

Percepción del estado de salud en los adultos mayores y su relación con factores sociodemográficos y estilo de vida

Lorena Aguilar Castellanos
Fernando Ruíz Balbuena

Percepción, concepto y generalidades

La percepción es un proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. Los primeros estudios científicos sobre percepción comenzaron en el siglo XIX. Con el desarrollo de la fisiología, produjeron los primeros modelos que relacionan la magnitud de un estímulo físico con la del evento percibido. Los investigadores más relevantes en el estudio de la percepción fueron: Von Helmholtz, Fechner, Heinrich, Eundt, Stevens, Gibso, Köhler, entre otros no menos importantes (Merleau, 1985; Golstéin, 2006)

Percepción de salud y calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso una definición por consenso de calidad de vida y la define como: “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y su relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

El concepto de percepción de la salud en adultos mayores más que en otros grupos implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales y soporte social. No obstante, su determinación más allá de lo estrictamente médico, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión y los investigadores que trabajan con este grupo de población. (Rowe, 1986; Gallegos y cols., 2006)

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en las encuestas de salud. En la series de encuestas nacionales (desde 1987) se repite la pregunta sobre el estado de salud con valoraciones de *muy bueno*, *bueno*, *regular*, *malo* o *muy malo*; esta valoración del estado de salud nos acerca, no sólo a quienes perciben su salud de una u otra manera, sino también aporta una aproximación de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen. Es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas (Abellán, 2003).

Según Vladislavovna (2008) de la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Centro Médico Nacional Siglo XXI, refiere que la autopercepción del estado de salud (APES) es un indicador subjetivo; empero, es una aproximación confiable del estado de salud global y un componente importante de la calidad de vida; en este sentido la OMS lo ha recomendado para la conducción de estudios epidemiológicos (Bruin, 1996). Asimismo, otros autores han constatado que medir la percepción personal de salud es útil como indicador global del nivel de salud de la población que refleja elementos tanto sociales y de salud (Arber, 1999; Aspiazu y cols., 2002; Damian, 1999; Seculi y cols., 2001).

En este sentido la longevidad ha sido para toda la humanidad un ideal expresado de diversas maneras; sin embargo, no solo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejoras condiciones. Éstas pueden alcanzarse a través de influir en la condición y estilo de vida, así como en mayores conocimientos de los factores biológicos y avances científicos que aumenten la esperanza de vida y mantengan la capacidad funcional del ser humano (Peña, 2009).

Puede decirse que la calidad de vida resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino de las condiciones del medio ambiente relacional en sentido amplio (integración social, hábitos de vida, grado de alfabetización, uso de tiempo libre), y también del sistema vigente de representaciones sociales acerca de la vejez (Monchietti, 2000).

El presente estudio es una investigación de corte transversal, que consideró a 402 adultos mayores, cuyo objetivo es caracterizar la auto-percepción de la salud de los adultos mayores chiapanecos y determinar su relación con factores sociodemográficos y de estilo de vida.

Percepción del estado de salud en América Latina y México

La autopercepción de la salud ha resultado ser un parámetro válido para la medición del estado de salud de los ancianos, y en general, es un instrumento necesario para su correcta atención (Tirado y Moreno, 2004). Dada la importancia de esta herramienta, ha sido estudiada ampliamente en los últimos años con la finalidad de conocer las características del estado de salud de aquellos. Por ejemplo, una investigación titulada: *Percepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México*, registró que la mayor parte de la población de adultos mayores de México, reportó su estado de salud como regular y bueno (80,2%) y sólo un 19,8% refirió que su estado de salud era malo o muy malo (Gallagos y cols., 2006).

Un estudio sobre percepción de la salud realizada en América Latina, constató que la mayor parte de los AM calificó su salud como *buen*a (50 hasta 60%), y entre el 5 y el 19% lo calificó como *mal*a. Cabe hacer mención que sólo el 6% percibió su salud como *excelente* (Wong y cols., 2005).

Con relación a la pobreza es un hecho que aquella persona que durante toda su vida fue pobre y continua siéndolo, enfrenta en la vejez un estado de salud deteriorado debido fundamentalmente a las carencias que ha enfrentado (Salgado y cols., 2007). Existen otros estudios que han analizado las características del estado de salud de los adultos mayores. Por ejemplo, el estudio chileno: *Condiciones de salud de la población de 60 y más años* reveló que el 47.5% de los ancianos padecía una enfermedad crónica: 51.9% de las mujeres y 41.3% de los varones (Cornejo y cols., 1995).

El concepto de percepción de salud en adultos mayores más que en otros grupos de edad, depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. No obstante, su determinación más allá de lo estrictamente médico, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisiones y los investigadores que trabajan con este grupo de población (Rowe, 1985).

Por otra parte, en México, actualmente contamos solo con 250 especialistas geriatras para atender a 7.3 millones de adultos mayores. Hay un déficit importante de personal médico especializado para cubrir la demanda de este creciente segmento de la población. Sin embargo, se requieren no únicamente médicos especializados, sino profesionales de otras disciplinas para atenderlos adecuadamente. Es necesario capacitar en gerontología a médicos, odontólogos, psicólogos, oftalmólogos, trabajadores sociales, enfermeras y nutriólogos, entre otros profesionales de la salud (Salgado y Wong, 2007).

Percepción del estado de salud y su relación con factores sociodemográficos

Son muchos los factores que influyen en la valoración de la percepción de la salud, el primero que abordaremos es el sexo. Diversos estudios reportan que la mujer refiere una peor percepción de su estado de salud y un mayor número de enfermedades que el hombre (Gallegos y cols., 2006; Cañas y Buschiazio., 2000; Cornejo y cols., 1995; Fernández y cols., 2002; Pedrera y cols., 1999) y como consecuencia son ellas las que más fármacos consumen (Chirischilles y cols., 1992; Fernández y cols., 2002).

Un estudio realizado en Cataluña (España) sobre percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida, reportó que el 57.3% de las mujeres de 60 y más años declaraba no tener buena salud frente al 43.6% de los varones, también fue superior la proporción de mujeres que padecía una o más discapacidades (41.2%) respecto a los varones (28.7%) así como las enfermedades crónicas, 92.2% de las mujeres y el 85.6% de los varones (Séculi y cols., 2001). Por otra parte, otro estudio refiere que la relación entre sexo y valoración del

estado de salud es estrecha. Las mujeres suelen percibir un peor estado de salud a todas las edades, especialmente cuando superan los 50 años, este patrón se repite a lo largo del tiempo y en diferentes sociedades en distintos países. En concreto, entre las mujeres de 65-80 años las percepciones positivas disminuyen considerablemente mientras que aumentan las negativas (Abellán, 2003).

Asimismo, en Extremadura (España), se realizó un trabajo con 960 ancianos, en el cual se encontró que el número medio de enfermedades crónicas entre las personas encuestadas fue de 2.5 que distribuidos por sexos corresponde a una media de 2.1 para la mujer, superior a la obtenida en el hombre 1.9, destacando como enfermedades crónicas más prevalentes en el anciano la hipertensión arterial (43.1%) y la artrosis (41%), (Fernández y cols., 2002). Otro trabajo sobre enfermedades crónicas, realizado en ese mismo país con 217 ancianos, encontró una media de 1.8, aumentando con la edad: 1.3 en el grupo de 65 hasta 68 años a 2.2 en mayores de 68 años, y las enfermedades más frecuentes fueron: hipertensión arterial 40%, osteoarticulares 24%, cardiopatías 18.4%, catarata- glaucoma 16.5% y diabetes 14.3% (Arjona y cols., 2002). En general se puede afirmar que a partir de los 65 años, el 78% de la población tiene una enfermedad crónica y un 30% tiene dos o más (Cañas y Buschiazzi, 2000).

El estudio sobre *Percepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*, reveló que una proporción de 42% de las mujeres refirió percepción del estado de salud positiva y un 58% negativa, los factores asociados fueron primaria incompleta o menos, no tener trabajo remunerado, menopausia, diabetes, hipertensión, sedentarismo, actividad física irregular así como: falta de integridad de detección y de información sobre el climaterio por parte de los servicios de salud (Vladisvovna y cols., 2008)

Un estudio realizado por Berezaluce y Palacio (2007), en el centro de tabasco, para determinar la funcionalidad familiar según la percepción de los adultos mayores, reflejó una mayor insatisfacción con su núcleo familiar entre las mujeres, lo cual puede deberse a su mayor demanda de atención, o en su defecto a la expectativa mayor que éstas tienen sobre la atención que reciben de sus hijos.

Findling y cols. (2008), realizaron un trabajo para analizar la percepción del estado de salud y redes sociales de adultos mayores, comparando tres ciudades: Buenos Aires (Argentina), Montevideo (Uruguay) y Santiago de Chile (Chile), y relacionarlas con dimensiones demográficas y socioeconómicas, el cual concluyó que en las tres ciudades son las mujeres las que peor evalúan su estado de salud, por lo que estos hallazgos permitieron constatar que la percepción de la salud está estrechamente relacionada con el sexo, ya que son ellas las que en mayor medida definen su salud en términos negativos.

Asimismo, un estudio realizado con datos de la encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) realizada entre 1999 y 2000 en Bridgetown (Barbados), Buenos Aires (Argentina), México, D.F.; ciudad de La Habana (Cuba), Montevideo (Uruguay), Santiago (Chile) y Sao Paulo (Brasil) cuyo objetivo fue evaluar el auto informe de salud general como indicador de salud y analizar sus covariables en personas de 60 años de edad o más, que residían en hogares privados en estos siete centros urbanos de América Latina, encontraron que las mujeres generalmente informaron una peor percepción general de salud que los hombres, lo cual explica que las mujeres tienen más problemas de salud y de bienestar que los hombres (Wong y cols., 2005).

Por otra parte en la isla de la juventud (Cuba) se llevó a cabo un estudio sobre: *Necesidades percibidas de atención en salud del adulto mayor, desde una perspectiva de género*, encontrando que en la mayoría de la población estudiada hubo una percepción de que su estado de salud era bueno y menos del 20% refirió que era malo. Al explorar el sexo muestra que en ambos casos las valoraciones de mal estado de salud son similares (Rodríguez y cols., 2009).

En este sentido, otro autor refiere que, a mayor edad mayor porcentaje de percepción de mal estado de salud, con excepción del grupo de 90 años y mayores en quienes el porcentaje de mala percepción general de salud disminuyó casi un 20%. Lo anterior indica que la edad está directamente relacionada con la percepción del estado de salud (Gallegos y cols., 2006).

Según Gallegos y cols. (2006) el estado civil (divorciado) se mostró como un factor relacionado con el buen estado de salud.

Acerca de la escolaridad, diversos autores refieren que dicha variable está estrechamente relacionada con el estado de salud percibido. Las personas con mayor nivel de educación, presentan menor probabilidad de informar mala salud que las personas con bajo nivel de educación (Wong y cols., 2005; Gallegos y cols., 2007, Berezuale y cols., 2007).

Por otra parte, el trabajo de bienestar personal en el envejecimiento, reporta que las variables de escolaridad, interacción social y salud/enfermedad tienen una relación significativa con el bienestar de los adultos mayores (Carmona, 2009).

Según Abellán, el nivel de instrucción es una causa discriminante entre unos colectivos de población y otros. Entre los adultos mayores, los que tienen estudios superiores presentan valoraciones más positivas: dos de cada tres dicen que su salud es buena. Lo contrario sucede entre los analfabetos; apenas dos de cada diez presentan valoraciones positivas; la mayoría valora mal su estado de salud (Abellán, 2003)

En cuanto al aporte económico algunos autores refieren que hallaron asociación significativa entre la salud percibida y el tener o no ingresos personales, así como con la satisfacción que el anciano poseía con los ingresos que recibía. La percepción de salud varió en función del sexo y la situación económica de los individuos, lo que es considerado por muchos autores como la medición más completa y objetiva del estado de salud (Fernández y cols., 2000).

Los mayores ingresos en el hogar traducen la posibilidad de conseguir recursos relativos a la salud y al mantenimiento de la propia calidad de vida y permiten adquirir los servicios precisos en caso de necesidad. Más de la mitad de las personas de edad que viven en hogares con ingresos superiores a los 1 mil 200 euros mensuales, según un estudio, valoran bien o muy bien su estado de salud, en porcentajes que casi duplican a los que viven en hogares de escasos ingresos. (Abellán, 2003)

En la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en México se realizó un trabajo específico de automedicación en ancianos el cual demostró una prevalencia de automedicación del 56% en estratos bajos y 39.5% en estratos socioeconómicos medio-altos (Ruiz y cols., 2009). Lo anterior da a entender que los AM de nivel socioeconómico bajo presentan una mayor prevalencia de enfermedad.

En lo que respecta a la ocupación en los AM, la actividad laboral fundamental se vincula a labores domésticas y cuidadores de enfermos o nietos; o en instituciones fraternales resultando esto último positivo ya que les permite ampliar sus contactos sociales, y de hecho ampliar las redes de sus relaciones interpersonales (Fernández y cols., 2000). El planteamiento anterior es congruente con los resultados de otro trabajo realizado por Rossi (2007) que reporta que el estar desocupado y el ser inactivo fue significativo, y presentan el signo esperado, es decir, que existe una asociación positiva entre estar inactivo y la probabilidad de un mal estado de salud.

Algunos estudios muestran que la salud, entre los adultos mayores, es multidimensional en estructura, siendo influenciada por condiciones socioeconómicas, soporte social, estado de salud (con énfasis en salud mental) y el acceso al uso de los servicios de cuidados de salud (Lima y cols., 2004).

La percepción del estado de salud y su relación con algunos factores de estilo de vida.

El estilo de vida se entiende como una conducta relacionada con la salud y es definida como actividades discrecionales con impacto significativo en el estado de salud, que forma parte regular de un patrón diario de vida (Pender, 1996).

El estilo de vida, forma de vida o hábito de vida, son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables, y otras veces son nocivas para la salud. Entre los estilos más importantes que afectan la salud se encuentran, consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y otras drogas), ejercicio físico, sueño nocturno, conducción de vehículos, estrés, nutrición e higiene personal, manipulación de alimentos, actividades de ocio, relaciones interpersonales, entre otros (Reyes y cols., 2007).

Son muchos los factores que influyen en la valoración de la percepción de la salud y su relación con los estilo de vida; revisaremos primeramente la práctica del ejercicio físico. Diversos autores describen que las personas de edad avanzada registran elevados índices de inactividad, lo cual repercute directamente en su salud física y mental. La actividad traducida como acondicionamiento físico debe ser parte del

estilo de vida saludable; lo anterior juega un papel importante en la prevención de enfermedades crónicas. Para que se obtengan los beneficios debe hacerse diariamente, por lo menos durante 30 minutos que pueden ser continuos o en intervalos. Es importante que el ejercicio físico se maneje como un medicamento; por tanto, en la medida de lo posible lo debe prescribir un médico especialista en ejercicio (Ramírez, 2002).

La práctica regular del ejercicio físico es una de las formas más efectivas de que los adultos mayores prevengan la aparición de enfermedades crónicas, mejorando la calidad de vida en el periodo de la vejez. También provoca un estado de bienestar el cual favorece la adaptación a las nuevas circunstancias de la tercera edad. (Coto y cols., 2006).

Según el estudio de sedentarismo y percepción de la salud: diferencias de género en una muestra aragonesa (España) de mil 32 sujetos mayores de 14 años, constató la interrelación existente entre percepción de salud y actividad física, e infiere que el sedentarismo y la percepción de salud se relacionan de manera inversa: a mayor sedentarismo peor es la percepción del estado de salud actual, anterior, sus correspondientes expectativas de futuro así que la persona se siente más vulnerable a la enfermedad. Estos indicadores se traducen en que el índice general de salud, es más positivo en las personas que practican algún tipo de actividad física (García y cols., 2007).

La disminución de la capacidad funcional de cualquier persona al paso de los años, es inevitable, pero puede ser frenada y en ocasiones revertida, si se le somete a un programa de adecuación física tendiente a mejorar su eficiencia funcional. Aun cuando al adulto mayor se le considere teóricamente sano, en la gran mayoría de los casos son portadores de por lo menos una enfermedad crónico-degenerativa posiblemente en fase asintomática, siendo este el momento ideal para iniciar un programa de adecuación física (Chávez y cols., 2002).

Con relación a la convivencia social, la participación de las personas de edad avanzada en grupos de socialización para realizar actividades laborales, de ocio y lúdicas, constituye en sí un factor de prevención para la depresión (Tuesca y cols., 2003). Por otra parte, según el estudio realizado en 382 personas mayores de 60 años en una comunidad suburbana del D.F., el 97.7% de su población estudiada se ubicó en un

nivel bajo de actividad social (asistir a fiestas, reuniones familiares, o grupos de apoyo para ocupar el tiempo libre) el cual se acrecentó conforme avanzaba la edad, asociándola posiblemente a un nivel socioeconómico bajo y a valores culturales (Reyes y cols., 2007).

Lo anterior, es diferente en investigaciones realizadas por Leitón y cols. (2000) en Perú, y Miranda y cols. (2000), en Cuba, donde reportan un significativo porcentaje de participación de los adultos mayores en este tipo de actividades y lo relacionan con un elevado grado de apoyo familiar y de nexos establecidos con las instituciones y la comunidad.

Otro estudio sobre el bienestar personal en el envejecimiento realizado en 1056 personas de 65 años y más, en la Ciudad de Monterrey en México, reveló que la interacción social, tiene una relación de predicción estadísticamente significativa, con el bienestar personal de los adultos mayores (Carmona, 2009).

Por otra parte, con relación al consumo de tabaco y alcohol, se puede decir que es un problema de salud pública de gran impacto debido a los múltiples efectos y daños que genera en la salud física y mental de los individuos, el cual se asocia a fenómenos sociales de prevalencia creciente, es altamente complejo, multicausal, y no conoce límites territoriales, sociales ni tampoco edad (Maldonado y cols., 2010).

El consumo de alcohol y tabaco ha demostrado consecuencias negativas en la salud, por tanto exige una mayor atención en las personas mayores (Becoña, 2001; Aguilar, 2007). De acuerdo con ello, el estudio *Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en población adulta mayor de 65 años* concluye que la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los adultos mayores mexicanos es similar a lo reportado en otros países, el cual se asocia con deterioro cognoscitivo

Maldonado y cols. (2010) realizaron una investigación para determinar el consumo de alcohol y tabaco, del grupo de adultos mayores que conforman el grupo de la tercera edad del Gimnasio Multidisciplinario de la Universidad de Tamaulipas en Ciudad Victoria, Tamaulipas en México. Los autores encontraron un consumo bajo (20.4%) comparado con la media nacional, mientras que el consumo de alcohol fue alto; aunque los patrones de consumo de la población estudiada no parecen indicar una problemática importante, ya que un porcentaje mí-

nimo se encuentra en consumo moderado de alcohol y la gran mayoría en el consumo ocasional.

Por otra parte Snyder y cols. (2007), realizaron un estudio con el objetivo de analizar los factores asociados el estado de salud de hombres mayores de 60 años que viven en contextos de pobreza en áreas rurales de México, y encontraron que la mitad de los adultos mayores dijo fumar tabaco al momento de la entrevista (Guerrero, 52.6%; Morelos, 40.2%; Jalisco, 43.5%;); sin embargo, los adultos mayores notificaron un bajo consumo de alcohol, ya que sólo una pequeña proporción de ellos dijo beber “seguido o muy seguido” (Guerrero, 4.3%; Morelos, 17.5%; Jalisco, 2.6%).

Gallegos (2006) encontró que el consumo de alcohol tiene una relación inversamente proporcional con el mal estado de salud, lo cual no ha sido reportado por muchos estudios; con excepción del estudio de Strandberg (2004) en 1 mil 216 adultos mayores, quien encontró que un consumo moderado de alcohol ofrece algunos beneficios (aún no especificados) en comparación con la abstinencia a largo plazo.

Con relación a la presencia de enfermedad en un estudio de percepción del estado de salud, en hombres y mujeres aparecen como factores explicativos de la percepción de mala salud el número de enfermedades crónicas que se padecen, el tener discapacidad y pertenecer a la clases sociales más desfavorecidas (Seculi y cols., 2001).

Un trabajo realizado sobre estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos corroboró la asociación entre la percepción de salud y la presencia de enfermedades crónicas, lo que prueba la correlación existente entre salud subjetiva y la presencia de problemas específicos en la salud (Fernández y cols., 2000).

La morbilidad tanto aguda como crónica así como presentar alguna discapacidad o limitación física o mental son factores relacionados con un mal estado de salud, resultados consistentes con otros estudios. (Gallegos y cols., 2006).

Un estudio sobre enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos en México, en donde se entrevistó a 60 personas con edad promedio de 60 años, concluye que es necesario tener la evidencia de los actos y rutinas de los pacientes para poder corregir conductas que llevan a resultados desfavorable (López, 2007).

Envejecimiento

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional dependen no sólo de la estructura genética, sino también (y de manera importante) de lo que se ha hecho durante la vida, del tipo de cosas con las que se ha encontrado a lo largo de ella, cómo y dónde se ha vivido la vida (Peña y cols., 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1979), se consideran adultos mayores a las personas de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados.

Otros autores refieren que la edad y la vejez no necesariamente son lo mismo. Mientras que la edad cronológica está perfectamente definida y sin ambigüedades, no es así respecto a la condición de la vejez y sus distintas implicaciones sociales, económicas, psicológicas y culturales, cuestiones que son las que realmente cuentan en la problematización del envejecimiento, apareciendo estereotipos positivos y negativos (Ham, 1999). Considerando lo anterior, se hace necesario identificar y definir todas esas variables y condiciones en el contexto de Chiapas, tomando en cuenta nuestra propia heterogeneidad geográfica, social económica y cultural.

Para enfrentar el reto que significa el envejecimiento de la población, es necesario emprender acciones concertadas a mediano y largo plazo, aprovechando la ventana de oportunidad que brinda la dinámica demográfica actual en la mayoría de los países de la región (Guzmán y cols., 2002).

Por tanto la era actual, exige poner nuestro interés en las conductas individuales y colectivas para conocer el estilo de vida que influye en la percepción del estado de salud, sobre todo por grupos específicos y locales de carácter integral, dirigido a las personas como objeto y sujeto de su propia salud.

El envejecimiento de la población en América Latina y México

El envejecimiento es un fenómeno mundial. En el 2 mil 050, aproximadamente un 80% de las personas mayores vivirán en países en desarrollo. Actualmente el envejecimiento de la población corre paralelo a la rápida urbanización: en el 2007 más de la mitad de la población vive en ciudades y se calcula que en el 2030 la cifra será superior al 60% (OMS).

El envejecimiento y la urbanización de la población son dos tendencias globales que, juntas, constituyen fuerzas importantes que caracterizan el siglo XXI. A medida que las ciudades crecen su proporción de residentes de 60 años de edad y más va en aumento. Las personas mayores son un recurso importante para sus familias, comunidades y economía en entornos de vida sustentadores y facilitadores. La OMS considera que el envejecimiento activo constituye un proceso que dura toda la vida y es afectado por factores que, por sí solos y en conjunto, favorecen la salud, la participación y la seguridad de los adultos mayores.

América Latina muestra una situación intermedia respecto al grado de envejecimiento. No obstante, este grupo de edad es cada vez más importante, ya que el 13% de la población tiene 60 y más años. La población de la tercera edad pasará desde 42.5 millones en el 2000 hasta 96.9 millones en el 2025, lo que significa una duplicación en menos de 25 años (Gallegos y cols., 2006).

El fenómeno de envejecimiento de la población en América Latina tiene características peculiares, ya que se trata de un proceso generalizado; y en todos los países de la región, el envejecimiento se produce con mayor rapidez de lo que fue históricamente en los países desarrollados. Sin embargo, lo más preocupante es el contexto social y económico latinoamericano, caracterizado por una alta incidencia de la pobreza, una persistente inequidad social y una baja cobertura de la seguridad social (Guzmán, 2002).

A su vez, México en las últimas décadas se ha vuelto un país urbano, ya que 77.8 millones de personas residen en ciudades, lo que representa el 72.3% de la población nacional (CONAPO, 2009). Con respecto a los AM, actualmente siete millones de ellos residen en zonas urbanas, y se estima que el año 2030 este porcentaje será del 12% (INEGI, 2005).

Por otra parte la transición no sólo ha sido en el ámbito demográfico, sino también en el epidemiológico, lo que ha propiciado que el 80% de los adultos mayores presenten al menos una enfermedad crónica, cuyas complicaciones constituyen las primeras causas de muerte en este grupo de edad (Gallegos y cols., 2006). En este sentido, un estudio realizado en México, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la dependencia funcional y las enfermedades crónicas en el adulto mayor, constató una relación significativa de la dependencia funcional con la hipertensión arterial sistémica, con las caídas y la depresión (Barrientos, 2007).

Envejecimiento en Chiapas

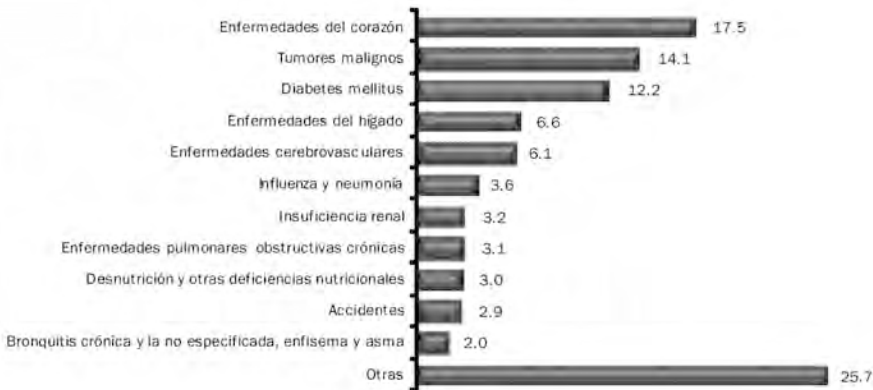
Como resultado de los grandes cambios demográficos antes referidos, en Chiapas durante el siglo XX, la estructura por edad de la población se ha modificado de manera significativa. Por ejemplo, de 213 mil ancianos que habitaban en el estado, en el año 2000 aumentó a 278 mil en el año 2005 (CONAPO, 2009).

Con respecto al estado de Chiapas, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, indicó que en el segundo trimestre del 2009, 133 mil adultos mayores realizan alguna actividad económica, lo que quiere decir que 39.5% del total de esta población participa en el mercado del trabajo; a su vez, se estima que en el presente año (2010) habitan en la entidad un total de 310 mil AM, lo que en términos relativos representa 6.8% de la población total de la entidad (CONAPO, 2009).

Con relación a la morbimortalidad en la población de adultos mayores en el estado de Chiapas, el INEGI registró que en el 2007 ocurrieron un total de 9 mil 896 defunciones, cifra que representó un poco más de la mitad (52.7%) del total de fallecimientos ocurridos durante ese año, siendo mayor el número de muertes en hombres (51.2%) que en las mujeres (48.8%) (INEGI, 2009).

Las enfermedades que más frecuentemente causaron las defunciones, fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus y las enfermedades del hígado, como las principales causa de muerte en el adulto mayor (INEGI, 2005).

Distribución porcentual de las defunciones de la población de 60 y más años por causa¹, 2007



¹ Las agrupaciones están dadas conforme a la lista mexicana.

Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales, 2007. Base de datos.

Con relación al nivel de escolaridad de los adultos mayores chiapanecos, en el 2009, 163 mil personas de 60 y más años eran analfabetas, esta cifra representa cerca de la mitad de la población de este grupo de edad (INEGI, 2009).

La responsabilidad de la salud pública es asegurar un sistema integral para promover la salud y el bienestar en la vejez, por tanto promover la salud, prevenir enfermedades y tratar las enfermedades crónicas en los adultos mayores es fundamental en la atención primaria eficaz; para eso se hace necesario que los programas académicos encaminados a la formación de profesionales de la salud, incluyan temas inherentes a la salud del adulto mayor, lo cual es congruente con los señalamientos de la OMS que enfatiza que todos los prestadores de atención sanitaria deben poseer formación geriátrica, independientemente de cuál sea su especialidad.

Resultados

Descripción de la muestra de estudio

A continuación se describen las características de cada una de las variables sociodemográficas de los encuestados, destacando aquellas que representan una mayor importancia para esta investigación.

Distribución de la población según el sexo

Fueron encuestados 402 ancianos, de los cuales 211 (52.5%) fueron mujeres y 191 (47.5%) hombres. La diferencia observada no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1.99$; $p = 0.158$); (ver la tabla 2).

Distribución de la población según la edad

El promedio de edad de los encuestados fue de 72.6 ± 7 (mujeres [72.9 ± 7.1] y hombres [72.4 ± 6.9]). Con relación a la distribución de la población según el grupo de edad, se encontró que el grupo de edad más numeroso fue el desde 66 hasta 70 años, con 114 ancianos (28.4%), seguido por los desde 71 hasta 75 años con 97 (24.1%), y el menos numeroso resultó ser el desde 85 y más años, con 26 adultos mayores (6.5%); ver la tabla 2. La diferencia observada representó significancia estadística ($\chi^2 = 105.4$; $p = 0.000$).

Distribución de la población según el estado civil

En la tabla 2 se muestra la distribución de la población según el estado civil, se constató que un poco más del 58% ($n = 236$) eran casados, seguido por los que dijeron estar viudos, 134 (33.3%). La diferencia observada entre las proporciones fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 436.9$; $p = 0.000$).

Distribución de la población según la escolaridad

Con respecto al grado de escolaridad de los encuestados, se encontró que la mayor parte, 164 (40.8%) tenía primaria incompleta; seguido por

los que dijeron ser analfabetas, 104 (25.9%). La diferencia observada fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 292.7$; $p= 0.000$); (ver la tabla 2).

Distribución de la población según aporte económico al hogar

Con relación al aporte económico en el hogar, el 57.7% ($n= 232$) de los adultos mayores, refirió aportar recursos económicos al hogar; mientras que, 170 (42.3%) no aportan ningún recurso. La diferencia observada fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 19.12$; $p= 0.000$); (ver la tabla 2).

Distribución de la población según ocupación

En cuanto a la ocupación, la mayor parte de los adultos mayores dijeron ser activos laboralmente, 291 (72.4%). La diferencia observada fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 161.19$; $p= 0.000$); (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población según variables sociodemográficas

VARIABLES	n	%	χ^2 ;valor p
Sexo			
Mujeres	211	52.5	1.99; 0.158
Hombres	191	47.5	
Total	402	100	
Grupo de edad			
60-65	65	16.2	105.39; 0.000
66-70	114	28.4	
71-75	97	24.1	
76-80	66	16.4	
81-85	34	8.5	
Más de 85	26	6.5	
Total	402	100	

Estado civil			
Casados	236	58.7	436.93; 0.000
Concubinato	9	2.2	
Divorciados	7	1.7	
Solteros	16	4.0	
Viudos	134	33.3	
Total	402	100	
Escolaridad			
Analfabetas	104	25.9	292.73; 0.000
Primaria incompleta	164	40.8	
Primaria completa	55	13.7	
Secundaria	29	7.2	
Bachillerato	10	2.5	
Licenciatura	40	10.0	
Total	402	100	
Aporte económico			
No	170	42.3	19.12; 0.000
Si	232	57.7	
Total	402	100	
Ocupación			
Activos	291	72.4	161.19; 0.000
Inactivos	111	27.6	
Total	402	100	

Distribución de la población según el estilo de vida

A continuación se describe la población estudiada, considerando algunos aspectos relevantes en el estilo de vida, que de alguna manera pueden influir en las condiciones de la salud.

Distribución de la población según el consumo de alimentos

En la tabla 3, se puede observar los alimentos y bebidas que dijeron consumir los ancianos, se encontró que 320 (79.6%) consumían café, y 239 (59.5%) acostumbraban a consumir leche entera.

Por otra parte, con respecto a los alimentos que dijeron consumir los encuestados se encontró que 207 (51.5%) consumían carne de cerdo, 177 (44.0%) alimentos derivados de la leche, 175 (43.5) alimentos ricos en azúcar, y por último 142 (35.3%) consumían alimentos salados; ver la tabla 3.

Distribuciones de la población según la prevalencia de algunas adicciones

Con respecto a la prevalencia de algunas adicciones, se encontró que 123 (30.6%) consumían alcohol y 116 (28.9%) tabaco.

Distribuciones de la población según actividad deportiva y convivencia social

Con relación a la proporción de ancianos que realizan alguna actividad deportiva, 181 dijeron practicarla (45%) y la proporción de personas que acostumbraban a realizar algún tipo de convivencia social fue del 60%.

Tabla 3. Distribución de la población según algunos aspectos del estilo de vida

Variables	Consumo	
	Sí	No
	N (%)	N (%)
Alimentos		
Café	320 (79.6)	82 (20.4)
Leche entera	239 (59.5)	163 (40.5)
Derivados de la leche	177 (44.0)	225 (56.0)
Alimentos salados	142 (35.3)	260 (64.7)
Carne de cerdo	207 (51.5)	195 (48.5)
Alimentos azucarados	175 (43.5)	227 (56.5)
Adicciones		
Alcoholismo	123 (30.6)	279 (69.4)
Tabaquismo	116 (28.9)	286 (71.1)
Actividad deportiva y convivencia social		
Ejercicio físico	181 (45.0)	221 (55.0)
Convivencia social	241 (60.0)	161 (40.0)

Distribución de la población según, la presencia de enfermedad

Al explorar los datos, sobre la presencia de enfermedad, se encontró que de los 402 AM, 262 (65.2%) refirieron tener alguna enfermedad (ver figura 2). Asimismo, se revisó la prevalencia de enfermedades según el sexo; en la figura 3 se puede observar que de las 211 mujeres que se entrevistaron 129 (61.1%) dijeron padecer alguna enfermedad y de los 191 hombres, 133 (69.6%) dijeron estar enfermos.

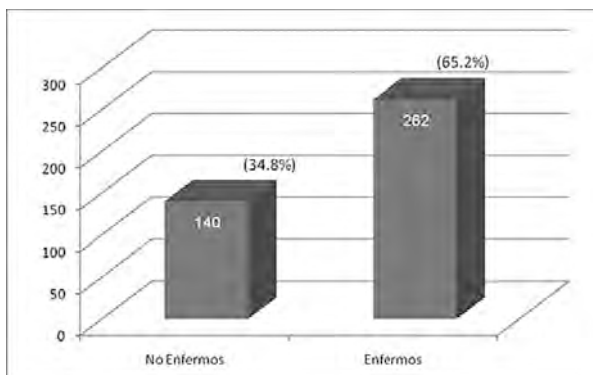


Figura 2. Distribución de la población, según la presencia de enfermedad. Obsérvese que la proporción de enfermos fue significativamente mayor. (65%, IC:95%; 60.3-69.8)

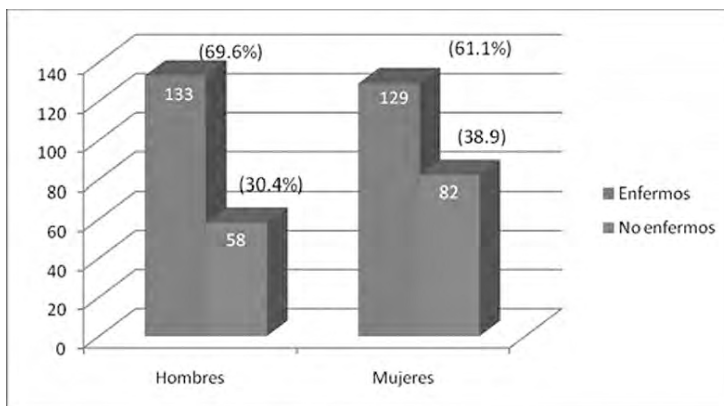


Figura 3 Distribución de la población según el sexo y la presencia de enfermedad. Obsérvese que la diferencia de la proporción de enfermos no fue significativa.

Percepción del estado de salud

Para analizar, la percepción de la salud de los entrevistados, esta variable se agrupó en cinco categorías: muy buena, buena, regular, mala y muy mala.

En la tabla 4 se puede observar que de los 402 adultos mayores 201 (50%) dijeron percibir su estado de salud como regular, 145 (36.1%) como buena, y sólo 5 (1.2) como muy buena. La diferencia observadas entre las proporciones fue estadísticamente significativa, en el sentido de que la mayor parte de la población (50%), percibe su estado de salud como regular ($\chi^2= 490$; $p= 0.000$). Cabe destacar que más de la décima parte de los AM (12.2%) calificaron su estado de salud como malo.

Tabla 4. Distribución de la población, según la percepción del estado de salud

Percepción del estado de salud	n	%	χ^2 ; valor p
Muy buena	5	1.2	$\chi^2 = 490$; $p = 0.000$
Buena	145	36.1	
Regular	201	50.0	
Mala	49	12.2	
Muy mala	2	0.5	
Total	402	100	

Percepción de la salud, según variables sociodemográficas

Al explorar la percepción de la salud, según el sexo, en la tabla 5, se puede observar que la proporción de mujeres que calificaron su salud como bueno fue de 42.6% ($n= 90$) y en los varones de 28.7% ($n= 55$). La diferencia observada fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 11.65$; $p= 0.020$).

Cabe hacer mención, que las proporciones de percepción de un estado de salud, calificado como malo, fueron similares, tanto en hombres como en mujeres (12% y 12.3%, respectivamente).

Por otro lado, al explorar la percepción de la salud de los AM según el grupo de edad, se observó que esta variable está estrechamente re-

lacionada con el estado de salud. En la tabla 5, se puede observar que conforme aumentó la edad de los AM, la proporción del estado de salud fue calificado como malo. Por ejemplo, los ancianos desde 76 hasta 80 años calificaron su estado de salud como malo en un 15.1%, y los de 81 a 85 años en un 27% ($\chi^2= 36.8$; $p= 0.012$).

Con relación a la percepción de la salud y el estado civil, en la tabla 5, se puede observar que los AM sin pareja percibieron su estado de salud como malo en una proporción significativamente mayor que aquellos que tienen una pareja (28 [17.8%], 21 [8.6], respectivamente; ($\chi^2= 29.5$; $p= 0.020$).

Al explorar la percepción del estado de salud de los adultos mayores según ocupación, en la tabla 5, podemos observar que las diferentes proporciones de la calificación del estado de salud de los ancianos fueron similares tanto en los activos como en los inactivos laboralmente ($\chi^2= 7.86$; $p= 0.096$). Cabe hacer mención, que una cantidad importante de ancianos inactivos, 21 (18.9%) tendió a calificar su estado de salud como malo.

Con respecto a la percepción y su relación con el aporte económico, de los 232 que dijeron contribuir con éste, 111 (47.8%) calificaron su estado de salud como bueno; y de los 170 que dijeron no hacer una aportación económica, solo 34 (20.0%) percibieron su salud como buena. Por otra parte, en aquellos que calificaron su estado de salud como regular, se observó que la proporción fue significativamente mayor en aquellos AM que no hacen una aportación económica que en los que sí lo hacen (40.9% y 62.3% respectivamente). Finalmente, al explorar la mala percepción de salud, se pudo observar que la proporción fue significativamente mayor en los AM que no hacen una aportación económica 29 (17.05%) que en aquellos que sí la hacen (8.6%) ($\chi^2= 38.3$; $p= 0.000$).

Con relación a la percepción del estado de salud y su relación con la escolaridad, en la tabla 5, se puede observar que la proporción de AM que dijeron tener un nivel de escolaridad media superior, calificaron su estado de salud, como bueno 43 (54.4%) a diferencia de los que dijeron tener una escolaridad nula a baja 102 (31.5%). Por el contrario aquellos que tenían una escolaridad nula o baja, 102 (14.2%) calificaron su estado de salud como malo, y por el contrario en aquellos que tenían una escolaridad media superior fue de 3 (3.7%). La diferencia observada entre estas proporciones fueron estadísticamente significativas ($\chi^2= 41.96$; $p= 0.002$).

Tabla 5. Percepción del estado de salud, de la población estudiada, según variables socioeconómicas

Variable	n (402)	Auto percepción de salud					x ² ; valor p
		Muy buena n (%)	Buena n (%)	Regular n (%)	Mala n (%)	Muy mala n (%)	
Sexo							
Mujer	211	4 (1.8)	90 (42.6)	90 (42.6)	26 (12.3)	1(0.4)	11.65; 0.020
Hombre	191	1 (0.5)	55 (28.7)	111(58.1)	23 (12.0)	1(0.5)	
Grupo de edad							
60-65	65	1 (1.5)	28 (43.0)	27 (41.5)	7 (10.7)	2 (3.0)	36.83; 0.012
66-70	114	0 (0)	53 (46.4)	52 (45.6)	9 (7.8)	0 (0)	
71-75	97	2 (2.0)	34 (35.0)	52 (53.6)	9 (9.2)	0 (0)	
76-80	66	2 (3.0)	15 (22.7)	39 (59.0)	10 (15.1)	0 (0)	
81-85	34	0 (0)	9 (26.4)	18 (52.9)	7 (20.5)	0 (0)	
más de 85	26	0 (0)	6 (23.0)	13 (50.0)	7 (27.0)	0 (0)	
Estado civil							
Con pareja	245	3 (1.2)	102 (41.6)	117 (47.7)	21 (8.6)	2(0.8)	29.56; 0.020
Sin pareja	157	2 (1.2)	43 (27.3)	84 (53.5)	28 (17.8)	0(0)	
Ocupación							
Activo	291	4 (1.3)	111 (38.1)	146 (50.1)	28 (9.6)	2 (0.6)	7.86; 0.096
Inactivo	111	1 (0.9)	34 (30.6)	55 (49.5)	21 (18.9)	0 (0)	
Aporte económico							
Si	232	4 (1.7)	111 (47.8)	95 (40.9)	20 (8.6)	2 (0.8)	38.3; 0.000
No	170	1 (0.5)	34 (20)	106 (62.3)	29 (17.0)	0 (0)	
Escolaridad							
Nula baja	323	2 (1.2)	102 (31.5)	171 (52.94)	46 (14.2)	2 (0.61)	41.96; 0.002
Media superior	79	3 (3.7)	43 (54,4)	30 (37.9)	3 (3.7)	0 (0)	

Percepción de la salud, según algunos aspectos de estilo de vida

Al explorar la percepción del estado de salud y algunos factores de estilo de vida, encontramos algunos aspectos relevantes entre el grado de relación de ambas variables.

Primeramente exploraremos la actividad física y su grado de relación con la percepción del estado de salud. En la tabla 6, podemos constatar que la proporción de AM que calificó su estado de salud como malo, fue mayor en los que no hacían ningún tipo de ejercicio (17.6%) que en aquellos que sí realizaban algún tipo de ejercicio (5.5%); $\chi^2= 52.48$; $p= 0.000$).

Con respecto a la percepción de salud y su relación con la práctica de algún tipo de convivencia social, en la tabla 6, podemos observar que de los 241 AM que dijeron realizar algún tipo de convivencia social, 101 (41,9%) calificaron su estado de salud como bueno, mientras que de los 161 que no realizaban ningún tipo de convivencia social, 44 (27.3%) lo calificaron de igual manera. La diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 12.06$; $p= 0.016$).

Con relación a la percepción de salud y su relación con el consumo de alcohol pudimos observar, que de los 123 AM que dijeron consumir algún tipo de bebida alcohólica 60 (48.7%) calificaron su estado de salud como bueno; mientras, que aquellos que no consumían bebidas alcohólicas 85 (30.4%) calificaron su estado de salud de manera similar ($\chi^2= 13.65$; $p= 0.008$).

Al explorar la percepción del estado de salud, según el consumo de alimentos ricos en azúcar, se constató que la proporción de AM que calificaron su estado de salud como malo, fue mayor en los que consumieron alimentos ricos en azúcar (39.1%) que aquellos que no lo consumían (5.7%); $\chi^2= 28.2$; $p= 0.000$

Al revisar la percepción de salud, según la presencia de enfermedad, se observó una mayor proporción de AM que calificaron su estado de salud como malo en los que refirieron estar enfermos (17.5%) que en aquellos que negaron estarlo (2.1%). Por el contrario aquellos AM que dijeron no estar enfermos (71.4%) califico su estado de salud como bueno a diferencia de los que refirieron padecer alguna enfermedad (17.1%) lo califico de manera similar. La diferencia observada entre estas proporciones es de significancia estadística ($\chi^2= 127.8$; $p= 0.000$).

Tabla 6. Percepción del estado de salud, de la población estudiada, según variables de estilos de vida de mayor significancia

Variable	N	Percepción de salud					x ² ; valor p
		Muy buena n (%)	Buena n (%)	Regular n (%)	Mala n (%)	Muy mala n (%)	
Ejercicio físico							
Si	181	4 (2.2)	96 (53.0)	69 (38.1)	10 (5.5)	2 (1.1)	52.48; 0.000
No	221	1 (0.4)	49 (22.1)	132 (59.7)	39 (17.6)	0 (0.0)	
Convivencia social							
Si	241	4 (1.6)	101 (41.9)	108 (44.8)	26 (10.7)	2 (0.8)	12.06; 0.016
No	161	1 (0.6)	44 (27.3)	93 (57.7)	23 (14.2)	0 (0)	
Alcoholismo							
Si	123	2 (1.6)	60 (48.7)	50 (40.6)	11 (8.9)	0 (0)	13.65; 0.0085
No	279	3 (1.0)	85 (30.4)	151 (54.1)	38 (13.6)	2 (0.7)	
Consumo de alimentos azucarados							
Si	175	4 (2.3)	82 (46.8)	77 (44.0)	10 (5.7)	2 (1.1)	28.2; 0.000
No	227	1 (0.4)	63 (27.7)	124 (54.6)	39 (17.1)	0 (0)	
Estar enfermo							
Si	262	1 (0.3)	45 (17.1)	168 (64.1)	46 (17.5)	2 (0.7)	127.8; 0.000
No	140	4 (2.8)	100 (71.4)	33 (23.5)	3 (2.1)	0 (0)	

Debate del tema

Desde la salud pública no tenemos conocimiento sobre estudios en adultos mayores chiapanecos que aborden el estado de la salud de los mismos. De acuerdo con ello, se decidió realizar el presente trabajo para disponer de una perspectiva más clara de las características de la percepción del estado de salud de los AM de Chiapas e identificar su grado de relación con algunas variables de estilo de vida y sociodemográficas.

En varias partes del mundo diversos autores describen y califican algunas características de la percepción de la salud de los AM. Esta valoración, sin embargo, se torna preocupante cuando nos referimos a un país en vías de desarrollo como es el caso de México, y la situación es todavía más compleja cuando revisamos estas características en AM chiapanecos, ya que Chiapas es uno de los estados más marginados con importantes problemas sociales, culturales y geográficos; por ejemplo la dificultad en el acceso a los servicios de salud.

A continuación se discuten los detalles de algunos hallazgos del presente estudio, así como las limitaciones del mismo, derivados de su propio diseño.

Percepción del estado de salud

En el presente estudio se observó que la mitad de los AM, calificaron su estado de salud como regular, y un poco más de la tercera parte (36%) como bueno. Este último resultado es parecido al reportado por otros autores en México (Wong, 2005; Gallegos y cols., 2006) quienes encontraron que los AM califican su estado de salud como bueno en porcentajes que variaron del 35% al 55%, respectivamente. Asimismo, otro estudio realizado en la ciudad de Chiclayo (Chile) reportó resultados con mayor variación en el sentido que la cuarta parte de los ancianos calificaron su estado de salud como bueno, mientras que la mayoría lo valoró como regular (65%).

Con relación a la proporción de percepción de la salud calificada como mala, en nuestro estudio fue de alrededor del 12%, cifra que resultó inferior a la reportada por otros autores que constataron resultados que variaron del 15% al 20% (Ericson y cols., 1998; Abellán, 2003; Gallegos y cols., 2006; Rodríguez y cols., 2009).

Percepción del estado de salud y variables sociodemográficas

Con relación a la percepción de la salud según el sexo, pudimos observar que la proporción de mujeres que calificaron su estado de salud como bueno fue de 43% y de 28% en los varones. Este resultado difiere a lo reportado por otros autores, que indican que las mujeres refieren

una peor percepción de salud que los hombres, lo cual podría deberse a la tendencia de sobreprotección familiar hacia ellas y que presentan una mayor prevalencia de polienfermedad que el hombre (Fernández y cols., 2002; Pedrera y cols., 1999; Hernández y cols., 2005).

Por otra parte, al explorar la percepción de la salud de los AM según la edad, se observó una estrecha relación entre ambas variables, en el sentido de que, la salud se calificó como mala a medida que aumentó la edad, observación muy parecida a las realizadas por otros autores (Abellán, 2003; Gallegos y cols., 2006; Rossi, 2007; Findling, 2008).

Con respecto, a la percepción del estado de salud y su relación con el estado civil, se observó que los AM sin pareja perciben su estado de salud como malo en una proporción significativamente mayor, que aquellos que tiene una pareja. Este resultado es similar al encontrado en un estudio realizado en Uruguay sobre el estado de salud, que asoció una peor percepción del estado de salud con la condición de vivir solo. La observación anterior puede explicarse debido a que la soledad fomenta la carencia de vínculos afectivos que le brinden seguridad y estabilidad emocional (Rossi, y cols., 2007). Por otra parte, estos resultados también podría entenderse por la circunstancias emocionales que puede generar la condición de viudez, que se puede traducir en una condición negativa para la salud (Berenzaluze y cols., 2007).

Con respecto a la percepción de la salud y su relación con la ocupación, se pudo constatar que la quinta parte (19%) de los AM inactivos laboralmente calificaron su estado de salud como malo, este resultado es congruente con lo descrito en otros estudios (Gallegos y cols., 2006; Rossi, 2007) que asociaron la inactividad laboral con una mala percepción de la salud.

Al explorar la percepción del estado de salud y su relación con el aporte económico, en el presente estudio la situación de los AM que no hacían una aportación económica se relacionó significativamente con una percepción mala de la salud. Este resultado es parecido al de otros trabajos (Gorroñoigoitia, 1992; Fernández, 1996; Abellán, 2001; Azpiazu y cols., 2002) que también destacaron esta asociación.

Con relación a la escolaridad, aquí se encontró una peor percepción de la salud en AM con escolaridad nula o baja, lo cual es congruente con los

resultados de otros trabajos (Abellán, 2003; Wong, 2005; Gallegos y cols., 2006; Carmona, 2004). Lo anterior se puede explicar debido a que las personas que no saben leer y escribir, se les dificultan el proceso de educación para la salud y por tanto también el cambio en los estilos de vida.

Percepción del estado de salud, según algunos aspectos de estilo de vida

Al explorar la percepción del estado de salud y su relación con el estilo de vida, se describen aquellos aspectos que presentaron una mayor relevancia.

Al contrastar la percepción del estado de salud de los AM con la práctica de ejercicio físico, se encontró una relación significativa entre ambas variables, en el sentido de que, aquellos que no lo practican tienen una peor percepción de la salud; este resultado es parecido a lo planteado por otro estudio (Azpiazu y cols., 2002), que relacionó la mala percepción del estado de salud con la inactividad física. Lo anterior es congruente con lo que afirman otros autores, Mora y Villalobos (2004), quienes hacen referencia sobre la actividad física respecto a que aquellos adultos mayores que lo practican tanto en frecuencia como en duración, tienden a tener un mejor nivel de calidad de vida.

Con relación a la percepción del estado de salud y su relación con el consumo de alcohol, se pudo observar que aquellos que no lo consumen, refieren un peor estado de salud. Este resultado es parecido con el estudio de Strandberg (2004), quien constató que un consumo moderado de alcohol puede traer algunos beneficios (aun no especificados). Este hallazgo necesita ser verificado con futuras investigaciones, considerando algunos aspectos como tipo de alcohol, frecuencia, cantidad, entre otros.

Con respecto a la percepción de la salud y su relación con el consumo de alimentos azucarados, en este estudio se pudo observar que aquellos que lo consumen refieren un peor estado de salud. Este resultado se relaciona con lo descrito por otros autores quienes refieren que los alimentos que se encuentran en la parte superior de la pirámide de alimentos (azúcares, aceites) deben ser consumidos en una cantidad moderada ya que una adecuada alimentación contribuirá a prevenir la aparición

de enfermedades o paliar en la medida de lo posible, sus consecuencias (Juárez, 2005). Por otra parte es importante considerar que la población estudiada se caracteriza por tener en sus hábitos y costumbres el consumo de dulces tradicionales, lo cual forma parte de sus principales hábitos alimentarios; sin embargo, esto podría ser determinante para desarrollar obesidad y otros problemas de salud (Reyes y cols., 2007).

Percepción del estado de salud y su relación con la presencia de enfermedad

En este trabajo se pudo observar una estrecha relación entre estar enfermo y percibir un peor estado de salud. Esto es congruente con lo reportado por diversos autores que refieren como factor explicativo de la percepción de mala salud a la presencia de enfermedad, que tanto aguda como crónica está considerado como factor relacionado con un mal estado de salud (Seculi y cols., 2001; Abellán, 2003; Gallegos y cols., 2006).

Por tanto al abordar el tema de la vejez es importante considerar al adulto mayor desde una perspectiva integral, considerando su situación biológica particular pero incluyéndolo como sujeto social (Carmona, 2009).

Limitaciones del estudio

El estudio aquí descrito incluyó una muestra de la población de Chiapas cuyos datos se obtuvieron mediante una encuesta estructurada. No se pueden pasar por alto posibles sesgos derivados del propio método, pues no se comprobó si realmente el paciente que decía tener algún padecimiento auto-referido verdaderamente estaba descrito en un documento avalado por un médico, o bien en una historia clínica del propio paciente.

A pesar de la limitación mencionada, el presente estudio nos permite tener una perspectiva más amplia de la magnitud del problema de salud pública que representa algunas variables sociodemográficas y de conductas relacionadas con la salud, al constatar que es muy elevado el porcentaje de adultos mayores que no realizan ejercicio o que tienen bajo nivel escolar lo que dificulta las acciones de educación para la salud, promueve

el elevado consumo de azúcares, alcohol y la presencia de enfermedades de los que ya hicimos referencias anteriormente.

Los resultados de este estudio observacional son útiles para definir intervenciones locales, a fin de mejorar dicha situación y sugieren que el envejecimiento de la población hace necesario mejorar el conocimiento del estado de salud de la población chiapaneca, con el fin de modificar en la medida de lo posible, los factores tanto socioeconómicos como de estilo de vida que condicionan la salud en la vejez.

La extrapolación de los resultados a otras poblaciones sólo sería válida a título orientativo, para conocer qué factores pueden favorecer la valoración de la percepción del estado de salud y en consecuencia, qué variables habría que tener en cuenta tanto en la elaboración de políticas de acciones encaminadas a mejorar las conductas relacionadas con la salud las cuales influyen en su percepción, como en el diseño de futuros estudios sobre percepción del estado de salud y el estilo de vida en nuestro estado, en México y en otros países.

Conclusiones

El análisis de los resultados del presente estudio sobre percepción del estado de salud y su relación con variables sociodemográficas y estilo de vida del adulto mayor en Chiapas, permite concluir:

1. Un poco más de la décima parte de los AM calificaron su estado de salud como malo, y la mitad como regular.
2. Las mujeres calificaron en un mayor porcentaje su salud como buena que los hombres.
3. La mayor edad, la nula o baja escolaridad, la condición de estar sin pareja, el estar inactivo laboralmente y el bajo ingreso económico, fueron los factores socioeconómicos que se relacionaron significativamente con una mala percepción de la salud.
4. Con relación al estilo de vida, la falta de ejercicio fue el único factor que se relacionó significativamente con una mala percepción de la salud.
5. La presencia de enfermedad en el AM se relacionó significativamente con una mala percepción de la salud.

6. Los resultados aquí obtenidos no se pueden extrapolar indiscriminadamente a otras regiones del país, pero permitirán, sustentar hipótesis para estudios en poblaciones similares.

Abreviaturas

INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
AM	Adulto Mayor
OMS	Organización Mundial de la Salud
PES	Percepción del Estado de Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
SABE	Salud, Bienestar y Envejecimiento
MAS	Muestreo Aleatorio Simple
EPIINFO	Programa Estadístico para Controlar y Analizar Datos de Vigilancia
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Bibliografía

1. Abellán A., "Percepción del estado de salud", *Rev. Mult. Gerontol.*, vol. 13(5), 2003, pp. 340-312.
2. Aguilar, B.S., "Fórmula para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud", *Salud en Tabasco*, vol. 11, s. n., 2005, pp. 333-338.
3. Arber, S. y Cooper, H., "Gender differences in health in later life: the new paradox", *Soc. Sci. Med.*, vol. 48, s. n., 1999, pp. 61-76.
4. Arjona, M. C, *et al.*, "Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años", *Medicina General*, vol. 47, s. n., 2002, pp. 684-695.
5. Aspiazu, G. M, *et al.*, "Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años", *Revista Esp. Salud Pública*, 2002, vol. 76 pp. 683-699.

6. Barrientos, M., *et al.*, “Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos”, *Salud Pública Mex.*, vol. 49, supl. 4, 2007, S459-S466.
7. Becona, E., “El valor de dejar de fumar cuando se es mayor”, *Rev. Esp. Geriátrica Gerontológica*, vol. 368, sup. 1, 2001, pp. 29-35.
8. Botero, B. E. y Pico, M. E., “Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica”, *Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 12, s. n., enero-diciembre 2007, pp. 11-24.
9. Berenzaluce, G. y Palacios, N., “Rol social del adulto mayor en las familias del municipio de Centro Tabasco”, *Horizonte Sanitario*, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2007, pp. 16-23.
10. Cañas, M. y Buschiazio, H., *Uso de medicamentos en ancianos*, s. l., FEMEBA, 2000, 58:8-9.
11. Carmona, S. E., “El bienestar personal en el envejecimiento”, *IBEROFORUM*, revista de ciencias sociales de la Universidad Iberoamericana, año IV, núm. 7, enero-junio 2009, A. C., ciudad de México, www.uia/iberoforum.
12. Cornejo, A. E., *et al.*, “Condiciones de salud de la población de 60 y más años”, *Salud Pública Méx.*, vol. 37, s. n., 1995, pp. 417-423.
13. CONAPO, *La situación demográfica de México 2009*, Consejo Nacional de Población, México, D. F., septiembre de 2009.
14. Coto, V. E., *et al.*, “Ejercicio físico y bienestar en personas mayores de 50 años: caso del distrito central del cantón de Turrialba”, *Itersedes*, revista de las sedes regionales, vol. VII, núm. 12, Universidad de Costa Rica, 2006, pp. 47-59.
15. Chávez, A., *et al.*, “La actividad física y el deporte en el adulto mayor”, s. d., 2002, pp. 1-93
16. Chrischilles, E. *et al.*, “Use of medication by persons 65 and over: data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly”, *J. Gerontology*, vol. 47, s. n., 1992, p. 137.
17. Damian, J., *et al.*, “Determinantes of self assessed health among spanish older people living at home”, *J. Epidemiol Community Health*, vol. 53, 1999, s. p.

18. Organización Mundial de la Salud, *Diez datos sobre envejecimiento y ciclo de vida*, <http://www.who.int>-OMS.
19. Duffau, T. G., "Tamaño muestral en estudios biomédicos", *Rev. chil. Pediatr.*, vol. 70, s. n., 1999, pp. 313-324.
20. Findling, L., *et al.*, *Adultos mayores: percepción de salud y redes sociales*, Instituto de Investigaciones Gino Germani-Facultad de Ciencias Sociales UBA, sept. 2008, pp. 1-14.
21. Fylkesnes, K. y Forde, O. H., "The tromso study: predictors of self evaluated health-has society adopted the expanded health concept", *Soc. Sci. Med.*, vol. 32, s. n., 1991, pp. 141-146.
22. Fernández, M. G., *et al.*, "Desigualdades en salud y envejecimiento demográfico", *Anales de la Universidad Complutense*, núm. 13, Ed. Comp. Madrid, 1993, pp. 139-154.
23. —, "Polifarmacia en el anciano", *Acta Médica*, vol. 10, s. n., 2002, pp. 1-2.
24. Fernández, L. N., *et al.*, "Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos", *Revista Cubana Med. Gen. Integral*, vol. 16 (1), 2000, pp. 6-12.
25. Fernández, S., "Determinación del tamaño muestral.", *Atención Primaria*, vol. 3, s. n., 1996, p. 138.
26. Gallegos, K. *et al.*, "Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos de México", *Rev. Saúde Pública*, vol. 40 (5), 2006, pp. 792-801.
27. García, L. Y., *et al.*, "Sedentarismo y percepción de la salud: diferencias de género en una muestra aragonesa", *Rev. Int. Med. Cienc. act. fis. deporte*, vol. 7, núm. 28, diciembre 2007, pp. 344-358.
28. Gregory, A., *et al.*, "Health risk appraisal differences between well elderly and university students, contributors", *Journal Title: Journal of Community Health Nursing*, vol. 10, issue: 4, num. 241, publication year, 1993, s. p.
29. Guzmán, M., "Desarrollo y distribución de la población urbana en México y el Caribe", *Serie de población y desarrollo*, CELADE, vol. 28, 2002, pp. 1-50.
30. Ham, C. R., "Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población", *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, s. d., 1999.

31. Hassan, M. K., *et al.*, "Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. Int.", *J. Obes Related Metab. Disord.*, vol. 27, s. n., 2003, pp. 1227-1232.
32. Haveman, N. A., *et al.*, "Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe", *The Seneca Study*, vol. 32, s. n., 2003, pp. 427-434.
33. Hernández, I. *et al.*, "No dejarse caer en cama: las mujeres y los servicios de salud", *Cad. Saúde Pública*, vol. 21, s. n., Río de Janeiro, 2005, pp. 1210-1216.
34. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *II Censo de población y vivienda*, México, INEGI, 2005.
35. De Bruin, A., *et al.*, "Health interview surveys, towards international harmonization of methods and instrument", Geneve, WHO, *Regional Publications European Ser.*, núm. 58, 1996, s. p.
36. Juárez, L. G., "Evolución del estado nutricional del adulto mayor", *Rev. de Salud Pública y Nutrición*, Edición Especial, núm. 16, 2005, s.p.
37. Ericson, O. J., *et al.*, "Envejecimiento en comunidades campesinas: Proyecto envejecer en el campo", *Colombia Médica*, año/vol. 29, núm. 004 Universidad del Valle Cali, Colombia, 1998, pp. 121-124.
38. Lima, M. F. A. *et al.*, "The structure of self-rated health among older adults: the bambuí health and ageing study (BHAS)", *Rev. Saúde Pública*, vol. 38(6), 2004, www.fsp.usp.br/rsp
39. Leung, K. K., *et al.*, "Self rated health and mortality in chinese institutional elderly persons", *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 50 Issue 16:1107-1116.
40. Leitón, Z., *et al.*, *Perfil del adulto mayor*, Trujillo, 1999-2000, Trujillo Perú, Universidad Nacional de Trujillo, Instituto para el Desarrollo Humano y Bienestar Social, 2000, pp. 15-58.
41. Lorraine, P. J., *et al.*, "Predictors of self-rated health status among Texas residents", *Prev. Chronic Dis.*, vol. 2, s. n., 2005, A12.
42. López, A. K. H. y Ocampo, P., "Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos", *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 9, núm. 2, abril-junio 2007, pp. 80-86.
43. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C. México.

44. Maldonado, G. G., *et al.*, “Consumo de tabaco y alcohol en un colectivo de adultos mayores de Ciudad Victoria, Tam.”, *Contribución a las ciencias sociales*, marzo 2010 www.eumed.net/rev/cccss/07/ggvmsp.htm
45. Miranda, M. L., *et al.*, “Ingesta de energía y nutrientes, funcionalidad y actividad física en personas mayores”. *Revista Esp. Geriátrica Gerontológica*, vol. 35(6), 2000, pp. 317-321.
46. Monderback K, *et al.*, “Do risk factors and health behaviors contribute to sel-ratings of health”, *Soc.Sci.Med.*, vol. 48, s. n., 1999, pp. 1713-1720.
47. Monchietti, A., “Representación social de la vejez y su influencia sobre el aislamiento social y la salud de quien envejece”, *Revista de Psicogerontología*, tiempo on line www.psiconet.com, núm. 4, Buenos Aires, Argentina, 2000, s. p.
48. Peña, B., *et al.*, “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar del oriente del ISSSTE, México”, *Rev. de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 14 (2), 2009, pp. 53-61.
49. Pedrera, Z. J., *et al.*, “Estudio de la salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes”, *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 73, s. n., 1999, pp. 677-686.
50. Pender, N. J., *Health promotion in nursing practice*. 3rd. ed., Stanford, Appleton & Lange; 1996.
51. S. a., *Percepción*, obtenido en julio, 2010 en <http://es.wikipedia.org/wiki/Percepci%C3%B3>.
52. Ramírez, H., “Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable”, *Colombia Médica*, vol. 33, núm. 001, Universidad del Valle Cali, Colombia, 2002, pp. 3-5.
53. Resano, E. y Olaiz, G., “Envejecimiento en la pobreza: género, salud y calidad de vida”, *Instituto Nacional de Salud Pública*, vol. 1, s. n., 2003, pp. 24-37.
54. Reyes, V., *et al.*, “Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D. F.”, *Rev. Enferm. Inst. Méx. Seguro Soc.*, vol. 15 (1), 2007, pp. 27-31.
55. Rodríguez, A., *et al.*, “Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 25 (4), 2009, pp. 65-76.

56. Rossi, I., *et al.*, “El estado de salud de los uruguayos”, *Estudios de Economía*, vol. 34, núm. 1, junio 2007, pp. 73-96.
57. Rowe, J. W., “Health care of the elderly”, *N. Engl. J. Med.*, vol. 312 (13), 1985, s. p.
58. Ruiz, F., *et al.*, “Self-medication in older urban mexicans”, *Drugs Aging*, vol. 26, s. n., 2009, pp. 51-60.
59. Salgado, N. y Wong, R. R., “Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez”, *Salud Pública de México*, vol. 49, s. n., 2007, pp. 515-520.
60. Séculi, E., *et al.*, “Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 15 (3), 2001, pp. 217-223.
61. Strandberg, A. Y. *et al.*, “Alcohol consumption, 29- y total mortality, and quality of life in men in old age”, *Am J. Clin. Nutr.*, vol. 80, 2004, s. p.
62. Tirado, C. F. y Moreno, C. Y., “Autopercepción de salud en ancianos y la práctica médica familiar”, *Arch. Med. Fam.*, vol. 6, s. n., 2004, p. 3.
63. Tuesca, R., *et al.*, “Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia”, *Revista Española de Salud Pública*, septiembre-octubre, año/vol. 77, núm. 005, Ministerio de Sanidad y consumo de España, Madrid, España, pp. 595-604.
64. US Department of Health and Human Services. *The surgeon general’s call to action to prevent and decrease overweight and obesity Atlanta, Ga.: us departement of health and human service*, Centers for Disease Control and Prevention, 2001.
65. Vladislavovna, S., *et al.*, “Autopercepción del estado de salud en climáticas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Salud Pública de Méx.*, 2008, pp. 390-396.
66. Wannamethe, G. y Shaper, A. G., “Self assesment of health status and mortality in middle-aged british men, international”, *Journal of Epidemiology*, vol. 20, issue 1, s. f., pp. 239-245.
67. Ware, J. E., “Standards for validating health measures: definition and content”, *J. Chronic Dis.*, vol 40, s. n., 1987, pp. 473-80.
68. Wong, R., *et al.*, “Auto informe de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador”, *Rev. Panam. de Salud Pública*, vol. 17(5/6), 2005, pp. 323-32.