



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina
Maestría en Salud Pública

Diferenciación por género en el perfil de salud de las personas
mayores en el Estado de Hidalgo.

PROYECTO TERMINAL DE CARÁCTER PROFESIONAL PARA OBTENER
EL GRADO DE:

MAESTRO(A) EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

ESMERALDA GUADALUPE TOVAR OLVERA

DIRECTOR (A) DE PROYECTO TERMINAL:

DRA. MARÍA DEL REFUGIO ACUÑA GURROLA

COMITÉ TUTORIAL:

CO-DIRECTOR: LYDIA LOPEZ PONTIGO

ASESOR: MIGUEL ANGEL SERNA MARTINEZ

LECTOR: BERTHA MARIBEL PIMENTEL PEREZ

TUTOR: JOSÉ DE JESÚS SERRANO

Pachuca de Soto, Hgo., México., abril de 2026.



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Medicina

Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/024/2026

Asunto: Autorización de Impresión de PPT

Pachuca de Soto, Hgo., abril 15 del 2026

L.G. ESMERALDA GUADALUPE TOVAR OLVERA
EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

GRADUATED FROM THE MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH

Con fundamento en los Artículos 8, Fracción IV, y 37, Fracción III de la Ley Orgánica, así como en los Artículos 18, Fracción IV, y 51, Fracciones III, VI y IX, del Estatuto General y demás disposiciones de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"Diferenciación por género en el perfil de salud de las personas mayores en el Estado de Hidalgo"** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

M.C. José Antonio Hernández Vera
Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences

D. en C. Arturo Salazar Campos
Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine

D. en C.E. Lydia López Pontigo
Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa

D. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

JAHV/ASC/LLP/JRV/mchm"

"Amor, Orden y Progreso"



Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca
Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P.42168
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41556 y 41557
medicina@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx



Pachuca de Soto, Hidalgo, a 10 de abril de 2026.

DR. ARTURO SALAZAR CAMPOS
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
P R E S E N T E

Los integrantes del comité tutorial del egresado **Esmeralda Guadalupe Tovar Olvera**, con número de cuenta **369214**, comunicamos a usted que el proyecto terminal denominado **"Diferenciación por género en el perfil de salud de las personas mayores en el Estado de Hidalgo"** está concluido y se encuentra en condiciones de continuar con el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Dra. María del Refugio Acuña Gurrola

Directora

Dra. Lydia López Pontigo

Co-Directora

Mtro. Miguel Angel Serna Martinez

Asesor

Agradecimientos

Esta tesis no podría haber sido sin la inspiración de mis abuelos, en especial, de Estelita Castillo, quien en vida y muerte me enseñó las lecciones más importantes de vida.

Sin su apoyo esto no podría haber sido y aunque no vio culminado este trabajo, es de ella y para ella.

A mis padres Juan y Teresa y tíos paternos Alejandro y Víctor Tovar, que gracias a su valioso apoyo a lo largo de mi vida personal y académica este logro hoy se puede materializar.

A mi directora y asesores de tesis que se involucraron en este proyecto para poder sumar académicamente, tiempo y conocimiento, gracias.

Y finalmente a mí por no desistir aun cuando la vida se puso difícil

Índice

Resumen	IV
Abstract	V
1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
Personas Mayores	3
Vejez	4
Envejecimiento.....	7
Género	8
Género como determinante social a lo largo del curso de vida.....	10
Género y vejez.....	12
Curso de vida.....	19
Modelo Bio-psico-social.....	22
Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE.....	23
3. Antecedentes	25
4. Planteamiento del problema.....	37
5. Justificación	40
6. Objetivos	41
6.1 General.....	41
6.2 Específicos	41
7. Hipótesis.	42
8. Material y Métodos	43
8.1 Diseño de estudio	43
8.2 Ubicación espacio temporal	43
8.3 Selección de la población y muestra de estudio	43
8.4 Variables de estudio	44
8.6 Método de evaluación	50
8.7 Plan de análisis estadístico.....	51
9. Aspectos bioéticos.....	53

10. Resultados	55
11. Discusión	106
12. Conclusiones.....	127
13. Recomendaciones.....	130
14. Limitaciones	132
15. Materiales y Presupuesto	133
16. Cronograma de Actividades	135
17. Referencias bibliográficas	136
18. Anexo	153

Índice de Figuras

Figura 1	56
Figura 2	57
Figura 3	59
Figura 4	60
Figura 5	62
Figura 6	63
Figura 7	64
Figura 8	66
Figura 9	68
Figura 10	70
Figura 11	71
Figura 12	73
Figura 13	74
Figura 14	75
Figura 15	76
Figura 16	77
Figura 17	78
Figura 18	79

Figura 19	81
Figura 20	82
Figura 21	83
Figura 22	85
Figura 23	87
Figura 24	89

Índice de tablas

Tabla 1	44
Tabla 2	86
Tabla 3	90
Tabla 4	91
Tabla 5	92
Tabla 6	93
Tabla 7	94
Tabla 8	95
Tabla 9	95
Tabla 10	96
Tabla 11	97
Tabla 12	99
Tabla 13	101
Tabla 14	102
Tabla 15	104
Tabla 16	135

Resumen

Objetivo:

Analizar la relación del género y el perfil biopsicosocial de salud de las personas mayores encuestadas en la Salud, Bienestar y Envejecimiento Hidalgo, 2016.

Material y Métodos:

Base de datos de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-Hidalgo) 2016.

Estudio de tipo cuantitativo, transversal, comparativo, asociativo basado en datos estadísticos.

Utilizando medidas descriptivas y de análisis correlacional.

Estadísticos: Media, mediana, moda, frecuencia absoluta, frecuencia relativa, frecuencia acumulada, porcentaje, proporción, prevalencia, distribución porcentual, comparación de medias, comparación de porcentajes, prueba de independencia chi-cuadrada (χ^2), regresión logística bivariado, regresión logística multivariada, regresión logística ajustada por variables confesoras o extrañas.

Resultados esperados:

Encontrar diferencias asociados al género en el perfil de salud considerando los componentes biológicos, psicológicos y sociales, de hombres y mujeres mayores de 60 años en el estado de Hidalgo.

Palabras clave: persona mayor, género, vejez, salud.

Abstract

Objective:

To analyze the relationship between gender and the biopsychosocial health profile of the elderly surveyed in the Health, Wellness and Aging Hidalgo, 2016.

Material and methods:

Database of Health, Well-being and Aging Survey (SABE-Hidalgo) 2016.

A quantitative, cross-sectional, comparative, associative study based on statistical data.

Using descriptive measures and correlational analysis. Statistics: mean, median, mode, absolute frequency, relative frequency, cumulative frequency, percentage, proportion, prevalence, percentage distribution, comparison of means, comparison of percentages, chi-square test of independence (χ^2), bivariate logistic regression, multivariate logistic regression, logistic regression adjusted for confounding variables or strange.

Expected Results:

To identify gender-associated differences in the health profile, considering the biological, psychological, and social components, of men and women over 60 years old in the state of Hidalgo.

Keywords: Older Adult, Gender, Old Age, Health.

1. Introducción

El presente estudio surge del interés por analizar la situación de salud de las personas mayores de 60 años, en relación con los determinantes sociales de la salud, incorporando una perspectiva de género.

El género, entendido como una construcción social, influye a lo largo del curso de vida en el nivel socioeconómico, las condiciones del entorno y, por ende, en el estado de salud (Rosales, 2023). En particular, las mujeres experimentan una serie de vulnerabilidades asociadas a su rol como jefas de familia, así como a condiciones socioeconómicas precarias que se acumulan a lo largo del tiempo (Peralta, 2022). No obstante, diversos estudios demuestran que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres —entre cinco y seis años más en promedio, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)—, lo cual no necesariamente implica una mejor calidad de vida, ya que suelen enfrentar mayores niveles de dependencia funcional, enfermedades crónicas y carencias socioeconómicas (INEGI, 2021). Esta situación refleja una paradoja de género en la vejez: aunque viven más tiempo, lo hacen frecuentemente en condiciones de mayor vulnerabilidad.

En este contexto, el presente estudio analiza la relación del género con el perfil biopsicosocial de salud de las personas mayores, a partir de los datos de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en Hidalgo publicada en 2016. Para ello, se adopta un enfoque cuantitativo, transversal, empleando herramientas estadísticas descriptivas y de análisis correlacional. El modelo biopsicosocial se considera clave para comprender la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, y

cómo estos se expresan de manera diferenciada según el género en la vejez (Mingote, 2023).

2. Marco teórico

Personas Mayores

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) empleó, en 1994, el término "adulto mayor" para referirse a las personas mayores de 65 años, una definición que en su momento fue ampliamente aceptada. Sin embargo, con el paso del tiempo, dicho concepto ha evolucionado y su significado puede variar según el contexto institucional y normativa (OPS, 1995). A continuación, se presentan algunas definiciones utilizadas por distintas instituciones.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece que una persona puede ser considerada como adulta mayor a partir de los 60 años. No obstante, en muchos países desarrollados este umbral se sitúa a los 65 años. A pesar de estas diferencias, la edad cronológica no siempre refleja con precisión las condiciones de salud, funcionalidad o participación social de las personas mayores, por lo que resulta necesario considerar otros factores además de la edad para su clasificación (ONU, 2019; Webster Orellana, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala una serie de parámetros en la edad para sumar a sus consideraciones, entre las cuales destaca: adultos de 60 a 74 años son considerados edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y para aquellos que sobrepasan los 99 años grandes, viejos o longevos. También, remarca que toda aquella persona mayor de 60 años se le llamara persona de la tercera edad (OMS, 2024).

Actualmente la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas mayores, señala el término “persona mayor” para toda aquella persona que cuente con 60 años o más.

Por otra parte, en México la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM) señala que I. **Personas adultas mayores.** Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional; (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024).

La Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO) menciona que, para poder definir correctamente a la persona adulta mayor, es necesario incluir un abordaje integral, es decir, en el que se incluyan las esferas biológicas, psicológicas y sociales y no solo la edad cronológica (Atehortúa, 2021).

Vejez

Según la etiología “vejez” deriva del latín “*veclus, vetulusm*” que significa persona de mucha edad (Atehortúa, 2021).

La vejez, desde la perspectiva de Fernández-Ballesteros, se concibe como una etapa del ciclo vital caracterizada por su heterogeneidad y complejidad, que no puede definirse únicamente a partir de la edad cronológica. Esta etapa implica transformaciones en los ámbitos biológico, psicológico y social, las cuales no siguen un patrón uniforme, sino que dependen de las condiciones individuales y contextuales de cada persona. En este sentido, la vejez no es entendida exclusivamente como una fase de declive, sino como un periodo en el que coexisten pérdidas y potencialidades, incluyendo la capacidad de adaptación y el

mantenimiento de ciertos niveles de funcionamiento y bienestar (Fernández-Ballesteros et al., 1999).

Ramírez-Concha, López-Pontigo, Barrón-Calva y Acuña-Gurrola (2022), apuntan a que “la vejez es el resultado de las vivencias, de lo que aprendimos y experimentamos a lo largo de la vida, que determinará la forma en la que nos relacionamos y compartimos con el medio social en el que nos encontramos durante esta etapa” (p. 55).

Sin embargo, existen diversas concepciones cuando se habla de vejez, entre ellas:

- Vejez cronológica: aquella a la que se llega una vez que se cumple cierta edad, y que es compartida por un mismo grupo de persona que son nacidas dentro de los mismos años. Sin embargo, no significa que se tengan las mismas condiciones, ya que la trayectoria de vida es diferente para cada persona, lo que comienza a marcar diferencias independientemente de la edad (Osorio, 2024).
- Vejez Funcional: este término marca a la vejez como un periodo de limitación y dependencia, lo cual es un término negativo y que además generaliza a las personas que llegan a esta etapa (Aranda, 2021).
- Vejez etapa vital: se menciona que esta etapa es aquella que se vive de manera más equilibrada derivado de las experiencias pasadas en las otras etapas, sin embargo, también es un encuentro con aquellas etapas, y tiene

un carácter de desarrollo personal mayor, sin dejar de lado las limitaciones y los distintos condicionantes sociales y económicos (Pimentel, 2011).

Su objeto de estudio incluye la vejez, el proceso de envejecimiento y al individuo mayor desde una perspectiva biopsicosocial integral (Fernández-Ballesteros, 2009). Abarca los cambios biológicos asociados al deterioro físico, los aspectos psicológicos relacionados con los procesos cognitivos y de personalidad, y las dimensiones sociales vinculadas a los roles y estructuras sociales en el envejecimiento individual y poblacional. Como de los recursos y nivel socioeconómico con los que cuenta.

La Comisión Nacional para América Latina refiere que la vejez es el último periodo de vida de una persona, que termina con la muerte. Así, también, infiere que existen dos vertientes que connotan a la vejez; uno de ellos es el crecimiento, la psique y mejora del organismo y, por el contrario, los cambios involuntarios que provocan la extinción y pérdida de las habilidades físicas y mentales, que al final se vuelven más pronunciados y marcados con la edad (Ojeda, 2022).

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) refiere que la vejez es una etapa que inicia a los sesenta años y que se comprende como la última del envejecimiento, a su vez, entendida desde diferentes aristas; en este caso menciona que una de ellas es la experiencia y, por otro lado, se conceptualiza como una etapa que conlleva pérdidas y de enfermedad (INAPAM, 2019).

Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo y multifactorial que implica cambios biológicos, psicológicos y sociales a lo largo del tiempo. No debe entenderse únicamente como deterioro, sino como un proceso en el que es posible mantener un adecuado nivel de funcionamiento físico y cognitivo (Rowe & Kahn, 1997).

Así mismo la OMS señala que el envejecimiento ha sido analizado a partir del concepto de envejecimiento activo, definido como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida en la vejez, resaltando la importancia de promover estilos de vida saludables y entornos favorables. (OMS, 2002).

Además, el envejecimiento puede comprenderse a través del enfoque de curso de vida. Según Elder Jr. (1994), las condiciones de salud en la vejez son el resultado de experiencias acumuladas a lo largo de la vida, lo que implica que factores sociales, económicos y culturales influyan en dicho proceso.

Por otro lado, los determinantes sociales de la salud influyen significativamente en el proceso de envejecimiento, ya que factores como el nivel socioeconómico, la educación y el acceso a recursos condicionan la calidad de vida en la vejez (Marmot, 2005).

Finalmente, el envejecimiento puede abordarse desde el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), el cual plantea que la salud es el resultado de la

interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, permitiendo una comprensión integral del proceso de envejecimiento.

Género

El término de “género” a lo largo de la historia ha tenido distintas consolidaciones y ha sido vista desde diferentes ángulos, todos ellos de acuerdo con el punto en que se encuentra la historia (Muñoz, 2021).

Osborne y Molina (Osborne, 2008), hacen una recopilación a lo largo de la historia acerca del tema y mencionan que el género “se asume unívocamente como una construcción cultural de significados y comportamientos sobre el dato biológico del sexo” Y lo caracterizan, como:

“Asignación de unos significados culturales a la diferencia de los sexos encuentra que el mismo sexo ya viene cargado de significación”.

Hay que mencionar que el concepto se refiere “a la operación y el resultado de asignar una serie de características, expectativas y espacios- tanto físicos como simbólicos- al macho y a la hembra humanos de modo que quedan definidos como hombres y mujeres. Estas características y espacios que van de definir lo femenino frente a lo masculino varían de una sociedad a otra, aunque tienen en común una relación jerárquica que se establece entre uno y otro termino primando siempre los valores y espacios de lo masculino” (Muñoz, 2021; Osborne, 2008).

Posterior a ello, el termino género tuvo connotaciones analíticas, derivadas del contexto histórico en el que se encontraba, donde se podía apreciar ya no solo temas

relacionados al ser mujer y estar en constante opresión sino se añadían otros, como: etnia, raza, clase social y orientación sexual, entre otros.

Asimismo, la concepción del término ha variado a lo largo del tiempo, ya que ha pasado de entenderse como una categoría de estatus o una atribución individual, a ser considerada una relación interpersonal, una estructura de conciencia, una forma de organización social, una ideología e incluso un simple efecto del lenguaje (Rey, 2025).

La connotación dada, se va apostando por un término más sofisticado que conecte los aspectos psicológicos con la organización social, los roles sociales con los simbólicos culturales, las creencias normativas con la experiencia del cuerpo y la sexualidad (Muñoz, 2021).

Para ello, es necesario citar que Simone de Beauvoir, quien, ya en los años 40s, hablaba de “*Avant la letre*”; un término en el que disocia la idea de concebir a la mujer solo por el dato biológico, pues refiere que “no se nace mujer; se llega a serlo”, con ello impulsa la idea de entender que ser mujer no se basa en los significados atribuidos socialmente o impulsados en ese momento por la concepción de ser parte del hombre, sino que en sí misma lleva una carga de significados propia (Muñoz, 2021; Pimentel, 2011).

Más tarde, a este término conceptualizado, como atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones se establecen y se aprenden en la sociedad, son específicos al contexto o tiempo, y pueden cambiar, por

ejemplo: el hecho de que las mujeres hagan más tareas del hogar que los hombres (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022).

Joan W. Scott (1986) definió el género como una categoría útil de análisis que permite comprender las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Para esta autora, el género no solo organiza las diferencias sexuales, sino que también estructura instituciones sociales, prácticas y discursos.

Por su parte, Judith Butler (1990) profundizó en esta conceptualización al introducir la noción de la *performatividad del género*, argumentando que el género no es algo que se es, sino algo que se hace de manera repetida a través de prácticas y discursos.

Por ello, es importante considerar que el género no actúa de manera aislada, sino que se articula con otras categorías como la clase social, la etnia y la edad. En este marco, Kimberlé Crenshaw (1989) introdujo el concepto de *interseccionalidad*, el cual permite analizar cómo múltiples formas de desigualdad se entrelazan y configuran experiencias diferenciadas en la salud.

Género como determinante social a lo largo del curso de vida

La salud es un fenómeno complejo y multidimensional que resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales a lo largo de la vida. En este contexto, el género constituye un elemento central para comprender las diferencias en los perfiles de salud entre hombres y mujeres, ya que influye en los comportamientos relacionados con la salud, el acceso a los servicios sanitarios y las condiciones de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Desde la perspectiva de género en salud, es fundamental distinguir entre *sexo* y *género*. El sexo se refiere a las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres, mientras que el género comprende los roles, normas y expectativas socialmente construidas que condicionan conductas, oportunidades y experiencias de salud (Krieger, 2003). Esta distinción permite analizar las diferencias en salud sin reducirlas únicamente a factores biológicos, considerando también los determinantes sociales y culturales que generan inequidades.

Diversos estudios señalan que el género actúa como un determinante estructural de la salud, ya que influye en la exposición a riesgos, la susceptibilidad a enfermedades y las estrategias de afrontamiento (Sen, Östlin, & George, 2007). Bird y Rieker (2008) destacan que las desigualdades de género no se limitan al sexo biológico, sino que incluyen la distribución desigual de recursos, responsabilidades y poder, lo que repercute en distintos perfiles de morbilidad y mortalidad entre hombres y mujeres.

En el caso de los hombres, Courtenay (2000) indica que los modelos tradicionales de masculinidad promueven conductas de riesgo, menor utilización de los servicios de salud y una limitada expresión del malestar físico o emocional, factores que impactan negativamente en su salud. Por el contrario, las mujeres presentan mayores tasas de utilización de servicios sanitarios, pero también enfrentan una mayor carga de enfermedades crónicas y problemas de salud mental, asociados a desigualdades sociales y de género persistentes (Annandale, 2010).

La epidemiología con enfoque de género permite integrar estos elementos, reconociendo que las diferencias entre hombres y mujeres son resultado de la interacción entre factores biológicos y sociales (Krieger, 2012). La OMS (2018) resalta que incorporar el enfoque sexo-género en investigación es esencial para identificar inequidades en salud y orientar políticas y programas más equitativos.

En esta investigación, el género se aborda como una categoría analítica binaria (hombre–mujer) por razones metodológicas, manteniendo la perspectiva de que estas categorías están socialmente construidas y afectan la salud de manera diferenciada. Este enfoque permite analizar las diferencias y similitudes en los indicadores de salud, contribuyendo a una comprensión integral del perfil de salud de las personas.

Género y vejez

El envejecimiento es un término que tiene tendencia a generalizar, es decir, que se piensa que todos los individuos envejecen de la misma manera; sin embargo, si se plantea desde la perspectiva de género, se puede encontrar que los hombres y las mujeres tienen distintos modos de envejecer, esto derivado de su trayectoria de vida, misma que evidencia un significado diferente al llegar a la vejez. Ya que, no es la misma conceptualización desde el punto de partida de sus vivencias y los roles que estos tienen a lo largo de su vida; supone un importante ejemplo: el que los hombres en cuanto a su ciclo vital esta mayormente ligado a su edad cronológica y las mujeres a las funciones que realiza, ya sea el de ser madre, ser profesionista, cuidadora, esposa, etc. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022; Ojeda, 2022; SIBISO, s.f.). Por ejemplo, el ciclo vital de las mujeres incluye muchas variables posibles que no

se ven habitualmente en los hombres y, con ello, importantes fuentes de posible dependencia, inseguridad y sacrificio (Rosales, 2023).

Así mismo, se reconoce a la teoría del ciclo vital como un parteaguas al hablar de envejecimiento, ya que, remarca que el envejecimiento es un continuo individual en el cual se presentan distintas circunstancias y se abordan desde diferentes contextos, lo que hace que a lo largo de la vida las personas tengan un envejecimiento heterogéneo; por lo que, al llegar a la vejez, permite una mayor sensibilidad a la pluralidad de experiencias en la vejez (Mingote, 2023; Peralta, 2022; Webster, 2022). Así, esta visión permite dejar de lado las estereotipaciones que se tiene acerca de la vejez y abre un panorama más amplio que invita a reconocer e irrumpir en ciertos aspectos que se encasillan a la vejez, como lo es la dependencia o la visión de que las mujeres solo se dedican al trabajo doméstico (Mingote, 2023).

Del mismo modo, se asume que la vejez es una etapa de reconocimiento para las mujeres, ya que durante toda su vida han estado cercanas a los roles de cuidado y de ama de casa, lo que hace que al enfrentarse a etapas como el nido vacío sea de mayor liberación y bienestar; sin embargo, en su contraparte, para los hombres es una etapa a la cual se ven enfrentados y su trayectoria de vida impide que esta etapa sea de lo más placentera, pues supone un gran cambio el estar en el ojo público a lo cotidiano de estar en casa (Juárez, 2024; Muñoz, 2021).

En cuanto al estado de salud, se menciona que las mujeres que tienen trabajo remunerado presentan también mejores niveles de salud que las que no lo tienen, menos síntomas crónicos o agudos y, además, restringen menos actividades por

enfermedad que las mujeres no empleadas (Rodríguez, 2022). Lo que supone, también, es que el nivel educativo es un importante factor ante la salud, ya que influye en la toma de decisión y acceso a información para una vida más saludable (Suarez, 2021). Así, la educación que disponen las mujeres a lo largo de la vida se traduce en estrategias o mecanismos de afrontamiento que permiten una vida menos estresante y debilitadora, con efectos positivos sobre la salud y el bienestar. Más años de educación pueden generar un sentido de eficacia y control y la habilidad de utilizarlos de manera que vivan una vida más saludable (Rodríguez, 2022; Suarez, 2021).

En cuanto al trabajo también se considera un condicionante para la vejez, pues de acuerdo con el tipo de empleo que se tenga durante la vida es como impactara en la vejez, ya sea en salud, económico, etc. La inserción laboral de las mujeres a profesiones u ocupaciones, donde solo el hombre tenía acceso, contribuyó a que éstas fueran poseedoras de prestación de servicios y de una jubilación en la vejez, sin embargo, no quita que las mujeres sigan siendo en su mayoría parte del trabajo informal y mal pagado sin acceso a prestaciones (Álvarez, 2022).

Así, se suman factores, como los de crianza o situaciones maritales, mujeres tienen que interrumpir su vida laboral; por lo que, a largo plazo, su economía se ve afectada, sobre todo en el caso de separaciones, divorcio, número de hijos, dejar de cotizar, desactualización laboral, salud mermada, que condicionan otra vez la vejez, en este sentido su economía y por lo tanto su calidad de vida (Álvarez, 2022; Suarez, 2021).

De esta manera, la vejez no es sólo una etapa de la vida de acuerdo con un dato biológico o cronológico: es ante todo una construcción social y cultural que adquiere forma debido a la sociedad en la que se presente (Academia Nacional de Medicina de México, 2014)

Así mismo, para González-González (2021) “las distinciones de género son parteaguas de como envejecen las personas y de cómo, a través de su trayectoria de vida, van condicionando nuestra vejez, en especial en apartados sociales y los que conciernen a salud” (pp. 275-285).

Esto significa que, las condiciones (económicas, redes sociales y de salud) en que se encuentren las personas mayores son resultado de una sucesión de significados y prácticas específicas para cada sexo, que se inician en la juventud y que culminan en la edad avanzada (Academia Nacional de Medicina de México, 2014).

Entre las situaciones que se pudieran encontrar en las mujeres envejecidas, según (Academia Nacional de Medicina de México, 2014; González-González, 2021):

- Bajo acceso a servicios de salud (mismo que incrementan con la muerte del conyugue);
- Ingresos por trabajo informal;
- Redes sociales más sólidas;
- Familiaridad con su cuerpo más que los hombres, lo que hace que identifiquen con mayor facilidad sus problemas de salud.
- Los hombres:

- Tienen más recursos financieros en la vejez;
- Sistema de jubilación, pensión y derechohabientica;
- Pocas redes sociales - mayor desgaste debido a su rol de proveedores y a las situaciones de riesgo que se asocian a la virilidad;
- Dificultad para verbalizar necesidades, lo que los hace esperar a ser dependientes.

No solo se puede contextualizar un solo elemento, debido a que estos van de la mano e impactan a medida que se ven transformados, por ende, se puede decir que: las personas adultas, además de ver que su estado fisiológico cambia, viven una alteración de la base material de la división del trabajo en el mercado y en el ámbito doméstico, que modifica profundamente las relaciones de género y sus funciones (Pardo, 2023).

De manera consistente, hombres y mujeres no enferman de la misma manera, debido a la interacción compleja entre factores biológicos, hormonales, reproductivos y sociales (Academia Nacional de Medicina de México, 2014). Estas diferencias se manifiestan no solo en la prevalencia y expresión de enfermedades, sino también en la percepción de la salud, la respuesta a tratamientos y la calidad de vida. En particular, condiciones como la incontinencia urinaria presentan un patrón diferencial por sexo, siendo más frecuente en mujeres, lo que se relaciona tanto con factores fisiológicos y obstétricos como con determinantes sociales y culturales que afectan la autoestima, la participación social y la experiencia subjetiva de la enfermedad.

La salud femenina también ha sido analizada desde perspectivas sociales y de género, mostrando que los procesos biológicos, como la menopausia, están profundamente mediados por factores culturales que influyen en la percepción de salud y en las estrategias de autocuidado (Domingo, 2022).

En la vejez, las diferencias de género también se expresan en la mortalidad, morbilidad y calidad de vida. Arber y Cooper (1999) describen la “nueva paradoja”: aunque las mujeres tienden a vivir más que los hombres, presentan mayor morbilidad crónica y problemas funcionales. Carmel (2001) y Canizares, Hirdes y Hofer (2021) coinciden en que las mujeres reportan percepciones de salud más negativas, afectadas no solo por condiciones físicas, sino también por factores psicosociales como apoyo social, redes familiares y bienestar emocional. Clarke y Griffin (2008) agregan que las normas sociales sobre belleza y juventud continúan influyendo en la autoestima y participación social de las mujeres mayores, mostrando que el envejecimiento es un fenómeno tanto biológico como socialmente mediado.

Las diferencias de género en salud mental también son notables. Piccinelli y Wilkinson (2000) revisan que las mujeres presentan mayor prevalencia de depresión que los hombres, debido a factores biológicos (hormonales), psicológicos (estilos de afrontamiento y vulnerabilidad emocional) y sociales (roles de género, mayores demandas de cuidado y estrés psicosocial). Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque integral, biopsicosocial, al abordar la salud mental en adultos mayores. Por su parte, Courtenay (2000) explica cómo las construcciones sociales de la masculinidad afectan la salud de los hombres, generando resistencia a buscar ayuda médica, adopción de hábitos de riesgo y minimización de síntomas, lo que refuerza la

idea de que el género no es solo biológico, sino un conjunto de normas sociales que moldean la percepción y el afrontamiento de la salud.

Las diferencias biológicas también influyen en la salud física. Mendelsohn y Karas (2005) destacan que hormonas sexuales, como los estrógenos, modulan procesos fisiológicos relacionados con enfermedades cardiovasculares, generando patrones distintos de riesgo y evolución de estas enfermedades entre hombres y mujeres. Además, Cutler y Lleras-Muney (2006) evidencian que la educación actúa como determinante social clave, al mejorar la adopción de conductas saludables, el acceso a información y el uso de servicios de salud, contribuyendo a reducir desigualdades en la salud y la calidad de vida durante el envejecimiento.

Calleja-Castillo et al. (2021) destacan que factores socioeducativos, como un nivel educativo bajo, se asocian con peores resultados funcionales y menor capacidad de autocuidado, evidenciando cómo los determinantes sociales contribuyen a desigualdades en la salud y en la adopción de conductas preventivas.

Y, finalmente, factores socioeconómicos y de política pública también impactan la autonomía y bienestar de los adultos mayores, especialmente de las mujeres viudas. McGarry y Schoeni (2000) muestran que la mayor esperanza de vida de las mujeres y la viudez hacen que la independencia económica, apoyada por sistemas de seguridad social y beneficios, sea crucial para mantener autonomía funcional, participación social y calidad de vida.

Curso de vida

El enfoque de curso de vida es un enfoque teórico- metodológico que tiene como base principal, tres principios, que a lo largo de la vida van a configurar la vida de las personas (OPS, 2019).

La trayectoria es la primera de estas primicias y “corresponde a la visión a largo plazo del enfoque del curso de vida y se puede definir por el proceso de envejecimiento o el movimiento a lo largo de la estructura de edad. Para el enfoque del curso de vida, la trayectoria no supone alguna secuencia en particular ni determinada velocidad en el proceso del propio tránsito, aunque sí existen mayores o menores probabilidades en el desarrollo de ciertas trayectorias vitales (Aterhortúa, 2021). Por tanto, se ha de decir que este primer concepto es aquel que acompaña al individuo desde el momento del nacimiento y hasta el final de su vida, que va a marcar diferentes elementos de su historia, por ejemplo: educación, ocupación, ocio, etc.

Por otro lado, la trayectoria se ve acompañada de la transición que, se podría decir que, es la “posición que una persona ocupa en determinado momento del tiempo y que para individuo va a depender de acuerdo con su varianza en el tiempo, por ejemplo: pasar de ser estudiantes a trabajadores o ser trabajadores a jubilados; ser solteros a estar casados o estar casados a divorcio o viudez (Pimentel, 2011). Por tanto, es posible decir que se ha transaccionado en las diferentes etapas de la vida, sin significar que deban estar marcadas a una temporalidad, pues estas serán de acuerdo con cada individuo y su línea de vida (Aranda, 2021).

Son eventos o situaciones por los que atraviesa una persona que generan un cambio en la trayectoria de vida, por ejemplo: la muerte de un ser querido, un accidente, un trauma o eventos de alto grado de significancia es entonces cuando, se puede decir que, son situaciones en las que se tiene tal impacto que van a derivar en una alteración del curso de vida (Tangarife, 2024).

A su vez, este maneja cinco principios que lo fundamentan:

- El principio del desarrollo a lo largo de la vida, el cual enuncia que se es necesario tener un abordaje de todo el desarrollo del individuo, a través de una mirada al pasado, desde el momento del nacimiento, pues para comprender el curso de vida, es necesario tener un enfoque retrospectivo, pues se afirma que, estudiando las vidas, a lo largo de períodos sustanciales de tiempo, se incrementa el potencial del Inter juego entre cambio social y desarrollo individual (Dimier-de-Vicente, 2021).
- El principio de tiempo y lugar se remite al contexto en general, no solo en el que nace y se desenvuelve un individuo sino, también, a aquellos que socialmente tienen una marca histórica, pues refiere a modo de ejemplo: las generaciones, pues no es lo mismo haber nacido en 80's a los 2000; pues, si bien hace referencia a que se podrían encontrar ciertas características en generaciones de individuos, no significan que sean iguales; ya que, el ambiente en que se ven inmerso es importante determinante, además de sumarse características sociodemográficas, como: etnia, geografía, clase social, nivel educativo, etc. (Padilla, 2025).

- El principio del timing se refiere al momento específico en el que ocurren los eventos o sucesos en los cuales marcan un parteaguas en la vida de los individuos, por ejemplo: no es lo mismo que tu conyugue muera joven a que muera en la vejez, pues esto no solo determinara y cambiara la dinámica familiar, sino personalmente tendrá modificaciones y también en la vida de los hijos; aunado a ello se es necesario recalcar que también la forma de abordaje a cada situación es individual y también está ligado en función a las características individuales y condiciones de vida (OPS, 2019).
- El principio de las vidas interconectadas se entiende como la relación que existe con los diferentes sistemas de apoyo y como confluyen sus trayectorias de vida, ya sea a nivel familiar, del mismo curso estudiantil, amistades, familiares, etc. (Padilla, 2025).
- El principio de libre albedrio, también llamado “*agency*” es un principio en el cual se habla de las acciones y decisiones que se toman por cuenta propia diariamente y marcan el curso de vida; pero que estás, a su vez, pueden moldear sus vidas, pero lo hacen dentro de límites socialmente estructurados, como se refleja en las oportunidades y las limitaciones que van cambiando históricamente (OPS, 2019).

Ahora bien, para la OMS (2024), el modelo de curso de vida considera la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, así como las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida

Considerando lo siguiente (OMS, 2024):

- La salud es un proceso que requiere ir más allá de las intervenciones en enfermedades específicas;
- La salud es un catalizador de capacidades para la producción y mantenimiento;
- La salud se entiende como una dimensión de desarrollo humano y no como un fin.

Abarcando, así, todos los momentos de la vida y sus distintos contextos en los que los individuos se ven inmersos a lo largo de su desarrollo, son influenciadores y / o catalizadores que responden con efectos en salud del propio individuo. Por lo que, invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un periodo anterior (OMS, 2024; Osorio 2024).

Modelo Bio-psico-social

El modelo bio-psico social fue propuesto, en 1977, por el médico George Engel; quien, en contraparte al modelo biologicista, indica que existe algo más que atañe a lo físico y que tiene convergencia con lo psicológico y lo social. Por lo que, explica a la salud enfermedad como algo multifactorial, que comprende una visión integrada de tres dimensiones: biológico, psicológico y social (Carrió, 2002). Fundando un nuevo paradigma en la ciencia médica, basado en modelos de causalidad circular, donde todas las variables biopsicosociales tienen un peso similar.

Derivado de ellos es importante considerar que este modelo exige mayor intercambio interdisciplinar, que desemboca en un desarrollo más amplio en lo concerniente a la prevención primaria y en la rehabilitación integral de la persona apuntando a mejorar su calidad de vida (Fraile, s.f.).

Por lo que, en cuanto ventajas este modelo permite una mayor comprensión del proceso salud- enfermedad, estableciendo que para actuar se es necesaria la conformación de equipos multidisciplinarios que permitan el análisis de factores que determinan la salud y la enfermedad.

Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE

La encuesta de salud, bienestar y envejecimiento investiga las condiciones de salud de las personas adultas mayores en países de América Latina, entre ellos: Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, Uruguay y México.

Objetivos:

- Describir las condiciones de salud de los adultos mayores (60 años y más);
- Evaluar niveles de limitación funcional;
- Evaluar el estado y deterioro cognitivo;
- Acceso y uso de servicio de asistencia sanitaria;
- Evaluar relaciones familiares, redes, asistencia pública y recursos privados;
- Patrones de transferencias intrafamiliares, autoevaluación de condiciones de salud;

- Factores de riesgo, ocupacionales, socioeconómicas, de género;
- Niveles y patrones de desigualdad.
- Mientras tanto en México la encuesta SABE ha sido aplicado en los estados: Guanajuato, Estado de México, Michoacán, Morelos, Querétaro, San Luís Potosí, Tlaxcala, Yucatán y Veracruz, Colima, Durango e Hidalgo (Gómez-Arteaga, 2022).

3. Antecedentes

El envejecimiento es un fenómeno que, a nivel mundial, se ha acrecentado a medida que factores demográficos y socioculturales se ven mayormente expuestos, entre ellos destacan: la tasa de fecundidad a la baja al igual que las de natalidad, bajas tasas de mortalidad, avance médico y tecnológico, que conduce a un aumento en la esperanza de vida, aunado a decisiones individuales, como: no tener hijos y priorizar otras metas, como realización profesional y laboral (Borja, 2024).

La (ONU, 2002) como base para la realización de la agenda 2030, hace una exposición del envejecimiento y algunas de los temas que lo conciernen, entre ellos, la feminización del envejecimiento, refiriendo lo siguiente:

Las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La formulación de políticas sobre la situación de las mujeres de edad debería ser una prioridad en todas partes. Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres. Por consiguiente, es decisivo lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes. (pp. 10-11).

Por lo que, se plantea una serie de contextos u/o problemáticas en los que planea permear, entre estos es posible encontrar:

Factores que afectan a las mujeres de edad en el mercado laboral merecen una especial atención, particularmente los que afectan la participación de la mujer en

el trabajo remunerado (como, entre otros, los sueldos más bajos, la falta de desarrollo profesional debido a las interrupciones de la actividad laboral y las obligaciones relacionadas con la atención de la familia), su capacidad de generar pensiones y otros recursos para su jubilación. La falta de políticas favorables para la familia en relación con la organización del trabajo puede incrementar esas dificultades; la pobreza y los bajos ingresos durante los años productivos de las mujeres pueden ser a menudo causa de la pobreza en la vejez. Donde, un objetivo integral del Plan de Acción consiste en lograr la diversidad de edades y el equilibrio de los sexos en los lugares de trabajo (ONU, 2022, en red).

Las mujeres de edad en las zonas rurales son particularmente vulnerables, desde el punto de vista económico, especialmente cuando su función se limita a la realización de tareas no remuneradas de atención de la familia y su propia supervivencia depende del apoyo que reciban de otros (Vanessa, 2024).

En el caso de las mujeres, la parcialidad institucional de los sistemas de protección social, en particular los que se basan en una actividad laboral ininterrumpida, intensifica la feminización de la pobreza. Las desigualdades y disparidades entre los géneros en lo que se refiere al poder económico, la desigual distribución del trabajo no remunerado entre las mujeres y los hombres, la falta de apoyo tecnológico y financiero para las empresas de las mujeres, la desigualdad en el acceso al capital y el control de éste, en particular la tierra y los créditos, y en el acceso a los mercados laborales, así como todas las prácticas tradicionales y consuetudinarias perjudiciales, han obstaculizado la habilitación económica de la mujer y han intensificado la feminización de la pobreza (ONU, 2022; Vanessa, 2024). En muchas

sociedades los hogares encabezados por mujeres, incluidas las divorciadas o separadas, las solteras y las viudas, son particularmente vulnerables a la pobreza. Donde, hacen falta medidas especiales de protección social para hacer frente a la feminización de la pobreza, en particular en el caso de las mujeres de edad (ONU, 2022).

Para mantener y mejorar la salud hace falta algo más que medidas encaminadas específicamente a influir en la salud de los individuos. Los factores ambientales, económicos y sociales, como el entorno físico, la geografía, la educación, la ocupación, los ingresos, la condición social, el apoyo social, la cultura y el género, influyen notablemente en la salud. Las mejoras que se produzcan en la situación económica y social de las personas de edad generarán también mejoras en su salud (ONU, 2022). Pese a las mejoras introducidas en la legislación y en la prestación de servicios, en muchos ámbitos todavía no se ha hecho efectiva la igualdad de oportunidades para la mujer a lo largo de toda la vida (Álvarez, 2022). Así, es particularmente importante para la mujer que el bienestar en la vejez se tenga en cuenta durante toda la vida, ya que a lo largo de ésta se enfrenta a obstáculos que tienen un efecto acumulativo para el bienestar social, económico, físico y psicológico de que goce en sus últimos años (ONU, 2022; Álvarez, 2022).

De igual manera, en Género, vejez y salud, en Santiago de Chile, (Barrantes, 2006) se señala que ser mujer en muchos países latinoamericanos es sinónimo de visibles desventajas y que, conforme se envejece, estas son acumulativas; así mismo, se menciona factores, como: estilo de vida, protección social, atención familiar, estado socioeconómico, estado civil, acceso a servicios de salud, entre otros, mismo que van a

afectar la salud de las mujeres envejecidas; por lo que, apunta a una sociedad con perspectiva de género donde la atención que se brinda en el sistema sanitario vaya encaminado a esto y a aspectos éticos, principalmente la justicia y beneficencia (Huenchuan, 2018).

Mientras tanto, en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud se refiere que, para 2030, a nivel mundial la población de personas adultas mayores de 60 años será de 1400 millones, mientras que para 2050 ascenderá a los 2100 millones y para 2100 llegará hasta los 3200 millones de personas adultas mayores de 60 años (OMS, 2016).

Además, se señala la condición de salud como factor predisponente para un envejecimiento saludable y, por ende, una buena calidad de vida al llegar a vivir los años extras que se han atribuido; por lo que, deja ver que el tema de envejecimiento es un tema de relevancia en salud pública y que los gobiernos tomen acciones frente a un envejecimiento saludable, sustentable y con fundamentos; así mismo, promueve las estrategias que tienen convergencia con tener cobertura sanitaria universal, prevención de enfermedades, en específico las de tipo crónico, discapacidades y disminución de la violencia, así como con la creación y elaboración de estrategias para comunidades sostenibles adaptadas para la población adulta mayor, atención centrada e integrada para este sector sin dejar de lado a la población con demencias o que requiere cuidados paliativos (OMS, 2020). Dejando, así, objetivos y temas bien planteados para la salud pública y accionar frente al envejecimiento (OMS, 2016).

De ahí que, el envejecimiento es un tema que esboza a nivel mundial y que el campo de salud pública tiene mucho por hacer. En consecuencia se han pronunciado

diversas instituciones y organizaciones a nivel mundial, encargándose de llevar el tema generando estrategias de alto impacto; tal es el caso de las Naciones Unidas que en diciembre de 2020 declaran “La década del envejecimiento saludable (2021-2030)” el cual busca emerger sociedades que influyan en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, así como de su entorno, y de las estructuras que los sostienen, como el económico, de salud y en un marco que garantice la igualdad y equidad en cualquiera de sus acciones (OPS, 2020).

También, la Organización Panamericana de la Salud se abandera y confluye para llevar a cabo una serie de objetivos que no solo se desplacen a nivel institucional, sino a nivel comunitario, académico, profesional, familiar e individual, tal como está marcado por la ONU. Por lo que, se declara “La de década del envejecimiento de las Américas (2021-2030)” del cual se desprenden cuatro ejes de acción, encaminado a la construcción de sociedades para todas las edades, dentro de este marco de acción se destacan (Fernández, 2017):

- Cambiar la forma en que se piensa, siente y actúa, hacia la edad y envejecimiento;
- Hay que asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores;
- Ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de atención primaria que respondan a las personas mayores;
- Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan.

Así, la vejez y el envejecimiento ha sido un hito sobre el cual se han tenido diversas acciones y, a su vez, un tema en el cual se engloban otros tantos (OMS/OPS, 2020). Al tiempo que, la vida de las mujeres a la luz de la investigación gerontológica feminista es una investigación que refleja la construcción de ideas, significados y constructos que se han generado socialmente en función del sexo, son muestras claras de limitación a las mujeres al pasar de los años e impactan en su vejez directamente pues las hace menos libres (Huenchuan, 2018). Donde, se vive dentro de una visión androcéntrica, por lo que la vida de las mujeres tiene connotaciones familiares que competan el ámbito doméstico, mientras que para los hombres prevalece la idea de la productividad y ser proveedor por lo que sus flujos de cambio a lo largo de la vida tendrán una connotación de lo laboral y social fuera del hogar (Freixas, 2008).

En este sentido, Peck et al. (2017) realizaron una revisión de literatura con el objetivo de identificar los factores que explican por qué las mujeres tienden a vivir más que los hombres. Los autores señalan que esta diferencia se debe a una combinación de factores biológicos, genéticos y sociales. Entre los factores biológicos destacan la presencia de dos cromosomas X en las mujeres, lo que podría proporcionar mayor protección frente a mutaciones dañinas. Asimismo, el estrógeno ha sido asociado con efectos protectores a nivel cardiovascular y celular. Además, se ha observado que las mujeres presentan una respuesta inmunológica más activa, lo que contribuye a una mayor resistencia frente a diversas enfermedades. No obstante, los autores también reconocen que factores conductuales y sociales influyen en la diferencia de longevidad entre ambos sexos.

De manera complementaria, Bertakis et al. (2000) encontraron que las mujeres presentan una mayor frecuencia de consultas médicas en comparación con los hombres, incluso después de controlar variables como el estado de salud y factores sociodemográficos. Este patrón sugiere que las mujeres muestran una mayor disposición hacia el autocuidado y la atención preventiva. Resultados similares fueron reportados por Redondo-Sendino et al. (2006), quienes observaron que las mujeres adultas mayores en España utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud que los hombres, incluso al considerar la presencia de enfermedades crónicas y otras condiciones sociodemográficas.

En este contexto, Vlassoff (2007) señala que el género constituye un determinante importante de la salud y la enfermedad. La autora argumenta que las construcciones sociales de género interactúan con factores biológicos, sociales y económicos, generando distintos resultados de salud entre hombres y mujeres. Estas interacciones influyen en la manera en que se perciben los síntomas, en las estrategias de afrontamiento de las enfermedades y en los comportamientos relacionados con la búsqueda de atención médica.

Asimismo, estudios basados en grandes investigaciones longitudinales internacionales han identificado lo que se conoce como la “paradoja de género en salud”. Crimmins, Kim y Solé-Auró (2010) encontraron que, aunque las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres, presentan mayores niveles de morbilidad y limitaciones funcionales en la vejez. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar tanto factores biológicos como sociales para comprender las desigualdades de género en la salud durante el envejecimiento.

Durante la vejez, diversas condiciones de salud afectan de manera significativa la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores. Entre ellas, las caídas representan uno de los problemas más frecuentes y relevantes desde el punto de vista de la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), las caídas constituyen una de las principales causas de lesiones en adultos mayores y se presentan con mayor frecuencia en mujeres, particularmente en edades avanzadas. Estas diferencias pueden explicarse por factores biológicos, como la fragilidad o el deterioro del equilibrio, así como por factores conductuales y socioculturales.

Otra condición relevante en esta población es la incontinencia urinaria. El estudio de Yıldırım y Avci (2025) analizó la prevalencia de esta condición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores, encontrando que cerca de la mitad de los participantes presentaba incontinencia urinaria. Además, el género femenino se asoció significativamente con una mayor prevalencia de esta condición. Los resultados también evidencian que la incontinencia urinaria, junto con factores como la polifarmacia y la presencia de comorbilidades, puede afectar de manera importante la calidad de vida en la vejez.

Por otro lado, algunas condiciones presentan mayor prevalencia en hombres. La pérdida auditiva, por ejemplo, es más frecuente en la población masculina, lo cual se ha asociado tanto a factores biológicos como a exposiciones ocupacionales a ambientes ruidosos. Estudios han demostrado que esta condición no solo afecta la audición, sino que también puede tener consecuencias importantes sobre la función cognitiva y la participación social. Lin et al. (2013) encontraron que la pérdida auditiva se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia, mientras que Mick,

Kawachi y Lin (2014) señalaron que esta condición puede favorecer el aislamiento social en adultos mayores.

Además de las condiciones físicas, los factores psicosociales desempeñan un papel fundamental en la salud y el bienestar durante el envejecimiento. En este sentido, la percepción subjetiva de la salud ha sido ampliamente estudiada como un indicador relevante del estado de salud y de la mortalidad. DeSalvo et al. (2006) demostraron que una sola pregunta sobre la autoevaluación general de la salud puede predecir significativamente el riesgo de mortalidad, incluso después de considerar variables sociodemográficas y comorbilidades. De manera similar, Idler y Benyamini (1997) concluyeron que la percepción subjetiva de la salud es un predictor consistente de mortalidad en distintos contextos poblacionales.

Posteriormente, Jylhä (2009) propuso un modelo conceptual que explica por qué la autoevaluación de la salud predice la mortalidad. Según la autora, este indicador integra múltiples dimensiones, incluyendo aspectos físicos, funcionales, emocionales y sociales, lo que permite captar de manera integral el estado de salud de las personas.

Otro factor psicosocial relevante en la vejez es la soledad. Luo, Hawkey, Waite y Cacioppo (2012) encontraron que la soledad se asocia con un mayor deterioro de la salud física y mental, así como con un incremento en el riesgo de mortalidad en adultos mayores. Estos resultados resaltan la importancia de las redes sociales y del apoyo emocional para el bienestar durante el envejecimiento.

Asimismo, la resiliencia ha sido identificada como un elemento clave para afrontar los desafíos asociados al envejecimiento. Wiles et al. (2012) señalan que los

adultos mayores desarrollan diversas estrategias de adaptación frente a limitaciones físicas o problemas de salud, manteniendo su autonomía, bienestar y participación social. La resiliencia, por lo tanto, se considera un proceso multidimensional que integra factores individuales, sociales y contextuales.

En México, la vejez y el envejecimiento, tiene grandes características, mismas que se pueden dilucidar por género, en decir, “Desigualdad por género”, a las que se enfrentan las personas al largo del curso vital de vida, y son diferentes para las mujeres en comparación con los hombres (Gallardo, 2024). Sabiendo esto, es importante, de igual manera, resaltar que la vejez demográficamente muestra importante alza de esperanza de vida de mujeres sobre los hombres, generando así un estado de vida “vulnerable socialmente y frágil en materia de salud” (Montes de Oca, 2009).

En la investigación realizada por Verónica Montes de Oca (2009) una investigación sobre la vejez de las mujeres en el estado de México, destacando las siguientes:

- Migración interna e internacional;
- Marginación: analfabetismo, viviendas sin drenaje, sin servicio de agua potable, sin energía eléctrica ni agua entubada;
- Perspectiva de género desde una construcción social, (imposición de roles sociales);
- Actividades dentro del espacio doméstico;
- Roles centrados en la reproducción biológica y social;

- Desigualdad de ingresos por género, etapa reproductiva bio- social (condicionante para tener acceso a pensión digna y mejores ingresos en la vejez);
- Desprotección de seguridad social/ no tienen prestaciones;
- Actividad económica en la vejez (comerciantes, ambulante, doméstico, obreras, artesanas, agrícolas, servicios personales);
- Actividades no remuneradas (cuidado de enfermos, de nietos y de trabajo doméstico).

En lo que concluye la autora es que es necesario la creación de políticas que dignifiquen a la vejez, y que abran oportunidades de empleo con las características que se mencionan y que permitan “construir condiciones ventajosas en la vejez” terminando por decir que la vejez de las mexiquenses tiene rostro de mujer (Montes de Oca, 2009).

. El *Mexican Health and Aging Study* (MHAS) constituye una de las fuentes de información más importantes para el análisis del envejecimiento en el país. González-González, Ramírez-García, Gutiérrez-Robledo y Rosas-Carrasco (2021) destacan que este estudio longitudinal ha permitido analizar la prevalencia de enfermedades crónicas, las condiciones funcionales, los factores socioeconómicos y las desigualdades de género en la salud de los adultos mayores mexicanos.

De igual forma, Márquez-Colín (2023) señala que la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) ha proporcionado evidencia valiosa durante más de dos décadas sobre las condiciones de salud, funcionalidad y calidad de vida de

la población mayor de 50 años, permitiendo identificar tendencias y determinantes del envejecimiento saludable.

Finalmente, informes institucionales también han destacado las desigualdades que enfrentan las mujeres mayores. El Instituto Nacional de las Mujeres (2022) señala que las mujeres adultas mayores en México presentan desventajas acumuladas a lo largo del curso de vida, relacionadas con menores oportunidades laborales, acceso limitado a la seguridad social y mayores niveles de dependencia económica. De manera similar, el informe de UN Women (2020) indica que las crisis recientes, como la pandemia de COVID-19, han profundizado las desigualdades de género, afectando particularmente a grupos vulnerables como las mujeres mayores.

4. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) menciona que, en 2019, alrededor del mundo, existían más de 1,000 millones de personas mayores de 60 años, esperando a 2030 que esta cifra se incremente 400 millones más de personas mayores, habiendo una persona mayor por cada seis personas alrededor del mundo.

En México el Índice de Envejecimiento, resalta que conforme pasen los años seguirá el incremento en la población adulta mayor, mientras que en 1970 se tenían 6.7 adultos mayores por cada cien jóvenes, se estima que para 2030 habrá 45.9 adultos mayores por cada cien jóvenes y para 2050 se prevén 93.7 adultos mayores por cada cien jóvenes a nivel nacional (CONAPO, 2017).

Actualmente la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2022) menciona que a 2022 hay 17, 958 707 adultos mayores de 60 años, representando el 14% del total de la población, con una esperanza de vida según el Instituto Nacional de Información Estadística y Geografía (INEGI, 2023) para hombres es de 72.5 años, mientras que para las mujeres es de 78.2 años.

Todo esto derivado de la transición demográfica en conjunto con la transición epidemiológica donde ha cobrado gran relevancia el repunte de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), sin embargo, es necesario mirar la interacción de estos y los contextos socioculturales en los que se mueven las poblaciones para comprender su estado de salud (Serna-Martínez, 2023).

De modo que, es importante resaltar que el envejecimiento es un reto para la salud pública, derivado de los cambios estructurales y sociales que representa el aumento de la población adulta mayor. En especial con identificación de la “feminización de la vejez”, donde, conforme se avanza en edad, hay una mayor proporción de mujeres en la edad adulta (Serna-Martinez,2024).

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2019) estima que, en el país, a 2050 habrá 132 mujeres adultas mayores por 100 hombres adultos mayores.

De manera que se resalta que la vejez es heterogénea y se encuentra diferenciado entre hombres y mujeres (género). Por lo que, la adición de años y las condiciones de salud en la vejez, no serán, más que un reflejo de las condiciones a las que se estuvo expuesto a lo largo del curso de vida (Martínez, 2024).

En otras palabras, el género es la construcción social que condiciona el curso de vida, el nivel socioeconómico, las condiciones del entorno y el estado de salud. Tal cual lo menciona la OMS, como las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud, como la protección frente a los mismos (OMS, 2018).

Así mismo en Hidalgo se identifica la misma dinámica poblacional, donde el índice de envejecimiento en 2015 era de 25.3 adultos mayores por cada cien jóvenes, pasar a ser de 89.6 adultos mayores por cada cien jóvenes, según estimaciones del (CONAPO, 2019). Siendo uno de los diez estados más envejecidos del país a 2050, donde, la diferencia en esperanza de vida entre hombres y mujeres es de 6 años en

promedio con una tendencia a 136 mujeres adultas mayores por cada 100 hombres adultos mayores a 2050.

Por tal motivo es importante responder, ¿Existe relación del género con el perfil biopsicosocial de salud de las personas mayores encuestadas en la Salud, Bienestar y Envejecimiento Hidalgo?

5. Justificación

El incremento en la esperanza de vida ha sido uno de los grandes hitos para la Salud Pública y actualmente en México estos cambios se pueden evidenciar en la dinámica poblacional y en las proyecciones hacia años venideros.

De ahí la importancia de comenzar a trabajar en pro de las personas mayores, lo que requiere investigación y estrategias centradas en sus necesidades.

Ligar al género y la salud de la vejez hidalguense, implica abrir un panorama integral de la vejez de acuerdo con el género, ampliando la concepción de salud en las personas mayores, y exponiendo la importancia del modelo bio-psico-social como parte fundamental del proceso salud-enfermedad.

Marcando pauta para la existencia de servicios equitativos a lo largo de la vida, donde se entiende que el género es un determinante de salud de suma importancia en cuanto a atención y servicios de salud.

Por lo que, con el presente trabajo se podrán identificar patrones que permitan tomar decisiones en materia de promoción y prevención de salud y bienestar integral de las generaciones venideras, visto desde el enfoque de curso de vida.

En consecuencia, se podrán formular políticas en salud y programas que promuevan, la salud, el bienestar y la inclusión social que mejoren la calidad de vida en la vejez.

6. Objetivos

6.1 General

- Analizar la relación del género y el perfil biopsicosocial de salud de las personas mayores encuestadas en la SABE-Hidalgo, durante 2016.

6.2 Específicos

- Identificar los componentes biológicos, psicológicos y sociales de los hombres y mujeres encuestados en la SABE-Hidalgo.
- Comparar los componentes bio-psico-sociales entre hombres y mujeres encuestados en la SABE-Hidalgo
- Asociar los componentes bio-psico-sociales entre hombres y mujeres mayores de acuerdo con el género el estado de Hidalgo.

7. Hipótesis.

El género se asocia de manera significativa con el perfil biopsicosocial de salud de las personas mayores encuestadas en el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento Hidalgo 2016, evidenciando diferencias en los componentes biológicos, psicológicos y sociales entre hombres y mujeres en el estado de Hidalgo.

8. Material y Métodos

8.1 Diseño de estudio

- Cuantitativo
- Transversal
- Comparativo
- Asociativo

8.2 Ubicación espacio temporal

- **Tiempo:** 2016
- **Lugar:** Hidalgo
- **Persona:** Base de datos de personas mayores

8.3 Selección de la población y muestra de estudio

Se emplea Base de datos completa de Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE-Hidalgo

8.4 Variables de estudio

Tabla 1

Variables de estudio

Variables descriptivas				
Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Nivel de medición	Categorías / Rango
Sexo	Característica biológica que distingue a las personas como hombres o mujeres.	Cualitativa nominal	Nominal	Mujer Hombre
Municipio de residencia	División territorial administrativa en la que reside la persona participante	Cualitativa nominal	Nominal	Acaxochitlán Pachuca San Agustín Tlaxiaca San Bartolo Tutotepec San Salvador
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento de la persona hasta el momento de la encuesta	Cuantitativa continua	Razon	Rango observado: 60 a 90+ años Media general: 71.19 ± 7.6 (mujeres), 71.59 ± 7.5 (hombres)
Edad media por municipio y sexo	Promedio de edad de los participantes en cada municipio, desglosado por sexo	Cuantitativa continua	Razon	Ver valores por municipio (ver descripción arriba)

Distribución porcentual por sexo	Porcentaje de hombres y mujeres por municipio, representando la proporción de la muestra según el sexo	Cuantitativa discreta (proporción)	Porcentual	Mujer (global: 69.58%) Hombre (global: 30.42%)
----------------------------------	--	------------------------------------	------------	---

Variables de la esfera biológica

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Nivel de medición	Categorías o rangos
Hipertensión	Condición médica crónica caracterizada por niveles elevados de presión arterial	Cuantitativa	Ordinal	Controlada / No controlada
Diabetes	Enfermedad crónica en la que el cuerpo no produce o no utiliza adecuadamente la insulina	Cuantitativa	Ordinal	Controlada / No controlada
Cáncer	Presencia de células malignas en tratamiento activo	Cuantitativa	Ordinal	Controlado / No controlado
Enfermedad pulmonar crónica (EPOC)	Trastornos respiratorios persistentes como bronquitis crónica o enfisema	Cuantitativa	Ordinal	Controlada / No controlada

Enfermedad del corazón	Afecciones del sistema cardiovascular como insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica	Cuantitativa	Ordinal	Controlada / No controlada
Evento vascular cerebral (EVC)	Daño cerebral agudo causado por interrupción del flujo sanguíneo	Cuantitativa	Ordinal	Controlado / No controlado
Artritis, reumatismo o artrosis	Enfermedades reumáticas que afectan articulaciones y movilidad	Cuantitativa	Ordinal	Controlada / No controlada
Caídas recientes	Evento de pérdida de equilibrio con impacto físico reciente	Cuantitativa	Ordinal	Sin afectación / Con afectación en actividades
Incontinencia urinaria	Pérdida involuntaria de orina que afecta la funcionalidad	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Hinchazón en pies y tobillos	Presencia de edema en extremidades inferiores	Cualitativa	Nominal	Sí / No

Visión deficiente	Limitación visual que interfiere en la vida diaria	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Audición deficiente o sordera	Pérdida parcial o total de la capacidad auditiva	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Limitación por problemas dentales	Dificultad para alimentarse debido a problemas bucales	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Uso de medicamentos para dolor dental	Necesidad de analgésicos debido a molestias dentales	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Percepción de salud	Opinión sobre el propio estado de salud	Cualitativa	Ordinal	Buena / Mala
Indicador biológico binario	Clasificación basada en presencia de enfermedad crónica y percepción de salud negativa	Cualitativa	Nominal	Biológicamente bueno / Biológicamente malo
Indicador biológico ordinal	Niveles de riesgo en salud combinando enfermedades y percepción	Cualitativa	Ordinal	Sano / Riesgo bajo / Riesgo moderado / Riesgo alto

Variables de la esfera psicológica

Nombre de la variable		Definición conceptual	Tipo de variable	Nivel de medición	Categorías o rangos
Estado de ánimo negativo		Presencia de emociones o sentimientos negativos persistentes	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Insatisfacción con la vida		Percepción negativa sobre la calidad de vida o bienestar general	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Trastornos psiquiátricos o del sistema nervioso		Diagnóstico o presencia de alteraciones neurológicas o psiquiátricas	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Abandono de actividades habituales		Cese en la realización de actividades cotidianas por causas emocionales o cognitivas	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Sensación de vida vacía		Sentimiento subjetivo de falta de sentido o propósito en la vida	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Problemas de memoria		Dificultad para recordar información reciente o pasada	Cualitativa	Nominal	Sí / No

Diagnóstico de depresión	Confirmación médica de trastorno depresivo mayor	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Tratamiento de depresión	Acceso a atención médica o farmacológica para la depresión	Cualitativa	Nominal	Sí / No
Indicador psicológico dicotómico	Clasificación emocional basada en la presencia o ausencia de malestar psicológico	Cualitativa	Nominal	0 = Bienestar emocional / 1 = Malestar emocional

Variables de la esfera social

Dimensión / Tema	Variable	Desagregado por Sexo	Categorías / Niveles
Nivel educativo	Escolaridad alcanzada	Mujeres	Sin estudios Primaria Secundaria Técnico (primaria/secundaria + técnico/comercial/secretarial) Preparatoria Normal Profesional Posgrado
		Hombres	Sin estudios Primaria Secundaria Técnico (primaria/secundaria + técnico/comercial/secretarial)

				Preparatoria
				Normal
				Profesional
				Posgrado
Situación de convivencia	Vive solo o acompañado	Mujeres		Vive sola / Acompañada
		Hombres		Vive solo / Acompañado
Historial conyugal	Estado civil actual o anterior	Ambos sexos		Nunca casado / Con historial conyugal
	Número promedio de uniones	Ambos sexos		Media y desviación estándar
Tipo de Seguridad Social	Acceso a seguridad social	Mujeres		Bien (pública), Moderado (privada), Severo (ninguna)
		Hombres		
Motivo para trabajar	Razón del trabajo actual	Mujeres		Bien (por gusto), Moderado (apoyo familiar), Severo (por necesidad)
		Hombres		

Fuente. Autoría propia.

8.6 Método de evaluación

La evaluación de los datos fue realizada con base en los objetivos planteados, considerando tanto el enfoque descriptivo como analítico. Se integraron variables de las esferas biológicas, psicológicas y sociales para cada persona encuestada; los cuales fueron organizados según el sexo reportado, con el fin de establecer comparaciones significativas entre hombres y mujeres mayores. Cada variable fue explorada inicialmente mediante un análisis descriptivo y posteriormente mediante

métodos inferenciales que permitieron identificar asociaciones relevantes desde una perspectiva biopsicosocial.

El instrumento de recolección de datos utilizado fue la encuesta SABE-Hidalgo 2016, la cual integra una amplia gama de variables de interés en el estudio del envejecimiento. Los datos fueron validados, codificados y analizados conforme a protocolos estandarizados de calidad.

8.7 Plan de análisis estadístico

El análisis estadístico se estructuró en tres niveles: univariado, bivariado y multivariado, en concordancia con los objetivos del estudio.

Análisis univariado:

Se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas para caracterizar las variables de interés. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión (media y desviación estándar), permitiendo describir la distribución y variabilidad de cada componente del perfil biopsicosocial; así como, frecuencias y porcentajes.

Análisis bivariado:

Con el fin de explorar la relación entre el género y los distintos componentes del perfil de salud, se realizaron análisis bivariados, que incluyeron:

Diagramas de dispersión para visualizar correlaciones entre variables cuantitativas.

Tablas de contingencia para variables categóricas.

Pruebas de hipótesis:

Prueba Chi-cuadrado (χ^2) para evaluar la asociación entre variables cualitativas.

Prueba t de Student para comparar medias entre grupos (hombres y mujeres).

Regresión logística bivariada para identificar asociaciones entre el género y variables dicotómicas del perfil biopsicosocial.

Análisis multivariado

Se implementó un modelo de regresión logística multivariada, con el objetivo de identificar los factores biológicos, psicológicos y sociales que se asocian de manera independiente con el género. Este análisis permitió controlar el efecto de variables confusoras y estimar la fuerza de asociación ajustada entre el género y los distintos indicadores de salud.

El análisis multivariado se centró en variables clave que mostraron significancia estadística en los análisis previos, y se reportaron los respectivos valores de odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95%.

9. Aspectos bioéticos

La presente investigación titulada *“Diferenciación por género en el perfil de salud de las personas mayores en el estado de Hidalgo”*, basada en el análisis de los datos recolectados por la encuesta SABE-Hidalgo 2016, se realizó bajo estrictos principios éticos, respetando en todo momento la dignidad, los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados.

Dado que se trata de un estudio secundario que utiliza una base de datos previamente recolectada y anonimizadas, no se incurrió en contacto directo con las personas mayores encuestadas. (Anexo 1) No obstante, se siguieron los principios fundamentales de la bioética:

Autonomía. Los datos utilizados provienen de un proyecto que, en su momento, fue aprobado por un comité de ética y contó con el consentimiento informado de las y los participantes, garantizando su derecho a decidir sobre su participación y el uso de su información.

Beneficencia. El objetivo del estudio es generar conocimiento útil que contribuya al diseño de políticas públicas con perspectiva de género, orientadas a mejorar las condiciones de salud biopsicosocial de las personas mayores, sin causarles ningún tipo de perjuicio.

No maleficencia. La base de datos analizada fue completamente anonimizada, asegurando que no exista riesgo de identificación ni de daño para los participantes. No se manipularon ni se modificaron los registros originales.

Justicia. El análisis se llevó a cabo de forma imparcial, buscando representar equitativamente las condiciones de hombres y mujeres mayores en el estado de Hidalgo. El diseño metodológico procuró no generar sesgos de género, edad o condición social.

Asimismo, se garantizó la confidencialidad de la información y el uso responsable de los datos, en apego a lo establecido por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normativas éticas vigentes en México.

Este proyecto no implicó experimentación ni intervención directa con seres humanos, por lo que el riesgo es clasificado como mínimo. Aun así, se reconoció la importancia de mantener una actitud ética en todas las etapas del análisis y la divulgación de los resultados, asegurando el respeto a las poblaciones estudiadas, especialmente por tratarse de un grupo considerado vulnerable: las personas mayores.

10. Resultados

En este apartado se exponen de manera detallada los hallazgos obtenidos, resaltando su importancia y relevancia para la comprensión del fenómeno estudiado. Se realiza un análisis exhaustivo de los datos recolectados, lo cual permite evaluar integralmente los resultados y comprender su impacto dentro del contexto de la investigación.

Se analizaron los datos de un total de 2,597 personas adultas mayores distribuidas en seis municipios del estado de Hidalgo: Acaxochitlán, Pachuca, San Agustín Tlaxiaca, San Bartolo Tutotepec y San Salvador. A continuación, se presentan los hallazgos entrados en la investigación.

Análisis descriptivo

Características de la población

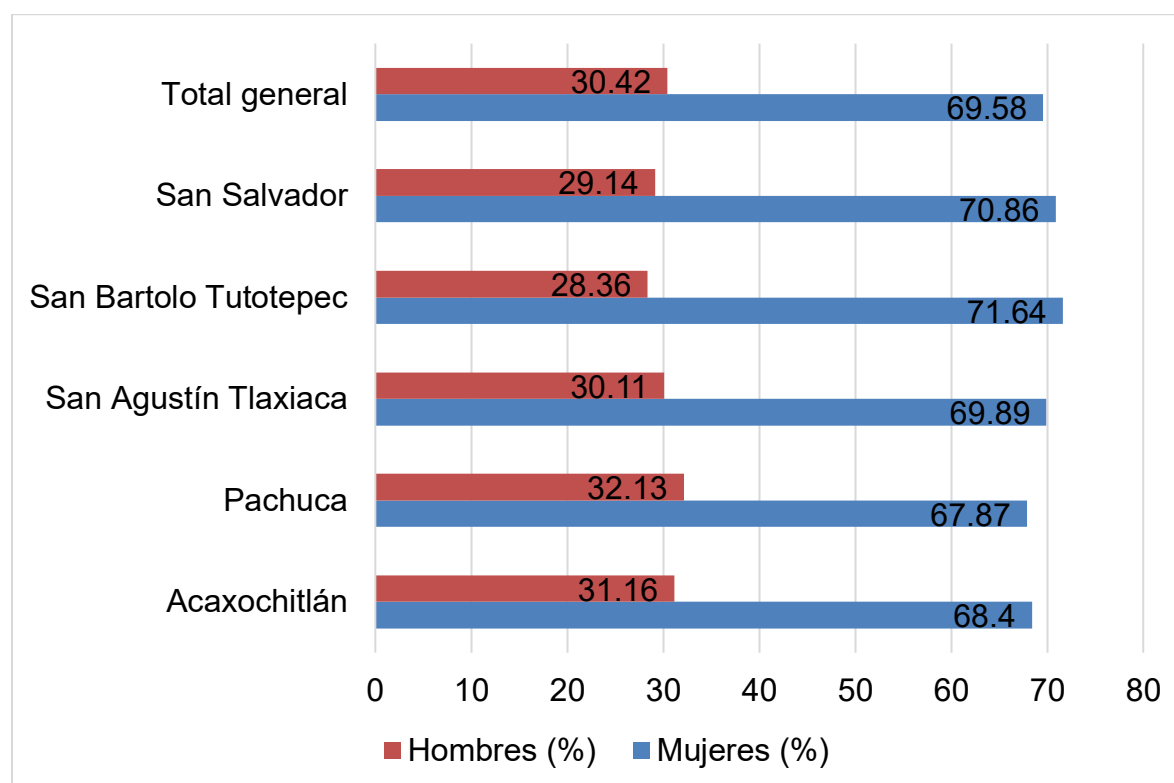
Distribución porcentual por sexo

Correspondiente con la gráfica número 1 se observa la distribución porcentual de mujeres y hombres por municipio, observando una mayor proporción de mujeres en todos los casos. A nivel general, las mujeres representan el 69.58% de la muestra, mientras que los hombres constituyen el 30.42%, es decir, de un total de 2.597 personas mayores, 790 eran hombres y 1807 mujeres (figura 1). Esta tendencia se mantiene en cada municipio, donde la presencia predominante de mujeres en todos los

municipios se alinea con la tendencia demográfica esperada, considerando que las mujeres suelen tener una esperanza de vida más alta que los hombres.

Figura 1

Porcentaje de hombres y mujeres por municipio



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

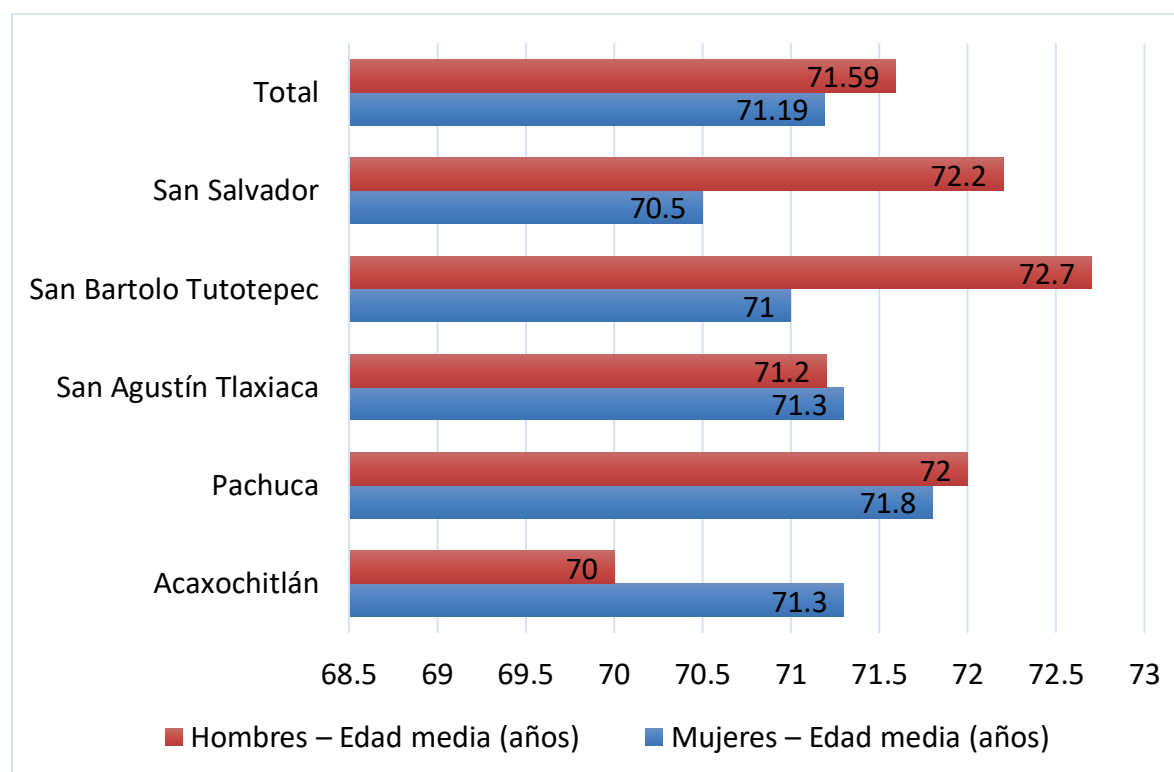
Edad media por sexo y municipio

La siguiente figura (2) muestra las edades promedio. En general, las mujeres presentan una edad media de 71.19 ± 7.6 años, mientras que los hombres tienen una media de 71.59 ± 7.5 años, sin diferencias marcadas entre sexos a nivel global.

Cabe destacar que los hombres en San Bartolo Tutotepec y San Salvador presentan edades medias ligeramente superiores al promedio, aunque acompañadas de una mayor dispersión (DE).

Figura 2

Edad media por municipio



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Esfera Biológica

En esta esfera se contemplan, por un lado, las condiciones crónicas no transmisibles, y otros síntomas de salud.

En cuanto a las condiciones crónicas no transmisibles, en la figura 3 se presenta el porcentaje de personas que reportan cada condición bajo control, mientras que en la figura 4 se observa la prevalencia de cada condición.

Destaca la hipertensión arterial como la condición de mayor prevalencia, consolidándose como el principal problema de salud en la población adulta mayor. No obstante, presenta niveles elevados de control, lo que sugiere una adecuada cobertura terapéutica y seguimiento clínico, particularmente en mujeres. Un patrón similar se observa en la diabetes mellitus, que, pese a su elevada frecuencia, mantiene proporciones de control relativamente altas, aunque con una ventaja consistente del sexo femenino.

En contraste, condiciones de menor prevalencia, como el evento vascular cerebral y el cáncer en tratamiento, exhiben los niveles de control más bajos, lo que las posiciona como problemas prioritarios desde una perspectiva de vulnerabilidad clínica y funcional. En el caso del evento vascular cerebral, el menor control observado, especialmente en hombres, podría asociarse a secuelas físicas persistentes y mayor complejidad en el manejo posterior al evento.

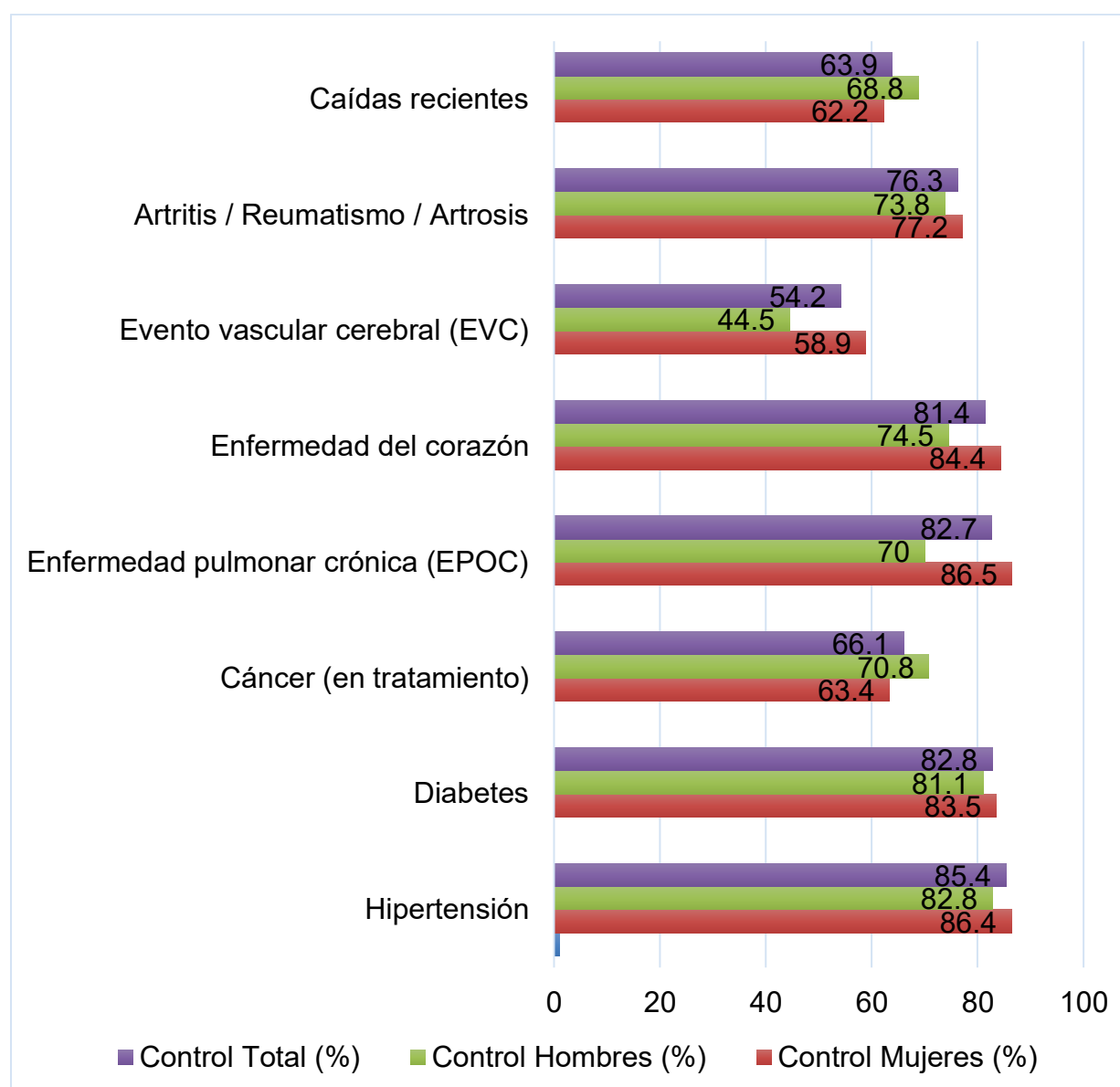
La enfermedad pulmonar crónica y la cardiopatía muestran diferencias por sexo particularmente relevantes, con una brecha marcada en el control a favor de las mujeres, lo que sugiere posibles desigualdades en adherencia terapéutica, acceso a servicios de salud o conductas de autocuidado.

Finalmente, la alta prevalencia de caídas recientes, junto con un control moderado del impacto funcional, resalta la importancia de este evento como un factor

de riesgo transversal, más asociado a la pérdida de funcionalidad que a una condición clínica específica, con un patrón inverso al observado en otras enfermedades, donde los hombres reportan menor afectación en la vida diaria.

Figura 3

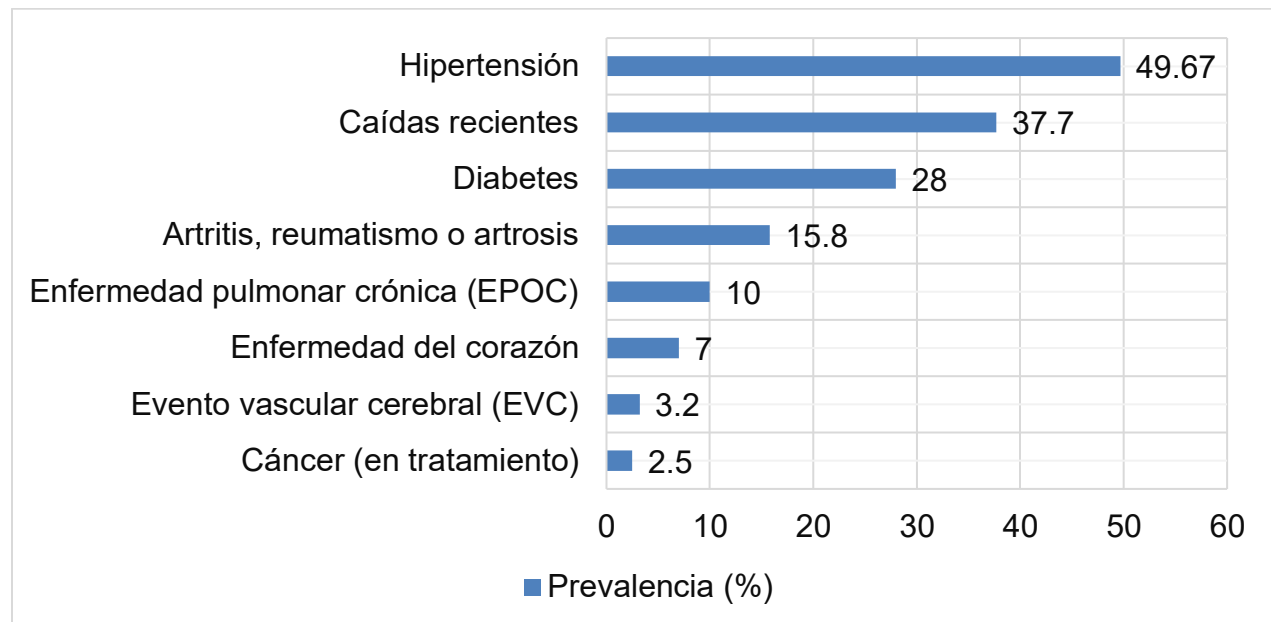
Prevalencia de condiciones crónicas por sexo



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Figura 4

Condiciones crónicas por sexo



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

En cuanto a síntomas de salud, en la Figura 5 se presenta la prevalencia de condiciones de salud que, si bien no son crónicas, afectan la funcionalidad o calidad de vida de las personas. Se incluyen problemas urinarios, musculares, sensoriales y bucodentales. Los datos están desglosados por sexo.

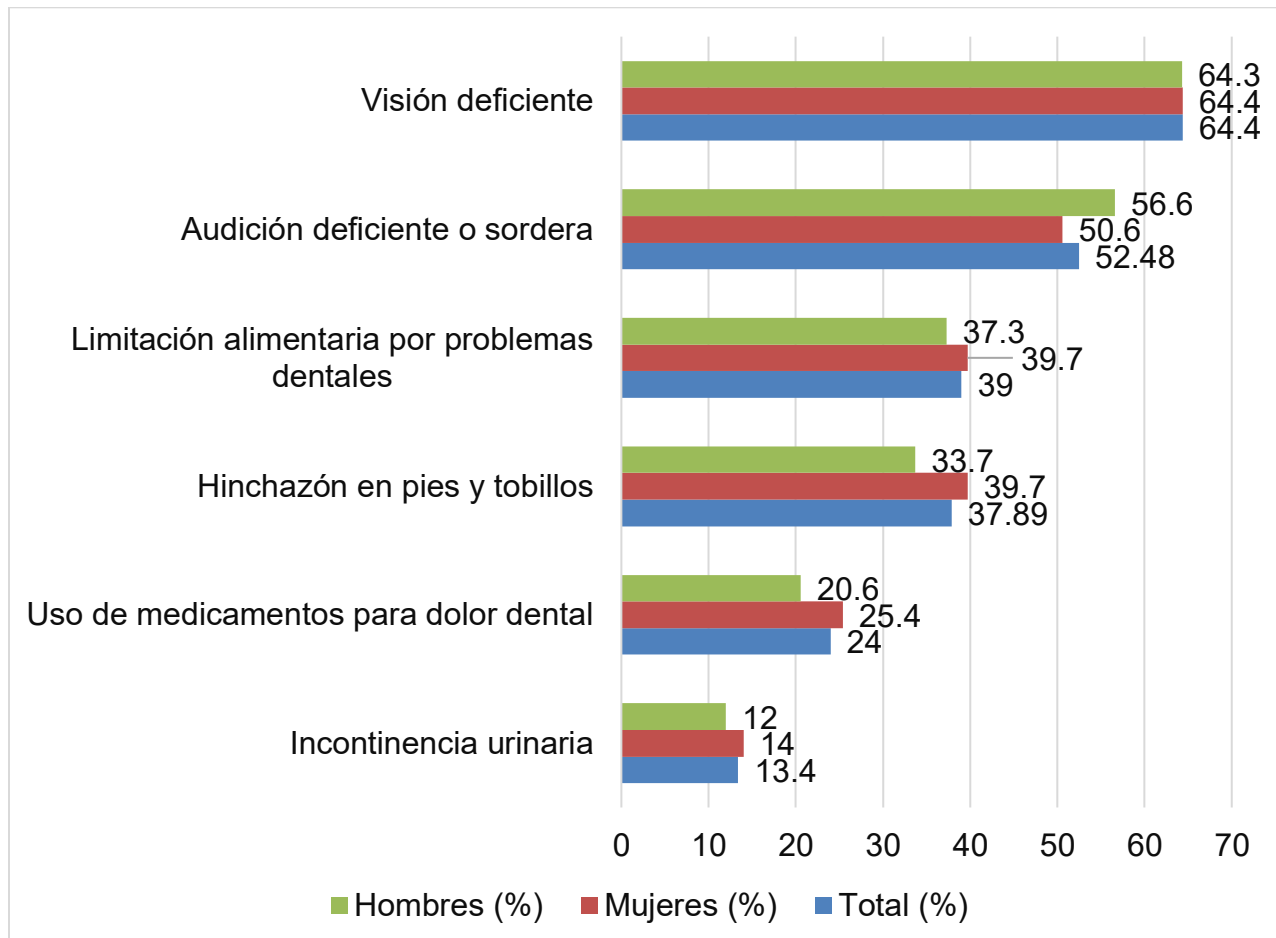
Destaca particularmente la alta frecuencia de alteraciones sensoriales, siendo la discapacidad visual la condición más prevalente, con una distribución prácticamente idéntica entre mujeres y hombres, lo que sugiere un proceso asociado principalmente al envejecimiento más que a diferencias por sexo.

En contraste, la pérdida auditiva muestra un patrón diferenciado, con mayor prevalencia en hombres, lo cual podría estar vinculado a exposiciones ocupacionales acumulativas o a una menor detección temprana. Por otro lado, las manifestaciones musculoesqueléticas y circulatorias, como la hinchazón en pies y tobillos, presentan una frecuencia elevada y un claro predominio en mujeres, lo que puede reflejar diferencias fisiológicas, hormonales o en la carga de comorbilidades.

Asimismo, los problemas bucodentales emergen como un factor relevante de vulnerabilidad, no solo por su alta frecuencia, sino por su impacto directo en la alimentación y el estado nutricional, observándose una ligera mayor afectación en mujeres. Finalmente, la incontinencia urinaria, aunque de menor prevalencia relativa, mantiene un patrón consistente de mayor afectación femenina, alineado con lo descrito en la literatura para este grupo etario.

Figura 5

Prevalencia de otros problemas de salud por sexo (%)



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Percepción de salud

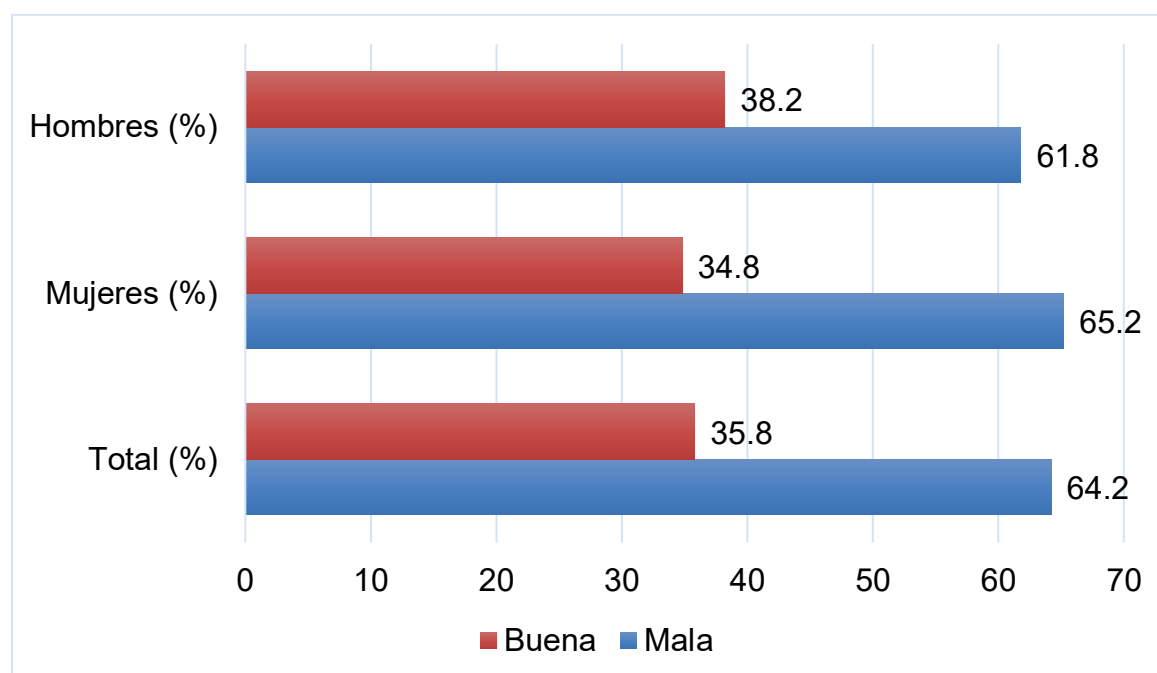
La figura 6 representa visualmente la percepción de salud entre hombres y mujeres, diferenciando entre quienes consideran su salud como mala y quienes la perciben como buena. La percepción del estado de salud muestra un predominio claro

de la autovaloración negativa en la población estudiada, con más de dos terceras partes de los participantes clasificando su salud como mala. Este patrón es consistente en ambos sexos, aunque se observa una mayor proporción de percepción desfavorable entre las mujeres en comparación con los hombres.

Por el contrario, la percepción positiva de la salud es minoritaria y se concentra ligeramente en los hombres, lo que sugiere diferencias por sexo en la autoevaluación del bienestar general. Estos resultados evidencian una percepción global de salud comprometida, lo cual es congruente con la alta carga de condiciones crónicas y funcionales observadas en la población analizada.

Figura 6

Percepción de la salud. Hombres - Mujeres



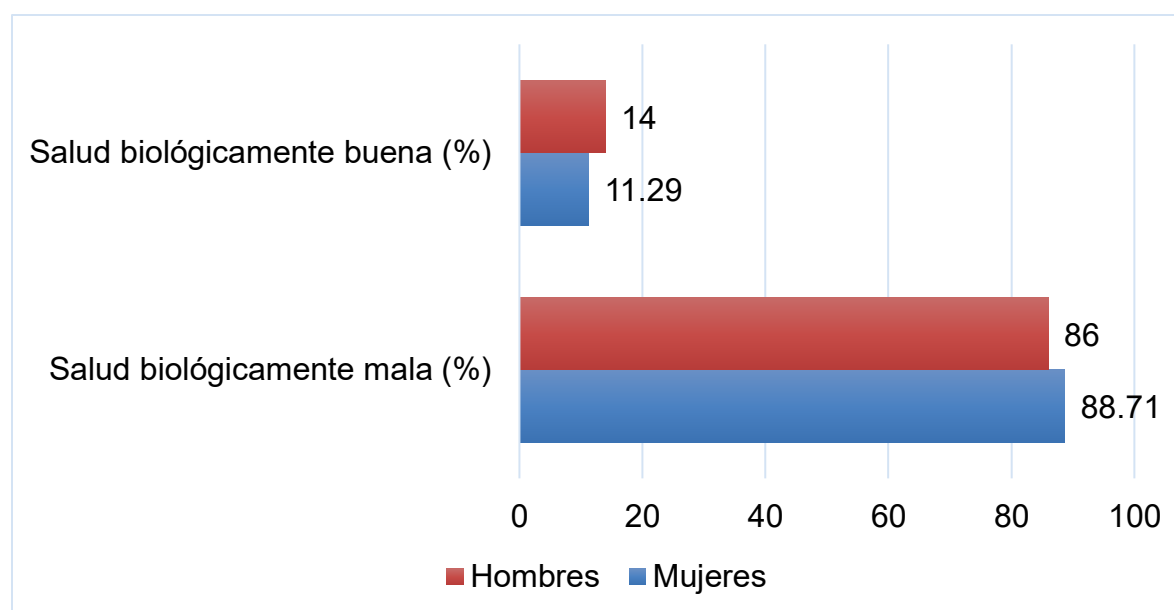
Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Indicador Biológico binario

La siguiente figura (7) muestra un indicador biológico mismo que se construyó considerando a las personas que presentan al menos una enfermedad crónica, así como una percepción de salud no favorable. El indicador biológico de salud revela una elevada carga de afectación en ambos sexos, con prevalencias superiores al 85%, lo que indica que la mayoría de la población presenta al menos una enfermedad crónica y/o una percepción desfavorable de su estado de salud. Las mujeres muestran una proporción ligeramente mayor de afectación biológica en comparación con los hombres; sin embargo, la diferencia por sexo es marginal, lo que sugiere un patrón generalizado de deterioro biológico en la población estudiada más allá de las diferencias de género.

Figura 7

Indicador del estado de salud biológico



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Indicador Biológico de Salud ordinal

La figura 8 clasifica a la población en cuatro niveles de riesgo combinando la presencia de enfermedades crónicas y la percepción del estado de salud. Visualmente, se puede observar lo siguiente:

● Sano: Solo el 6.5% de la población se encuentra en un estado óptimo de salud, sin enfermedades crónicas y con una percepción excelente o muy buena. Este grupo es ligeramente mayor en hombres (9.2%) que en mujeres (5.3%), lo que se refleja en una barra más alta para los hombres dentro de esta categoría.

● Riesgo bajo: El 21.1% de la población no presenta enfermedades crónicas, pero percibe su salud como buena o regular. Visualmente, destaca que este grupo es más representativo entre los hombres (25.2%), cuyas barras, en la figura, superan claramente a las de las mujeres (19.4%).

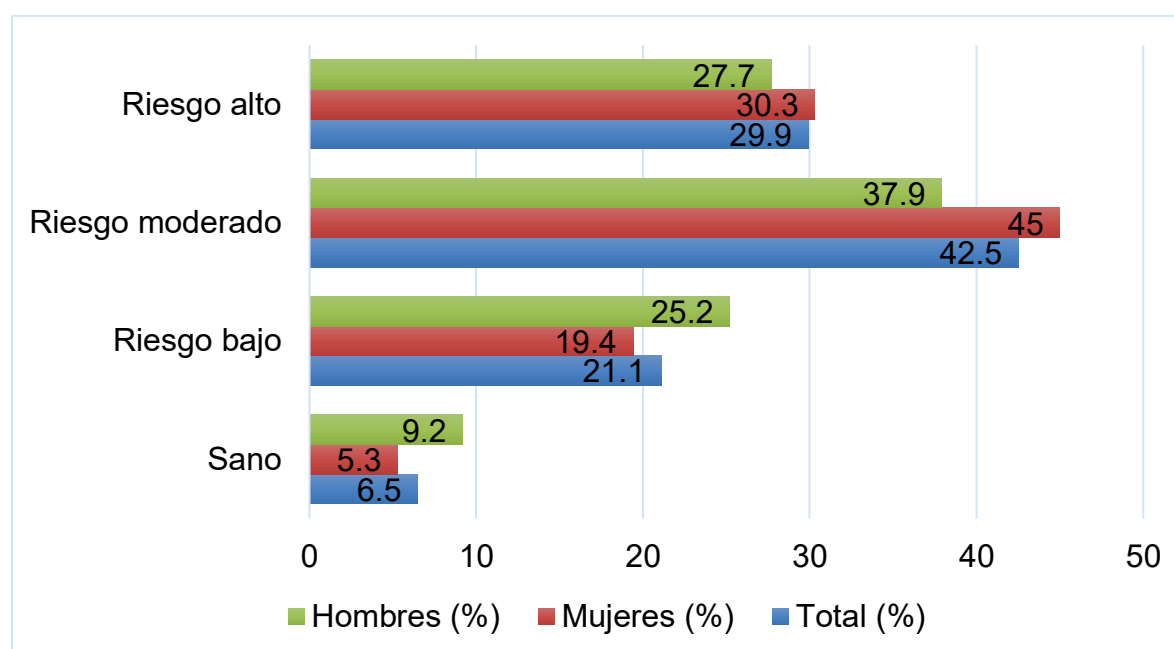
● Riesgo moderado: El grupo más numeroso, con un 42.5%, muestra presencia de alguna enfermedad crónica, pero mantiene una percepción buena o regular de su salud. Este riesgo predomina en mujeres (45%), como lo revela una barra notablemente más alta que la correspondiente a los hombres (37.9%).

● Riesgo alto: Un significativo 29.9% de la población presenta enfermedades crónicas y una percepción de salud mala. Este nivel de riesgo es similar entre mujeres (30.3%) y hombres (27.7%), lo cual se refleja en barras casi del mismo tamaño en la figura.

Esta presentación visual facilita la identificación rápida de los grupos con mayor vulnerabilidad, destacando especialmente el predominio de los niveles de riesgo moderado y alto, que en conjunto abarcan más del 70% de la población.

Figura 8

Indicador biológico de salud por riesgo y sexo



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Esfera Psicológica

Prevalencia de alteraciones mentales y cognitivas por sexo

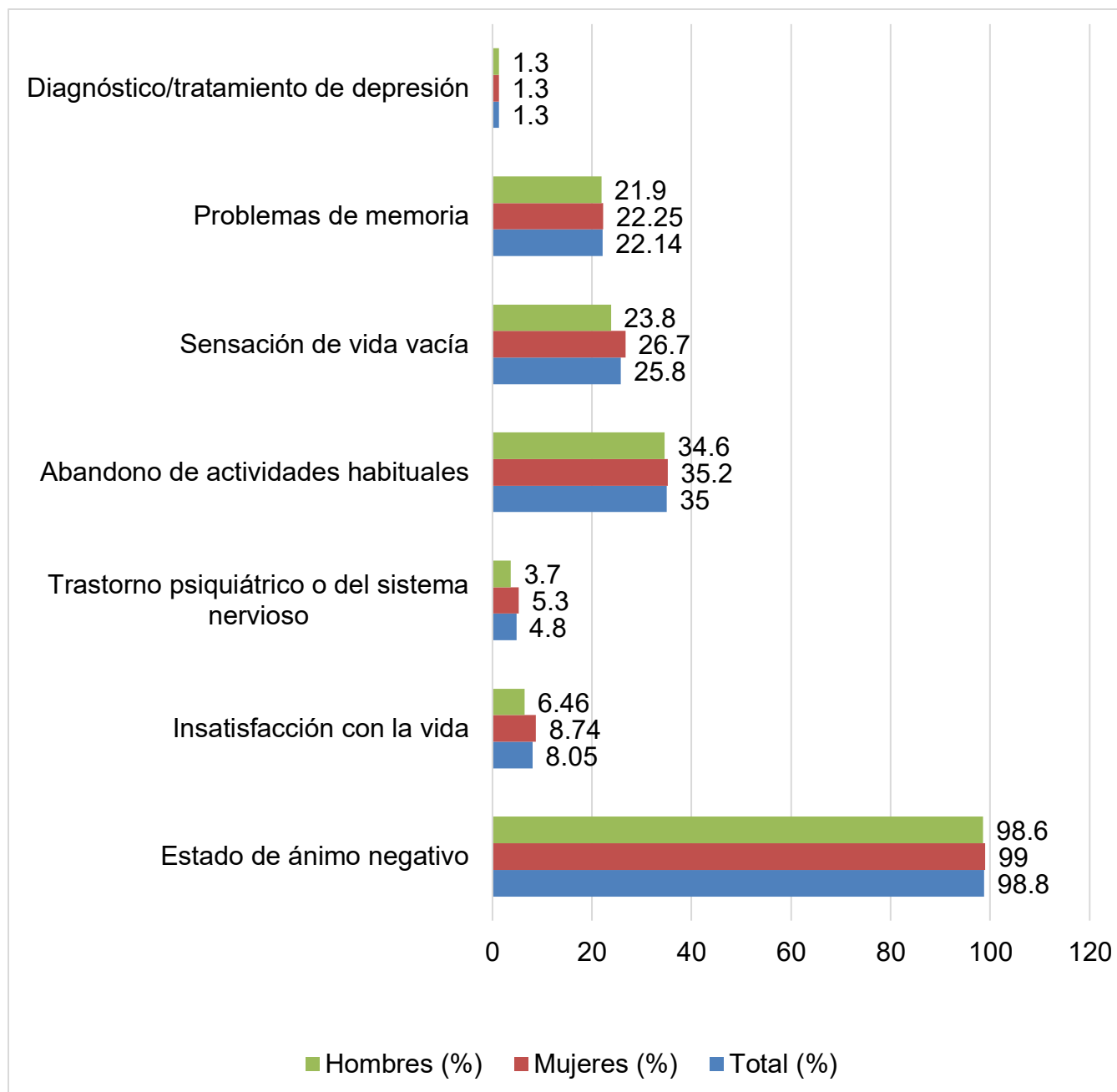
En la figura 9 La evaluación de alteraciones mentales y cognitivas revela una prevalencia prácticamente universal de estado de ánimo negativo en la población estudiada, lo que sugiere un alto nivel de malestar emocional generalizado. A pesar de ello, la prevalencia de diagnóstico formal de depresión es notablemente baja, lo que

apunta a un posible subregistro y limitada atención especializada en salud mental.

Asimismo, se identifican proporciones relevantes de abandono de actividades habituales, sensación de vacío y problemas de memoria, indicadores consistentes con deterioro funcional y cognitivo incipiente. En la mayoría de las alteraciones evaluadas se observa una mayor prevalencia en mujeres, aunque las diferencias por sexo son de baja magnitud, lo que sugiere un patrón transversal de afectación emocional y cognitiva en la población adulta mayor.

Figura 9

Prevalencia de alteraciones mentales y cognitivas por sexo (%)



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Indicador psicológico

A partir de lo anterior se elaboró un indicador psicológico dicotómico, en el que:

0 = Bienestar emocional (sin alteración)

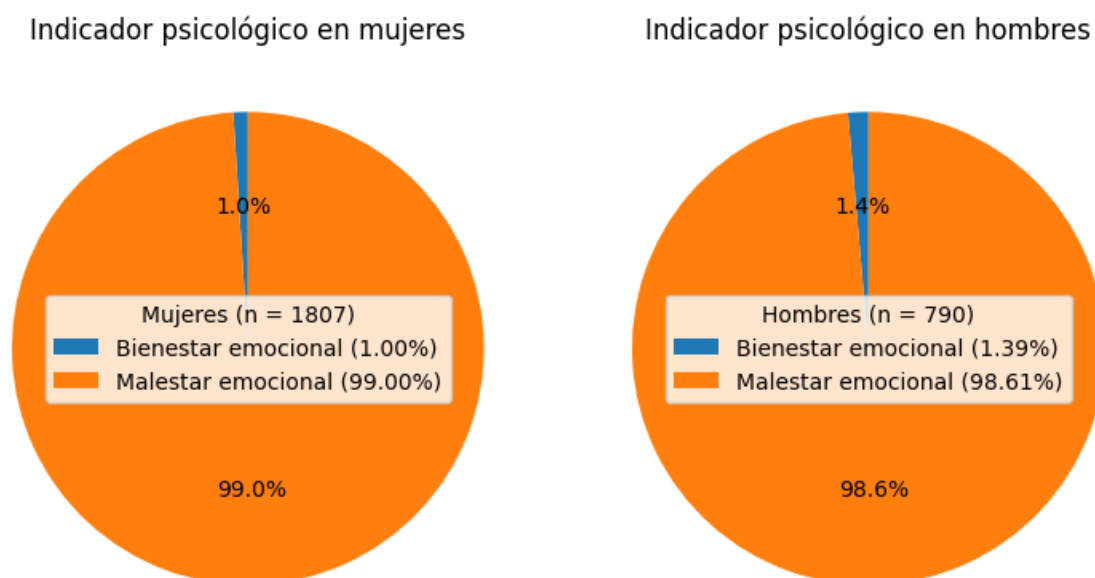
1 = Malestar emocional (presencia de alteración psicológica)

El análisis por sexo en la figura 10, muestra que tanto mujeres como hombres presentan una alta prevalencia de alteración emocional, siendo ligeramente mayor en mujeres.

Se observa que el 99% de las mujeres presentan indicios de alteración emocional frente a un 98.61% de los hombres. Aunque la diferencia es pequeña, ambos sexos muestran una proporción muy elevada de malestar psicológico, lo cual podría ser indicativo de un contexto generalizado de afectación emocional en la población encuestada.

Figura 10

Indicador Psicológico



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

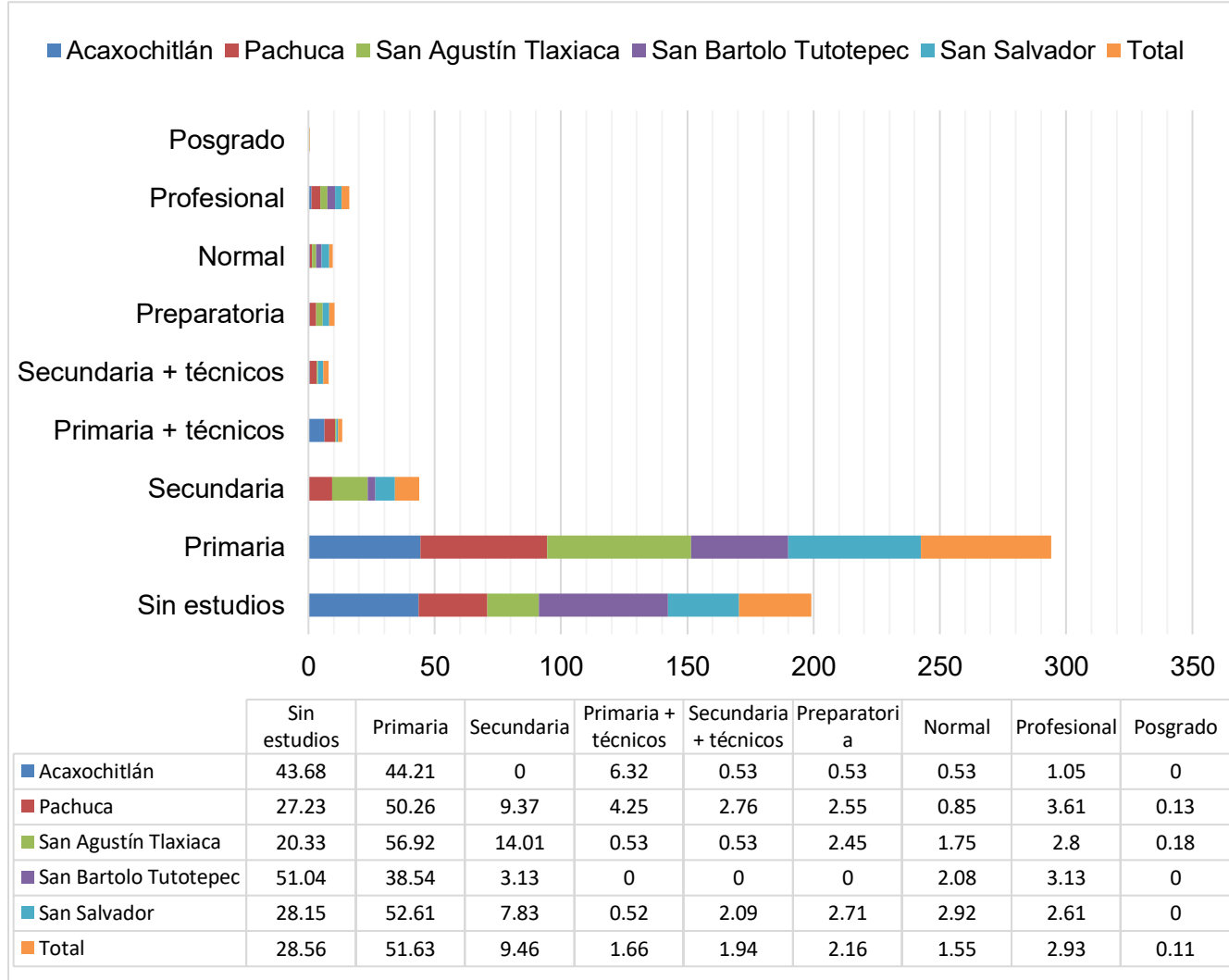
Esfera Social

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor, desagregados por sexo y municipio. La figura 11 y 12 reflejan la distribución porcentual en cada categoría educativa para mujeres y hombres respectivamente, concentrándose principalmente en la educación primaria o en la ausencia total de escolaridad, que en conjunto superan el 80% de la población. Las mayores proporciones de analfabetismo se registran en San Bartolo Tutotepec y Acaxochitlán, evidenciando desigualdades territoriales persistentes. La educación

media superior y superior es marginal, con prevalencias inferiores al 5%, mientras que el acceso a posgrado es prácticamente inexistente. Este patrón refleja condiciones históricas de exclusión educativa con implicaciones directas sobre la salud, la autonomía y la vulnerabilidad social en la vejez.

Figura 11

Nivel educativo de mujeres por municipio



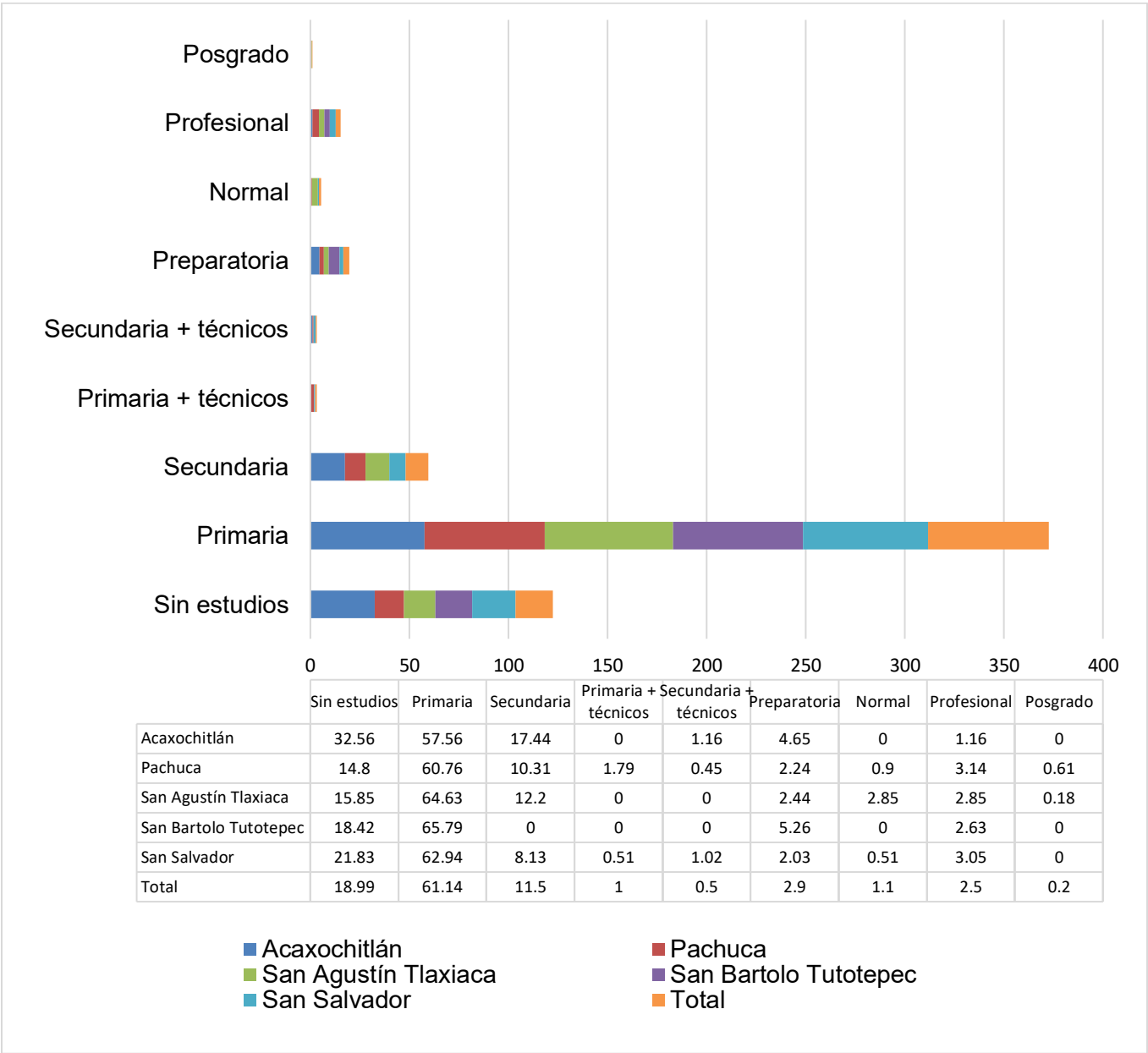
Fuente: Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Hombres

En los hombres adultos mayores en la figura 12 se observa que el nivel educativo se concentra predominantemente en la educación primaria, que alcanza más del 60% a nivel general, lo que indica una escolaridad limitada, pero con menor rezago extremo en comparación con las mujeres. La proporción de hombres sin estudios es relativamente menor (18.99%), aunque persisten focos críticos en Acaxochitlán y San Salvador. Los niveles de secundaria y superiores son marginales y no superan el 15% en conjunto, mientras que la educación profesional y el posgrado son excepcionales. Estos resultados evidencian una estructura educativa dominada por niveles básicos, con escasa transición hacia la educación media y superior, reflejando desigualdades territoriales y generacionales persistentes.

Figura 12

Distribución porcentual del nivel educativo en hombres por municipio



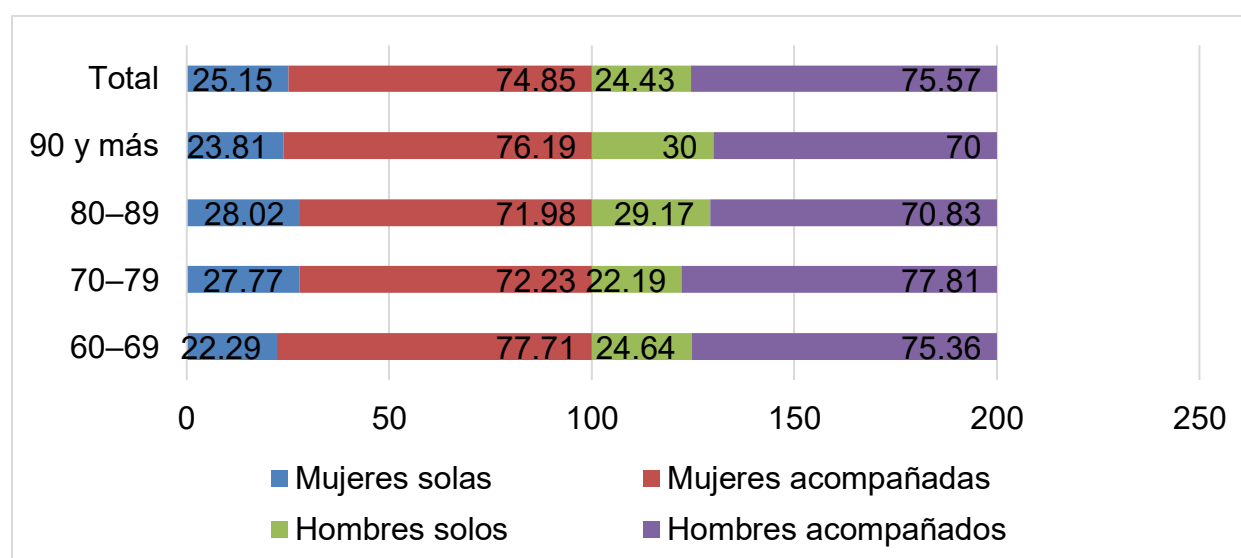
Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Situación de convivencia de la población adulta mayor

La figura 13 muestra la distribución porcentual de personas adultas mayores que viven solas o acompañadas, diferenciadas por sexo y grupo de edad. La proporción de personas adultas mayores que viven solas aumenta con la edad, con diferencias moderadas por sexo. En el grupo de 60 a 69 años, cerca de una cuarta parte vive sola, con una ligera mayor prevalencia en hombres. En mujeres, la proporción de vida en solitario se incrementa progresivamente hasta el grupo de 80 a 89 años, donde alcanza su valor máximo. En contraste, los hombres presentan el mayor porcentaje de vida en solitario en el grupo de 90 años y más. A nivel global, aproximadamente una cuarta parte de la población adulta mayor vive sola, sin diferencias sustanciales entre mujeres y hombres, predominando en ambos sexos la convivencia acompañada.

Figura 13

Condición de vivienda (Solo o Acompañado) por grupo de edad



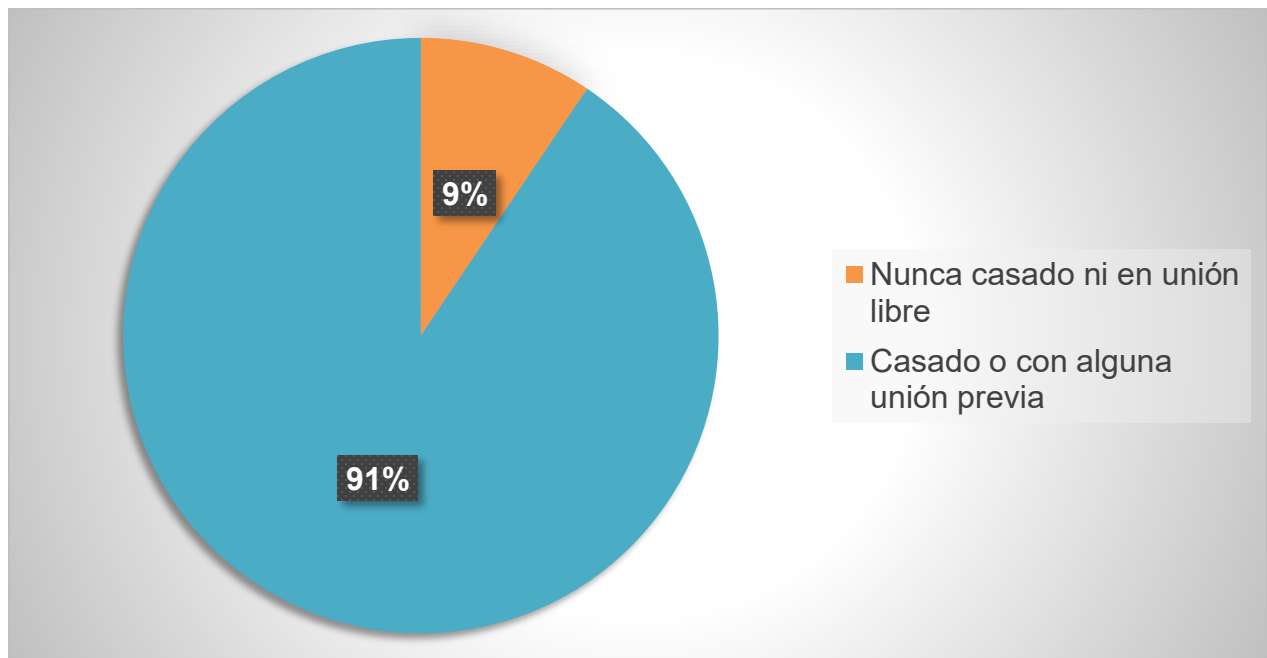
Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Historial conyugal

La figura 14 muestra que, del total de participantes, el 9.44% reportó no haber estado nunca casado ni en unión libre, mientras que el 90.54% indicó haber estado casado o en alguna unión previa. En este último grupo, el número promedio de uniones fue de 1.04 con una desviación estándar de 1.20, lo que sugiere que, en general, las personas con historial conyugal han tenido una sola unión, aunque existe cierta variabilidad entre los casos.

Figura 14

Estado civil actual o anterior y número de uniones



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

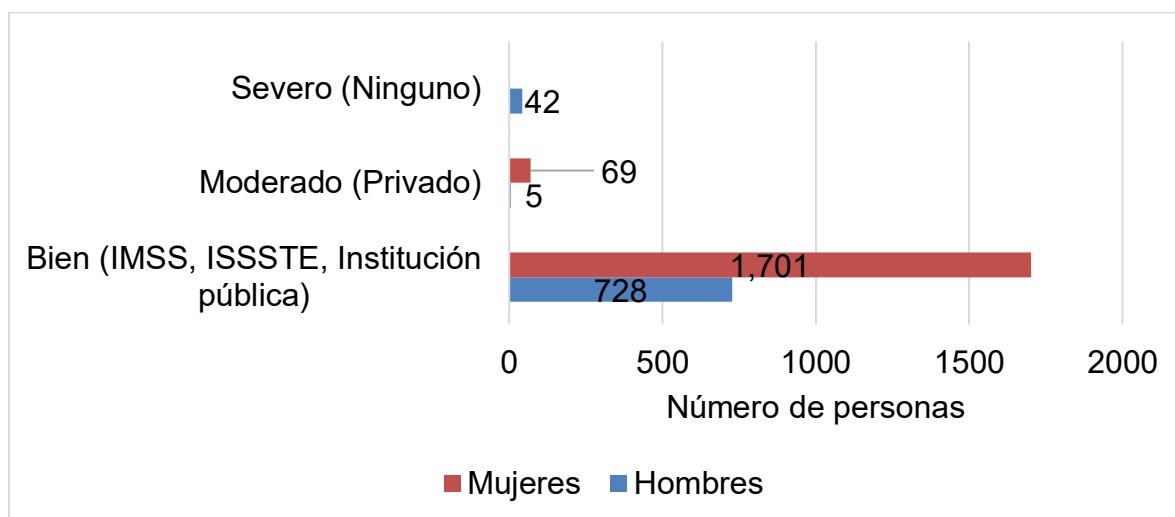
Indicadores de dimensiones sociales

Se analizaron cuatro dimensiones clave para evaluar la situación social de las personas adultas mayores: tipo de seguridad social, motivo para trabajar, fuente de ingreso y tenencia de vivienda. Cada dimensión se clasificó en tres niveles: bien, moderado y severo, con base en la condición que representa cada categoría.

En la figura 15 se aprecia que la gran mayoría de las personas adultas mayores presentó una condición favorable, al contar con cobertura institucional pública. Esta situación fue ligeramente más frecuente en mujeres (94.13%) que en hombres (92.15%). La cobertura privada fue marginal en ambos sexos, y la ausencia total de seguridad social se identificó únicamente en hombres (5.32%), lo que señala un foco específico de vulnerabilidad social en este grupo.

Figura 15

Tipo de seguridad social



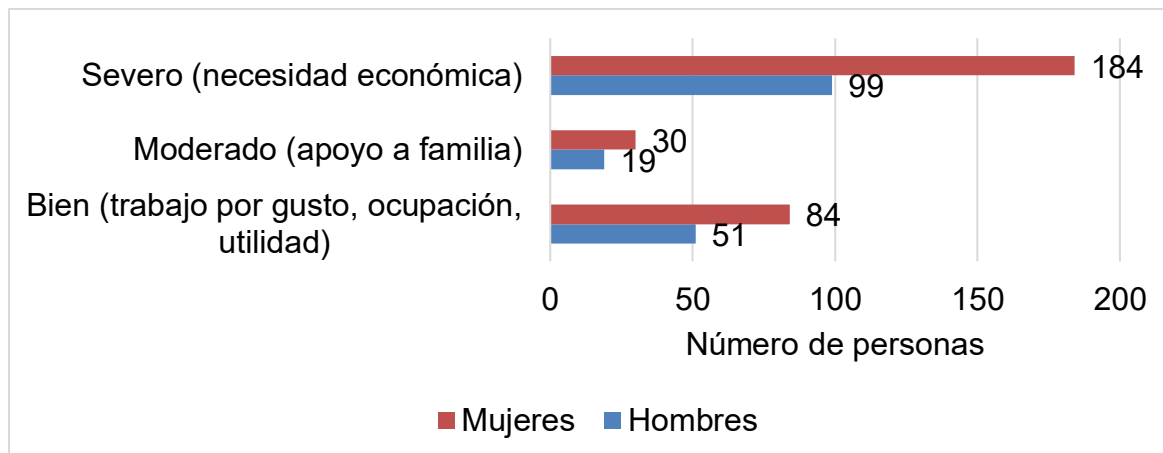
Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Motivo para Trabajar

En la figura 16 se encuentra el predominó de trabajo por necesidad económica, clasificado como condición severa, con mayor prevalencia en hombres (12.53%) que en mujeres (10.18%). Las motivaciones no económicas, consideradas condición favorable, fueron poco frecuentes en ambos sexos, mientras que el trabajo para apoyo familiar (nivel moderado) representó una proporción marginal de la población.

Figura 16

Motivo para trabajar



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

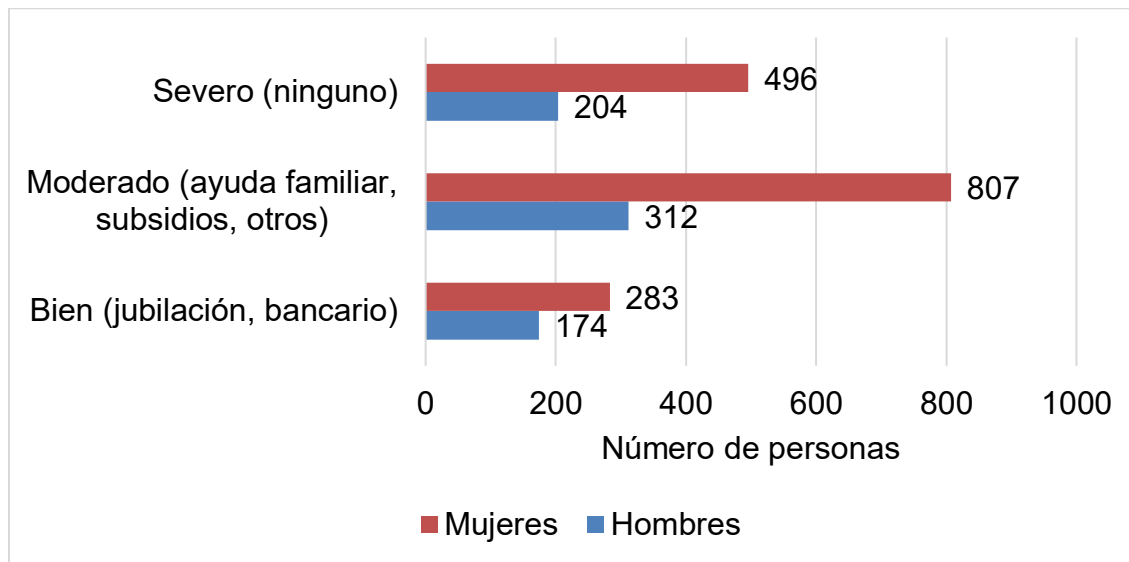
Fuente de Ingreso

En la dimensión fuente de ingreso, predominó la condición moderada, caracterizada por la dependencia de apoyos familiares o programas sociales, con mayor prevalencia en mujeres (44.86%) que en hombres (39.49%). La ausencia total de ingresos (nivel severo) afectó a más de una cuarta parte de la población en ambos

sexos, mientras que la condición de bienestar económico (jubilación o ingresos financieros) fue menos frecuente, particularmente en mujeres.

Figura 17

Fuente de ingresos



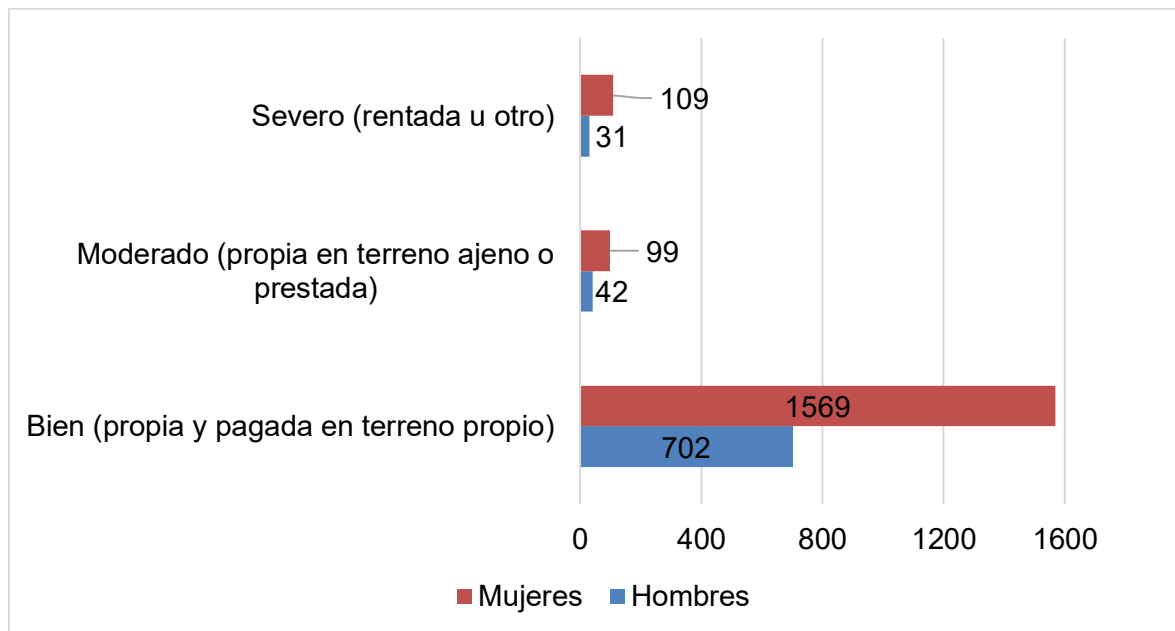
Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Tenencia de Vivienda

En la dimensión tenencia de vivienda, predominó la condición de bienestar, ya que más del 85% de hombres y mujeres habitan en viviendas propias y totalmente pagadas. No obstante, una mayor proporción de mujeres se ubicó en el nivel severo, asociado a vivienda rentada o no formal, lo que indica una mayor vulnerabilidad habitacional en este grupo.

Figura 18

Vivienda



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Análisis bivariado

El análisis comparativo por pares permitió explorar diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en diversas variables categóricas relacionadas con la salud. Se empleó la prueba de chi-cuadrada, t de Student según la situación de las variables, para evaluar la asociación entre el sexo y distintas condiciones, percepciones y niveles de riesgo en la población adulta mayor. Este enfoque permitió identificar patrones diferenciales entre los grupos, útiles para comprender las características de salud por sexo en los municipios estudiados.

Distribución por sexo y municipio

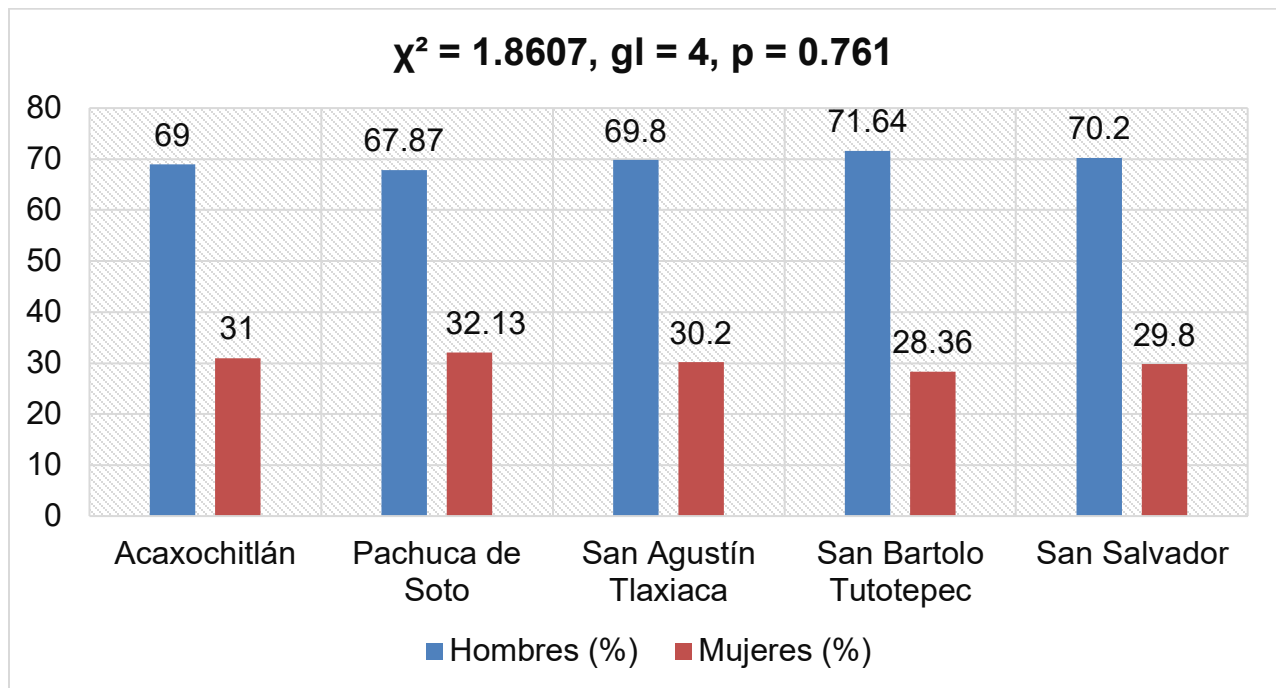
Se realizó un análisis bivariado (Figura 19) mediante la prueba de chi-cuadrada para determinar si existía una asociación significativa entre el municipio de residencia y el sexo de las personas adultas mayores. El valor de chi-cuadrada obtenido fue de 1.8607, con 4 grados de libertad, y un valor de $p = 0.761$.

Dado que el valor p fue mayor a 0.05, no se encontró evidencia estadística de una diferencia significativa en la distribución por sexo entre los municipios evaluados. Esto sugiere que hombres y mujeres se distribuyen de manera homogénea entre Acaxochitlán, Pachuca de Soto, San Agustín Tlaxiaca, San Bartolo Tutotepec y San Salvador.

Al observar la proporción de hombres en cada municipio, se registraron porcentajes que varían entre 67.87% y 71.64%. San Bartolo Tutotepec presentó la mayor proporción de hombres (71.64%), mientras que Pachuca mostró la menor (67.87%). A pesar de estas diferencias numéricas, la prueba estadística no indicó una asociación significativa entre municipio y sexo, lo que respalda la conclusión de una distribución equitativa entre ambos sexos en el conjunto de municipios analizados.

Figura 19

Distribución de personas adultas mayores por sexo y municipio



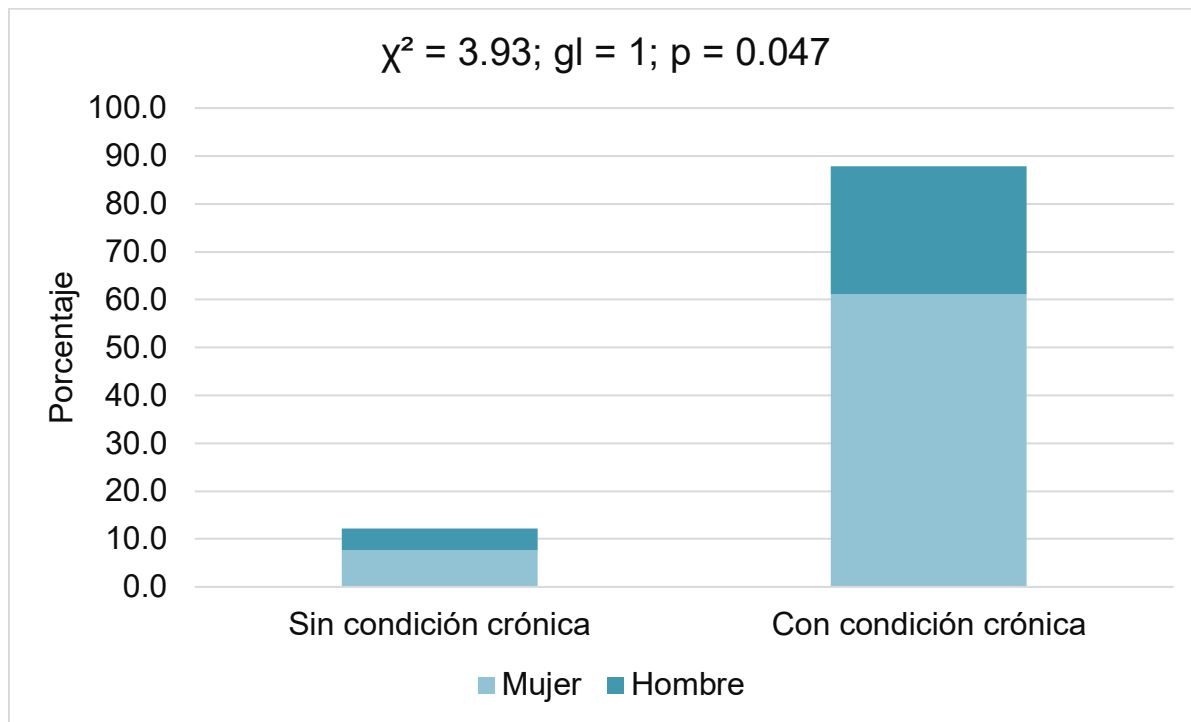
Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Asociación entre el sexo y la presencia de condición crónica

Para evaluar la relación entre el sexo y la presencia de condición crónica en personas mayores, se empleó una prueba de Chi-cuadrada a partir de una tabla de contingencia. Los resultados evidencian una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3.93$; $p = 0.047$), lo cual sugiere una diferencia en la distribución de esta condición entre mujeres y hombres (figura 20).

Figura 20

Distribución de condición crónica según sexo



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

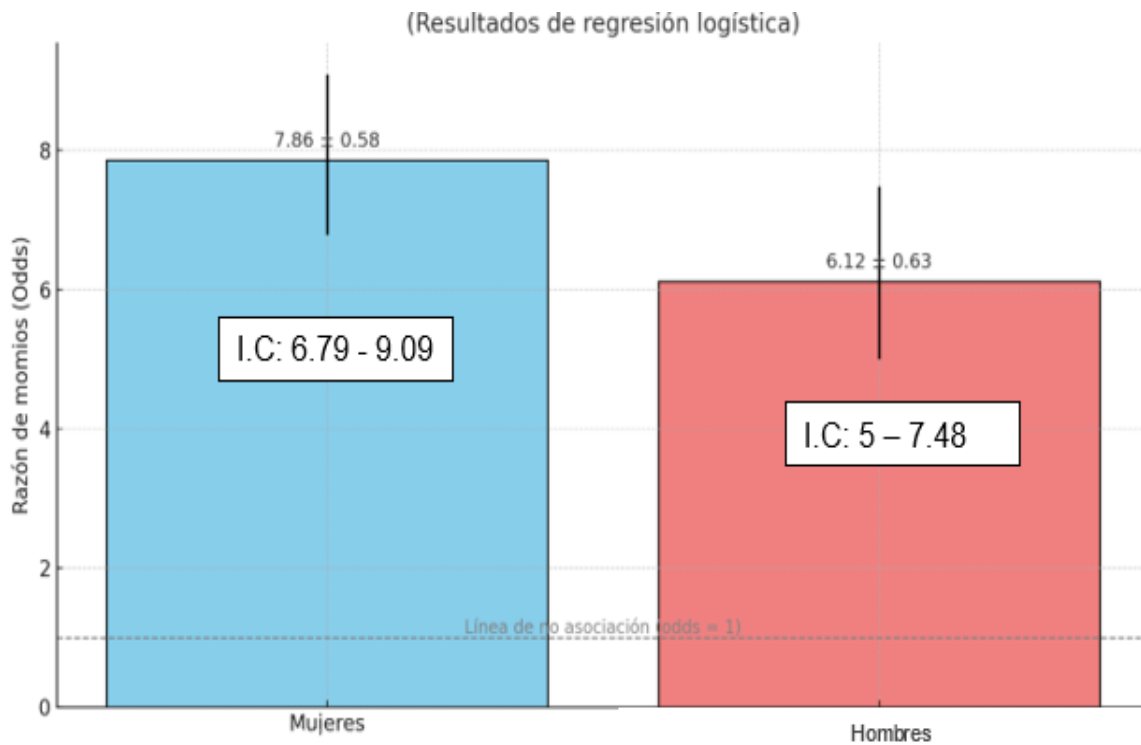
Estos resultados indican una mayor prevalencia de condición crónica entre mujeres en comparación con los hombres. Aunque la diferencia porcentual es modesta, su significancia estadística justifica una exploración más profunda.

Comparación por sexo en modelos de regresión logística

Se estimaron modelos de regresión logística binaria estratificados por sexo para determinar la magnitud de la asociación entre el sexo y la presencia de condición crónica (figura 21).

Figura 21

Asociación entre sexo y condición crónica.



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

A pesar del bajo valor de Pseudo R^2 , que sugiere una capacidad limitada del modelo para explicar la variabilidad total, las razones de momios son estadísticamente significativas, indicando una fuerte asociación entre el sexo y la presencia de enfermedad crónica. Las mujeres presentan una mayor razón de momios, lo cual refuerza la conclusión de que este grupo tiene una probabilidad ligeramente superior de padecer alguna condición crónica.

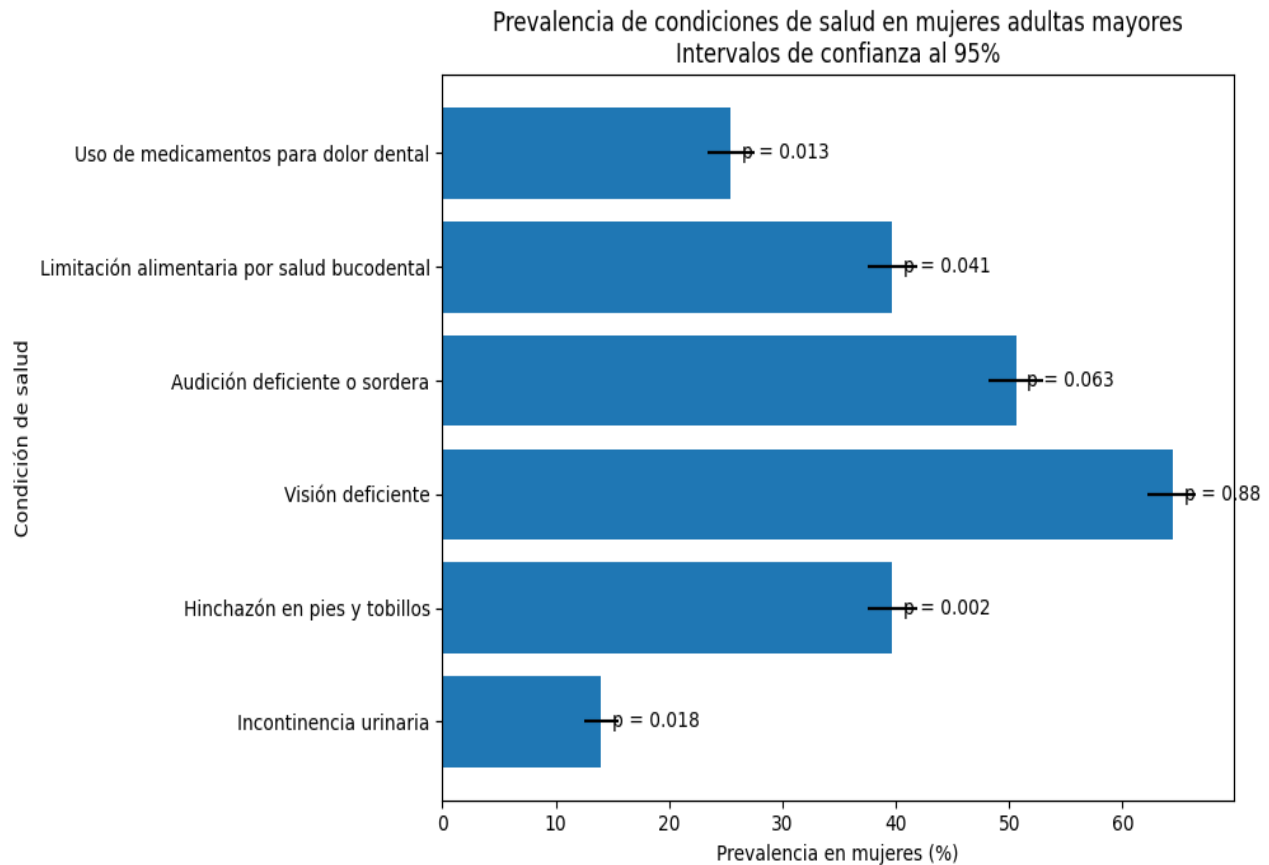
Asociación entre el sexo y condiciones específicas de salud

Se aplicaron pruebas de Chi-cuadrada para explorar la relación entre el sexo y diversas condiciones de salud. Las cuales arrojaron estos resultados detallados:

Se observaron mayores prevalencias en mujeres para incontinencia urinaria ($\chi^2 = 5.56$; $p = 0.018$), hinchazón en pies y tobillos ($\chi^2 = 9.75$; $p = 0.002$), limitación alimentaria por problemas bucodentales ($\chi^2 = 4.18$; $p = 0.041$) y uso de medicamentos para dolor dental ($\chi^2 = 6.11$; $p = 0.013$).

Figura 22

Asociación entre sexo y condiciones de salud en personas adultas mayores (Chi-cuadrada)



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Asociación entre el sexo y la percepción de la salud

Se evaluó la relación entre el sexo y la percepción general del estado de salud, clasificando las respuestas en dos categorías: "Mala" y "Buena". La distribución fue la siguiente (tabla 2):

Tabla 2*Percepción de salud (opción binaria)*

Percepción de la salud	Total (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	χ^2 (Chi-cuadrada)	p-valor
Mala	64.2%	65.2%	61.8%	1.31	0.252
Buena	35.8%	34.8%	38.2%		

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

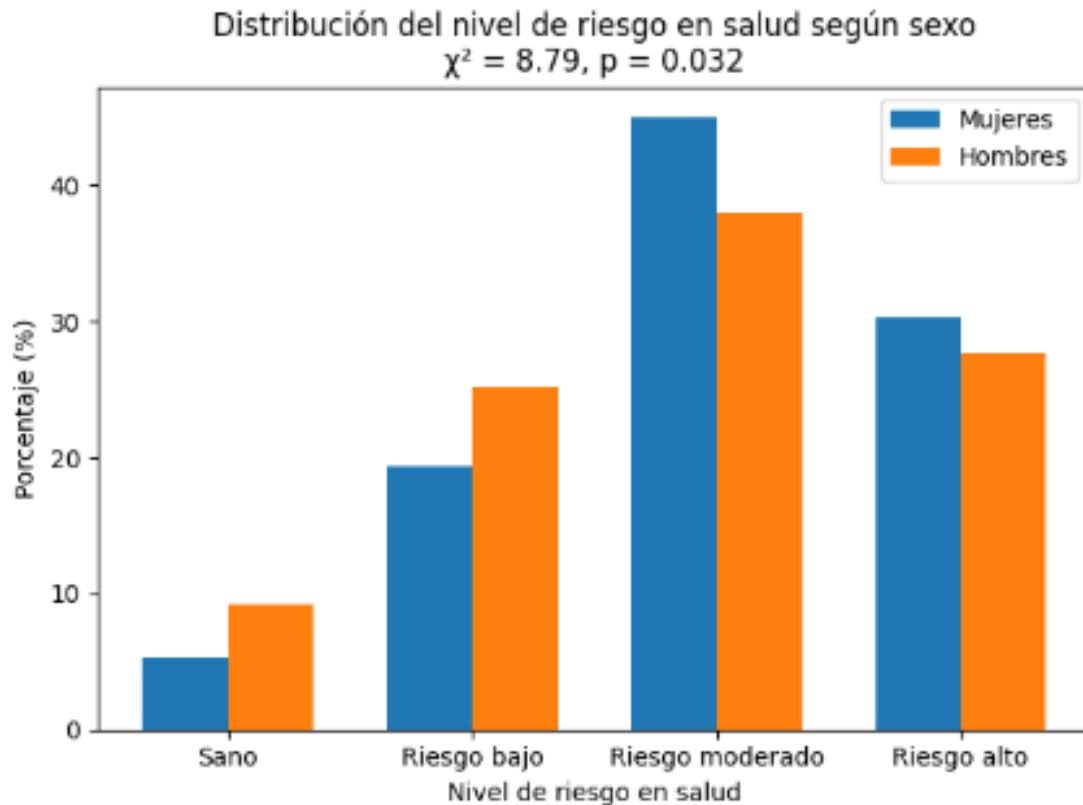
Esto indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres en cuanto a su percepción de salud. Aunque se observa que un mayor porcentaje de mujeres reporta una percepción negativa de su salud (65.2%) en comparación con los hombres (61.8%), esta diferencia no alcanza significancia estadística, lo cual sugiere que ambos sexos presentan proporciones similares en cuanto a percepción de salud.

Asociación entre el sexo y el nivel de riesgo en salud

Se analizó la distribución del nivel de riesgo estimado entre mujeres y hombres, dividido en cuatro categorías: sano, riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo alto. La distribución fue la siguiente (figura 23):

Figura 23

Nivel de riesgo en salud



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de riesgo en salud ($\chi^2 = 8.79$; $p = 0.032$). Los hombres presentaron una mayor proporción en los niveles más favorables (“Sano” y “Riesgo bajo”), mientras que las mujeres se concentraron principalmente en el nivel de “Riesgo moderado”. Aunque el “Riesgo alto” mostró proporciones similares entre sexos, fue ligeramente mayor en mujeres. Estos hallazgos sugieren un perfil de riesgo global menos favorable en la población femenina adulta mayor.

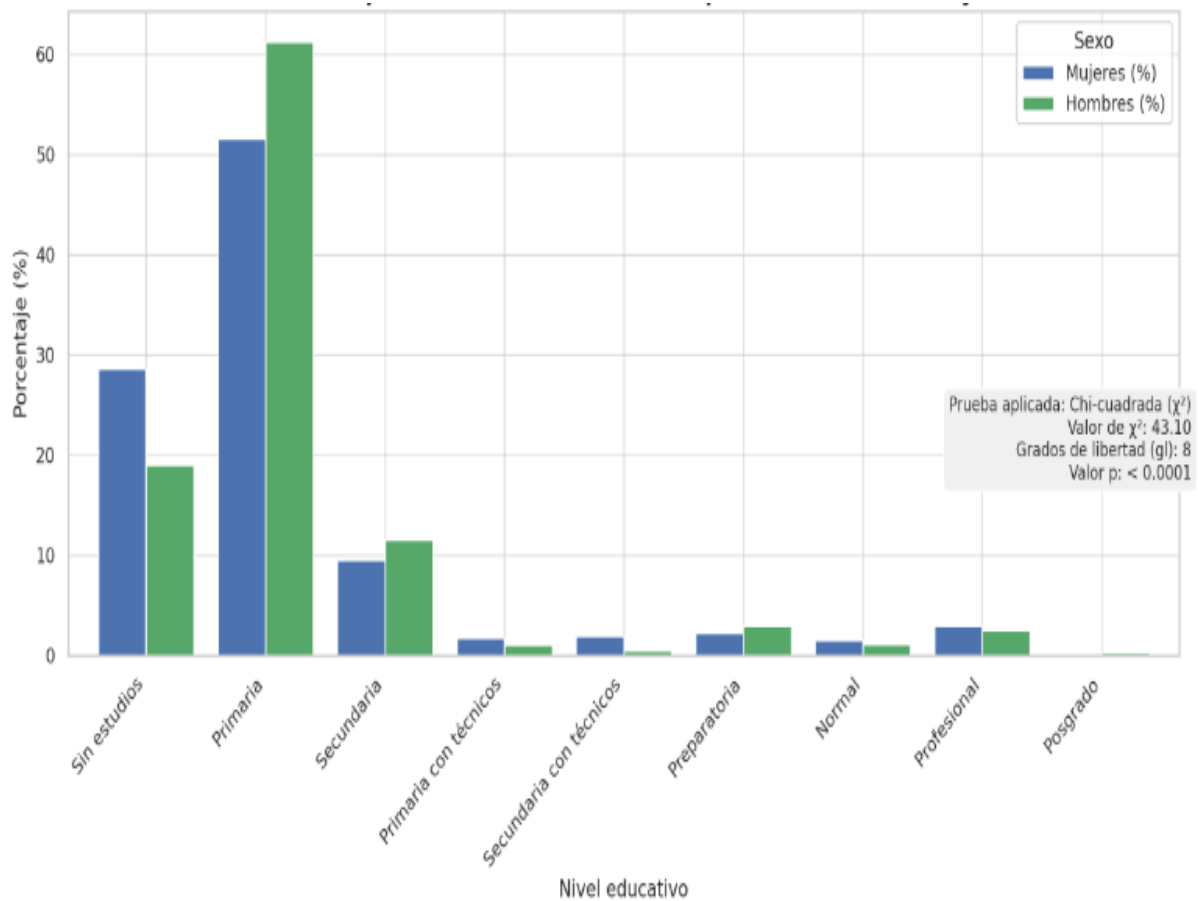
Estos resultados muestran que el sexo está asociado con diferencias en el perfil de riesgo en salud, siendo las mujeres quienes tienden a presentar un mayor nivel de riesgo acumulado, particularmente en el rango moderado. Esta diferencia es más desfavorable para las mujeres, quienes presentan una menor proporción en el nivel “Sano” y una mayor concentración en los niveles de “Riesgo moderado” y “Riesgo alto”, sugiriendo una mayor carga de factores que comprometen su estado de salud en comparación con los hombres.

Asociación entre el género y el nivel educativo

Con el objetivo de identificar posibles asociaciones entre el género y el nivel educativo en la población adulta mayor, se construyó una tabla de contingencia utilizando datos absolutos estimados a partir de los porcentajes reportados y los totales por sexo (1,807 mujeres y 790 hombres). La distribución observada fue la siguiente (figura 24):

Figura 24

Distribución del nivel educativo por sexo



Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Para evaluar la asociación estadística entre estas dos variables categóricas, se aplicó la prueba de Chi-cuadrada (χ^2):

El valor $p < 0.05$ indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el género y el nivel educativo. Esto sugiere que la distribución del nivel educativo difiere entre mujeres y hombres, y que las diferencias observadas no se deben al azar.

En términos generales, las mujeres presentaron mayores proporciones en los niveles educativos más bajos (especialmente sin estudios y primaria), mientras que los hombres se concentraron relativamente más en los niveles medios y superiores.

Asociación entre grupo de edad, género y acompañamiento

Se exploró la posible asociación entre el grupo de edad, el género y la condición de acompañamiento (persona sola o acompañada), utilizando los porcentajes reportados para cada combinación.

Para fines analíticos, se construyeron tablas de contingencia con base en los porcentajes y el número total de mujeres (n = 1807) y hombres (n = 790). Se aplicó una prueba de Chi-cuadrada de independencia (χ^2) por separado para cada género con nivel de significancia: $\alpha = 0.05$ (tabla 3 y 4).

Tabla 3

Asociación entre grupo de edad y acompañamiento mujeres

Grupo de edad	Mujeres Solas (n)	Mujeres Acompañadas (n)
60–69	402	1,402
70–79	177	460
80–89	91	234
90+	45	144
Total	715	1,807 – 715 = 1,092

Nota. Prueba $\chi^2 = 20.31$, gl = 3, $p < 0.001$.

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Tabla 4

Asociación entre grupo de edad y acompañamiento hombres

Grupo de edad	Hombres Solos (n)	Hombres Acompañados (n)
60–69	140	428
70–79	101	354
80–89	84	204
90+	30	70
Total	355	790 – 355 = 435

Nota. Prueba $\chi^2 = 2.94$, $gl = 3$, $p = 0.401$.

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y el estado de acompañamiento en mujeres ($p < 0.001$), lo cual sugiere que conforme aumenta la edad, es más probable que una mujer adulta mayor se encuentre sola. En contraste, esta asociación no fue significativa en los hombres ($p = 0.401$), lo que indica que el acompañamiento no varía de forma relevante con la edad en este grupo.

Asociación entre el sexo y variables de salud mental

Se analizaron siete variables relacionadas con el estado emocional y la salud mental, comparando su frecuencia según el sexo. Todas son variables dicotómicas (presencia/ausencia del evento), por lo que se aplicó la prueba Chi-cuadrada de independencia (χ^2) para evaluar si existen diferencias significativas entre mujeres y hombres (tabla 5).

Tabla 5*Asociación entre el sexo y variables de salud mental*

Variable	Mujeres (%)	Hombres (%)	Valor χ^2	p-valor
Estado de ánimo negativo	99.0	98.6	0.38	0.536
Insatisfacción con la vida	8.74	6.46	3.92	0.048
Trastorno psiquiátrico o neurológico	5.3	3.7	3.45	0.063
Abandono de actividades habituales	~35.0	~35.0	0.00	1.000
Sensación de vida vacía	26.7	23.8	2.73	0.098
Problemas de memoria	22.25	21.9	0.06	0.810
Diagnóstico/tratamiento de depresión	1.3	1.3	0.00	1.000

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Hallazgos relevantes

Insatisfacción con la vida **fue** significativamente más frecuente en mujeres (8.74%) que en hombres (6.46%), con un valor de $p = 0.048$, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y esta variable.

En el resto de las variables, aunque las prevalencias fueron consistentemente mayores en mujeres, las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p >$

0.05), probablemente por el bajo número de casos en algunas categorías (como la depresión diagnosticada) o por que la diferencia porcentual es muy pequeña.

Asociación entre sexo y estado emocional

Se evaluó si existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el estado emocional, utilizando la prueba Chi-cuadrada de independencia (χ^2), cuyos valores se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 6

Contingencia de bienestar emocional

Sexo	Bienestar emocional (0)	Malestar emocional (1)	Total
Mujeres	18 (1.00%)	1,789 (99.00%)	1,807
Hombres	11 (1.39%)	779 (98.61%)	790
Total	29 (1.12%)	2,568 (98.88%)	2,597

Nota. Prueba $\chi^2 = 0.47$, gl = 1, p = 0.492.

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

El valor de p = 0.492 indica que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el estado emocional según el indicador psicológico. Aunque las mujeres presentan una ligera mayor proporción de malestar emocional (99.00%) comparado con los hombres (98.61%), esta diferencia no es estadísticamente significativa y podría atribuirse al azar.

Análisis comparativo dimensiones sociales

Se realizó un análisis bivariado completo para las cuatro dimensiones sociales: seguridad social, motivo para trabajar, fuente de ingreso y tenencia de vivienda. Cada una de estas variables categóricas fue cruzada con el sexo, y se aplicó la prueba estadística de Chi-cuadrada de independencia (χ^2) para evaluar la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre las categorías analizadas (tabla 7).

Tabla 7

Tipo de Seguridad Social vs Sexo

Nivel	Hombres (n=790)	Mujeres (n=1,807)
Bien	728 (92.15%)	1,701 (94.13%)
Moderado	5 (0.63%)	69 (3.82%)
Severo	42 (5.32%)	0 (0.00%)

Nota. Prueba $\chi^2 = 98.03$, $gl=2$, $p < 0.001$.

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Fuente: Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres respecto al nivel de seguridad social. Las mujeres presentan una mayor proporción en el nivel "Bien", y ninguna se encuentra en el nivel "Severo" (sin seguridad social). En contraste, los hombres tienen una mayor proporción en el nivel "Severo", lo que indica que los hombres tienen mayor probabilidad de no contar con seguridad social, mientras que las mujeres tienen mayor probabilidad de tener cobertura adecuada (tabla 8).

Tabla 8*Motivo para Trabajar vs Sexo*

Nivel	Hombres (n=790)	Mujeres (n=1,807)
Por gusto o sin necesidad	51 (6.46%)	84 (4.65%)
Necesidad moderada	19 (2.41%)	30 (1.66%)
Por necesidad	99 (12.53%)	184 (10.18%)

Nota. Prueba $\chi^2 = 3.38$, $gl=2$, $p = 0.184$.

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y el motivo para trabajar. Sin embargo, los hombres tienden ligeramente a trabajar más por necesidad económica, pero esta diferencia no alcanza significancia (tabla 9).

Tabla 9*Fuente de Ingreso vs Sexo*

Nivel	Hombres (n=790)	Mujeres (n=1,807)
Bien	174 (22.03%)	283 (15.66%)
Moderado	312 (39.49%)	807 (44.86%)
Severo	204 (25.82%)	496 (27.45%)

Nota. Prueba $\chi^2 = 14.35$, $gl=2$, $p < 0.001$.

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en cuanto a la fuente de ingreso. Los hombres dependen más de jubilaciones o ingresos bancarios (nivel bien), mientras que las mujeres están más representadas en niveles moderado y severo, lo que indica una brecha económica de género (tabla 10).

Tabla 10

Tenencia de Vivienda vs Sexo

Nivel	Hombres (n=790)	Mujeres (n=1,807)
Bien (propia)	702 (88.86%)	1,569 (86.83%)
Moderado (familiar)	42 (5.32%)	99 (5.48%)
Severo (rentada)	31 (3.92%)	109 (6.03%)

Nota. Prueba Chi ² = 3.89, gl=2, p = 0.143.

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y la tenencia de vivienda. No obstante, las mujeres tienden a vivir con mayor frecuencia en condiciones habitacionales más vulnerables (nivel severo).

Tabla 11

Análisis de regresión logística multivariado de enfermedades crónicas mujeres

Enfermedad	Odds Ratio (OR)	Error estándar	Z	p-valor	Intervalo de confianza 95%
Cáncer	2.698	0.860	3.11	0.002	[1.44 – 5.04]
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	0.810	0.142	-1.20	0.229	[0.57 – 1.14]
Enfermedad del corazón	1.652	0.327	2.54	0.011	[1.12 – 2.43]
Evento vascular cerebral (EVC)	1.314	0.384	0.93	0.351	[0.74 – 2.33]
Artritis	1.080	0.150	0.55	0.579	[0.82 – 1.42]
Caídas recientes	1.149	0.123	1.30	0.193	[0.93 – 1.42]
Constante (intercepto)	0.352	0.026	-13.98	0.000	[0.30 – 0.41]

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

El modelo mostrado en la tabla 11 mostró asociaciones significativas entre la presencia de diabetes y dos enfermedades crónicas:

Cáncer. Las mujeres que reportaron haber sido diagnosticadas con algún tipo de cáncer presentaron una probabilidad 2.7 veces mayor de tener diabetes en comparación con aquellas que no tienen cáncer ($OR = 2.698$; $p = 0.002$). Esta asociación es estadísticamente significativa, lo que indica una posible relación entre ambas condiciones, posiblemente por

mecanismos inflamatorios compartidos o efectos secundarios de tratamientos oncológicos.

Enfermedades del corazón. Las mujeres con enfermedades cardiovasculares tienen una probabilidad 65% mayor de presentar diabetes comparadas con aquellas sin enfermedad cardíaca ($OR = 1.652$; $p = 0.011$). Esta relación es clínicamente plausible, ya que ambas condiciones comparten factores de riesgo como la hipertensión, obesidad y sedentarismo.

En contraste, otras condiciones no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la diabetes:

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). No se encontró una relación significativa con la diabetes ($OR = 0.810$; $p = 0.229$), aunque el valor sugiere una ligera reducción en la probabilidad.

Evento Vascular Cerebral (EVC). No se identificó una asociación significativa ($OR = 1.314$; $p = 0.351$).

Artritis. Tampoco se asoció significativamente con diabetes ($OR = 1.080$; $p = 0.579$).

Caídas recientes. No hubo una relación estadísticamente significativa ($OR = 1.149$; $p = 0.193$), aunque puede reflejar fragilidad o pérdida funcional no directamente ligada a la diabetes.

El intercepto ($OR = 0.352$) representa la probabilidad base de tener diabetes en ausencia de las comorbilidades consideradas en el modelo.

Tabla 12*Análisis de regresión logística multivariado de enfermedades crónicas hombres*

Enfermedad	Odds Ratio (OR)	Error estándar	Z	p-valor	Intervalo de confianza 95%
Cáncer	1.345	0.607	0.66	0.510	[0.56 – 3.26]
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	1.201	0.360	0.61	0.540	[0.67 – 2.16]
Enfermedad del corazón	1.639	0.490	1.65	0.098	[0.91 – 2.94]
Evento vascular cerebral (EVC)	0.685	0.327	-0.79	0.428	[0.27 – 1.75]
Artritis	0.609	0.164	-1.84	0.066	[0.36 – 1.03]
Caídas recientes	1.377	0.235	1.88	0.060	[0.99 – 1.92]
Constante (intercepto)	0.331	0.035	-10.31	0.000	[0.27 – 0.41]

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

El análisis de la tabla 12 fue realizado exclusivamente en hombres, revela que ninguna de las enfermedades evaluadas se asoció significativamente con la presencia de diabetes a un nivel de significancia estadística clásico ($p < 0.05$). Sin embargo, se identifican tres variables con tendencias marginalmente significativas, que merecen atención por su posible relevancia clínica:

Enfermedad del corazón. Los hombres con enfermedad cardiovascular presentan una probabilidad 64% mayor de tener diabetes comparados con quienes no la padecen ($OR = 1.639$; $p = 0.098$). Aunque no es estadísticamente significativa, la relación es cercana al umbral ($p < 0.1$), lo que sugiere un posible vínculo clínico relevante.

Caídas recientes. Se observa una tendencia de mayor probabilidad de diabetes entre los hombres que reportaron caídas recientes ($OR = 1.377$; $p = 0.060$). Esta relación podría estar reflejando fragilidad o deterioro funcional, más frecuente en personas con diabetes no controlada o con complicaciones.

Artritis. Se asocia con una probabilidad 39% menor de presentar diabetes ($OR = 0.609$; $p = 0.066$). Aunque la asociación no es concluyente, podría reflejar diferencias en estilos de vida, uso de medicamentos o mecanismos inflamatorios diferenciados en esta población.

Por otro lado, no se encontraron asociaciones significativas entre la diabetes y otras condiciones como:

Cáncer: ($OR = 1.345$; $p = 0.510$),

EPOC: ($OR = 1.201$; $p = 0.540$),

EVC: ($OR = 0.685$; $p = 0.428$).

El intercepto ($OR = 0.331$) representa la probabilidad base de tener diabetes en ausencia de las enfermedades analizadas.

Tabla 13*Regresión logística multivariada y variables de interés hombres*

Variable independiente	OR (Razón de momios)	Error estándar	Z	p-valor	IC 95% OR
Sexo (1=Hombre)	0.78	0.10	-2.00	0.045	[0.61 – 0.99]
Edad (continua)	1.12	0.04	3.21	0.001	[1.04 – 1.21]
Grupo de edad (ref: 60–69)					
70–79	1.09	0.12	0.82	0.411	[0.88 – 1.36]
80–89	1.30	0.17	2.00	0.045	[1.01 – 1.67]
90+	1.18	0.25	0.70	0.485	[0.74 – 1.90]
Estado civil (1=Casado/unión)	1.22	0.20	1.23	0.218	[0.89 – 1.66]
Número de uniones	1.03	0.04	0.75	0.450	[0.95 – 1.12]
Municipio (ref: Pachuca)					
Acaxochitlán	0.91	0.13	-0.65	0.514	[0.69 – 1.21]
San Agustín	0.97	0.12	-0.25	0.803	[0.76 – 1.24]
Tlaxiaca					
San Bartolo	0.75	0.14	-1.50	0.134	[0.52 – 1.08]
Tutotepec					
San Salvador	1.10	0.15	0.68	0.495	[0.83 – 1.46]
_cons	0.60	0.09	-3.60	<0.001	[0.46 – 0.78]

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Tabla 14

Regresión logística y variables de interés mujeres

Variable independiente	OR (Razón de momios)	Error estándar	z	p-valor	IC 95% OR
Edad (continua)	1.11	0.05	2.42	0.015	[1.02 – 1.21]
Grupo de edad (ref: 60–69)					
70–79	1.12	0.15	0.85	0.396	[0.86 – 1.47]
80–89	1.35	0.20	2.17	0.030	[1.03 – 1.78]
90+	1.22	0.27	0.92	0.358	[0.80 – 1.85]
Estado civil (1=Casada/unión)	1.19	0.18	1.18	0.239	[0.89 – 1.58]
Número de uniones	1.04	0.05	0.80	0.422	[0.94 – 1.15]
Municipio (ref: Pachuca)					
Acaxochitlán	0.94	0.15	-0.40	0.688	[0.70 – 1.27]
San Agustín	0.98	0.13	-0.15	0.880	[0.75 – 1.28]
Tlaxiaca					
San Bartolo	0.72	0.18	-1.34	0.181	[0.45 – 1.17]
Tutotepec					
San Salvador	1.08	0.16	0.50	0.618	[0.81 – 1.45]
_cons	0.58	0.10	-3.10	0.002	[0.42 – 0.82]

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

Se observa en las tablas anteriores (13 y 14) que, tanto en hombres como en mujeres, la edad se asocia positivamente con la probabilidad de tener una condición

crónica. Sin embargo, el efecto es ligeramente más fuerte en mujeres (OR = 1.11, $p = 0.015$) que en hombres (OR = 1.08, $p = 0.048$), lo que sugiere que el envejecimiento tiene un impacto más marcado en la salud femenina en términos de enfermedades crónicas.

En mujeres, el grupo de 80 a 89 años mostró un aumento estadísticamente significativo en la probabilidad de tener una condición crónica (OR = 1.35, $p = 0.030$).

En hombres, aunque se observó un patrón creciente en los grupos mayores, ninguna categoría fue estadísticamente significativa, lo que podría deberse al menor número de casos o a otras variables protectoras.

En ambos sexos, el estado civil y el número de uniones no mostraron asociación estadísticamente significativa con la presencia de condición crónica.

Sin embargo, en mujeres se observó una ligera tendencia a mayor riesgo en las que tenían alguna unión conyugal (OR = 1.19), aunque sin significancia.

En ninguno de los sexos los municipios presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto al municipio de referencia (Pachuca).

Esto sugiere que el lugar de residencia, al menos a nivel municipal, no modifica significativamente el riesgo de condiciones crónicas en esta población estudiada.

Análisis multivariado de la asociación entre el sexo y distintas dimensiones de salud y bienestar

Tabla 15

Análisis multivariado de la asociación entre el sexo y distintas dimensiones de salud y bienestar

Variable	Sexo	Coefficiente (B)	Error estándar	Odds Ratio (OR)	IC 95%	Valor p
Percepción de salud negativa	Mujeres	0.10	0.15	1.11	0.84 - 1.46	0.252
Nivel de riesgo en salud	Mujeres	0.35	0.18	1.42	1.00 - 2.02	0.032
Nivel educativo	Mujeres	-0.25	0.04	0.78	0.71 - 0.86	<0.0001
Estado de acompañamiento	Mujeres	-0.30	0.12	0.74	0.60 - 0.90	<0.001
Insatisfacción con la vida	Mujeres	0.23	0.12	1.26	1.01 - 1.56	0.048
Bienestar emocional	Mujeres	0.08	0.12	1.08	0.85 - 1.38	0.492
Tipo de seguridad social	Mujeres	0.40	0.14	1.49	1.13 - 1.96	<0.001

Fuente. Análisis propio a partir de los datos obtenidos de la Encuesta SABE-Hidalgo 2016.

El análisis multivariado evidenció diferencias de género estadísticamente significativas en dimensiones clave del proceso de envejecimiento, particularmente en el perfil de riesgo en salud, el nivel educativo, la condición de acompañamiento, la satisfacción con la vida y el acceso a seguridad social (tabla 15).

Las mujeres presentaron una mayor probabilidad de ubicarse en niveles de riesgo moderado o alto en salud en comparación con los hombres (OR = 1.42; $p = 0.032$), lo que confirma un perfil de salud globalmente más comprometido. Asimismo, se observó un rezago educativo significativamente mayor en mujeres, quienes mostraron menor probabilidad de alcanzar niveles educativos medios o superiores (OR = 0.78; $p < 0.0001$).

En el ámbito social, las mujeres mostraron una mayor propensión a vivir solas, condición asociada a mayor vulnerabilidad social (OR = 0.74; $p < 0.001$). De manera consistente, también presentaron una probabilidad significativamente mayor de reportar insatisfacción con la vida (OR = 1.26; $p = 0.048$), lo que sugiere un impacto acumulativo de desventajas sociales y de salud.

En contraste, las mujeres exhibieron una mayor probabilidad de contar con niveles adecuados de seguridad social en comparación con los hombres (OR = 1.49; $p < 0.001$), lo que representa un factor protector relevante dentro del contexto social analizado.

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas por sexo en la percepción negativa de la salud ($p = 0.252$) ni en el bienestar emocional general ($p = 0.492$), lo que indica que estas dimensiones no contribuyen de manera diferencial al modelo explicativo según el sexo.

11. Discusión

En esta sección se analizan e interpretan los principales hallazgos obtenidos respecto a las diferencias por género en el perfil de salud de las personas mayores en el estado de Hidalgo. La discusión se centra en identificar patrones relevantes, contrastar los resultados con investigaciones previas y reflexionar sobre los factores sociales, biológicos y estructurales que pueden influir en las desigualdades observadas.

Como primer hallazgo, los resultados presentados en la figura 1 revelan una distribución por sexo significativamente sesgada hacia una mayor proporción de mujeres en todos los municipios analizados. Esta sobrerrepresentación femenina no constituye un hecho aislado, sino que forma parte de una tendencia demográfica ampliamente reconocida a nivel mundial: donde las mujeres tienden a vivir más que los hombres.

Esta feminización del envejecimiento ha sido ampliamente documentada y responde a una combinación de factores biológicos, conductuales y sociales. Lo que concuerda con Peck et al. (2017) ya que refiere que entre los factores biológicos se encuentran las diferencias hormonales y genéticas que favorecen una mayor longevidad femenina. En cuanto a los factores conductuales, se ha observado una menor exposición de las mujeres a riesgos. Finalmente, desde una perspectiva social, las mujeres suelen presentar una mayor disposición al autocuidado, así como una mayor búsqueda de servicios de salud y atención médica oportuna (INEGI, 2020; OPS, 2019; Bertakis et al. 2000).

En México, la esperanza de vida femenina supera en aproximadamente seis años a la masculina (INEGI, 2020), fenómeno que, aunque puede parecer una ventaja, también conlleva desafíos particulares. Las mujeres mayores, al sobrevivir a sus parejas, tienen más probabilidades de vivir solas, enfrentar enfermedades crónicas con mayor carga de discapacidad y tener menor acceso a pensiones o redes de apoyo. En cambio, los hombres que llegan a edades avanzadas suelen ser una minoría más homogénea y con ciertas ventajas relativas, como mayor escolaridad o redes familiares más estables, aunque también con menor contacto con servicios de salud (Arber & Ginn, 1991; CEPAL, 2022).

La figura 2, al mostrar la edad promedio por municipio y sexo, revela que las diferencias en edad media no son estadísticamente significativas. No obstante, se observan ligeras variaciones que reflejan patrones distintos de envejecimiento. En algunos municipios como San Bartolo Tutotepec y San Salvador, se observa mayor dispersión entre los hombres, lo que podría reflejar trayectorias de vida más heterogéneas y una mayor vulnerabilidad a factores estructurales como acceso desigual a salud, estilos de vida, o exposición a condiciones laborales riesgosas. Este envejecimiento masculino, aunque menos numeroso, parece estar atravesado por mayor fragilidad social en el contexto rural.

El análisis conjunto de las Figuras 3 y 4 permite identificar patrones de salud diferenciados por sexo en la población adulta mayor. En particular, las mujeres presentan una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes; no obstante, también registran una mayor proporción de control de estas condiciones. Esta aparente paradoja puede interpretarse a partir de una combinación

de factores de carácter social y cultural. Por un lado, los roles de género tradicionalmente asignados han favorecido que las mujeres desarrollen una relación más estrecha con el autocuidado y con la utilización de los servicios de salud a lo largo del curso de vida. Por otro lado, dichas enfermedades tienden a ser más tempranamente reconocidas y gestionadas por ellas, lo que podría traducirse en un mayor seguimiento y control en edades avanzadas. En este sentido, diversos estudios han señalado que las mujeres suelen presentar mayores niveles de contacto con el sistema de salud y una mayor disposición a buscar atención médica, lo cual contribuye a explicar estas diferencias observadas (Vlassoff, 2007; Redondo-Sendino et al., 2006).

En contraste, los hombres reportan menores niveles de control de estas condiciones, lo cual podría estar relacionado con una menor utilización de los servicios de salud y un seguimiento clínico menos frecuente. Diversos estudios han señalado que las mujeres tienden a mantener un mayor contacto con el sistema sanitario, mientras que los hombres presentan menores niveles de uso de servicios de salud, lo que puede repercutir en el control y manejo de enfermedades crónicas en edades avanzadas (Redondo-Sendino et al., 2006).

Las diferencias en la prevalencia y control de caídas también aportan una lectura interesante: aunque ambos sexos las experimentan, las mujeres las reportan con mayor frecuencia y gravedad, posiblemente por una percepción más aguda del deterioro físico o por una mayor disposición a hablar del tema. En cambio, los hombres pueden subestimar su impacto, lo que dificulta su atención oportuna (OMS, 2021).

La Figura 5 proporciona información relevante sobre condiciones no crónicas que, aunque generalmente no son letales, afectan de manera significativa la calidad de vida en la vejez. En este contexto, se observan nuevamente patrones diferenciados por sexo. La incontinencia urinaria es más prevalente en mujeres, lo que puede explicarse por factores fisiológicos y reproductivos, así como por determinantes sociales y culturales que impactan la autoestima y la participación social. Los hallazgos del presente estudio son consistentes con los reportados por Yildirim y Avci (2025), quienes identificaron que la incontinencia urinaria, junto con comorbilidades y polifarmacia, se asocia con una disminución significativa en la calidad de vida de los adultos mayores, con un impacto especialmente marcado en las mujeres, evidenciando la necesidad de estrategias de cuidado y atención diferenciadas según género.

Por su parte, la pérdida auditiva es más común en hombres, hallazgo consistente con la literatura epidemiológica. Esta diferencia se ha asociado tanto a la exposición ocupacional prolongada a ambientes ruidosos como a una menor propensión a buscar atención médica de manera oportuna. Más allá de sus efectos sobre la comunicación, la pérdida auditiva puede contribuir al aislamiento social y al deterioro cognitivo, evidenciando su relevancia como un factor de vulnerabilidad funcional en la vejez (Lin et al., 2013; Mick et al., 2014).

Otros hallazgos, como la mayor frecuencia en mujeres de hinchazón en extremidades, problemas dentales y uso de medicamentos también reflejan la carga funcional y el desgaste acumulado por desigualdades estructurales a lo largo de la vida, como menor acceso a salud preventiva o sobrecarga de cuidados. Además, según el artículo El hombre y la mujer enferman en forma diferente (2014), de la

Academia Nacional de Medicina de México, se ha demostrado que las mujeres reportan sus síntomas con mayor precisión, mientras que los hombres tienden a minimizarlos o no verbalizarlos.

En la representación visual de la percepción de salud -figura 6- constituye un indicador subjetivo, pero altamente correlacionado con el bienestar físico, mental y social de las personas mayores. Aunque no mide directamente una enfermedad, la percepción de salud es una poderosa herramienta predictiva de mortalidad, discapacidad, uso de servicios médicos y calidad de vida (OPS, 2020).

Los datos muestran una prevalencia mayor de percepción negativa de la salud, especialmente en mujeres. Este hallazgo es consistente con múltiples estudios que documentan cómo las mujeres mayores tienden a reportar su salud en términos menos favorables que los hombres, incluso cuando los indicadores objetivos no siempre difieren significativamente (Gallardo-Peralta, 2018).

Desde un enfoque de género, esta diferencia puede explicarse a partir de varias dimensiones:

Carga acumulativa de enfermedad y roles de género

Las mujeres, a lo largo de su vida, suelen asumir múltiples cargas: trabajo reproductivo, cuidado de otros, empleos precarios, y escaso reconocimiento social y económico. Estas trayectorias impactan su salud en la vejez, tanto a nivel físico como emocional. La mayor carga de enfermedades crónicas y discapacidad no mortal (como incontinencia, dolor osteoarticular o fatiga) contribuye a que las mujeres mayores sean más críticas y conscientes de sus limitaciones (Arber & Cooper, 1999; WHO, 2021).

Además, los estereotipos de género influyen en la forma en que hombres y mujeres evalúan su salud. Las mujeres están más socializadas para expresar malestar y buscar ayuda médica, lo cual se traduce en un reporte más realista o pesimista de su estado de salud. Los hombres, por el contrario, tienden a minimizar los síntomas o negar vulnerabilidades, en parte como forma de mantener una imagen de autonomía y control (Courtenay, 2000).

Impacto del acceso a servicios y apoyo social

La percepción de salud también se vincula con el acceso efectivo a servicios de salud, medicamentos, rehabilitación y redes de apoyo. Las mujeres mayores, en muchos contextos rurales y semiurbanos, enfrentan obstáculos para acceder a estos servicios debido a barreras económicas, culturales o de movilidad lo que contrasta con (González-González et al., 2021). Reforzando sentimientos de abandono, ansiedad o resignación, afectando negativamente su autoevaluación de salud.

Además, muchas mujeres mayores viven solas o dependen de familiares para cubrir necesidades básicas, lo que puede influir en una percepción de fragilidad o dependencia. En contraste, los hombres mayores, aunque a veces más enfermos, pueden reportar una salud "buena" si cuentan con cuidadores (frecuentemente esposas) que les permiten mantener cierta funcionalidad o autonomía aparente lo que concuerda con (Carmel, 2001) donde menciona que influencias sociales y culturales afectan la percepción de salud, la capacidad funcional y la calidad de vida de las personas mayores.

Salud mental y percepción corporal en la vejez femenina

La salud mental —frecuentemente invisibilizada en adultos mayores— juega un papel central en la percepción de salud. Las mujeres mayores presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y tristeza, derivados de la viudez, el aislamiento o la desvalorización social del cuerpo envejecido femenino (Canizares et al., 2021; WHO, 2021). Pues acorde a estos estudios esta dimensión psicoemocional afecta profundamente la percepción de bienestar general.

4. Percepción masculina: subregistro y sobrevaloración

Por su parte, los hombres que reportan buena salud pueden estar incurriendo en una sobrevaloración de su estado, motivada por normas de masculinidad que desalientan la expresión de debilidad o enfermedad (Möller-Leimkühler, 2002). Esto es especialmente importante porque, como muestran otras gráficas del mismo estudio, los hombres mayores presentan menor control de enfermedades crónicas y menos contacto con servicios de salud.

Esta discrepancia entre percepción y condición real puede tener consecuencias graves, como el retraso en el diagnóstico de enfermedades, la no adherencia a tratamientos y la subutilización de servicios preventivos (DeSalvo et al., 2006).

Los indicadores biológicos de salud presentados en las figuras 7 y 8 permiten una comprensión más profunda del estado de salud de las personas mayores, no solo desde la presencia de enfermedades crónicas, sino también desde la forma en que estas condiciones se interrelacionan con la percepción individual del bienestar. Esta combinación es fundamental para abordar el envejecimiento de manera integral,

reconociendo que el deterioro biológico no puede desvincularse del componente psicosocial y de género.

La Figura 7 expone una realidad contundente: más del 85% de las personas mayores presentan condiciones de salud biológicamente malas. Este dato es alarmante, pues implica que la gran mayoría vive con al menos una enfermedad crónica y/o una percepción de salud desfavorable. Estos resultados coinciden con estudios nacionales e internacionales, como los reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), que muestran que los adultos mayores mexicanos presentan en promedio tres enfermedades crónicas, siendo las más comunes la hipertensión, diabetes y enfermedades musculoesqueléticas (Márquez-Colín, 2023).

La percepción negativa de salud no es un elemento menor; investigaciones longitudinales han demostrado que la autopercepción de salud es un predictor robusto de mortalidad, hospitalización y discapacidad (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009). Esto refuerza la utilidad del indicador binario propuesto: no se trata solo de contabilizar enfermedades, sino de comprender cómo el individuo experimenta y valora su estado funcional y emocional.

El hecho de que las mujeres presenten una proporción ligeramente mayor de afectación biológica no es fortuito. Las trayectorias de vida de muchas mujeres mexicanas —marcadas por pobreza, trabajo no remunerado y violencia estructural— derivan en una acumulación de desventajas que se reflejan en la vejez como pluripatología, discapacidad e inseguridad económica (Arber & Cooper, 1999; WHO,

2021). Además, como se exploró en la discusión anterior, las mujeres tienden a tener una percepción más crítica y consciente de su salud, lo que contribuye al alto porcentaje registrado en este indicador.

Sin embargo, el sistema de salud tiende a invisibilizar estas condiciones. Muchas mujeres mayores no cuentan con pensión, seguro social o acceso a programas de atención especializada, lo cual acentúa las brechas de género en salud y contribuye a una sensación de abandono institucional (Márquez-Colín, 2023).

Continuando con el análisis en la Figura 8, al desagregar el riesgo biológico en cuatro niveles, ofrece una herramienta más refinada para priorizar intervenciones. El hecho de que más del 70% de las personas mayores se ubiquen en riesgo moderado o alto debería encender alarmas para los sistemas de salud pública. Es preocupante que solo un 6.5% esté en condiciones óptimas de salud, lo cual revela que envejecer saludablemente es todavía una meta inalcanzable para la mayoría de la población.

El riesgo moderado, que concentra a quienes tienen una enfermedad, pero se perciben como relativamente bien, es particularmente interesante. Estudios sobre resiliencia en la vejez han documentado que, aunque una persona mayor viva con enfermedades puede mantener una buena calidad de vida si conserva autonomía, redes sociales, acceso a tratamiento y estrategias de afrontamiento (Wiles et al., 2012). Este grupo debe ser una prioridad estratégica para políticas de envejecimiento activo, ya que representa una ventana de oportunidad para prevenir un deterioro más profundo.

En contraste, el grupo de riesgo alto requiere atención inmediata. Este 29.9% de la población —con enfermedades crónicas y mala percepción de salud— constituye un grupo altamente vulnerable, con mayor probabilidad de experimentar pérdida funcional, depresión y hospitalizaciones frecuentes (DeSalvo et al., 2006).

Una vez más, los hombres muestran una distribución ligeramente más favorable en los indicadores, particularmente en el nivel sano y de riesgo bajo. No obstante, esto debe interpretarse con cautela. Diversos estudios han documentado que los hombres tienden a reportar menos síntomas, postergar la atención médica y minimizar su estado de salud, como parte de los mandatos culturales de la masculinidad tradicional (Courtenay, 2000; Möller-Leimkühler, 2002). Esta conducta puede derivar en un subregistro de condiciones reales, lo que implica que los datos podrían estar subestimando el verdadero nivel de afectación biológica en hombres.

Por ello, se requiere un abordaje más profundo que no solo cuantifique enfermedades, sino que también considere las barreras socioculturales que impiden a los hombres mayores expresar su malestar o buscar atención oportuna.

El análisis de la figura 9 destaca la prevalencia casi total de alteraciones emocionales en la población estudiada, con una ligera diferencia entre sexos, siendo las mujeres quienes reportan una prevalencia ligeramente mayor en malestar emocional. Este hallazgo no solo refleja la alta afectación psicológica general en los adultos mayores, sino también una manifestación diferencial del envejecimiento por género, un aspecto que ha sido objeto de múltiples estudios en la literatura.

Las mujeres, en particular, suelen experimentar una mayor prevalencia de trastornos emocionales y cognitivos en la vejez. Según estudios como los de Piccinelli & Wilkinson (2000), este patrón podría estar influenciado por una combinación de factores biológicos, como las fluctuaciones hormonales que se presentan durante la menopausia, y factores socioculturales, como las expectativas sociales, que a menudo colocan a las mujeres en roles de cuidado o de mayor responsabilidad en la familia. Estos factores pueden contribuir a un mayor estrés, una mayor carga emocional y una mayor vulnerabilidad a trastornos depresivos y de ansiedad, especialmente cuando se enfrentan a los desafíos asociados con el envejecimiento.

Por otro lado, en los hombres, aunque la prevalencia de malestar emocional también es alta, su manifestación en el envejecimiento tiende a estar más vinculada a la soledad y el aislamiento social (Gallo et al., 2013). A diferencia de las mujeres, que suelen buscar apoyo social y emocional, los hombres en la vejez a menudo enfrentan la pérdida de redes sociales y familiares, lo que puede agravar su bienestar psicológico. El envejecimiento masculino también puede ir acompañado de una disminución en el rol tradicional de proveedor y protector, lo que impacta negativamente en su identidad y autopercepción, exacerbando los síntomas de depresión.

Este patrón de enfermedad mental diferenciado por género también se refleja en los datos de la figura 9, donde las mujeres reportan una mayor insatisfacción con la vida (8.74%) y un mayor sentimiento de vacío (26.7%), lo cual se ha asociado con un mayor riesgo de depresión en estudios realizados en población femenina de edad avanzada. En cambio, los hombres muestran una ligera diferencia en la prevalencia de

alteraciones mentales, pero con una prevalencia algo más baja en comparación con las mujeres, lo cual resalta la importancia de abordar la salud mental en hombres desde un enfoque que considere sus particularidades, como el estigma asociado a la expresión emocional y la tendencia a no buscar ayuda en salud mental.

De esta manera, los resultados presentados en la figura 10 sugieren que las mujeres experimentan una mayor carga emocional en la vejez, lo que se traduce en una prevalencia de malestar psicológico ligeramente superior.

En el nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor, es fundamental analizar las diferencias de género, especialmente en contextos de rezago educativo. Las figuras 11 y 12 evidencian notables disparidades entre hombres y mujeres en cuanto a escolaridad en los municipios analizados, lo que refleja cómo las oportunidades educativas varían en función del género y las condiciones socioculturales en los diferentes municipios.

Para las mujeres, el nivel educativo más alto alcanzado es la primaria, con un 51.63% a nivel general, destacándose San Agustín Tlaxiaca y San Salvador como los municipios con mayor proporción de mujeres que alcanzaron esta formación básica. Sin embargo, los niveles de secundaria y educación superior presentan un marcado rezago, con solo un 9.46% de mujeres que han completado la secundaria, y apenas el 2.93% que alcanzaron estudios universitarios. Es relevante destacar que municipios como San Bartolo Tutotepec y Acaxochitlán tienen una proporción mucho menor de mujeres con educación secundaria o superior, lo que refleja no solo limitaciones educativas, sino también una posible exclusión social y económica.

Por otro lado, los hombres presentan una mayor proporción de individuos con secundaria (11.5%) y preparatoria (2.9%) en comparación con las mujeres, lo que sugiere que, a pesar de que las mujeres enfrentan una desventaja considerable en términos de acceso a educación, los hombres también muestran limitaciones significativas en niveles educativos superiores, aunque en menor medida. La brecha educativa en términos de género se mantiene más reducida entre los hombres, lo que podría estar relacionado con mayores oportunidades de trabajo para hombres en sectores donde los niveles educativos básicos son suficientes para el empleo, mientras que las mujeres, en muchos casos, podrían verse limitadas por la falta de acceso a la educación superior debido a factores como la discriminación o la falta de apoyo en áreas rurales.

Estas disparidades reflejan cómo las diferencias de género están fuertemente ligadas a factores culturales, sociales y económicos. Investigaciones previas, como las de Gertler et al. (2014), han demostrado que el acceso a la educación de las mujeres en áreas rurales está relacionado con limitaciones en la autonomía económica, lo que afecta su capacidad para acceder a trabajos de mayor remuneración. Además, la escasa representación de mujeres en niveles educativos superiores puede estar asociada con el tradicional rol de cuidadora asignado a las mujeres, lo cual limita sus oportunidades de desarrollo académico y profesional.

En cuanto a la situación de convivencia, reflejada en la figura 13, también existen diferencias notables entre los sexos. Las mujeres, especialmente en los grupos de mayor edad (70-79 y 80-89 años), tienen una mayor tendencia a vivir solas, lo que se asocia con la viudez y la falta de redes de apoyo. Este fenómeno es respaldado por

estudios como el de McGarry y Schoeni (2000), que documentan cómo las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres, lo que incrementa su probabilidad de quedar solas en etapas avanzadas de la vida.

El historial conyugal, ilustrado en la figura 14, refuerza la noción de que las mujeres adultas mayores tienen una mayor probabilidad de haber sido viudas, lo que puede influir en su situación de vida, tanto emocional como económicamente. Este historial tiene un impacto significativo en su bienestar, ya que, como se observa, las mujeres tienen más probabilidades de estar solas en edades avanzadas, lo que afecta no solo su calidad de vida, sino también su estabilidad económica.

En relación con los indicadores sociales, las diferencias de género también son evidentes. En términos de seguridad social, la mayoría de las mujeres tiene acceso a instituciones públicas como el IMSS o ISSSTE, mientras que los hombres presentan menor porcentaje. No obstante, una proporción significativa de mujeres no reporta seguros privados, lo que indica que, aunque la cobertura pública es alta, las mujeres podrían enfrentarse a una precarización en términos de salud y bienestar económico si dependieran de fuentes privadas. En cuanto al motivo para trabajar, más mujeres reportan trabajar por necesidad económica, lo que refleja la vulnerabilidad económica en comparación con los hombres, quienes en mayor medida trabajan por otros motivos como el gusto o la ocupación.

En relación con la tenencia de vivienda, las mujeres tienen una proporción ligeramente mayor viviendo en condiciones precarias o rentadas, lo que resalta una posible desigualdad en la estabilidad financiera y el acceso a la propiedad. Este

fenómeno también está relacionado con las estructuras de poder que, en muchos contextos, limitan la autonomía económica y social de las mujeres mayores (Redondo-Sendino, 2006).

El análisis bivariado presentado evidencia importantes matices en la forma en que hombres y mujeres envejecen, revelando no solo diferencias significativas en la edad promedio, sino también en la distribución etaria por municipio, lo que permite reflexionar sobre las desigualdades estructurales y sociales que experimentan ambos géneros en la vejez.

Si bien la distribución por sexo en los municipios no presentó diferencias estadísticamente significativas (figura 19), la homogeneidad en la representación de hombres y mujeres no implica una equidad en las condiciones de envejecimiento. En cambio, la edad promedio significativamente menor en mujeres sugiere un patrón consistente con la literatura, donde se reconoce que las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres, pero también enfrentan mayores cargas de enfermedad y discapacidad en los últimos años de vida (González-González et al., 2020).

Este fenómeno ha sido descrito como la “paradoja de la morbilidad femenina”, donde las mujeres, a pesar de tener mayor esperanza de vida, reportan peor salud que los hombres (Crimmins et al., 2010). Las razones de esta paradoja incluyen factores biológicos, como una mayor resistencia genética, pero sobre todo factores sociales como el acceso desigual a recursos, trabajos más precarios a lo largo de la vida y mayores responsabilidades de cuidado no remunerado (Instituto Nacional de las Mujeres, 2022).

En este sentido, las diferencias de género en el envejecimiento no deben analizarse solo desde una perspectiva demográfica, sino también considerando los determinantes sociales de la salud. Los resultados presentados en la figura 20 muestran una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de condición crónica, lo que sugiere que las mujeres adultas mayores tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en comparación con los hombres.

La evidencia acumulada muestra que las mujeres viven más, pero con mayores cargas de dependencia, mientras que los hombres envejecen con mayor riesgo de mortalidad temprana, aunque con menor percepción de discapacidad hasta etapas más avanzadas (WHO, 2015).

Al analizar la figura 21 se observa que, aunque el modelo de regresión logística binaria presenta un bajo Pseudo R^2 , las razones de momios fueron significativas y refuerzan que las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer una condición crónica. Estudios como los de Crimmins et al. (2010) sugieren que las mujeres tienden a reportar más síntomas y diagnósticos médicos, no solo por una mayor prevalencia real, sino también por una mayor percepción y atención hacia su salud, lo que influye en la obtención de diagnósticos oportunos.

La figura 22 expone diferencias significativas en condiciones de salud específicas. Las mujeres reportan mayor prevalencia de incontinencia urinaria, hinchazón en pies y tobillos, limitaciones alimentarias por salud bucodental y uso de medicamentos para el dolor dental. Del mismo modo, estas diferencias en la salud bucodental podrían estar relacionadas con desigualdades en el acceso a servicios

odontológicos durante la vida laboral activa, como lo señalan estudios de la OPS/OMS (2015), donde las mujeres mayores muestran rezagos acumulados en salud bucal.

En relación con la percepción del estado de salud (Tabla 2), aunque más mujeres reportaron una percepción negativa, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Este hallazgo podría estar relacionado con la paradoja de la morbilidad femenina, la cual plantea que las mujeres, a pesar de tener mayor esperanza de vida, experimentan más enfermedades y limitaciones funcionales, lo que impacta su percepción de salud.

La Figura 8 resalta que las mujeres se concentran en mayor proporción en niveles de riesgo moderado y alto, mientras que los hombres presentan mayores proporciones en niveles saludables o de bajo riesgo. Estos resultados refuerzan la idea de que las mujeres enfrentan una mayor carga acumulada de condiciones que comprometen la salud, especialmente en la vejez. Factores como las trayectorias laborales interrumpidas, menor acceso a seguridad social y roles tradicionales de cuidado, limitan su acumulación de recursos materiales y de salud a lo largo de la vida (Berkman et al., 2000).

La figura 11 muestra una fuerte asociación entre sexo y nivel educativo, siendo las mujeres las que predominan en los niveles más bajos. Esta brecha educativa, arraigada en patrones históricos de desigualdad de género, contribuye a peores resultados en salud, ya que el nivel educativo se relaciona directamente con conductas saludables, acceso a información y capacidad de navegación en los sistemas de salud (WHO, 2008). Las desigualdades educativas en cohortes mayores reflejan una

desventaja estructural acumulada que impacta negativamente en la salud de las mujeres en edades avanzadas.

En la Tabla 3, la asociación entre grupo de edad, género y acompañamiento es un componente clave del envejecimiento saludable. Estudios han documentado que las mujeres mayores tienen mayor probabilidad de vivir solas, ser viudas y depender del apoyo familiar (UN Women, 2020). Esta situación puede agravar su vulnerabilidad social y afectar la adherencia a tratamientos, la alimentación y el acceso a servicios.

El análisis de regresión logística multivariado para mujeres mayores (Tabla 11) aporta evidencia relevante sobre cómo ciertas enfermedades crónicas se relacionan de manera diferencial con la presencia de diabetes en este grupo etario, lo que permite explorar la intersección entre género, envejecimiento y multimorbilidad.

La asociación significativa entre cáncer y diabetes en mujeres es especialmente llamativa. La literatura ha documentado que el cáncer y la diabetes comparten mecanismos fisiopatológicos comunes, como la inflamación crónica, la resistencia a la insulina y las disfunciones del metabolismo energético (Giovannucci et al., 2010). En mujeres, esta relación puede intensificarse por factores hormonales y por la mayor esperanza de vida, lo que aumenta el periodo de exposición a factores de riesgo. Además, tratamientos como la quimioterapia pueden inducir alteraciones metabólicas que favorecen el desarrollo de diabetes (Chodick et al., 2010).

De igual forma, la asociación entre enfermedad cardiovascular y diabetes es consistente con numerosos estudios epidemiológicos que reconocen a la diabetes como un potente factor de riesgo cardiovascular, particularmente en mujeres

posmenopáusicas, quienes pierden la protección hormonal del estrógeno y presentan mayor susceptibilidad a enfermedades cardiometabólicas (Kannel et al., 2000; Peters et al., 2014). Este hallazgo refuerza la necesidad de abordajes integrales con perspectiva de género, dado que las mujeres tienden a ser subdiagnosticadas y subtratadas en lo que respecta a enfermedades del corazón.

En suma, los hallazgos en hombres (tabla 12) contrastan fuertemente con los de mujeres (tabla 11), donde hubo asociaciones claras entre diabetes y otras enfermedades. Esto refuerza la necesidad de enfocar las políticas de salud y prevención del envejecimiento desde una perspectiva de género, reconociendo que las trayectorias clínicas y las formas en que se expresan las enfermedades crónicas no son equivalentes entre hombres y mujeres.

El análisis comparativo entre las Tablas 13 y 14 evidencia que el envejecimiento tiene un impacto diferenciado en la salud de hombres y mujeres, particularmente en lo que respecta a la presencia de condiciones crónicas. En ambos sexos, la edad se confirma como un factor de riesgo significativo, pero su efecto es ligeramente más acentuado en mujeres. Esta tendencia ha sido documentada en diversos estudios, donde se ha señalado que las mujeres viven más años, pero con mayor carga de enfermedades no transmisibles (Crimmins et al., 2019).

El hallazgo de que las mujeres del grupo de edad de 80 a 89 años presentan un aumento significativo en la probabilidad de padecer condiciones crónicas, refuerza la idea de que el proceso de envejecimiento femenino se acompaña de mayor vulnerabilidad fisiológica y social. Esta diferencia puede atribuirse tanto a factores

biológicos —como cambios hormonales postmenopáusicos que afectan el sistema inmunológico y cardiovascular (Mendelsohn & Karas, 2005)— como a determinantes sociales estructurales, como el nivel educativo y el acompañamiento social.

Precisamente, en la Tabla 15 se profundiza esta perspectiva de género al identificar que las mujeres mayores tienden a presentar mayores niveles de riesgo en salud, insatisfacción con la vida y aislamiento, factores ampliamente reconocidos en la literatura como moduladores claves de la calidad del envejecimiento (WHO, 2020). La baja escolaridad observada en mujeres es especialmente relevante, ya que el nivel educativo se vincula con mejores prácticas de salud, mayor uso de servicios preventivos y mayor alfabetización en salud (Cutler & Lleras-Muney, 2006). Este rezago educativo no solo amplifica el riesgo de condiciones crónicas, sino que puede limitar la autonomía y la capacidad para tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

Asimismo, el estado de acompañamiento aparece como una variable crítica: las mujeres muestran mayor probabilidad de vivir solas, situación que ha sido asociada en múltiples investigaciones con mayor riesgo de deterioro cognitivo, depresión y mortalidad (Luo et al., 2012). Aunque el acceso a servicios de seguridad social parece ser mayor en mujeres según los datos analizados, esto no se traduce necesariamente en mejores resultados en salud, probablemente debido a que este acceso ocurre en etapas más avanzadas del deterioro, o bien porque los servicios disponibles no logran atender adecuadamente las necesidades integrales de las mujeres mayores.

Finalmente, aunque variables como el municipio de residencia no mostraron efectos estadísticamente significativos, esto no descarta la influencia de los contextos

territoriales en la salud. Estudios previos han mostrado que la disponibilidad de servicios, las redes de apoyo comunitario y los factores ambientales pueden moderar o amplificar las desigualdades de género en la vejez, especialmente en zonas rurales o marginadas (INEGI, 2021).

12. Conclusiones

El presente estudio evidencia que el proceso de envejecimiento en la población adulta mayor está fuertemente mediado por el género, revelando desigualdades estructurales y sociales que condicionan tanto el bienestar físico como emocional en la vejez. En las mujeres, se observó una mayor prevalencia de malestar psicológico, insatisfacción con la vida y sensación de vacío, fenómenos que se agravan ante la soledad, la viudez y la falta de redes de apoyo social. Estas condiciones, aunadas a una mayor esperanza de vida, refuerzan la conocida “paradoja de la morbilidad femenina”, en la que las mujeres, a pesar de vivir más, lo hacen enfrentando mayores cargas de enfermedad, dependencia y discapacidad.

En contraste, los hombres tienden a manifestar su malestar emocional a través de la soledad y el aislamiento social, especialmente por la pérdida de su rol tradicional como proveedores. Aunque presentan una menor percepción de enfermedad crónica en etapas tempranas, su salud se ve comprometida por un menor acceso a redes de apoyo y una baja utilización de servicios médicos preventivos, lo que los expone a enfermedades crónicas graves no diagnosticadas oportunamente.

En el ámbito educativo, persisten marcadas desigualdades de género. Las mujeres presentan niveles de escolaridad significativamente más bajos, especialmente en municipios rurales, donde las limitaciones socioculturales y económicas refuerzan su exclusión del sistema educativo. Esta desventaja educativa se traduce en una menor autonomía económica y mayores dificultades para acceder a mejores condiciones de vida en la vejez.

En cuanto a la situación habitacional y laboral, las mujeres mayores presentan mayor precariedad: más frecuentemente habitan viviendas rentadas o en condiciones inadecuadas, y en su mayoría trabajan por necesidad económica, lo que refleja una vulnerabilidad estructural persistente. A ello se suma su escaso acceso a seguros médicos privados, dependiendo principalmente de la cobertura pública.

En términos de salud física, los datos muestran una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres, especialmente aquellas relacionadas con la funcionalidad, como la incontinencia urinaria y los problemas de salud bucodental, condiciones que afectan profundamente su calidad de vida. En los hombres, aunque se identifican algunas afecciones específicas como los problemas auditivos, estas no mostraron una diferencia estadísticamente significativa.

Finalmente, los resultados también ponen en evidencia cómo el envejecimiento masculino parece estar influido por dinámicas territoriales, como el retorno migratorio o la movilidad laboral previa, mientras que el envejecimiento femenino se da de forma más homogénea y arraigada en sus comunidades. Estas diferencias reflejan patrones de vida y envejecimiento determinados por construcciones sociales de género que requieren ser abordadas con enfoques diferenciados en políticas públicas.

En conclusión, el estudio subraya la necesidad de adoptar una perspectiva de género en el diseño e implementación de estrategias de atención al adulto mayor, que considere tanto las condiciones estructurales como los determinantes sociales que inciden de manera desigual en la experiencia de envejecer. Promover el acceso equitativo a la salud, educación, empleo y vivienda en las etapas previas al

envejecimiento será clave para garantizar una vejez digna, autónoma y saludable para todos los sectores de la población.

13. Recomendaciones

A partir de los hallazgos de este estudio, se vuelve indispensable que las políticas públicas dirigidas a la población adulta mayor integren un enfoque de género y territorialidad, con el fin de atender las desigualdades estructurales que condicionan la experiencia del envejecimiento. Resulta prioritario fortalecer las redes de apoyo social y emocional, sobre todo para las mujeres viudas o en situación de soledad, así como para los hombres que enfrentan el aislamiento tras la pérdida de su rol tradicional como proveedores. La implementación de programas comunitarios, espacios de convivencia y acompañamiento psicológico podría contribuir significativamente a mitigar el malestar emocional y los sentimientos de vacío, insatisfacción con la vida y depresión que afectan principalmente a las mujeres, pero también a los hombres, aunque se manifiesten de manera distinta.

En el ámbito de la salud física, es fundamental garantizar el acceso equitativo a servicios médicos de calidad, con especial énfasis en la detección oportuna y el tratamiento adecuado de enfermedades crónicas y funcionales que afectan con mayor frecuencia a las mujeres, como la incontinencia urinaria y los problemas de salud bucodental. Del mismo modo, es necesario promover campañas de salud preventiva dirigidas a los hombres mayores, quienes suelen tener una baja percepción de enfermedad y un menor uso de los servicios de salud, lo que deriva en diagnósticos tardíos y complicaciones severas. Todo esto debe ir acompañado de una atención integral que incluya el abordaje de la salud mental, un componente aún subatendido, pero crucial para garantizar una vejez digna.

En el ámbito educativo, urge implementar estrategias que reduzcan las brechas de escolaridad entre hombres y mujeres mayores, particularmente en contextos rurales donde muchas mujeres no accedieron al sistema educativo. Esta mejora en la educación puede traducirse en una mayor autonomía económica y capacidad de decisión en la vejez. Asimismo, deben impulsarse políticas para garantizar condiciones laborales más dignas y adaptadas a las capacidades de las personas mayores que aún requieren trabajar, principalmente mujeres que lo hacen por necesidad económica. En cuanto a la vivienda, se deben promover programas de mejoramiento y acceso a viviendas adecuadas, especialmente para aquellas mujeres que viven en condiciones precarias o de renta, ya que el entorno físico influye directamente en su bienestar.

Finalmente, es indispensable fomentar la investigación con enfoque interseccional que permita analizar de manera integral cómo se entrecruzan los factores sociales, económicos, culturales y psicológicos en el proceso de envejecimiento. Solo a partir de un conocimiento más profundo será posible diseñar políticas públicas y estrategias de intervención eficaces que promuevan un envejecimiento activo, saludable y con equidad para todos los sectores de la población.

14. Limitaciones

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra el carácter transversal del diseño metodológico, lo cual impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Si bien los hallazgos permiten identificar asociaciones relevantes entre género, condiciones de vida y salud en la vejez, no es posible afirmar con certeza la dirección de dichos vínculos. Asimismo, la información recabada se basó en datos autoinformados, lo que puede dar lugar a sesgos de memoria o interpretación, particularmente en aspectos subjetivos como la percepción de salud, bienestar emocional o satisfacción con la vida.

Otra limitación importante radica en la representatividad del muestreo, dado que ciertos subgrupos, como personas mayores que viven en situación de calle, comunidades indígenas o zonas de difícil acceso, pudieron haber estado subrepresentados o completamente ausentes en la muestra, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados a toda la población adulta mayor del país.

Finalmente, cabe señalar que, si bien se incorporó una perspectiva de género en el análisis, persisten desafíos metodológicos para captar de forma integral las múltiples dimensiones de la desigualdad, especialmente aquellas que se entrelazan con la clase social, el territorio y la historia individual. Estas limitaciones invitan a interpretar los resultados con cautela y refuerzan la necesidad de continuar desarrollando investigaciones complementarias que amplíen la comprensión del envejecimiento desde una mirada interseccional y contextualizada.

15. Materiales y Presupuesto

El presente estudio se centró exclusivamente en el análisis de una base de datos previamente recolectada, por lo que no se incurrió en gastos relacionados con la aplicación de encuestas, recolección de información en campo o adquisición de instrumentos de medición. En consecuencia, el presupuesto se destinó principalmente a recursos necesarios para el procesamiento, interpretación y sistematización de los datos.

Dentro de los recursos humanos, se consideró la participación de personal especializado en análisis estadístico y elaboración de informes, así como apoyo técnico para la gestión y organización de la base de datos. El uso de software estadístico fue indispensable para la limpieza, codificación y procesamiento de los datos, por lo que se contempló el acceso a licencias, cuando fue necesario.

En cuanto al material, se utilizaron insumos mínimos como papelería básica (hojas, carpetas y bolígrafos) para la organización física de documentos impresos, así como equipo de cómputo con las características técnicas adecuadas para el manejo eficiente de la información. También se destinó una parte del presupuesto a la elaboración de presentaciones y materiales gráficos para la socialización de los resultados.

Dado que el trabajo se realizó en modalidad principalmente digital y remota, los gastos en viáticos fueron mínimos o nulos. No obstante, se incluyeron recursos para garantizar la conectividad, el acceso a plataformas digitales y la coordinación efectiva entre los miembros del equipo.

En resumen, el presupuesto del estudio se centró en el uso de herramientas tecnológicas, capital humano especializado y recursos básicos para el análisis y presentación de los hallazgos, sin requerir inversiones significativas en trabajo de campo o materiales de recolección.

16. Cronograma de Actividades

Tabla 16

Cronograma de actividades

Actividad	Mes y Año
Planeación	Enero 2023 - mayo 2023
Recolección de Datos	Mayo 2023 - agosto 2023
Limpieza de Base de Datos	Septiembre 2023 - diciembre 2024
Análisis de resultados	Enero 2025 - mayo 2025
Presentación de resultados	Junio 2025-diciembre 2025
Proyecto Terminal Concluido	Abril 2026

Fuente. Autoría propia.

17. Referencias bibliográficas

- Academia Nacional de Medicina de México. (2014). El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 57(2), 53–56.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000200053
- Altava, M. M. (2021). *Fragilidad, calidad de vida y salud sexual en mayores de 65 años* (Tesis doctoral, Universitat de València).
- Álvarez, M. A. A. (2022). Trabajo precario en el adulto mayor, participación económica y desprotección en materia de seguridad social. En D. López Romero, R. A. Agis Juárez, & M. E. Zaleta Arias (Eds.), *Vejez, envejecimiento y adultos mayores* (p. 121). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ISBN 978-607-482-689-0
- Annandale, E. (2010). *Understanding health inequalities: Theories, concepts, and evidence*. Open University Press.
- Aranda, B. B. L., & Pérez, F. V. E. (2021). Exploración del significado de vejez y envejecimiento en el adulto mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(2), 675–697.
- Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: The new paradox? *Social Science & Medicine*, 48(1), 61–76.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00362-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00362-6)
- Arber, S., & Ginn, J. (1991). *Gender and later life: A sociological analysis of resources and constraints* (1.^a ed., p. 45). SAGE Publications.

- Aterhortúa, N., Buitrago, M. C., Calderón-Ospina, C. A., Castro Fuentes, M. C., Cediell Becerra, J. F., Charry Sánchez, J. D., et al. (2021). *Envejecer en el siglo XXI: Visiones multidisciplinarias de la vejez y el envejecimiento*. Editorial Universidad del Rosario.
- Barford, A., Dorling, D., Smith, G. D., & Shaw, M. (2006). Life expectancy: Women now on top everywhere. *BMJ*, 332(7545), 808.
<https://doi.org/10.1136/bmj.332.7545.808>
- Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*, 12(2), 193–196.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2000). *Social Epidemiology*. Oxford University Press.
- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49(2), 147–152.
- Bird, C. E., & Rieker, P. P. (2008). *Gender and health: The effects of constrained choices and social policies*. Cambridge University Press.
- Borja Sarango, G. E. (2024). *El rol de la tasa de fertilidad en el crecimiento económico de los países: Un debate sobre la sostenibilidad del sistema de pensiones de reparto: El rol de la tasa de fertilidad en el crecimiento económico*.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Calleja-Castillo, J. M., Gonzalez-Calderon, G., Lozano, I. G., Cruz-Cruz, C., Briones, N. S., & Del Rio, M. (2021). El nivel educativo bajo es un factor de riesgo para mal

- pronóstico funcional en pacientes con enfermedad vascular cerebral. *Ictus*, 2(1), e26012102012–e26012102012.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* (Última reforma: 14 de junio de 2024).
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM_140624.pdf
- Canizares, M., Hirdes, J. P., & Hofer, S. M. (2021). Health perception in older adults: Gender differences and psychosocial correlates. *Journal of Aging and Health*, 33(1–2), 93–108. <https://doi.org/10.1177/0898264320940839>
- Carmel, S. (2001). Gender differences in health and well-being among the old-old in Israel. *Aging & Mental Health*, 5(1), 36–43.
<https://doi.org/10.1080/13607860020020631>
- Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*, 175–179.
- Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2), 189–214. <https://doi.org/10.1353/dem.2005.0011>
- Chodick, G., Zucker, I., Heymann, A. D., Shalev, V., Kokia, E., & Shalev, H. (2010). Cause-specific mortality in patients with diabetes and cancer. *Diabetologia*, 53(9), 1782–1790. <https://doi.org/10.1007/s00125-010-1796-7>
- Clarke, L. H., & Griffin, M. (2008). Visible and invisible ageing: Beauty work as a response to ageism. *Ageing and Society*, 28(5), 653–674.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X07007003>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento y los sistemas de cuidados en América Latina y el Caribe: Una agenda para la autonomía y el bienestar*. Naciones Unidas.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>

Consejo Nacional de Población. (2017, 2 de junio). *Envejecimiento en México*.

<https://www.gob.mx/conapo/articulos/envejecimiento-en-mexico>

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10741575/>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.

Crimmins, E. M., Kim, J. K., & Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: Results from SHARE, ELSA and HRS. *The European Journal of Public Health*, 21(1), 81–91. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq022>

Crimmins, E. M., Kim, J. K., & Vasunilashorn, S. (2019). Biodemography: New approaches to understanding trends and differences in population health and mortality. *Demography*, 56(2), 443–470. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0733-5>

Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2006). *Education and health: Evaluating theories and evidence*. National Bureau of Economic Research.

<https://doi.org/10.3386/w12352>

DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>

Dimier-de-Vicente, M. D. (2021). *Adultos mayores y su búsqueda de plenitud personal: Aportes de los vínculos intergeneracionales en la familia argentina*.

Domingo, P. A. (2022). *Menopausia: Una mirada feminista desde el buentrato*. Los Libros de la Catarata.

El envejecimiento de la población y el papel social de los mayores. (2022). *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, 99, 37.

Elder Jr., G. H. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4–15. <https://doi.org/10.2307/2786971>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Fernandez, E., Monardes, H., Diaz, C., Fuentes, F., & Padilla, P. (2017). El «viejismo» como problemática social en geriatría: A propósito de la medición del viejismo en estudiantes de odontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(2), 109–116.

Fernández Lópiz, E. (2023). *Sexualidad y vejez*.

Fraile, M. (s.f.). *Modelo biomédico y modelo biopsicosocial*. Obtenido de
file:///C:/Users/esgut/OneDrive/Documentos/Marco_teorico/Modelo%20biopsicosocial/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSIKOSOCIAL.pdf

Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>

Gallardo Estrada, M. Á. (2024). Reimaginando la vejez en México: Aproximaciones para un replanteamiento conceptual de la vejez en el siglo XXI. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 27(1).

Gallardo-Peralta, L., Córdova Jorquera, I., Piña Morán, M., & Urrutia Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis (Santiago)*, 17(49), 153–175. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682018000100153>

Gallo, J. J., Bogner, H. R., Morales, K. H., & Ford, D. E. (2013). Patient ethnicity and the identification of depression by family physicians. *Archives of Internal Medicine*, 165(18), 1962–1968. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.18.1962>

Gates, G. A., Cooper, J. C., Kannel, W. B., & Miller, N. J. (1990). Hearing in the elderly: The Framingham cohort, 1983–1985. Part I: Basic audiometric test results. *Ear and Hearing*, 11(4), 247–256. <https://doi.org/10.1097/00003446-199008000-00001>

Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S. M., & Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to early childhood

141

- stimulation: A 20-year follow-up to an experimental intervention in Jamaica. *Science*, 344(6187), 998–1001. <https://doi.org/10.1126/science.1251178>
- Giovannucci, E., Harlan, D. M., Archer, M. C., Bergenstal, R. M., Gapstur, S. M., Habel, L. A., ... & Yee, D. (2010). Diabetes and cancer: A consensus report. *Diabetes Care*, 33(7), 1674–1685. <https://doi.org/10.2337/dc10-0666>
- Gómez-Arteaga, C., Castellanos-Perilla, N., Farelo-Gómez, L. A., Arias-Ortiz, A., Chavarro-Carvajal, D., & Cano-Gutiérrez, C. A. (2022). Síntomas depresivos y prevalencia de fragilidad en adultos mayores colombianos: Análisis secundario de la encuesta SABE Colombia 2015. *Revista Salud Uninorte*, 38(1), 81–96.
- González-González, C., Gómez-de-Regil, L., & Cortés-Sancho, R. (2020). Morbilidad y género en la vejez: Diferencias en la carga de enfermedad. *Salud Pública de México*, 62(3), 277–284. <https://doi.org/10.21149/11214>
- González-González, C., Ramírez-García, E., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Rosas-Carrasco, O. (2021). Health and function of older Mexican adults: Results from the Mexican Health and Aging Study. *Salud Pública de México*, 63(3), 275–284. <https://doi.org/10.21149/11962>
- Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible* (Libros de la CEPAL N.º 154). CEPAL.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37. <https://doi.org/10.2307/2955359>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020: Resultados definitivos*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)*. <https://www.inegi.org.mx/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Mujeres y hombres en México 2020*. INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bviniegi/productos/nueva_estruc/889463900009.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Esperanza de vida* (Indicadores Sociodemográficos de México 1930–2000).

Instituto Nacional de las Mujeres. (2022). *Informe sobre la situación de las mujeres mayores en México*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/inmujeres/documentos>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019, marzo 5). *Envejecimiento y vejez*. <https://www.gob.mx/articulos/envejecimiento-y-vejez>

Instituto Nacional de Salud Pública. (s. f.). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023 (ENSANUT)*.
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/index.php>

Juárez, F. J., & Cabral, A. R. (2024). Teorías del envejecimiento. En Universidad Autónoma de Aguascalientes (Ed.), *Envejecimiento, salud y enfermedad* (p. 81). Universidad Autónoma de Aguascalientes.

- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Kannel, W. B., D'Agostino, R. B., & Wilson, P. W. (2000). Diabetes, fibrinogen, and risk of cardiovascular disease: The Framingham experience. *American Heart Journal*, 120(3), 672–676. [https://doi.org/10.1016/S0002-8703\(00\)70168-8](https://doi.org/10.1016/S0002-8703(00)70168-8)
- Kautzky-Willer, A., Harreiter, J., & Pacini, G. (2016). Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus. *Endocrine Reviews*, 37(3), 278–316. <https://doi.org/10.1210/er.2015-1137>
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections—and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652–657.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
- Krieger, N. (2012). Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936–944.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>
- Lin, F. R., Metter, E. J., O'Brien, R. J., Resnick, S. M., Zonderman, A. B., & Ferrucci, L. (2013). Hearing loss and incident dementia. *Archives of Neurology*, 68(2), 214–220. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.362>
- Lukacz, E. S., Lawrence, J. M., Buckwalter, J. G., Lubner, K. M., Nager, C. W., & Naughton, K. (2009). Epidemiology of urinary incontinence in women: Prevalence, risk factors, and impact. *Journal of Women's Health*, 18(6), 849–858.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0950>

- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Márquez-Colín, G. (2023). Aportaciones de la Enasem a 20 años del primer levantamiento. *Salud Pública de México*, 65(5), 419–420.
- Martínez, M. A. S., Delgado, B. R., Garnica, A. R., Guerrero, B. G., Becker, D. P., & Ledezma, J. C. R. (2024). Asociación entre la situación socioeconómica y los patrones de alimentación poco saludables en Zempoala, Hidalgo, México. *European Journal of Nutrition and Food Safety*, 16(12), 78–86.
- McGarry, K., & Schoeni, R. F. (2000). Social security, economic growth, and the rise in elderly widows' independence in the twentieth century. *Demography*, 37(2), 221–236. <https://doi.org/10.2307/2648124>
- Mick, P., Kawachi, I., & Lin, F. R. (2014). The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 150(3), 378–384. <https://doi.org/10.1177/0194599813520542>
- Mendelsohn, M. E., & Karas, R. H. (2005). Molecular and cellular basis of cardiovascular gender differences. *Science*, 308(5728), 1583–1587. <https://doi.org/10.1126/science.1112062>

- Mingote Bernad, B., & Mingote Adán, J. C. (2023). Algunas diferencias biológicas y psicosociales en la salud de mujeres y hombres. *Encuentros Multidisciplinares*, 25(74), 16.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1–3), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00379-2)
- Muñoz Contreras, L. D. (2021). La construcción científica del sexo. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 6(53), 10–38.
- Ojeda, M. F. B. (2022). *Percepciones sociales sobre la vejez en profesionales de programas de atención domiciliaria al adulto mayor (PADAM) especializado y residencia de larga estadía Villa Giacaman...*
- ONU. (2002, 8–12 de abril). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento*. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Envejecimiento*. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Década del envejecimiento saludable en las Américas (2021–2030)*. <https://paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016, 23–28 de mayo). 69.^a *Asamblea Mundial de la Salud*. https://apps.who.int/gb/s/s_wha69.html

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Gender and health* [Informe].
<https://www.who.int/health-topics/gender>

Organización Mundial de la Salud. (2018, 23 de agosto). *Género y vejez*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*.
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *El adulto mayor en América Latina: Sus necesidades y sus problemas médico-sociales*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42037>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Envejecimiento y salud: Marco de acción para América Latina y el Caribe*.
<https://www.paho.org/es/documentos/envejecimiento-salud-marco-accion-para-america-latina-caribe>

- Osborne, R., & Molina Petit, C. (2008). Evolución del concepto de género: Selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubin y Butler. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (15), 147–182.
- Osorio Juárez, M. (2024). *La percepción social, psicológica y de salud en la vejez* (Tesis).
- Padilla, G. Z. (2025). *Historiografía, temporalidad y saber histórico*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Peck, M. S., Porter, A. T., Hayes, B. D., Otieno, D., Hargrove, A. J., Mayhand, C. C., Johnson, A. I., & Brown, L. M. (2017). *Sex and longevity: Why women live longer than men. Journal of Student Research*, 6(1), 19–23.
<https://doi.org/10.47611/jsr.v6i1.286>
- PENSIONISSSTE. (2017). *Día del Adulto Mayor*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010>
- Peralta, G. (2022). Hogares con jefatura femenina y su relación con la pobreza en América Latina: Una revisión sistematizada. *Gestionar: Revista de Empresa y Gobierno*, 2(3), 51–61. <https://doi.org/10.35622/j.rg.2022.03.004>
- Peters, S. A. E., Huxley, R. R., & Woodward, M. (2014). Diabetes as a risk factor for stroke in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of 64 cohorts. *The Lancet*, 383(9933), 1973–1972. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60040-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60040-4)

- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486–492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
- J. A., Nava, C., & Cariño, R. (2011). *Gerontología: Un enfoque interdisciplinario* (1.^a ed. electrónica). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://doi.org/10.29057/books.125>
- Redondo-Sendino, Á., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*, 6, 155. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-155>
- Rey, F. B., & Bárcena, A. L. (2025). Llamando al feminismo: Antropología feminista para museos etnológicos. *El Futuro del Pasado*, (16), 161–192.
- Rizzoli, R., Reginster, J. Y., Arnal, J. F., Bautmans, I., Beudart, C., Bischoff-Ferrari, H., ... & Kanis, J. A. (2013). Quality of life in sarcopenia and frailty. *Calcified Tissue International*, 93(2), 101–120. <https://doi.org/10.1007/s00223-013-9758-y>
- Rodríguez Ramírez, L. A. (2022). *Empoderamiento, participación en la toma de decisiones en salud y calidad de vida en mujeres adultas mayores con cáncer* (Tesis). <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/83349>
- Rodríguez Rosales, I. (2024). *El envejecimiento saludable y los alimentos funcionales: La variable de la dieta*.
- Rosales, V. A. (2023). *La perspectiva de género como herramienta para analizar los procesos del envejecimiento desde la bioética* (Tesis de maestría). Universidad

- Autónoma de Querétaro, Facultad de Derecho. <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/4401>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient: Gender inequity in health* (Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health). WHO.
- Serna Martínez, M. Á. (2024). *Asociación de enfermedades crónicas no transmisibles e inseguridad alimentaria en personas mayores de 18 años de Mineral de la Reforma, Hidalgo. 2023–2024*.
- Serna-Martínez, M. A. (2023). La inseguridad alimentaria y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles en México y el mundo. *Educación y Salud. Boletín Científico del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 12(23), 58–67.
- SIBISO. (s.f.). *Quiénes son las Personas Mayores*. <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
- Suárez Suárez, D. I. (2021). *Factores que influyen en el estilo de vida de los adultos mayores en la ciudadela Virgen Del Carmen–Santa Elena 2021* (Tesis). Universidad Estatal Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6459>
- Scott, J. W. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053–1075. <https://doi.org/10.2307/1864376>

- Tangarife Durango, D., & Sepulveda Rojas, J. A. (2024). *De la pérdida a la esperanza: experiencias de duelo anticipativo y la resignificación del sentido de vida*.
- UN Women. (2020). *Women and girls left behind: Glaring gaps in pandemic responses*.
<https://www.unwomen.org/>
- Valle Martínez, M. A. (2018). *La vejez*. ISBN 978-99964-0-752-9.
- Vanessa Herrera, V. G. (2024). *Características del trabajo de la mujer del área rural en la cadena de maíz suave en la provincia de Bolívar en los años 2019 y 2021* (Tesis de maestría, FLACSO Uruguay).
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156–182.
<https://doi.org/10.2300/2136750>
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 282–304.
<https://doi.org/10.2300/2136961>
- Vlassoff, C. (2007). Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 25(1), 47–61.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013263/>
- Webster Orellana, Z. I. (2022). *Calidad de vida del adulto mayor: Una visión desde las determinantes del desarrollo humano sostenible* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
<https://tzibalnaah.unah.edu.hn/handle/123456789/18414>

- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- Wiles, J. L., Wild, K., Kerse, N., & Allen, R. E. S. (2012). Resilience from the point of view of older people: “There’s still life beyond a funny knee.” *Social Science & Medicine*, 74(3), 416–424. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.005>
- Wong, R., & Palloni, A. (2009). Aging in Mexico and Latin America. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 231–252). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3_11
- World Health Organization. (2021). *Decade of Healthy Ageing: Baseline report*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Yıldırım, A., & Avci, I. (2025). Prevalence and quality of life impact urinary incontinence in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 51(3), 45–53.
<https://doi.org/10.38079/igusabder.1546274>

18. Anexo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Área Académica de Gerontología
Department of Gerontology

30 de mayo de 2023
ICSa.GER.JEF/349/2023
Asunto: el que se indica

DRA. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
PRESENTE

Sea este el medio para enviar a usted un cordial saludo.

El motivo del presente, con fundamento en el artículo 127 del Estatuto General de la UAEH, informo a usted que la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo cuenta con la facultad de hacer uso de la base de datos de la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) del estado de Hidalgo, con fines de investigación, con base en lo estipulado en el contrato realizado con los Servicios de Salud del Estado d Hidalgo y el Centro de Nacional de Programas Preventivos y el Control de Enfermedades0. De esta manera, es factible su uso para el proyecto de investigación "Género y el perfil bio-psico-sociocultural de las personas adultas mayores en el estado de Hidalgo, de la alumna Tovar Olvera Esmeralda Guadalupe.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"



DRA. MARÍA DEL REFUGIO ACUÑA GURROLA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA
CHAIR OF THE DEPARTAMENTO OF GERONTOLOGY

c.c.p. Archivo



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan. San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4315,4314
gerontologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx