

## El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano

CARLOS A. REYES-ORTIZ, M.D., PH.D.<sup>1</sup>, MARÍA E. CAMACHO, M.D.<sup>2</sup>, KARL ESCHBACH, PH.D.<sup>3</sup>, KYRIAKOS S. MARKIDES, PH.D.<sup>4</sup>

### RESUMEN

En este artículo se discute el papel de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos méjico-americanos del estudio EPESE (*Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*) hispano. La paradoja epidemiológica consiste en que, a pesar de estar en desventaja socioeconómica, los ancianos hispanos tienen mortalidad relativamente menor que los ancianos de raza blanca. Esto es especialmente cierto cuando el anciano vive en los vecindarios donde hay un porcentaje alto de méjico-americanos. La familia también juega un papel importante en estos ancianos al disminuir el riesgo de institucionalización o de morbilidad. Asimismo, el estrés originado en problemas económicos o al depender económicamente de la familia, habiendo inmigrado en edades tardías, puede sobrepasar la capacidad de amortiguamiento del estrés y afectar la salud del anciano méjico-americano.

*Palabras clave:* EPESE hispano; Ancianos méjico-americanos; Familia; Vecindario; Estrés; Soporte.

*Family and neighborhood context for health of older adults in the Hispanic EPESE study*

### SUMMARY

In this article, the roles of the family and the neighborhood on the health of Mexican American older people of the Hispanic EPESE (*Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*) are discussed. The epidemiologic paradox consists on, in spite of socioeconomic disadvantage; Hispanic older people have a relatively low mortality than white older people. This is especially true when the older people live in neighborhoods with high percentages of Mexican Americans. The family has also an important role in these older people for decreasing the risk of institutionalization or morbidity. On the other hand, stress from economic problems or family dependency among older Mexican immigrants can overcome capacity for coping stress, this may affect the health of Mexican American older people.

*Key words:* Hispanic EPESE; Older Mexican Americans; Family; Neighborhood; Stress; Support.

Los ancianos hispanos son el grupo de crecimiento más acelerado dentro de los grupos de ancianos americanos. El estudio EPESE (*Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*) hispano es el más nuevo de los estudios EPESE en los Estados Unidos, que se fundó en 1992 con el apoyo del Instituto Nacional del Envejecimiento, mientras, los otros EPESE empezaron desde los años 1980 en el este de Boston, en New Haven,

en Carolina del Norte y en el área rural de Iowa, e incluían ancianos de raza blanca y negra<sup>1</sup>. El estudio EPESE hispano cubrió la población de ancianos méjico-americanos de los estados del suroeste del país: California, Arizona, Nuevo México, Colorado y Texas. Aproximadamente 85% de los ancianos méjico-americanos viven en estos 5 estados, y los hallazgos del estudio se pueden generalizar para una población de 500,000 ancianos de ascendencia

1. Profesor Asistente y Científico Investigador, División de Geriátría, División de Ciencias de Rehabilitación, Universidad de Texas Medical Branch, Galveston, Texas, USA. e-mail: careyeso@utmb.edu
2. Profesor Asistente, División de Geriátría, Centro de Envejecimiento Sealy, Universidad de Texas Medical Branch, Galveston, Texas. e-mail: mecamach@utmb.edu
3. Profesor Asociado, División de Geriátría, Centro de Envejecimiento Sealy, Universidad de Texas Medical Branch, Galveston, Texas. e-mail: kaeschba@utmb.edu
4. Profesor Titular, Centro de Envejecimiento Sealy, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Comunitaria, Universidad de Texas Medical Branch, Galveston, Texas. e-mail: kmarkide@utmb.edu

Recibido para publicación febrero 21, 2005      Aceptado para publicación marzo 31, 2006

mejicana. Los datos, entrevistas y exámenes se empezaron a recolectar durante 1993-1994 e incluyen un total de 3,050 ancianos, que han tenido 3 seguimientos a los 2, 5 y 7 años.<sup>1</sup>

## LA PARADOJA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS HISPANOS

Los hispanos se dividen en mejicanos (58%), cubanos (10%), puertorriqueños (4%) y otros (28%). De los tres mayores grupos hispanos, los puertorriqueños tienen las tasas de mortalidad ajustadas por edad más altas y los cubanos las más bajas<sup>1</sup>. La «paradoja epidemiológica» consiste en que los hispanos (excepto los cubanos) están en desventaja socioeconómica (altos índices de pobreza) y presentan mayor prevalencia de morbilidad pero tienen una mortalidad global favorable comparados con los americanos de raza blanca. La evidencia que sostiene esa ventaja de los hispanos, sobre todo en los de origen mejicano, proviene de varias fuentes como las estadísticas vitales, los estudios comunitarios con base en los datos del Índice de Mortalidad Nacional, los datos del Medicare unidos a las tarjetas de seguridad social, y en seguimientos de mortalidad en estudios regionales individuales de los Estados Unidos<sup>1-3</sup>.

Los hispanos tienen mortalidad baja en los cánceres más frecuentes como son pulmón, colon, mama y próstata, pero mortalidad más alta en cánceres de cérvix uterino, estómago e hígado. Si se comparan con otros grupos étnicos, los hispanos tienen prevalencia alta de diabetes, obesidad, hábito del cigarrillo y alcohol (en hombres, pero bajo en mujeres), prevalencia similar de hipertensión, porcentajes bajos de actividad física, pero en contraste tienen fuertes lazos familiares<sup>1-3</sup>. Para tratar de explicar esta «paradoja epidemiológica» (menor mortalidad global relativa) de los hispanos, se han planteado varias teorías:

- 1) la selección por migración, donde se dice que los más sanos han podido migrar;
- 2) fallas en los datos de mortalidad y errores en la clasificación de los grupos étnicos; y
- 3) el efecto positivo de prácticas culturales específicas, y del contexto social y familiar.

Esta última teoría es la que más fuerza ha tomado con los resultados de varios estudios.

## EL EFECTO DEL BARRIO EN LA SALUD DE LOS ANCIANOS AMERICANOS MEJICANOS

Algunos estudios han establecido que la desventaja socioeconómica que tienen los ancianos méjico-americanos se compensa (la paradoja hispana de mortalidad global baja) con la composición del barrio o vecindario donde viven<sup>4,5</sup>. Esto incluye que los vecindarios con alto porcentaje de hispanos ofrecen un mayor porcentaje de participación de fuerza laboral, estructuras familiares intactas, tenencia de vivienda, y estabilidad residencial cuando se comparan con vecindarios que tienen bajos porcentajes de hispanos. Por ejemplo, en un estudio se encontró que, comparados con los ancianos de origen mejicano que viven en vecindarios con bajo porcentaje de hispanos (<30%), los ancianos méjico-americanos que viven en vecindarios con alto porcentaje de hispanos ( $\geq 90\%$ ), tenían significativamente menor prevalencia de accidentes cerebro-vasculares (5.2% vs. 11.5%), cáncer (3.2% vs. 11.1%) y fractura de cadera (2.4% vs. 6.1%); además tenían menor mortalidad global después de 7 años de seguimiento (28.9% vs. 38.1%)<sup>3</sup>.

En otro estudio se encontró que ante cada nivel de estratificación de pobreza en el vecindario, los ancianos méjico-americanos que viven en vecindarios con alto porcentaje de hispanos presentan las tasas más bajas de puntajes en síntomas depresivos (escala de depresión CES-D=Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)<sup>5,6</sup>. Según lo anterior, el efecto del lugar donde se vive, o sea el vecindario, parece mitigar o mediar el efecto negativo de la pobreza sobre la salud en estas poblaciones de ancianos que vienen de México (Figura 1). Por el contrario, el vecindario con alto porcentaje de habitantes negros se ha informado como un factor negativo para la salud en las personas de raza negra en los Estados Unidos<sup>4</sup>.

## LA FAMILIA COMO SISTEMA DE APOYO DEL ANCIANO AMERICANO MEJICANO

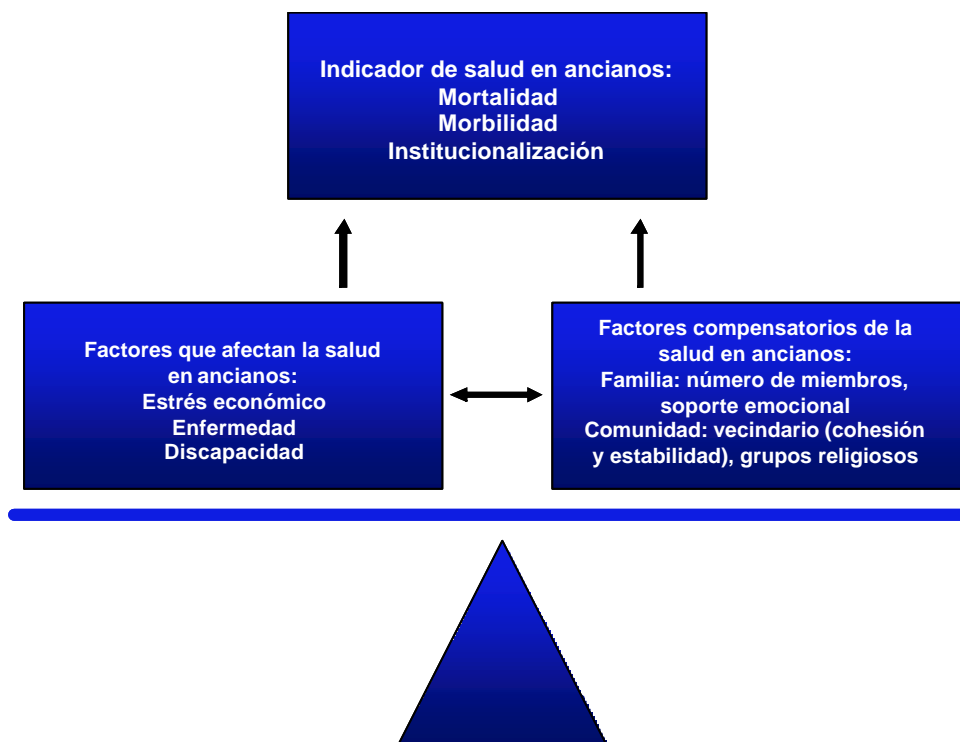
La familia méjico-americana tradicionalmente es más extensa, tiene más miembros viviendo juntos, que otros grupos étnicos en los Estados Unidos. En efecto, 21% de los ancianos del EPESE hispano viven solos, 41% viven con otra persona, 15% viven con 2 personas más, y 23% viven con 3 ó más personas. De ellos 55% refieren estar casados, 8% separados o divorciados, 32% viudos, y sólo

5% nunca se han casado<sup>1</sup>. La familia o la pareja de los ancianos méjico-americanos juegan un papel importante en amortiguar el efecto del estrés o la enfermedad y en la prevención de la institucionalización (Figura 1). Por ejemplo, el hecho de estar casado se asocia con menor riesgo de caídas, temor a caer, y declinación en las capacidades cognoscitivas en estos ancianos<sup>7-11</sup>. Adicionalmente, los que viven solos o que nunca han tenido hijos, están casi al doble de riesgo de ser institucionalizados si se comparan con los que viven acompañados (sean casados o no).

Asimismo, la familia sometida a un alto estrés psicosocial es vulnerable, puede presentar problemas relacionales, disfunción familiar, enfermedades sobre-agregadas y, cuando tiene ancianos o personas dependientes puede recurrir a su institucionalización<sup>12,13</sup>. Por ejemplo, los ancianos con déficit cognoscitivos severos o que tienen alto grado de dependencia en las actividades de vida diaria, también tienen alto riesgo de institucionalización<sup>13</sup>. Además, los ancianos pertenecientes a familias con grandes dificultades económicas, tienen peor auto-

percepción de la salud, y refieren mayores síntomas depresivos, y limitaciones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria<sup>14</sup>.

En esta población méjico-americana se ha estudiado el efecto del apoyo instrumental y emocional de la familia y los amigos<sup>15</sup>. Tener una persona con quien hablar acerca de sus asuntos más íntimos se asoció de manera significativa con tener un afecto positivo en la escala CES-D de depresión<sup>5</sup>. Compartir con un confidente tuvo mayor significancia que tener un mayor número de hijos cercanos, o tener personas en capacidad de ayudar al anciano en actividades de la vida diaria en caso necesario. Quienes residen en un vecindario donde hay un porcentaje mayor de personas de su mismo grupo étnico, mostraron menor ocurrencia de síntomas depresivos altos en esta población. El soporte emocional de individuos cercanos puede ser una de las explicaciones para la menor ocurrencia de síntomas depresivos altos e implica la necesidad de comunicarse en su idioma. Aunque muchos de los ancianos de ascendencia mejicana son bilingües, en el estudio EPESE



**Figura 1. Mediadores del efecto del estrés en los ancianos méjico-americanos.** El estrés económico, la enfermedad o la discapacidad cuando afecta al anciano puede conducir a morbilidad, mortalidad o institucionalización; sin embargo la familia, el vecindario y otros grupos comunitarios pueden ayudar a compensar ese estrés para disminuir su efecto potencialmente deletéreo.

hispano 77.8 % eligieron responder a la entrevista en español<sup>15</sup>.

### **EDAD DE MIGRACIÓN Y DEPENDENCIA DE LA FAMILIA DE AMERICANOS MEJICANOS**

Aunque casi todos los ancianos del estudio EPESE hispano, emigraron en edades jóvenes, muchos de ellos lo han hecho a edades avanzadas. Mientras los adultos emigran generalmente para encontrar mejores oportunidades de empleo, los mayores de 50 años emigran por seguir a sus hijos o nietos que ya están en los Estados Unidos, es decir, la decisión de emigrar no es generalmente del adulto mayor sino que él o ella se convierten en inmigrantes involuntarios<sup>16,17</sup>.

Según los resultados del estudio EPESE hispano, los inmigrantes mejicanos a una edad avanzada, después de los 50 años, son dependientes de sus familias desde el punto de vista económico. Esto es porque vienen con muy pocos recursos, tienen pocas oportunidades y poco tiempo para ahorrar para su retiro, y esta dependencia puede ser en muchos casos permanente. Estos inmigrantes mayores encuentran también la barrera del idioma y el trauma cultural asociado con la migración, entonces se quedan marginados, en un grado u otro, de la nueva cultura y sus instituciones<sup>16,17</sup>.

Estos problemas se agravan en muchos casos cuando el inmigrante de edad avanzada ya sufre de enfermedades y tiene una salud precaria. Por ejemplo, más de 60% de quienes inmigraron ya habiendo alcanzado los 50 años, indican que no están por entero satisfechos con la vida, cifra mayor a la de los que eran más jóvenes (entre 20 y 49 años) cuando llegaron a los Estados Unidos, quienes indican que 50% no están totalmente satisfechos con la vida. También, los inmigrantes mayores refieren niveles más altos de salud regular o pobre (70%), tienen niveles más altos de síntomas depresivos (11%), y mayor limitación en actividades de la vida diaria (16%) si se comparan con los inmigrantes a edades menores (entre 20 y 49 años) quienes presentan menores porcentajes (60%, 10%, y 11%, respectivamente). Otros problemas de salud que afectan a los adultos mayores inmigrantes son altos porcentajes de diabetes, obesidad, y de sus consecuencias nocivas sobre la salud como problemas visuales o cardiocirculatorios<sup>16</sup>.

En los Estados Unidos, hay 3 fuentes principales de ingreso económico entre los ancianos, que son: las pensiones privadas, el seguro social (Social Security) y el ingreso de seguridad suplementario (ISS) (SSI=Supplemental

Security Income). Este último es el principal programa de ayuda para los ancianos desempleados que no califican suficientemente en el sistema para recibir los beneficios regulares con base en el salario.

En los Estados Unidos ciertos cambios en las políticas de inmigración han limitado más la cantidad de estos ingresos, pues incluso inmigrantes ancianos legales reciben menos dinero del seguro social suplementario federal ahora que hace unos años<sup>16,17</sup>. Otras fuentes de apoyo como las pensiones de origen privado y el seguro social también tienen limitaciones para esta población de inmigrantes. El problema es peor para las mujeres que para los hombres. Por ejemplo, en los hombres 94% entre las edades de 20 a 49 años, 71% de 50 años y más (nacidos en México), y 93% de los nativos de Estados Unidos reciben ingreso del seguro social, mientras que en las mujeres, sólo 83%, 54%, y 90%, respectivamente, reciben ingreso del seguro social. Por otro lado, en ancianos con pareja, el número de hijos en la familia se asocia positivamente ( $p<.01$ ) para recibir ISS, pero negativamente ( $p<.05$ ) para recibir pensión privada<sup>16,17</sup>. Para las familias en tiempos de crisis, la situación puede ser de mayores consecuencias sobre todo porque pueden tener a la vez niños y ancianos dependientes para responder por ellos.

### **OTROS SISTEMAS DE SOPORTE PARA EL ANCIANO AMERICANO MEJICANO Y SU FAMILIA**

Alternativamente, en la comunidad puede haber otros sistemas de soporte como los grupos religiosos, que podrían compensar también el efecto deletéreo del estrés sobre el anciano o su familia. Por ejemplo, el anciano que va poco a la iglesia (algunas veces al año, nunca o casi nunca) tiene mayor riesgo de institucionalización, discapacidad, temor a caer y declinación cognoscitiva, si se compara con el que va con frecuencia a la iglesia (una o más veces por semana)<sup>9,10,13,18</sup>. En estos casos puede existir una combinación del efecto en la espiritualidad (ejemplo, oración personal o de grupo que a la vez se asocia con beneficios para la salud) y el efecto del soporte emocional o social que brindan los grupos religiosos en la comunidad donde pertenecen el anciano y su familia<sup>19,20</sup>.

En conclusión, la familia y el vecindario juegan un papel crucial en la salud de los ancianos méjico-americanos. Esta experiencia se puede aplicar, por lo menos en parte, a ancianos de Colombia y de otros países latinoame-

ricos. Una tarea importante del médico familiar es identificar los recursos que existen en la familia o en la comunidad donde vive el anciano, y determinar las necesidades de auxilio material, afectivo, social o espiritual para el mantenimiento de su salud.

## REFERENCIAS

1. Markides KS, Rudkin L, Angel RJ, Espino DV. Health status of Hispanic elderly in the United States. *En: Martin L, Soldo B (eds.). Racial and ethnic differences in the health of older Americans.* Washington: National Academy Press; 1997.
2. Markides KS, Coreil J. The health of Southwestern Hispanics: an epidemiological paradox. *Public Health Rep* 1986; 101: 253-265.
3. Markides KS, Eschbach K. Aging, migration and mortality: current status of research on the Hispanic paradox. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005; 60 (Spec N°2): 68-75.
4. Eschbach K, Ostir GV, Patel KV, Markides KS, Goodwin JS. Neighborhood environment and mortality among older Mexican Americans: Is there a barrio advantage? *Am J Public Health* 2004; 94: 1807-1812.
5. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
6. Ostir GV, Eschbach K, Markides KS, Goodwin JS. Neighborhood composition and depressive symptoms among older Mexican Americans. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 987-992.
7. Reyes-Ortiz C, Al Snih S, Loera J, Ray L, Markides KS. Risk factors for falling in older Mexican Americans. *Ethn Dis* 2004; 14: 417-422.
8. Reyes-Ortiz, CA, Al Snih S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Rev Pan Salud Publica* 2005; 17: 362-369.
9. Reyes-Ortiz CA, Loera J, Camacho ME, Markides KS. Lower body function and fear of falling in older Mexican Americans (Abstract). *J Am Geriatr Soc* 2004; 52 (Suppl): 134.
10. Reyes-Ortiz CA, Ayele H, Mulligan T, Espino DV, Berges IM, Markides KS. Higher church attendance predicts lower fear of falling in older Mexican Americans. *Aging Ment Health* 2006; 10: 13-18.
11. Reyes-Ortiz CA, Kuo YF, DiNuzzo AR, Ray LA, Raji MA, Markides KS. Near vision impairment predicts cognitive decline: Data from the Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 681-686.
12. Arias L, Herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario en salud. *Colomb Med* 1994; 25: 26-28.
13. Angel JL, Angel RL, Aranda MP, Miles TP. Can the family still cope? Social supports and health as determinants of nursing home use in the older Mexican-origin population. *J Aging Health* 2004; 16: 338-354.
14. Angel RJ, Frisco M, Angel JL, Chiriboga DA. Financial strain and health among elderly Mexican-origin individuals. *J Health Soc Behavior* 2003; 44: 536-551.
15. Camacho ME, Al Snih S, Raji MA, Ray LA, Ostir GV, Goodwin JS. The effect of having a confidant and a peer group support on the emotional well-being of elder Mexican Americans (Abstract). *Gerontologist* 2004; 44 (Special Issue I): 306-307.
16. Angel RJ, Angel JL, Markides KS. Salud física de los Mexicanos migrantes mayores en los Estados Unidos. *En: Salgado Snyder VN de, Wong R (eds). Envejeciendo en la pobreza.* México: Instituto Nacional de Salud Pública; p. 153-172.
17. Angel RJ, Angel JL, Lee GY, Markides KS. Age at migration and family dependency among older Mexican immigrants: Recent evidence from the Mexican American EPESE. *Gerontologist* 1999; 39: 59-65.
18. Reyes-Ortiz CA, Berges IM, Raji MA, Kuo Y-F, Markides KS. Frequent church attendance is associated with less cognitive decline in older Mexican Americans (Abstract). *J Am Geriatr Soc* 2005; 53 (Suppl): 31.
19. Reyes-Ortiz CA. Importancia de la religión en los ancianos. *Colomb Med* 1998; 29: 155-157.
20. Reyes-Ortiz CA, Hincapie M, Herrera JA, Moyano PA. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. Cali, 2001-2002. *Colomb Med* 2004; 35: 199-204.

