



## **II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población**

Guadalajara, México, 3 – 5 de Septiembre de 2006

### **La demografía latinoamericana del siglo XXI Desafíos, oportunidades y prioridades**

#### **Envejecimiento, depresión y enfermedades crónicas en adultos mayores de Argentina, Chile y Uruguay**

**Carla Melloni**

Universidad Nacional de Córdoba  
carla\_melloni@hotmail.com

**Bruno Ribotta**

Universidad Nacional de Córdoba

**Enrique Peláez**

Universidad Nacional de Córdoba

# **“Envejecimiento, problemas nerviosos y enfermedades crónicas en adultos mayores de Buenos Aires (Argentina), Montevideo (Uruguay) y Santiago (Chile)”<sup>1</sup>**

**Melloni, C.<sup>2</sup>; Ribotta, B.<sup>3</sup> & Pelaez, E.<sup>4</sup>**

## **INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla de modo gradual tanto en los individuos como en el colectivo demográfico. Los sujetos envejecen al ganar en años durante su paso por las distintas etapas del ciclo vital; una población envejece cuando las cohortes de edades mayores aumentan su peso relativo dentro del conjunto total. Tanto el envejecimiento individual como el demográfico comparten la referencia a la edad, más allá de ciertas diferencias: por ejemplo, el proceso de envejecimiento individual es irreversible, lo que no ocurre en el envejecimiento demográfico. El envejecimiento implica cambios referentes a la edad, asociados a la percepción que las personas tienen de sí mismas, a la valoración asignada por los demás y al papel que cada uno desempeña en su comunidad. Desde la Demografía, el envejecimiento implica que la proporción de individuos que experimentan aquellos cambios tiende a aumentar en detrimento del peso relativo de los grupos más jóvenes (Villa y Rivadeneira, 1999). En otras palabras, el proceso de envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edades y, consecuentemente, en las relaciones cuantitativas entre los diversos grupos de población; específicamente, tiende a aumentar la proporción de personas de 60 años y más mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes (Palloni, 1999; CEPAL-CELADE, 2002; 2003).

El envejecimiento de la población y el individual son dos caras de una misma moneda y sus interrelaciones son complejas y continuas; sin embargo, una primera mirada permite afirmar que en nuestros países ambos envejecimientos comparten la siguiente paradoja: las personas quieren y pueden vivir más años, pero la ancianidad no es una condición precisamente anhelada por la mayoría de los individuos. En el plano colectivo, reducir la mortalidad, la fecundidad y aumentar la esperanza de vida son logros asociados a un mayor desarrollo humano, pero su efecto combinado no siempre es favorable. Desde una óptica más positiva, el envejecimiento individual y el demográfico tienen en común que sus efectos tenderán a ser más efectivos (un incremento en el bienestar de los individuos y un mayor desarrollo de las sociedades) en la medida en que se tenga mayor conocimiento sobre cómo son actualmente los ancianos y qué significa exactamente ser viejo en nuestra sociedad (Pérez Ortiz, 1997).

El proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras demográficas de los países de América Latina y El Caribe responde a tendencias demográficas históricas. La notable disminución de la mortalidad –especialmente infantil– ocurrida en la región en la década de 1950 hizo que la esperanza de vida se extendiera, en promedio, en 18 años entre 1950 y 1990. Un segundo gran cambio demográfico, observado desde mediados de los años 60’ y comienzos de los 70’, fue la drástica reducción de la fecundidad en la mayoría de los

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Guadalajara, México, del 3 al 5 de septiembre de 2006.

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Córdoba – E-mail: carla\_melloni@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidad Nacional de Córdoba – E-mail: bruno@cea.unc.edu.ar

<sup>4</sup> Universidad Nacional de Córdoba y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – E-mail: epelaez@eco.unc.edu.ar

países. Estos hechos impactaron significativamente en la estructura por edades de la población, cuya expresión más clara la constituye el paulatino aumento de los adultos mayores. En tanto estos procesos se dieron de manera diferenciada en cada país de la región, sus efectos sobre la composición por edades refleja situaciones heterogéneas. Las estimaciones realizadas por el CELADE (2003) ubican a Argentina entre los tres países más envejecidos de la región en el año 2000, estando el 13.3% de su población compuesta por personas de 60 años y más, porcentaje similar al presentado por Cuba, y que la sitúa unos puntos por debajo de Uruguay, que con el 17.2% es el país más envejecido de América Latina. Las sociedades de la región, así como sus instituciones, deberán enfrentar el reto que plantea el enorme aumento de la proporción de población de 60 años y más, que pasaría de 8 % en el año 2000 a 14.1% en el año 2025 y a 22.6% en el año 2050 (CEPAL / CELADE, 2002; 2003; Chackiel, 2000).

Ante estos cambios demográficos, en 1998 se publicó bajo el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el Protocolo del estudio multicéntrico: salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE; Palloni, 1999). En este informe se reporta la ausencia de información sobre envejecimiento en América Latina, la falta de investigaciones sobre las características y las consecuencias de los problemas relacionados al envejecimiento y la falta de planificación y políticas en el área. Palloni afirma que no existen estudios comparativos sobre las condiciones de salud de los adultos mayores en América Latina. La única base de datos pertinente e integral que se ha elaborado hasta ahora se produjo gracias a un estudio interpaíses patrocinado por la OPS (ver Palloni, 1999). Sin embargo, los resultados de estos estudios se basan en protocolos que no son uniformes de un país a otro y sólo recopilan información relativa a los aspectos más elementales del estado de salud de los adultos mayores, necesarios pero insuficientes para caracterizar a fondo la salud de este grupo etario. Estos estudios no permiten la evaluación y comparación de la prevalencia de enfermedades crónicas importantes o de deficiencias físicas típicas de las personas de edad, entre otras limitaciones. La utilidad de estos datos es limitada para hacer inferencias acerca de las relaciones entre los aspectos conductuales asociados con los perfiles de riesgo y las condiciones de salud o para realizar comparaciones a fin de explicar cómo ciertos factores propios de los países hacen aumentar (o disminuir) la prevalencia de enfermedades y discapacidades físicas o mentales.

El Proyecto SABE (Peláez y cols., 1999) surgió para cubrir este vacío teórico. En este marco, se realizó un estudio comparativo con el objetivo de relevar las condiciones de salud y de vida de los adultos mayores en los centros urbanos más importantes de siete países (Argentina, Chile, Uruguay, Brasil, Cuba, Barbados y México). A tal fin, se llevaron a cabo encuestas transversales y comparables realizadas en distintas etapas. La información, recolectada a través de un cuestionario estructurado en entrevistas directas y presenciales en la vivienda del adulto mayor, fue recogida en una base de datos integral sobre la salud, el bienestar y el envejecimiento en América Latina y el Caribe.

Los resultados de las encuestas SABE (Peláez y cols., 1999) muestran que la mayoría de las personas mayores declara no tener buena salud, siendo siempre este indicador mayor en mujeres. La proporción de personas de 60 años y más en Santiago de Chile que declara tener salud mala o regular es más de un 60% en las mujeres y más de 50% en los hombres. Estos valores son casi el doble de los correspondientes a Buenos Aires y Montevideo. Esto indica las enormes disparidades de salud de un país a otro, donde la esperanza de vida a los 60 años es muy similar, pero se ha registrado un proceso de envejecimiento demográfico y económico muy distinto. En cuanto a las **enfermedades crónicas**, éstas tienen su origen en numerosos factores de riesgo además de los factores genéticos. Aun en la vejez no es tarde para modificar hábitos no saludables y controlar —o evitar— factores de riesgo que, en la mayoría de las veces, causan o complican algunas enfermedades crónicas que, a su vez, pueden causar

discapacidad. La prevalencia de factores de riesgo en las personas adultas mayores es alarmante. Entre las personas adultas mayores más jóvenes, o sea las de 60 a 69 años, con excepción de Barbados, en las ciudades analizadas por la encuesta SABE, casi una de cada dos personas tiene al menos dos factores de riesgo que pueden incluir: consumo de tabaco, el sobrepeso o la falta de actividad física rigurosa. En general, las personas que presentan alguna limitación en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tienen por lo menos uno de los factores de riesgo mencionados. Dentro de los **factores de riesgo cardiovascular** (entre los que se incluyen las enfermedades cardíacas), la enfermedad isquémica y los accidentes cerebro-vasculares causan la mayor parte de las muertes. Existen importantes diferencias de género en la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular, siendo significativamente más frecuentes en mujeres. En cuanto al riesgo de tener una enfermedad cardíaca, los porcentajes son de 18% para los hombres y 20% para las mujeres. De persistir este cuadro, es esperable una creciente morbi-mortalidad por esta causa, en el sexo femenino mayor de 60 años. Dentro de este grupo de edad, adquiere relevancia la **diabetes** mellitus; el riesgo absoluto de morir por esta causa aumentó 57% en varones y 38% en mujeres, con lo cual el exceso de riesgo en la mujer tendió a atenuarse (bajó de 25% a 10% en el período) (CEPAL, 2003). La incidencia de diabetes en la mujer de edad avanzada en los países de la región se ha incrementado, particularmente en los países en desarrollo, hecho que coincide con el aumento de la obesidad. En general, el número de defunciones de mujeres por esta enfermedad es el doble del observado en los hombres. Sin embargo, a diferencia de algunas otras causas de muerte, los efectos de la diabetes se sienten mucho antes que fallezca la persona. Entre los efectos más comunes de los casos de diabetes mal controlados se encuentran la ceguera y la pérdida de extremidades por deficiencia de la circulación periférica. Una discapacidad de esta magnitud para las personas que tratan de mantener su independencia puede ser devastadora (Sennot Miller, 1999). Casi una de cada dos mujeres de 60 años o más tienen **enfermedades óseo - musculares** (entre las que se encuentra el reumatismo y la artrosis), siendo estas enfermedades sumamente incapacitantes para las personas adultas mayores, con prevalencias bastante mayores en la población femenina, como en el caso de las ciudades analizadas en este trabajo. La tasa estandarizada de mortalidad debida a **enfermedades neoplásicas** aumentó levemente en hombres (4%) y descendió, también levemente, en mujeres (5%). En la población masculina de esta edad la tendencia más notoria ha sido el aumento de 52% en el riesgo de muerte por cáncer de próstata y de 6% en el de pulmón, incrementos no compensados por la reducción de 25% en el riesgo de muerte por cáncer de estómago y de 1% en las demás neoplasias. Por su parte, en la población femenina de esta edad el riesgo de muerte por cáncer de pulmón se incrementó 25% y el de mama 15%, lo que fue parcialmente compensado por la reducción del riesgo de muerte por cáncer de estómago (de 34%), de útero (de 14%) y de las demás neoplasias (de 3%). En su conjunto, la mortalidad por cáncer en este grupo de edad sigue representando la segunda causa de mayor magnitud, después de las enfermedades cardiovasculares. Pese a que la incidencia de cáncer de pulmón en la mujer ha aumentado, y a que las mujeres de edad avanzada de la región sufren diferentes clases de cáncer, los más comunes son los del cuello uterino y de la mama (Peláez y cols., 1999).

El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento, así como la reducción resultante de los años previstos de esperanza de vida activa y saludable son factores indicativos que el proceso conducirá a una mayor demanda de servicios de salud. A esta situación se asocia la naturaleza crónica y progresiva de la morbilidad que hace que los servicios tiendan a ser de carácter paliativo y a evitar o demorar el deterioro de las condiciones de salud de los adultos mayores (OPS, 1997). Estudios epidemiológicos señalan que un 70% de la población senil padece una enfermedad crónica y el 50% dos patologías (OPS, 1993), siendo la diabetes, las demencias, las enfermedades cardíacas y las enfermedades óseo-musculares algunas de las más comunes

(Engler & Peláez, 2002). A la mayor probabilidad propia de la edad de padecer este tipo de enfermedades se suman las pérdidas afectivas propias de la vejez, que se traducen en estados de ansiedad y/o depresión, en particular dentro de la población femenina (que presenta una mayor longevidad): según la información de los censos de varios países latinoamericanos, aproximadamente el 40% de las mujeres adultas mayores se encuentra en la categoría de viudas (CEPAL-CELADE, 2002; Pantelides, 2005; 2006). Asimismo, el hecho que la presencia de problemas psicológicos o psiquiátricos puede afectar el curso clínico de enfermedades crónicas ha dejado de ser una controversia. Por ejemplo, los problemas psiquiátricos pueden afectar de manera adversa la evolución y la duración de la estadía de los pacientes hospitalizados en hospitales generales (Levenson y cols., 1990; Saravay y cols., 1991) y la presencia de depresión mayor aumenta la tasa de morbilidad en pacientes con afecciones de arteria coronaria (Carney y cols., 1988). En algunas situaciones, una intervención psicoterapéutica temporal en pacientes médicos puede mejorar su ajuste psicosocial e incluso su supervivencia (Spiegel y cols., 1989).

Es apropiado aquí describir brevemente, a fines de una mejor caracterización de la población bajo estudio, tres distintos significados del concepto “edad”, propuestos por Arber y Ginn (1996): *la edad cronológica*, *la edad social* y *la edad fisiológica*; así como la forma en que estos diferentes significados se interrelacionan en un contexto social y cultural determinado, poniendo especial énfasis en cómo se desarrolla la conexión entre edad y relaciones de género. La *edad cronológica* es esencialmente biológica y se refiere al número de años que una persona ha cumplido, lo que significa para el individuo una serie de cambios en su posición dentro de la sociedad, ya que muchas de las normas que definen las responsabilidades y privilegios de un sujeto dependen de su edad cronológica. Es importante recordar que algunas de estas restricciones difieren entre hombres y mujeres, como la edad de jubilación, de recibir beneficios estatales, de nupcialidad y, en el pasado, el derecho a voto. La *edad social* se refiere a las actitudes y conductas adecuadas, a las percepciones subjetivas (cuán mayor el sujeto se siente) y a la edad atribuida (la edad que los otros atribuyen al sujeto). Para las autoras, el envejecimiento social está relacionado con las transiciones que se producen en el curso vital, pero como el momento y sucesión de dichas transiciones difieren según se trate de mujeres u hombres, el envejecimiento social estaría notoriamente influenciado por el género. De esta forma, existiría una “cronología femenina” específica (en el ámbito personal, reproductivo y laboral) que va en perjuicio de las mujeres. Como ejemplo, el tiempo de pérdida de atractivo de las mujeres como compañeras está fijado en una edad anterior a la de los hombres. Asimismo, una historia laboral más reducida, su mayor inserción en el mercado informal y los menores ingresos medios percibidos por las mujeres, definirían una mayor precariedad en su seguridad social. Por lo tanto, tanto la edad social como la cronológica contribuyen a acrecentar las desventajas estructurales, pero de modo diferencial según se trate de mujeres o de hombres (Arber & Ginn, 1996). Autores como Laslett (1996) defienden la idea que en las sociedades modernas, las pautas que rigen la edad social están siendo más fluidas y flexibles; las normas referidas al trabajo y la educación, la vestimenta y las actividades de ocio estarían menos ligadas a la edad cronológica que en el pasado. Sin embargo, esta apreciación responde a un enfoque de la “tercera edad” como un tiempo dedicado al desarrollo personal, la autonomía, el consumo y estilos de vida juveniles (Arber & Ginn, 1996). No obstante lo anterior, estos modos y estilos de vida están fuera del alcance de quienes disponen de rentas bajas o padecen de mala salud. El tercer sentido de la edad se refiere al proceso de *envejecimiento fisiológico*, relacionado con la capacidad funcional y una gradual reducción de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza. Entre estas modificaciones podemos destacar cambios o disminuciones en las capacidades sensoriales: alteraciones en la visión, la audición y el tacto suponen dificultades y modificaciones en la percepción del mundo, de sí mismos y de los demás, lo que conlleva efectos en la

interpretación y evaluación de la realidad y de sí mismos. En cuanto a los cambios motrices, el aumento de la fatiga, problemas como la artrosis y la lentitud motriz, suponen una disminución de la autonomía funcional. A nivel cognitivo, los procesos mnésicos y de aprendizaje se verán afectados por los cambios a nivel del sistema nervioso central. El papel hormonal de los neurotransmisores y otros elementos fisiológicos en interacción serían los responsables de las modificaciones ocurridas con el transcurso de los años (Yanguas y cols., 1998). Aunque la velocidad y la distribución temporal de los cambios fisiológicos varían según la posición de los sujetos en la estructura social –en especial la relativa al género y la clase social (Arber & Ginn, 1996)– es innegable que durante la vejez se producen muchos cambios específicos de la esfera biofisiológica que afectan distintos ámbitos de la vida de las personas.

Este trabajo analiza la relación entre la presencia de problemas nerviosos y enfermedades crónicas en adultos mayores residentes en tres ciudades de América Latina: Buenos Aires, Santiago de Chile y Montevideo. Esta selección se justifica por la prevalencia de ambos en la población estudiada, y el impacto que tienen no sólo en el adulto mayor, sino también en su entorno familiar y social. Para ello, se detalla la incidencia de problemas nerviosos y el padecimiento de enfermedades crónicas en la población bajo estudio, así como la variación en sus características y prevalencia en función del género. El estudio comprende el análisis de la relación entre ambas variables (problemas nerviosos y enfermedades crónicas) en la población bajo estudio en función del género, así como la comparación del perfil particular presentado por esta relación en las tres ciudades. A tal fin, se emplean los datos relevados por las encuestas SABE (salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe; Peláez y cols., 1999). Se analizan los resultados obtenidos por estas encuestas, para aportar información de interés científico y sanitario respecto a las características de la relación entre salud mental y enfermedades crónicas en adultos mayores residentes en Buenos Aires (Argentina), Santiago de Chile (Chile) y Montevideo (Uruguay).

## **METODOLOGÍA**

El presente estudio utilizó la base de datos del Proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe). En la recolección de datos del Proyecto se realizó una encuesta a los sujetos, sus cónyuges (si estaban presentes), y un hermano seleccionado aleatoriamente (si estaba presente y vivía en la misma zona urbana que el sujeto). Las entrevistas constan de tres módulos básicos: aspectos sociodemográficos, estado de salud y servicios de salud. La entrevista incluyó dos elementos adicionales: a) un protocolo para medir el estado nutricional de los adultos mayores y b) un conjunto de pruebas sencillas para evaluar las limitaciones físicas. La recopilación de datos de la encuesta giró en torno a cinco conceptos:

- a) Auto-evaluación de las enfermedades crónicas y agudas
- b) Auto-evaluación de discapacidad y deficiencias físicas y mentales
- c) Historiales limitados de las principales enfermedades crónicas
- d) El acceso a la asistencia sanitaria y el uso que se hace de esta
- e) El grado y la índole del apoyo de familiares y allegados, directa e indirectamente relacionados con las condiciones de salud de los adultos mayores.

Como fuera mencionado en la introducción, el estudio estuvo diseñado para producir información que permitiera describir las condiciones de salud de los adultos mayores respecto a las enfermedades crónicas y agudas, la discapacidad y la deficiencia física y mental; evaluar el acceso a los servicios de asistencia sanitaria y la medida en que los utilizan, así como la contribución relativa de tres fuentes de apoyo a la satisfacción de las necesidades relacionadas

con la salud de los adultos mayores (las relaciones familiares y las redes, la asistencia pública y los recursos priva), entre otras.

En este trabajo se utilizaron los datos de las encuestas a las poblaciones urbanas de Argentina, Chile y Uruguay (Buenos Aires, Santiago de Chile y Montevideo, respectivamente) dentro del marco de la Encuesta SABE, realizada en 1999. Se considera que estos datos secundarios son fundamentales, y que en función de los objetivos del estudio no es necesario realizar nuevas encuestas. Cabe destacar que el número de sujetos encuestados en Buenos Aires fue de 1043, 1036 en Santiago de Chile y 1450 en Montevideo. En el Proyecto SABE se realizó una selección muestral por conglomerados estratificado y polietápico. En esta investigación, se analizó la relación entre problemas nerviosos y enfermedades crónicas y se comparó el perfil presentado en tres ciudades de América Latina (Buenos Aires, Santiago de Chile y Montevideo).

Para esta investigación se incluyeron las variables que se describen a continuación. Del apartado "Salud Mental", se tomaron los items "presenta problema nervioso" y "tiene tratamiento psiquiátrico". Del apartado "Enfermedades Crónicas", se consideró la presencia o ausencia de aquellas de mayor prevalencia entre la población objeto de estudio: diabetes, cáncer, enfermedad cardíaca y reumatismo. Estas variables fueron analizadas en función del género y el país de residencia. Para el análisis de la información se excluyeron las respuestas de los sujetos ignorados y las no respuestas de las encuestas originales por su bajo porcentaje de incidencia.

## **RESULTADOS Y ANÁLISIS COMPARATIVO**

En cuanto al estado de salud mental, la población de 60 y más años de edad que declara problemas nerviosos varía sustantivamente de una ciudad a otra. Buenos Aires (Argentina) es la ciudad que detenta el menor porcentaje (12%), seguida por Montevideo (Uruguay, 17%) y finalmente por Santiago de Chile (25%). Las tres ciudades coinciden en el diferencial por sexo de la declaración de problemas nerviosos, mostrando que las mujeres son más proclives que los hombres a este tipo de padecimiento. No obstante, se aprecia que las diferencias son más pronunciadas en Montevideo y Santiago, ciudades en donde las mujeres con problemas nerviosos llegan a representar dos tercios del total de la enfermedad.

### **Cuadro N° 1: Porcentaje de presencia de problema nervioso, por sexo y ciudad. Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile.**

Sexo / País	Buenos Aires		Montevideo		Santiago	
	Porcentaje	Distribución	Porcentaje	Distribución	Porcentaje	Distribución
Total	12.0	100.0	16.6	100.0	24.7	100.0
Mujer	6.5	54.4	11.6	70.2	16.7	67.7
Hombre	5.5	45.6	5.0	29.8	8.0	32.3

**Fuente: Encuesta SABE. Tabulados propios.**

El tratamiento especializado de la población de 60 y más años con problemas nerviosos también presenta diferencias entre las ciudades consideradas. Al respecto, puede apreciarse que la población bajo atención psiquiátrica en Montevideo y Santiago supera holgadamente a la de Buenos Aires (38% con relación al 26% observado en el último país). Lo anterior indica que las ciudades con mayor incidencia de problemas nerviosos (Santiago de Chile, pero fundamentalmente Montevideo), presentan proporcionalmente más cobertura psiquiátrica.

Como puede apreciarse, la atención psiquiátrica de los problemas nerviosos según sexo es equitativa en Montevideo, lugar en donde hombres y mujeres son tratados prácticamente en la misma proporción. No es así en Buenos Aires, ciudad donde la atención especializada de los problemas nerviosos es mucho más frecuente en hombres (70% del total) y en Santiago de Chile, donde se aprecia lo contrario (64% del total de quienes declaran recibir atención psiquiátrica son mujeres).

**Cuadro N° 2: Porcentaje de presencia de problema nervioso y tratamiento psiquiátrico, por sexo y ciudad. Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile.**

Sexo / País	Buenos Aires		Montevideo		Santiago	
	Porcentaje	Distribución	Porcentaje	Distribución	Porcentaje	Distribución
Total	25.9	100.0	38.4	100.0	38.4	100.0
Mujer	7.8	30.2	18.2	47.5	24.6	64.1
Hombre	18.1	69.8	20.2	52.5	13.8	35.9

**Fuente: Encuesta SABE. Tabulados propios.**

En relación al objetivo principal del trabajo (analizar la relación entre presencia de problemas nerviosos y enfermedades crónicas en las tres ciudades bajo estudio), se resumen a continuación los resultados obtenidos:

**Cuadro N° 3: Porcentaje de presencia de diabetes por sexo, país y presencia de problema nervioso y tratamiento psiquiátrico**

Porcentaje de Presencia de Diabetes por Sexo, País y presencia de estado nervioso y tratamiento psiquiátrico. Encuesta SABE. Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile.							
Sexo	Diabetes	Argentina		Uruguay		Chile	
		tiene problema nervioso		tiene problema nervioso		tiene problema nervioso	
		si	no	si	no	si	no
Mujeres	si	1.06	10.34	3.40	11.01	5.55	8.56
	no	11.63	76.97	17.55	68.05	25.57	60.33
	Total	12.69	87.31	20.95	79.05	31.12	68.88
Hombres	si	2.31	11.69	2.39	10.05	3.29	8.83
	no	8.33	77.66	6.52	81.04	11.55	76.34
	Total	10.65	89.35	8.91	91.09	14.84	85.16
Sexo	Diabetes	tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico	
		si	no	si	no	si	no
		tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico	
Mujeres	si	0.00	8.36	4.56	11.65	10.78	7.04
	no	17.98	73.66	33.01	50.78	32.85	49.32
	Total	17.98	82.02	37.57	62.43	43.63	56.37
Hombres	si	10.10	11.62	11.81	16.04	4.41	18.19
	no	31.39	46.89	29.71	42.45	20.08	57.32
	Total	41.49	58.51	41.52	58.48	24.49	75.51

El porcentaje de la población de 60 años y más que padece **diabetes** es similar en las tres ciudades analizadas: 12% en Buenos Aires y 13% en Santiago de Chile y Montevideo. En la primera ciudad, la diabetes es un 20% más alta en los hombres (incidencia de 14% respecto a 11% en mujeres). En las restantes se observa la situación contraria, la diabetes es un 15% más baja en este sexo que en las mujeres (12% sobre 14%). En las tres ciudades, el porcentaje de población de 60 años y más que tiene problemas nerviosos y al mismo tiempo padece diabetes es bajo. Según sexo, los porcentajes más reducidos se observan en Buenos Aires (el 1% de las mujeres y el 2,3% de hombres tiene ambas patologías al mismo tiempo), y los más altos en Santiago de Chile (3,3% y 5,6% para hombres y mujeres respectivamente).



No obstante lo anterior, es considerable la incidencia de los problemas nerviosos en la población de 60 años y más que padece diabetes<sup>5</sup>. Al considerar cada sexo por separado, se observa que en Santiago, el porcentaje de diabéticos con problemas nerviosos es del 39% en mujeres y 27% en hombres. En Montevideo se aprecia una incidencia un poco más baja (24% en mujeres y 19% en hombres), la que es menor en Buenos Aires (9% y 16,5% para mujeres y hombres respectivamente).

El total de población de 60 y más años, diabética y con problemas nerviosos que recibe tratamiento psiquiátrico<sup>6</sup>, presenta diferenciales de importancia entre las ciudades consideradas. En un caso extremo, se observa que las mujeres argentinas que padecen diabetes y problemas nerviosos al mismo tiempo, no reciben atención psiquiátrica en su totalidad. En el caso de los hombres, se observa una cobertura elevada (prácticamente la mitad). En Montevideo este diferencial se mantiene, aunque de manera menos pronunciada, y en Santiago se invierte (un 60% de las mujeres diabéticas con problemas nerviosos recibe atención psiquiátrica, mientras que los hombres en idénticas condiciones son tratados en un 20%). En tal sentido, al considerar una patología médica en particular, la diabetes, vuelven a apreciarse los diferenciales por sexo presentes en la atención psiquiátrica general de los problemas nerviosos (mayor cobertura masculina en Montevideo y sobre todo en Buenos Aires, y la situación contraria en Santiago). Este ejemplo en particular, muestra a los diferenciales antes mencionados todavía más acentuados.

**Cuadro N° 4: Porcentaje de presencia de cáncer por sexo, país y presencia de problemas nerviosos y tratamiento psiquiátrico.**

Porcentaje de Presencia de Cáncer por Sexo, País y presencia de estado nervioso y tratamiento psiquiátrico . Encuesta SABE. Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile.							
Sexo	Cáncer	Argentina		Uruguay		Chile	
		tiene problema nervioso		tiene problema nervioso		tiene problema nervioso	
		si	no	si	no	si	no
Mujeres	si	0.89	4.96	2.60	4.70	3.71	2.01
	no	11.77	82.38	18.38	74.32	27.48	66.80
	Total	12.66	87.34	20.98	79.02	31.19	68.81
Hombres	si	0.00	4.11	0.38	4.08	0.81	0.96
	no	10.87	85.02	8.65	86.88	13.77	84.46
	Total	10.87	89.13	9.04	90.96	14.58	85.41
Sexo	Cáncer	tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico	
		si	no	si	no	si	no
Mujeres	si	3.56	3.50	4.74	7.65	6.40	5.51
	no	14.42	78.53	32.71	54.90	36.81	51.29
	Total	17.98	82.02	37.45	62.55	43.21	56.79
Hombres	si	0.00	0.00	2.93	1.47	0.32	5.37
	no	40.70	59.30	39.45	56.16	20.43	73.88
	Total	40.70	59.30	42.38	57.62	20.75	79.25

El porcentaje más alto de población de 60 y más años de edad con **cáncer** se observa en Montevideo (6%), luego en Buenos Aires (5%), y finalmente en Santiago (4%). En general se observa que la incidencia de cáncer es mayor en las mujeres, cualquiera sea la ciudad bajo estudio. En este mismo segmento de población, el porcentaje de enfermos de cáncer que declaran también problemas nerviosos es sistemáticamente más alto en las mujeres, y entre los hombres sobresalen los chilenos. El ejemplo extremo está representado por Buenos Aires, ciudad en donde la población masculina de 60 años que padece cáncer no declara tener problemas nerviosos. Por otra parte, mientras que en Montevideo y Santiago los hombres con

<sup>5</sup> Porcentaje que sufre diabetes y problemas nerviosos al mismo tiempo, sobre porcentaje de diabetes, tomando cada sexo por separado

<sup>6</sup> Total de diabéticos que recibe tratamiento, dividido por el total de diabéticos con problemas nerviosos, para cada sexo por separado

cáncer y problemas nervioso constituyen menos del 1 % del total de su género, las mujeres con los mismos padecimientos equivalen al 2,6 y 3,7% respectivamente del total pertinente. Este diferencial se mantiene al considerar la incidencia de los problemas nerviosos exclusivamente en la población de 60 y más años que sufre de cáncer. Puede observarse que un 15% de las mujeres argentinas con cáncer declaran tener también problemas nerviosos, cifra que es duplicada en sus pares uruguayas y cuadruplicada en las chilenas (35,6 y 65% respectivamente). Por su parte, una incidencia relevante se observa en los hombres de Santiago (46%). Con relación a la atención psiquiátrica de quienes declaran problemas nerviosos y padecen cáncer, también se observan diferenciales entre las ciudades. En primer lugar, cabe destacar una cobertura superior al 50% para las mujeres de 60 años y más de Santiago y Buenos Aires, y próxima al 40% en Montevideo. En esta última ciudad, dos tercios de los hombres que padecen problemas nerviosos y sufren cáncer acceden a tratamiento psiquiátrico, guarismo que es el más alto de todas las ciudades, cualquiera sea el sexo considerado.

**Cuadro N° 5: Porcentaje de presencia de enfermedades cardíacas por sexo, país y presencia de problema nervioso y tratamiento psiquiátrico**

Porcentaje de Presencia de Enf. Cardíacas por Sexo, País y presencia de estado nervioso y tratamiento psiquiátrico Encuesta SABE. Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile.						
Sexo	Cardíacas	Argentina		Uruguay		Chile
		tiene problema nervioso		tiene problema nervioso		tiene problema nervios
		si	no	si	no	si
Mujeres	si	2.42	16.76	8.32	16.15	15.22
	no	10.24	70.58	12.69	62.84	16.17
	Total	12.66	87.34	21.01	78.99	31.39
Hombres	si	2.47	18.38	4.20	18.45	3.88
	no	8.15	71.00	4.86	72.49	11.12
	Total	10.63	89.37	9.07	90.93	14.99
Sexo	Cardíacas	tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátr
		si	no	si	no	si
Mujeres	si	1.95	17.20	16.21	23.40	22.95
	no	16.03	64.82	21.24	39.15	20.26
	Total	17.98	82.02	37.45	62.55	43.21
Hombres	si	18.31	4.98	10.04	34.41	7.46
	no	23.18	53.53	32.34	23.23	16.46
	Total	41.49	58.51	42.38	57.62	23.92

Las **enfermedades cardíacas** constituyen una de las principales causas de muerte de los adultos mayores. En Buenos Aires, se observa que sólo el 2.42% de las mujeres de 60 años y más sufren enfermedad cardíaca acompañada de problema nervioso; presentando los hombres un perfil similar (2.47%). De manera acorde, sólo el 1.95% de las mujeres que presentan enfermedades cardíacas y tiene problemas nerviosos está bajo tratamiento psiquiátrico. Los hombres presentan porcentajes similares. Específicamente, se observa que el 18.31% de los adultos mayores con enfermedades cardíacas y problemas nerviosos reciben tratamiento de índole psiquiátrica.

En Montevideo, el porcentaje de mujeres que presentan enfermedad cardíaca y problema nervioso es significativamente mayor al de los hombres (8.32% contra 4.2%). Esta diferencia, si bien un tanto menor, se mantiene al introducir la variable tratamiento psiquiátrico: las mujeres que padecen enfermedad cardíaca y reciben tratamiento representan el 16.21%, mientras que en los hombres este porcentaje desciende al 10.04%. Curiosamente, el porcentaje de adultos mayores de ambos sexos sin enfermedad cardíaca que están bajo tratamiento psiquiátrico es mayor que el de los sujetos que no padecen esta enfermedad. Este fenómeno se mantiene para las personas que no padecen cáncer ni diabetes (esto es, aquellos

que no presentan estas enfermedades reciben más atención psiquiátrica que los sujetos que sí las padecen). El único caso donde el porcentaje de enfermos con atención psiquiátrica supera al de sujetos no enfermos bajo tratamiento es en la variable reumatismo. En Santiago, en concordancia con estudios previos (Albala & Marín, 2003), encontramos un alto porcentaje de problemas nerviosos entre las mujeres con enfermedades cardíacas (15.22%), ascendiendo a 22.95% al introducir la variable tratamiento psiquiátrico. En esta ciudad, el porcentaje de mujeres con enfermedad cardíaca y depresión asociada es uno de los más altos de la región (Albala & Marín, 2003). El porcentaje de hombres con enfermedad cardíaca y problema nervioso y/o tratamiento psiquiátrico asociado es significativamente menor que el de las mujeres (3.88 % y 7.46%, respectivamente).

Se observan interesantes diferencias en la población adulta que padece enfermedades cardíacas en función de la ciudad y el género. Al considerar la presencia de problema nervioso, las mujeres chilenas presentan el porcentaje más elevado (15.22%) de los tres países. Curiosamente, al analizar los datos de los adultos mayores con enfermedad cardíaca que reciben tratamiento psiquiátrico, encontramos valores similares entre las mujeres de Santiago y la población masculina de Buenos Aires (22.95% contra 18.31%).

**Cuadro N° 6: Porcentaje de presencia de reumatismo por sexo, país y presencia de problema nervioso y tratamiento psiquiátrico**

Porcentaje de Presencia de Reumatismo por Sexo, País y presencia de estado nervioso y trat. psiquiátrico. Encuesta SABE. Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile.							
Sexo	Reumatismo	Argentina		Uruguay		Chile	
		tiene problema nervioso		tiene problema nervioso		tiene problema nervioso	
		si	no	si	no	si	no
Mujeres	si	8.75	53.95	14.29	43.18	14.68	25.40
	no	3.86	33.44	6.54	35.99	16.09	43.82
	Total	12.61	87.39	20.83	79.17	30.78	69.22
Hombres	si	4.06	32.48	4.26	27.78	3.00	10.34
	no	6.75	56.71	4.78	63.18	12.13	74.54
	Total	10.81	89.19	9.04	90.96	15.13	84.87
Sexo	Reumatismo	tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico		tiene tratamiento psiquiátrico	
		si	no	si	no	si	no
		si	no	si	no	si	no
Mujeres	si	12.21	57.17	25.54	43.05	22.07	25.63
	no	5.92	24.70	11.37	20.04	21.49	30.81
	Total	18.13	81.87	36.91	63.09	43.56	56.44
Hombres	si	20.42	17.10	19.38	25.84	0.00	20.23
	no	20.27	42.20	23.00	31.79	23.92	55.84
	Total	40.70	59.30	42.38	57.62	23.92	76.08

El **reumatismo** presenta una alta prevalencia en ambos géneros dentro de las enfermedades osteo-musculares. Dentro de la población femenina, las mujeres argentinas que padecen reumatismo presentan los porcentajes más bajos de presencia de problemas nerviosos (8.75%, contra 14.29% de Montevideo y 14.68% de Santiago). Curiosamente, esos porcentajes son los más elevados de todas las enfermedades bajo análisis. Esta diferencia se mantiene al analizar a la población femenina con reumatismo y problemas nerviosos que se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico: en Buenos Aires encontramos sólo un 12.21%, mientras que en Montevideo y Santiago, las cifras son significativamente mayores (25.54% y 22.07%, respectivamente). Los porcentajes de presencia de problema nervioso para la población masculina con reumatismo son similares en las tres ciudades: 4.06% en Buenos Aires, 4.26% en Montevideo y 3% en Santiago, y significativamente menores a aquellos encontrados entre las mujeres. Llamativamente, observamos en Buenos Aires y Montevideo altos porcentajes de hombres con reumatismo y problemas nerviosos que reciben tratamiento psiquiátrico (20.42% y 19.48% respectivamente). En Santiago de Chile, en concordancia con el bajo porcentaje de población masculina con reumatismo que afirma tener problema nervioso (3%), no se hallan

casos de sujetos que padezcan las enfermedades y asistan a algún tipo de tratamiento de índole psiquiátrica.

## **CONCLUSIONES**

El interés actual por la vejez en cuanto fenómeno social surge en los países desarrollados en la década de los cincuenta debido a varios factores, como la evolución demográfica y el aumento de la esperanza de vida, la jubilación obligatoria, el predominio de la familia nuclear y el impacto de los procesos de urbanización e industrialización. Igualmente, la vejez se perfila como objetivo científico social cuando determinados grupos de edad empiezan a plantear ciertos problemas sociales. Al igual que otras áreas de interés sociológico, la preocupación por la vejez nace de la mano del planteamiento de un problema social. Sin embargo, en el caso específico de la vejez, la asociación entre fenómeno social y problema social como única posibilidad sigue vigente hasta nuestros días haciendo que se pierdan "ricas perspectivas analíticas que permitan comprenderlo y explicarlo como el fenómeno social de envergadura que realmente es" (Pérez Ortiz, 1996). De ahí que este trabajo se haya acercado a la vejez enfocándolo como un fenómeno social, dentro de los muchos existentes y posibles, y que puede ser científica y empíricamente aprehendido. Lo anterior sin pasar por alto el gran impacto, los enormes desafíos y la larga lista de problemas concretos que el envejecimiento y la vejez suponen para nuestras sociedades y para los individuos que las componen. Por el contrario, se trató de identificar y caracterizar algunos factores que hacen que un fenómeno natural dentro del ciclo de vida sea experimentado como una amenaza o fuente de inseguridad y riesgo para algunas personas, hogares y comunidades, así como las relaciones entre ellos.

En América Latina, el grupo de adultos mayores representa un segmento creciente de la población que requiere y utiliza una proporción cada vez mayor de los recursos del sistema de salud. Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales. El concepto de salud en el anciano se define, fundamentalmente, en términos del mantenimiento de la funcionalidad y autonomía cuyos componentes principales son movilidad y función neurocognitivo adecuadas.

En relación al estado de salud mental, es interesante observar que si bien el porcentaje de población de adultos mayores con problemas nerviosos de Buenos Aires es el más bajo entre las ciudades analizadas y el menos diferencial por sexo, los hombres reciben más tratamiento psiquiátrico que las mujeres. En Santiago de Chile, ciudad con el porcentaje más alto de problemas nerviosos, las mujeres están más afectadas, recibiendo proporcionalmente más tratamiento psiquiátrico que los hombres. Montevideo, que en relación con las otras dos ciudades cuenta con un porcentaje de problemas nerviosos intermedio, presenta la situación opuesta: hombres proporcionalmente menos expuestos, pero un poco más tratados que las mujeres.

Con respecto a la relación entre presencia de problemas nerviosos y enfermedades crónicas, el análisis estadístico (correlación de Pearson) arrojó una relación significativa entre ambas variables (.374;  $p = .05$ ). Esta relación es particularmente alta en Montevideo (.539;  $p = .05$ ) y Santiago de Chile, (.565;  $p = .05$ ). En Buenos Aires no se observa una clara relación entre incidencia de problemas nerviosos y presencia de enfermedades crónicas (.09;  $p = .05$ ), por lo que sería interesante continuar profundizando esta línea de investigación en orden a encontrar factores que permitan una mayor aproximación a este fenómeno. Por otra parte, la asociación entre la presencia de problemas nerviosos y enfermedades crónicas es levemente más alta en mujeres que en hombres.

Estos resultados confirman la necesidad de promover, mantener y fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud psicofísica en este grupo de edad, y en

particular para la población femenina. El grado de vulnerabilidad encontrado en el grupo de adultos mayores es aún más grave si se considera que las mujeres viven más, pero en peores condiciones de salud que los hombres (Chackiel, 2000; Pantelides, 2005), lo que implicaría una atención preferencial en relación a la salud psicofísica de las mujeres ancianas. Existen diversas estrategias de prevención de distintas enfermedades crónicas, pero no se han unido a estrategias igualmente eficaces destinadas a reducir la desigualdad entre los hombres y las mujeres que ha penetrado las esferas sociales, económicas y culturales (Russo, 1990).

Si aceptamos que la longevidad exitosa es la culminación y razón de ser del proceso de desarrollo humano, tanto a nivel individual como colectivo, resulta esperable –y hasta inevitable- aspirar a que esos años ganados puedan vivirse con un máximo de calidad de vida, con dignidad y autonomía, capacidad funcional y salud, participación social y económica, entre otras (Engler y Peláez, 2002). La reducción de la morbilidad y aplazamiento de la invalidez en las personas mayores debe ser el objetivo principal de las intervenciones de salud pública en las poblaciones envejecidas. La investigación sobre los determinantes del envejecimiento activo y las amenazas a la autonomía o independencia de las personas mayores es esencial para establecer prioridades y asignar recursos. Es de suma importancia producir información sobre el estado de salud de las personas mayores, para identificar las tendencias, evaluar la salud y los riesgos funcionales y determinar la demanda de servicios. Un perfil de salud del grupo de la población de 60 años y más debe incluir: variables sociales y demográficas, datos de mortalidad, datos de morbilidad, factores de riesgo por enfermedad e invalidez, conductas modificables, capacidad funcional e invalidez, acceso y utilización de servicios de salud, incluido el uso de medicaciones y dispositivos, gastos de atención en salud y medicamentos y barreras de acceso al cuidado en salud (CEPAL / OPS, 2003).

## BIBLIOGRAFÍA

- \* Arber, S. & Ginn, J. (1996) Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Narcea Ediciones, Colección Mujeres, Madrid
- \* Carney, R., Rich, M. & Freedland, K. (1988) Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med* 50:627–633
- \* CEPAL / OPS (2003) Las personas mayores en América Latina y El Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, Chile.
- \* CEPAL–CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Centro Latinoamericano de Demografía) (2002) Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Boletín Informativo
- \* CEPAL-CELADE (2003) Notas de población. Publicación de las Naciones Unidas. Año XXX, No. 77, Santiago de Chile
- \* Chackiel, J. (2000) El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?. Población y Desarrollo, Serie 4, Santiago, Chile: CELADE
- \* Engler, T. & Peláez, M. (2002) Más vale por viejo. Nueva York: Banco Interamericano de Desarrollo
- \* Laslett, P. (1996) A Fresh Map of Life. 2º Ed. Londres, MacMillan Ltd.
- \* Levenson, J.L., Hamer, R.M. & Rossiter, L.F. (1990) Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *American Journal of Psychiatry*, 147:1498–1503
- \* Organización Panamericana de la Salud (1993) Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. Washington DC, Serie Paltex, N° 31
- \* Organización Panamericana de la Salud (1997) Informe sobre el Proyecto multicéntrico: La Salud y los Ancianos. Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud.
- \* Palloni, A. (1999) Protocolo del estudio multicéntrico: salud , bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud
- \* Pantelides, E.A. (2005) Acceso de los adultos mayores del área metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud. Trabajo presentado en VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Septiembre; Buenos Aires; Argentina
- \* Pantelides, E.A. (2006) Fuentes de ingreso de los adultos mayores del área metropolitana de Buenos Aires. Trabajo presentado en el Foro Internacional sobre el Nexo entre Ciencias Sociales y Políticas; 21 al 23 de febrero; Córdoba; Argentina
- \* Peláez, M., Palloni, A., Alba, C., Alfonso, J.C., Ham-Chande, R., Hennis, A., Lebrão, M.L., León-Díaz, E., Pantelides, A. & Pratts, O. (1999) Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento 2000: Organización Panamericana de la Salud
- \* Pérez Ortiz, L. (1997) Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad. INSERSO. Madrid, España.
- \* Russo, N.F. (1990) Forging research priorities for women's mental health, *American Psychology* 45 (3):368-373.
- \* Saravay, S.M., Steinberg, M.D. & Weinschel, B. (1991) Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *American Journal of Psychiatry*, 148:324–329
- \* Sennot-Miller, L. (1999) La mujer de edad avanzada en las Américas: problemas y posibilidades. Agenda Salud, N° 15-16, Isis Internacional, Santiago, Chile.
- \* Spiegel, D., Bloom, J.R. & Kraemer, H.C. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 2:888–89

- \* Travis, C.B. (1989) *Women and Health Psychology*, Hillsdale, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates
- \* Villa, M. & Rivadeneira, L. (1999) El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. Trabajo presentado en el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. 8 al 10 de septiembre, Santiago de Chile, Chile
- \* Yanguas, J., Leturia, J., Leturia, M. & Uriarte, A. (1998) *Intervención Psicosocial en Gerontología*. Caritas, Madrid, España.