indicados de todas las personas involucradas en la investigación.
- Hoja de Cargo: se obtuvo información sobre los casos vistos en consultas, visitas a domicilio, tratamientos aplicados y los exámenes periódicos de salud (EPS).
- Entrevista semiestructurada a adultos mayores diseñada por la autora (Dra. Ileana Castañeda Abascal) y tomada de su Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias de Salud, en el 2005.⁹ La aplicación de la misma fue posible mediante el adiestramiento de las enfermeras de los siete consultorios del área de salud y de los estudiantes de cuarto año de licenciatura de enfermería que rotaban por estas unidades en el momento de la investigación. Con este instrumento se recogieron datos relacionados con la ocupación, las actividades domésticas, la atención a los nietos y sobrinos, actividades de descanso, los hábitos tóxicos y la percepción de salud.

A continuación aparece la lista de variables estudiadas, su escala de clasificación y algunas definiciones que son necesarias declarar:

- Consultorios: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.
- Edad: grupos de edades: 60-69, 70-79, 80-89, 90-99, 100 y más años.
- Sexo: femenino y masculino.
- Estado civil: casado, soltero, viudo, acompañado, otros.
- Enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, afecciones cerebrovasculares, demencia, otras.
- Fragilidad: la fragilidad se produce cuando por condiciones biomédicas, psicológicas y sociales del anciano(a), necesita de una atención especializada por el clínico, el geriatra, el psicólogo, la trabajadora social y otros funcionarios de la comunidad (EMAG). El grado de dependencia del anciano frágil puede ser relativo y recibir una atención temporal del gabinete gerontológico. La clasificación fue: encamados, viven solos, úlceras por presión, fracturas de cadera, diabéticos descompensados 80 y más años.
- Adultos en estado de necesidad (EEN): se produce cuando el adulto mayor posee condiciones biomédicas, psicológicas y sociales que lo hacen tributario de una atención permanente por el EMAG. El grado de dependencia de estos ancianos es

total, sin posibilidades de recuperación. La escala de clasificación fue: discapacitados físicos-motores (cuando el anciano (a) presentó dependencia para la realización de las actividades del diario vivir), discapacidad mental, visual, auditiva y otras.

- Variantes de integración social: se entendió como tal a todas las actividades que permiten el desarrollo de la capacidad funcional y mental de los ancianos, así como el enriquecimiento de sus potencialidades, que realizan los adultos mayores, dirigidas o no y que están relacionadas con tareas socialmente útiles, ya sean económicas, socio-culturales, educativas, políticas y de atención a la salud. La escala de clasificación utilizada fue: líderes comunitarios, casa de combatientes, trabajos agrícolas, peñas literarias, ejercicios de meditación, brigadistas sanitarios, combatientes por la educación, grupo de organización recreativo (GOR) y los círculos de abuelos en sí.

- Comedores comunitarios: incorporados, no incorporados.

- Hábitos tóxicos: fumadores, alcohólicos, automedicación.

- Actividades de descanso: ver televisión, leer, oír radio, reposar, conversar, compartir con la familia, otras.

- Percepción de la salud: buena, regular o mala.

- Ocupación: ama de casa, sin jubilar, contratados, cuentapropistas, otros.

- Actividades domésticas: búsqueda de alimentos, cocinar, lavar, planchar, fregar, limpiar, cuidar a los enfermos, reparar roturas en el hogar, otras.

- Atención a nietos, sobrinos: alimentación, sueño, baño, disciplina, llevar y recoger de las instituciones escolares, ayuda a las tareas docentes, asistencia a las reuniones de padres, otras.

- Tratamiento medicamentoso con prescripción médica: sí, no.

La atención geriátrica se estudió mediante las variables:

- Exámenes Periódicos de Salud (EPS): constituyen herramientas clínicas que permiten evaluar periódicamente al anciano para realizar profilaxis de los factores de riesgo y diagnosticar precozmente alteraciones biomédicas, psicológicas y sociales. Según resultados se clasifican en ancianos frágiles y en estado de necesidad, los cuales son remitidos al gabinete gerontológico.

- Visitas domiciliarias: es una tarea conjunta que realiza el equipo básico de salud, y que consiste en visitas al hogar de los ancianos para valorar el funcionamiento familiar, el entorno y la situación de salud que presentan mujeres y hombres adultos mayores en el lugar donde conviven. La atención domiciliaria es un complemento del examen periódico de salud, ya que existen elementos en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) que solo se pueden valorar en la visita domiciliaria.

La escala de clasificación de las dos variables anteriores relacionadas con la atención geriátrica fue:

- Sanos: anciano que tiene capacidad funcional e independencia para desempeñarse en tres círculos: micromundo social, familiar y en sí mismo.
- Enfermos: persona que tiene un diagnóstico clínico de una enfermedad crónica o aguda.
- Frágiles y en estado de necesidad (descritos anteriormente).

La información recogida en el registro de adultos mayores, las hojas de cargo y la entrevista, se vació en una base de datos en Excel y se presentó en porcentos.

Para la realización del estudio se coordinó previamente con la dirección municipal de Salud del Cotorro, el policlínico de Cuatro Caminos y el EMAG. Se garantizó la seguridad, veracidad e integridad de los datos recolectados, que sólo serán publicados en forma resumida, lo cual resguarda la confidencialidad de la información.

Se realizó la investigación sobre la base de una comunicación educativa y con la solicitud, de forma oral, del consentimiento informado de los adultos mayores estudiados. Se garantizó que las entrevistas fueran realizadas en lugares adecuados donde se pudiera respetar la privacidad. En todo momento se vigiló el principio del respeto a la dignidad humana.

RESULTADOS

Los grupos de edad donde hubo más representación de ancianos fue el de 60 a 69 años, con 43,50 % en el sexo femenino y 44,07 % en los hombres, siguiéndole el de 70 a 79 años con un 37,83 % y 35,61 % para ancianos y ancianas respectivamente. Se encontró un elevado número de octogenarios, predominando las mujeres.

En cuanto al estado civil, el 60 % de hombres y mujeres se encontraban casados y acompañados, con una discreta diferencia a favor de las féminas.

La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más frecuente en mujeres y hombres, con un 48,88 % y 41,07 % respectivamente. El orden de las siguientes enfermedades fue similar para ambos sexos, de forma descendente se encontraron la diabetes mellitus, el asma, las enfermedades cerebrovasculares y la demencia (Tabla 1).

En la tabla 2 se presentan los diferentes estados de fragilidad; el estado más frecuente fue el de vivir solos y hubo una marcada diferencia entre hombres (4,87 %) y mujeres (1,58 %). Hubo más mujeres encamadas (1,71 %), mientras los hombres solo fueron el 0,75 %. En ambos sexos los casos de encamamiento respondieron a afecciones cerebrovasculares y procesos malignos.

Tabla 1. Adultos mayores según enfermedades crónicas y sexo.

| Enfermedades crónicas | Masculino | | Femenino | |
|-----------------------|-----------|-------|----------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| Diabetes Mellitus | 74 | 9,24 | 121 | 15,90 |
| Hipertensión arterial | 329 | 41,07 | 372 | 48,88 |
| Asma | 67 | 8,36 | 69 | 9,07 |
| Cerebrovascular | 7 | 0,87 | 12 | 1,58 |
| Demencias | 9 | 1,12 | 6 | 0,79 |
| Otras | 17 | 2,12 | 37 | 4,86 |

Fuente: registro de adultos mayores de los consultorios

Tabla 2. Adultos mayores según sexo y fragilidad.

| Fragilidad | Masculino | | Femenino | |
|---------------------------|-----------|-------|----------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| Viven solos | 39 | 4,87 | 12 | 1,58 |
| Encamados | 6 | 0,75 | 13 | 1,71 |
| Úlceras por presión | 6 | 0,75 | 11 | 1,45 |
| Fracturas de cadera | 1 | 0,12 | 7 | 0,92 |
| Diabéticos descompensados | 5 | 0,62 | 16 | 2,10 |
| 80 y más años | 145 | 18,10 | 159 | 20,89 |

Fuente: hojas de cargo

Los estados de necesidad en los adultos mayores arrojaron que las discapacidades físicas-motoras fueron algo más elevadas en los hombres, mientras que en las mujeres fueron más frecuentes las discapacidades mentales y las ciegas. Las discapacidades mentales se presentaron con poca diferencia en ambos sexos, pero con algún predominio femenino. En otros estados de necesidad se incluyeron personas con atención social, con un predominio en las mujeres, coincidiendo con casos de déficit visual que viven solas y sin amparo familiar (tabla 3).

En la mayoría de las variantes de integración social hubo mucho más hombres que mujeres, con la excepción de las relacionadas con actividades de salud, educación y asociados a círculos de abuelos. Se destaca la cifra de hombres sin jubilar (42,57 %), mientras las mujeres sólo alcanzaron el 11,96 %.

Entre las variantes de integración social se incluyeron también los que se dedicaban a ayudar enfermos y discapacitados. También se encontraron a varios abuelos que apoyaban las casas de educación por las vías no formales, predominando fundamentalmente las mujeres.

Tabla 3. Adultos mayores según sexo y en estado de necesidad

| Adultos en Estado de Necesidad | Masculino | | Femenino | |
|--------------------------------|-----------|------|----------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Discapacitados físicos | 4 | 0,50 | 9 | 1,18 |
| Discapacitados motores | 17 | 2,12 | 4 | 0,53 |
| Discapacitados mentales | 6 | 0,75 | 9 | 1,18 |
| Ciegos | 7 | 0,87 | 11 | 1,45 |
| Sordos | 8 | 1,00 | 3 | 0,39 |
| Otros | 5 | 0,62 | 11 | 1,45 |

Fuente: hojas de cargo

La mayoría de hombres y mujeres adultos mayores no estaban incorporados a los comedores comunitarios. Estas instituciones sociales han sido creadas para elaborar alimentos y brindar este servicio fundamentalmente a los ancianos frágiles y en estado de necesidad, junto a otros casos sociales que fueron escasos.

Se encontró que la ocupación más frecuente en las mujeres fue la de amas de casa (66,62 %), mientras en los hombres fueron los sin jubilar (42,57 %) (tabla 4).

Tabla 4. Adultos mayores según sexo y ocupación

| Ocupación | Sexo | | | |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|
| | Masculino | % | Femenino | % |
| Ama de casa | 8 | 1,00 | 507 | 66,62 |
| Sin jubilar | 341 | 42,57 | 91 | 11,96 |
| Contratados | 131 | 16,35 | 29 | 3,81 |
| Cuentapropistas | 121 | 15,11 | 8 | 1,05 |
| Otras variantes | 200 | 24,97 | 126 | 16,56 |
| Total | 801 | 100 | 761 | 100 |

Fuente: registro de adultos mayores

En la tabla 5 se puede observar que las mujeres, en todas las actividades domésticas, superaron a los hombres, excepto en la reparación de roturas en el hogar y búsqueda de alimentos, que fueron realizados casi siempre por los hombres.

Tabla 5. Adultos mayores según sexo y actividades domésticas

| Actividades domésticas | Sexo | | | |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|
| | Mujeres | % | Hombres | % |
| Búsqueda de alimentos | 248 | 32,59 | 425 | 53,06 |
| Cocinar | 631 | 82,92 | 20 | 2,50 |
| Lavar | 753 | 98,95 | 27 | 3,37 |
| Planchar | 748 | 98,29 | 10 | 1,25 |
| Fregar | 751 | 98,69 | 40 | 4,99 |
| Limpiar | 754 | 99,08 | 15 | 1,87 |
| Cuidar enfermos | 721 | 94,74 | 8 | 1,00 |
| Reparar roturas | 8 | 1,05 | 771 | 96,25 |

Los adultos mayores expresaron que las mujeres, mucho más que los hombres casi siempre realizan la atención a los nietos y otros niños de la familia, sobre todo la atención a la alimentación, al sueño, al baño y la ayuda en las tareas docentes. Los abuelos fueron los que refirieron ayudar más en la asistencia a las reuniones de padres, en la atención de la disciplina y en la acción de llevarlos y recogerlos en las instituciones infantiles y escolares.

La automedicación fue más frecuente en las mujeres, mientras que el hábito de fumar se encontró más en los hombres. El consumo de bebidas alcohólicas fue menos importante para ambos sexos, con un predominio en el masculino.

Las actividades de descanso más frecuentes en los hombres fueron ver la televisión (97,50 %), leer (85,02 %), conversar (100 %), mientras que las actividades de descanso que refirieron realizar más las mujeres fueron: escuchar la radio (71,35 %) y compartir con la familia (70,17 %), lo que se presenta en la tabla 6.

Tabla 6. Adultos mayores según sexo y actividades de descanso

| Actividades de descanso | Masculino | | Femenino | |
|--------------------------|-----------|--------|----------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| Ver televisión | 781 | 97,50 | 61 | 8,02 |
| Leer | 681 | 85,02 | 57 | 7,49 |
| Oír radio | 148 | 18,48 | 543 | 71,35 |
| Conversar | 801 | 100,00 | 382 | 50,20 |
| Compartir con la familia | 151 | 18,85 | 534 | 70,17 |
| Otras | 339 | 42,32 | 115 | 15,11 |

Hubo un elevado número de mujeres que refirieron seguir tratamientos médicos (46,52 %), mientras el 77,28 % de los hombres no los seguían.

Los hombres presentaron buena percepción de la salud (69,54 %), no ocurriendo así en el caso de las mujeres, con un 27,73 %. El mayor número de las adultas mayores presentaron la percepción de la salud regular o mala.

En nuestro estudio se observó que al cierre de 2009 se habían realizado 206 exámenes periódicos de salud, el 46,60 % en los enfermos y el 38,83 % en los frágiles. En los hombres se realizaron más exámenes en los frágiles y en los estados de necesidad, mientras en las mujeres fueron en las enfermas. Este chequeo no fue realizado en el caso de los adultos sanos.

Las visitas domiciliarias realizadas fueron 1 640, de ellas 1 185 a mujeres y 455 a hombres. En ninguno de los dos sexos se hicieron visitas a los ancianos valorados como sanos. De manera general el mayor porcentaje de visitas correspondió a los ancianos con fragilidad con un 56,22 %; para las féminas un 55,19 % y un 58,90 % para los hombre.

DISCUSIÓN

El predominio masculino fue explicado en una investigación realizada en este mismo territorio a finales del 2009, que encontró que habían familias bigeneracionales y en tercera etapa del ciclo de vida, con pérdida del cónyuge, sobre todo las mujeres, por tanto las abuelas han quedado como jefas de núcleo junto al resto de la familia, de la primera y segunda generación.¹² Además, en el territorio existe la comunidad La Portada, que se caracteriza por contar con residentes que pertenecen a las Fuerzas Armadas Revolucionarias, con un considerable número de trabajadores civiles, mayoritariamente hombres, que laboran en la Empresa Nacional Militar de Liberación, cercana al área de salud de Cuatro Caminos. La frecuencia de hombres en las áreas rurales puede estar dada porque en esas zonas las actividades agrícolas son frecuentes e históricamente han sido ejecutadas fundamentalmente por los mismos.

En las edades más avanzadas predominó el sexo femenino en concordancia con la expectativa de vida geriátrica del país, donde las mujeres viven más que los hombres.^{3,4}

El hecho de que la mayoría de las mujeres y hombres fueran casados o acompañados es una situación favorable, por estar en compañía de sus parejas y protegidas para enfrentar los problemas de salud. La soledad es una causa de depresión en los ancianos que muchas veces hace que pierdan el apetito por no contar con el estímulo de una compañía en el hogar. Las personas adultas mayores que viven solas son más propensas a sufrir accidentes en el hogar por no contar con una pareja que los alerte y los cuide.

La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más frecuente en los ancianos, constituyendo uno de los principales problemas de salud de esta área. Con el aumento de la edad, el funcionamiento del sistema cardiovascular se va comprometiendo gradualmente.² El hecho de la alta frecuencia de hipertensión arterial puede ser explicado por el estrés mantenido, el cual actúa como factor de riesgo, especialmente en los adultos mayores. Tanto hombres como mujeres mayores de 60 años, en la actualidad, enfrentan una situación socio-económica que

obliga a esfuerzos intensos en el enfrentamiento a la vida cotidiana, que se ha agudizado por la actual crisis económica y el bloqueo histórico al que está sometida la población cubana.³

El predominio de diabetes mellitus en las mujeres puede haber sido el resultado de que esta enfermedad, además de ser hereditaria y endocrino-metabólica, tiene implicación vascular, situación que se agudiza en este sexo por las múltiples actividades que ellas realizan en el trabajo doméstico, como el cuidado de la familia y los enfermos, que las obligan a permanecer mucho tiempo de pie con pocas posibilidades de un reposo venoso adecuado.^{8,9}

El cuadro de salud de la población en los años futuros estará caracterizado por el aumento sustancial en la denominada «cuarta edad», donde aumentarán las enfermedades crónicas no transmisibles, las que continuarán reemplazando a otras causas morbilidad y mortalidad en nuestro país y que impondrá un aumento importante en los gastos del sector de la salud.¹

La fragilidad en el adulto mayor se determina sobre la base de normas internacionales ya validadas, aplicándose una escala universal que incluye las diferentes categorías, denominada Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.¹³

La vida en solitario de muchos hombres se puede deber a que trabajan como pequeños agricultores, parcelarios y cuentapropistas, dedicados al cultivo de la tierra y a la venta de sus frutos. En su afán de no abandonar sus terrenos y de continuar garantizando la ayuda alimentaria y económica a sus familiares, residen solos en el campo y mantienen relaciones esporádicas con sus seres queridos que están establecidos en la ciudad.

Las mujeres que viven solas son jefas de núcleos de familias bigeneracionales y en su mayoría viudas, sobre todo en las edades mayores de 80 años, lo que coincide con lo encontrado por otros autores.¹²

Los hombres permanecen mayor tiempo fuera del hogar y tienen vinculación laboral más riesgosa, por lo que son más vulnerables a los accidentes peridomésticos y accidentes de trabajo que pueden ocasionar las discapacidades físicas y motoras.

Las mujeres tienen un mayor protagonismo en las labores domésticas, por lo que son las responsables directas de la alimentación y del enfrentamiento a los problemas de salud y cuidados de la familia, sometidas a un estrés mantenido por las incidencias que ocurren en la cotidianidad.

El déficit visual más frecuente en las mujeres se puede relacionar a la actividad que realizan, obligadas a permanecer durante mucho tiempo en la cocina, en contacto con sustancias irritantes, además de disfrutar de pocas horas de sueño. En las zonas rurales se cocina con leña en muchos hogares por la escasez de otros combustibles. La exposición directa a la leña produce irritabilidad en la conjuntiva y procesos alérgicos. Además es una complicación mediata de la diabetes mellitus (retinopatía diabética) y su aparición más frecuente en las mujeres adultas mayores puede deberse a las pocas horas de reposo y sueño debido a la carga doméstica y familiar de estas abuelas.

La descompensación en la diabetes fue más frecuente en las mujeres. Se ha demostrado que la mujer enfrenta la carga doméstica y familiar, por lo que es más vulnerable a las complicaciones de esta enfermedad crónica, tales como la insuficiencia circulatoria, úlceras varicosas, amputaciones y déficit visual.⁶

Las discapacidades mentales encontradas en ambos sexos pueden estar relacionadas con las alteraciones neurológicas anatómicas y funcionales, como son los casos que padecen de hipertensión arterial y sufren de alteraciones vasculares.¹³ Como se comentó anteriormente, existió un predominio de hipertensión arterial y diabetes mellitus en las mujeres, estas enfermedades son causas frecuentes de afecciones cerebrovasculares que ocasionan isquemias y daños cerebrales, trayendo como consecuencia las discapacidades físicas y mentales.

Lo encontrado en las variantes de integración social estudiadas se explica porque los hombres, en su gran mayoría, tenían edades entre 60 y 65 años, por lo que se encontraban amparados por la nueva Ley de Seguridad Social, otros se encontraban vinculados a actividades fuera del hogar, en contratadas u otras funciones sociales.

El hecho de que se hayan destacado las mujeres en las actividades de salud y la educación en las variantes de integración social, puede deberse a que ellas son las que fundamentalmente cumplen las funciones de atención a la familia, por ser las que pasan la mayor parte del tiempo en el hogar y tienen la facilidad de vincularse constantemente con las instituciones infantiles y escolares. Las féminas mantienen una actitud abnegada de ayuda en todas las actividades sociales, una mejor entrega y entusiasmo para apoyar a los factores de la comunidad y es por eso que tienen mayor protagonismo como líderes sociales.⁸ Ellas son las que han apoyado a los círculos de abuelos desde su propia creación. El escaso cúmulo de abuelos en esta actividad se puede justificar porque mantienen la obligación de la búsqueda del dinero y del alimento familiar mediante el vínculo laboral.⁸

En otros estudios realizados se ha encontrado que son las mujeres las que más se destacan en el cuidado de las personas con problemas de salud, por ser las más solidarias, sacrificadas, comprensivas y responsables en la vigilancia y alivio del dolor humano.^{8,9}

El hecho de que se encontraron más hombres asociados a la casa de abuelos puede deberse a que la mayoría de estos ancianos tienen dependencia de esta institución, por vivir solos y sin amparo familiar.¹² La casa de abuelos está ubicada en el poblado de Cuatro Caminos, con una capacidad de 25 abuelos y con un promedio de estancia actual de 22.

Las razones que pueden explicar de que los hombres constituyeron la mayoría de los incorporados a los comedores comunitarios se deben a que las abuelas permanecen en el hogar y se cocinan sus alimentos, mientras ellos prefieren acudir a estos sitios donde reciben los alimentos ya elaborados, sobre todo los que viven solos.

El número importante de amas de casa pudo estar condicionado porque las mujeres se jubilan más temprano que los hombres para ayudar en las tareas domésticas y el cuidado de nietos e hijos.^{3,8}

Mientras que la mayor frecuencia de hombres que se mantenían sin jubilar puede explicarse porque la nueva Ley de Seguridad Social eleva la edad de jubilación a 65 años para este sexo, lo que les permite mantener por más tiempo con la responsabilidad de buscar el dinero necesario para la obtención de los alimentos, solución de los problemas económicos y el sustento del núcleo familiar, función que realizan hasta que la salud se los permita, como le exige el comportamiento masculino que prevalece en nuestra sociedad.^{8,9}

Se ha demostrado en estudios anteriores^{6,8,9} que son las mujeres las de mayor protagonismo en las actividades domésticas, siendo una de las razones fundamentales su mayor permanencia en el hogar. La mujer cubana es una excepción en el mundo y tiene múltiples libertades sociales desde el triunfo de la revolución. Muchas de ellas, al arribar a los 60 años, continúan vinculadas laboralmente, pero en su gran mayoría regresan al hogar y enfrentan allí las funciones fundamentales con la familia.

Los hombres históricamente han sido reconocidos como los de mayor fortaleza para enfrentar los trabajos que requieren un mayor esfuerzo físico, y es por eso que son los principales protagonistas en las reparaciones de roturas en el hogar, son los que poseen las habilidades de carpintería, plomería, mantenimiento eléctrico, entre otras. La búsqueda de alimentos se realiza fuera del hogar, porque su ejecución se hace en un proceso de negociación, por lo que ha sido más aceptado por el sexo masculino.⁹

En otros estudios se encontraron resultados similares relacionados con la realidad del protagonismo de las mujeres en las actividades de atención a la familia y en especial a los nietos, en comparación con los hombres que se destacaron en las actividades fuera del hogar, que no interfirieran en su vínculo laboral o que estuvieran relacionadas con la ejecución de negociaciones o en aquellas que pudieran ejercer el poder.^{8,9}

En el caso de las mujeres, la práctica de la automedicación se explica porque son las que con mayor frecuencia se sienten enfermas, como se constató anteriormente en esta investigación. Otra razón pudiera ser la responsabilidad que sienten por los quehaceres hogareños y el cuidado de la familia, por lo que se preocupan por tratar de sentirse aptas para seguir siendo útiles.

Los hombres no se exceptúan de la automedicación, ya que tienen más dificultad para expresar síntomas mentales y físicos, lo que justifica su resistencia a buscar ayuda médica.

El hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas tienen una mayor frecuencia en el sexo masculino. La mayoría de los adultos mayores que ingieren bebidas alcohólicas puede deberse a un mal hábito desde edades tempranas, característico en esta zona rural.

En las mujeres el hábito de fumar señala una cifra considerable, aunque no tan relevante como en los hombres. Las féminas justifican este consumo como una forma de mitigar problemas psicológicos. El tabaquismo en ambos sexos, ha sido un hábito inadecuado practicado a través de toda la vida.¹⁰

Las actividades de descanso realizadas por las mujeres no interfieren en sus labores domésticas cotidianas y en cuanto a compartir con la familia se armoniza con la labor educativa y con las relaciones amorosas con los más pequeños y los enfermos.⁸

La falta de descanso en los hombres puede ser la razón de la vulnerabilidad que presentan al padecimiento de enfermedades crónicas y a discapacidades mentales, dado su deterioro anatómo-fisiológico.¹³

La elevada frecuencia de mujeres que refirieron tener tratamientos médicos concuerda con lo encontrado en esta investigación en cuanto a que las féminas presentaron más enfermedades crónicas y discapacidades sensoriales, además que se encuentran sometidas a un mayor estrés y falta de descanso por el rigor del

trabajo doméstico y la atención a la familia, lo que conlleva a la necesidad de búsqueda de tratamiento médico. Por otra parte, ellas son más preocupadas por su salud, la cual cuidan esmeradamente para no abandonar a su familia.^{14,15}

En otros estudios se encontraron resultados similares en relación a que las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y de discapacidades durante su vida que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas. En gran medida la mayor morbilidad y discapacidad de las mujeres se justifica por los patrones de socialización, actividades domésticas, obligaciones y tipos de ocupación que generan situaciones de sobrecarga física y emocional, viéndose en la necesidad de cumplir tratamientos médicos para aliviar su estado de salud.^{8,9}

Los hombres también son portadores de enfermedades crónicas y de discapacidades, pero son menos propensos a la atención médica. En muchas ocasiones padecen de alguna situación agudizada en su enfermedad crónica y no lo comunican, ya sea por prejuicios, temor por perder el vínculo laboral, o la oportunidad de salir del hogar a resolver necesidades económicas de la familia.

La mujer adulta mayor trata de demostrar en todo momento una preocupación por la buena marcha de la familia y el estado de salud de sus descendientes, no escatimando horas de descanso y sueño, es una constante vigilante del cuidado, educación y atención a los más pequeños y a su pareja de los años.^{8,9} Esta sobrecarga emocional en las féminas hace que aumente la impresión de tener alteraciones de la salud, muchas veces por el propio agotamiento físico y mental. Además la mujer generalmente posee más conocimiento sobre las enfermedades que ellas mismas padecen, lo que las hace más vulnerables a sentir los síntomas.

Todas estas razones justifican la búsqueda de atención médica, cumplimiento de tratamientos y la automedicación, para seguir siendo útiles a los demás.

Las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la atención geriátrica se estudió mediante los EPS, que constituyen una herramienta clínica que tiene el equipo básico de salud para la realización del proceso de evaluación de los ancianos y que consiste en chequeos sistemáticos que se realizan en el consultorio médico de la familia, basados en una valoración clínica de alteraciones biomédicas, psicológicas y sociales, que indican los diagnósticos de fragilidad y en estado de necesidad. Los casos positivos son remitidos al policlínico para ser atendidos por el EMAG.¹¹

Los exámenes periódicos de salud deben realizarse anualmente en el caso de los ancianos sanos. En los enfermos crónicos este chequeo debe ser al menos dos veces al año y cuatro veces cuando se trate de frágiles y en estado de necesidad.¹¹

El mayor número de exámenes periódicos realizados a las mujeres pudo estar relacionado con el hecho de que ellas son las que permanecen mayor tiempo en el hogar, siendo a su vez las que más asisten a las consultas médicas, a diferencia de los hombres, los cuales permanecen la mayor parte del tiempo fuera del hogar, vinculados laboralmente, lo que fue un resultado de esta investigación expuesto anteriormente.

La atención geriátrica por el concepto de visita domiciliaria y de acuerdo a los indicadores estadísticos fue baja según lo establecido en el Programa de Atención al Adulto Mayor. Para lograr que la población de la llamada tercera edad goce de una adecuada calidad de vida debe brindársele especial atención a su estado de salud, a la determinación de los factores de riesgo de las principales enfermedades que la

afecta, a la predicción de discapacidades, a proporcionarles seguridad económica y material, así como la protección social y familiar requerida.¹¹

La atención domiciliaria constituye una de las acciones fundamentales para garantizar una atención geriátrica con calidad. En el caso de las mujeres, se encontró un mayor predominio de visitas realizadas, por la razón conocida de que ellas son las que permanecen mayor tiempo en el hogar, no sucediendo así en el caso de los hombres.

CONCLUSIONES

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las enfermedades crónicas más frecuentes en las mujeres. Los hombres presentaron hábitos tóxicos como el tabaquismo y la ingestión de bebidas alcohólicas. Las féminas manifestaron cumplir más que los hombres con los tratamientos médicos y tuvieron peor percepción de salud.

La fragilidad y los estados de necesidad afectaron a ambos sexos, a las mujeres por úlceras por presión, fracturas de caderas y encamadas y los hombres por discapacidades físico-motoras y vivir solos. Los ancianos frágiles se beneficiaron más con los comedores comunitarios que las ancianas.

La mayoría de los hombres adultos mayores de esta área de salud se encontraron vinculados laboralmente, mientras que las mujeres eran amas de casa y principales ejecutoras de las actividades domésticas y de la atención a la familia, sobre todo a los más pequeños. Se destacaron en la realización de actividades como combatientes por la educación y la salud en la comunidad, todo lo cual conllevó que pudieran disfrutar de pocas posibilidades de descanso.

La atención geriátrica no fue suficiente para ninguno de los dos sexos, aunque las mujeres fueron las más beneficiadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev. Cub. Salud Pública. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2006; 32 (1): 21-27.
2. Malagón y Guevara A. Enfoque de la situación en Cuba del Adulto Mayor. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2005.
3. Castro Ruz R. Reflexiones sobre el anteproyecto de la nueva Ley de Seguridad Social. VII Sesión de Legislatura de la Asamblea Nacional del Poder Popular. Periódico Granma. 11-7-08. Columna 03.
4. El envejecimiento de la población en Cuba y sus territorios: cifras e indicadores para su estudio. ENSAP: CEPDE-ONE; 2000-2001.
5. Castañeda Abascal I, Corral Martín A, Barzaga Torres M. Perfiles de género y salud de Cuba. Rev. Cub Salud Pública , jun 2010; 36 (2):132-141.

6. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal IE. Enfoque de género en salud. Algunas consideraciones. (CD-Rom). La Habana: MINSAP; 2003.
7. Castañeda Abascal IE. Algunas reflexiones sobre el género. Rev. Cub. Salud Pública. La Habana: MINSAP; 1999. 25 (2): 7-8.
8. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev. Cub. Salud Pública. 2007; 33 (2): pág. 16-21.
9. Castañeda Abascal IE. Construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género en el contexto cubano. (Tesis doctoral). La Habana: ENSAP; 2005.
10. Castañeda Abascal I. E. Diferencias de género en las edades del ciclo vital de 65 años y más en el municipio Guanabacoa. Rev. Cub. Medicina General Integral. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2009; 25 (11): 30-43.
11. Nuevo Programa de Atención al Adulto Mayor en Cuba: Hacia dónde vamos. La Habana: MINSAP; 1995.
12. Jiménez Díaz AC. Caracterización del adulto mayor octogenario en el área de salud de Cuatro Caminos. Fórum científico. Cotorro, 2009.
13. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev. Cub. Salud Pública. 2007; 33 (1): 1-17.
14. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal IE. Enfoque de género en salud: Su importancia y aplicación en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2012 Nov 28] ; 19(3) . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300002&lng=es .
15. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal I. Perspectivas de género en la gestión de salud. Temas de actualización. (CD-Rom). La Habana: ENSAP; 2004

Recibido: 12 de julio de 2013.
Aprobado: 31 de julio de 2013.

Dra. C. Ileana E. Castañeda Abascal

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. Teléfono: 537 641 1266.
Correo electrónico: ileca@infomed.sld.cu