



Inequidades raciales e indicadores biopsicosociales en las personas mayores*


Alisson Fernandes Bolina¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1364-0176>


Nayara Gomes Nunes Oliveira²

 <https://orcid.org/0000-0003-4170-8761>

Paulo Henrique Fernandes dos Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4533-0129>

Darlene Mara dos Santos Tavares^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-9565-0476>

Destacados: **(1)** La autodeclaración de color/raza blanca predominó entre las personas mayores. **(2)** El color/raza negra fue un factor de protección para la autoevaluación de la salud negativa. **(3)** El color/raza negra fue un factor de protección para la indicación de síntomas depresivos. **(4)** El color/raza negra se asoció con el puntaje más alto de apoyo social. **(5)** El color/raza negra se asoció con el menor número de morbilidades.

Objetivo: analizar la asociación del color de piel/raza autoinformado con indicadores biopsicosociales de personas mayores. **Método:** estudio transversal realizado con 941 adultos mayores de una comunidad en una microrregión de salud en Brasil. Los datos fueron recolectados en residencia y con instrumentos validados en el país. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística binaria, multinomial y lineal ($p < 0,05$). **Resultados:** la autodeclaración de color/raza blanca predominó entre los adultos mayores (63,8%). El color/raza negra fue un factor de protección para la autoevaluación de la salud mala (OR=0,40) y regular (OR=0,44) y para el indicativo de síntomas depresivos (OR=0,43); y se asoció con el puntaje más alto de apoyo social ($\beta=3,60$) y el menor número de morbilidades ($\beta=-0,78$). **Conclusión:** los hallazgos muestran que, independientemente de las características sociodemográficas y económicas, las personas mayores de color/raza negra tuvieron los mejores resultados de los indicadores biopsicosociales.

Descriptor: Anciano; Salud del Anciano; Disparidades en el Estado de Salud; Distribución por Etnia; Factores Raciales; Enfermería Geriátrica.





* Apoyo Financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), APQ n. 407978/2016-0 y de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), APQ n. 0189417, Brasil.

¹ Universidade de Brasília, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Uberaba, MG, Brasil.

³ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) 1D, Brasil.

Cómo citar este artículo

Bolina AF, Oliveira NGN, Santos PHF, Tavares DMS. Racial inequities and biopsychosocial indicators in older adults. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3514. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5634.3514>

Introducción

En Brasil, con base en el censo demográfico de 1991, el *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE) adoptó el criterio de autoclasificación según color de piel/raza en cinco categorías: blanca, negra, parda, indígena y amarilla⁽¹⁾. La composición racial de la población de personas mayores en el país ha ido cambiando a lo largo de los años. En 2000, el 61,7% de los adultos mayores brasileños se declararon blancos, el 29,5% pardos y el 6,9% negros⁽²⁾ y, en 2015, hubo una disminución en la proporción de adultos mayores de color/raza blanca (52,2%) y un aumento de los pardos (37,4%) y negros (9,2%)⁽¹⁾. Sin embargo, los cambios que se han producido en el país en los ámbitos económico, político y sanitario aún no han mitigado las desigualdades en las condiciones de salud de los grupos raciales de adultos mayores brasileños⁽³⁻⁴⁾.

Las inequidades raciales en salud son el resultado de hábitos de vida inadecuados y del acceso a los recursos sociales y de salud⁽³⁻⁵⁾. En este contexto, el color/raza es visto como un marcador de posición social⁽⁴⁾ que se refleja en la distinta distribución del riesgo, en la protección y en los peligros para la salud que se acumulan a lo largo de la vida⁽³⁾.

A pesar de la evidencia de que las condiciones de salud y sociales difieren entre los adultos mayores según el color/raza^(3-4,6-8), existe controversia sobre si los cambios en los indicadores biopsicosociales están directamente asociados con cuestiones raciales⁽⁹⁾. Estos indicadores se utilizan comúnmente en la evaluación de la salud de las personas mayores e involucran características sociodemográficas y económicas^(3,5,6-8), condiciones de salud, como la presencia de fragilidad⁽¹⁰⁾, polimorbilidad^(3,5,6-8), indicativo de síntomas depresivos^(3,8), incapacidad funcional⁽⁵⁻⁶⁾ y bajo rendimiento físico⁽⁶⁻⁷⁾, además de autoevaluación de la salud⁽³⁾ y redes de apoyo social⁽⁸⁾.

En encuestas nacionales⁽³⁻⁴⁾ e internacionales⁽⁶⁻⁸⁾, se observó que las condiciones sociales y de salud diferían entre los adultos mayores blancos, pardos y negros. Sin embargo, en otros estudios se encontró, independientemente de las diferencias sociodemográficas y económicas y del contexto en el que se insertan los individuos, que las inequidades en salud no pueden atribuirse directamente al color/raza⁽⁹⁾. En esta perspectiva, se buscó investigar este tema, con el objetivo de ampliar el conocimiento y subsidiar la práctica clínica en el cuidado de personas mayores.

Cabe señalar que las disparidades de salud étnicas o raciales en las personas mayores se han estudiado ampliamente en países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos (EE. UU.)⁽¹¹⁾. Si bien Brasil es una nación con diversidad étnico-racial, el conocimiento científico sobre indicadores biopsicosociales entre

personas mayores de origen racial es aún incipiente⁽³⁻⁴⁾, lo que dificulta comprender la influencia de las inequidades raciales en esta etapa de la vida.

Así, el objetivo fue analizar la asociación del color de piel/raza autoinformada con los indicadores biopsicosociales de las personas mayores.

Método

Diseño del estudio

Encuesta domiciliaria, analítica y transversal realizada en el área urbana de una microrregión de salud en el estado de Minas Gerais ubicado en el suroeste de Brasil. Este estudio fue desarrollado de acuerdo con las pautas del *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys guidelines and Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudios transversales⁽¹²⁾.

Población y muestra

La población estuvo constituida por personas de 60 años o más residentes en el área urbana. Para definir la muestra se utilizó la técnica de muestreo por conglomerados de etapas múltiples. Para ello, se consideró el coeficiente de determinación $R^2 = 0,02$ en un modelo de regresión lineal múltiple con 12 predictores, con un nivel de significancia o error tipo I de $\alpha = 0,05$ y error tipo II de $\beta = 0,2$, resultando así un poder estadístico apriorístico del 80%. Utilizando la aplicación *Power Analysis and Sample Size*® (PASS®), versión 13, se introdujeron los valores descritos anteriormente y se obtuvo un tamaño de muestra de al menos 798 adultos mayores. A este valor muestral se le agregó un porcentaje del 20% considerando la posibilidad de pérdida muestral, totalizando 956 el número final de intentos de entrevista.

Como criterios de inclusión se definieron: tener 60 años o más y vivir en el área urbana de la microrregión de salud de Minas Gerais, Brasil. Se excluyeron los adultos mayores con deterioro cognitivo, evaluados mediante el Mini Examen del Estado Mental (MEEM)⁽¹³⁾; con secuelas graves de accidente cerebrovascular; enfermedad de Parkinson autoinformada, grave o inestable; y/o con problemas de comunicación como sordera, no corregidos por dispositivos y trastornos severos del habla. Se reclutó a un total de 956 adultos mayores, de los cuales 15 presentaban deterioro cognitivo. Así, la muestra final del estudio estuvo formada por 941 personas mayores.

Recolección de datos

Los datos fueron recolectados en los hogares de los adultos mayores desde marzo de 2017 a junio de 2018 a través de entrevistas directas y pruebas de

desempeño físico utilizando instrumentos validados para la realidad brasileña, como se describe a continuación. Se seleccionaron diez entrevistadores del área de la salud que recibieron capacitación, calificación y abordaje sobre cuestiones éticas de la investigación. Es de destacar que los entrevistadores fueron capacitados por investigadores, miembros del Grupo de Investigación en Salud Colectiva, y se les dio seguimiento hasta que lograron demostrar las habilidades necesarias para aplicar los instrumentos utilizados en el presente estudio.

En un primer momento, los entrevistadores realizaron la evaluación cognitiva del adulto mayor, uno de los criterios de exclusión, mediante la aplicación del MEEM, considerando los puntos de corte: ≤ 13 para analfabetos, ≤ 18 para baja escolaridad (1 a 4 años incompletos) y media (4 a 8 años incompletos) y ≤ 26 para alta escolarización (≥ 8 años completos)⁽¹³⁾.

VARIABLES EXPLICATIVAS Y DE AJUSTE

Los datos sociodemográficos y económicos se obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, construido y ampliamente utilizado por los investigadores de este estudio, que incluye las siguientes informaciones: género (masculino y femenino); grupo etario, en años (60 a 69, 70 a 79 y 80 o más) y edad (variable numérica); estado civil (nunca se casó, casado, viudo y divorciado/separado); nivel de educación, en años de estudio (sin escolaridad, 1 a 3, 4 a 7 años y 8 o más) y escolaridad, en años de estudio (variable numérica); e ingreso individual mensual, en salarios mínimos (sin ingreso, hasta 1, 1 a 3, 4 y más).

VARIABLE INDEPENDIENTE - COLOR/RAZA

Se utilizó la clasificación de color de la piel/raza autoinformada (blanco, negro, pardo y amarillo) según lo definido en el censo demográfico del país⁽¹⁾. Los datos se obtuvieron a través de la pregunta: ¿Qué color de piel/raza te consideras que eres?

VARIABLES DEPENDIENTES - INDICADORES BIOPICOSOCIALES

El síndrome de fragilidad se evaluó utilizando los cinco componentes del fenotipo de fragilidad⁽¹⁴⁾: 1. Pérdida de peso involuntaria: evaluado por la pregunta: "¿En el último año, perdió más de 4,5 kg sin intención (es decir, sin dieta o ejercicio)?" 2. Disminución de la fuerza muscular: verificado en base a la fuerza de agarre manual (HGS) utilizando un dinamómetro hidráulico manual. Se obtuvieron tres medidas, presentadas en kilogramos/fuerza (kgf) con un intervalo de un minuto entre ellas, considerando el valor medio. Se adoptaron los puntos de corte ajustados por sexo e índice de masa corporal

(IMC): hombres (IMC $\leq 24,0$ y HGS $\leq 29,0$; IMC 24,1 – 26,0 y HGS $\leq 30,0$; IMC 26,1 – 28,0 y HGS $\leq 30,0$; IMC $> 28,0$ y HGS $\leq 32,0$) y mujeres (IMC $\leq 23,0$ y HGS $\leq 17,0$; IMC 23,1-26,0 y HGS $\leq 17,3$; IMC 26,1 – 29,0 y HGS $\leq 18,0$; IMC $> 29,0$ y HGS $\leq 21,0$)⁽¹⁴⁾; 3. El autoinforme de agotamiento y/o fatiga se midió mediante dos preguntas (ítems 7 y 20) de la versión brasileña de la escala de depresión del *Center for Epidemiologic Studies*. Los adultos mayores con puntajes de dos o tres en cualquiera de las preguntas cumplieron con el criterio de fragilidad para este ítem⁽¹⁵⁾; 4. Lentitud en la velocidad de la marcha: se consideró el tiempo de marcha (en segundos). El adulto mayor caminó una distancia total de 8,6 m, no considerándose los 2 m iniciales y los 2 m finales para el cálculo del tiempo de marcha. Se tomaron tres medidas, considerando el valor medio. Para ello se utilizó como estándar el cronómetro profesional Vollo®, modelo VL-1809, y se consideraron los puntos de corte ajustados por sexo y talla, siendo para hombres (Talla ≥ 173 cm y Tiempo ≥ 7 s; Talla > 173 cm Tiempo ≥ 6 s) y para mujeres (Altura ≥ 159 cm y Tiempo ≥ 7 s; Altura > 159 cm y Tiempo ≥ 6 s)⁽¹⁴⁾; 5. Bajo nivel de actividad física: medido por el gasto energético semanal en Kcal y medido por intermedio de la versión larga del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), adaptado para personas mayores⁽¹⁶⁾. La clasificación utilizada para este componente consideró activos a aquellos que dedicaron 150 minutos o más de actividad física semanal; y personas mayores inactivas que dedicaron de 0 a 149 min de actividad física semanal⁽¹⁷⁾. Los adultos mayores con tres o más de los ítems descritos anteriormente se clasifican como frágiles, aquellos con uno o dos ítems como prefrágiles y aquellos con todas las pruebas negativas como robustos o no frágiles⁽¹⁴⁾.

El número de morbilidades autoinformadas y autoevaluación de la salud se midió aplicando el instrumento desarrollado por los investigadores del estudio. La variable autoevaluación de la salud se clasificó en tres categorías: muy buena/buena, regular y mala/muy mala. El número de morbilidades se consideró una variable numérica.

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se midieron mediante el Índice de Katz, adaptado a la realidad brasileña y compuesto por seis ítems que miden el desempeño del individuo en actividades de autocuidado⁽¹⁸⁾. Para cada ítem, hay tres posibles respuestas, la primera y la segunda denota independencia y la tercera, dependencia⁽¹⁸⁾. Para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se utilizó la Escala de Lawton & Brody (1969), adaptada en Brasil⁽¹⁹⁾. Esta escala está compuesta por nueve ítems que tienen tres alternativas de respuesta para cada pregunta: independencia, necesidad de ayuda parcial y necesidad de ayuda completa/no puede realizar

la actividad. Con base en estos instrumentos, las personas mayores fueron clasificadas como independientes o dependientes para ABVD y AIVD.

Para medir el rendimiento físico se utilizó la versión brasileña de la *Short Physical Performance Battery* (SPPB), que consiste en la suma de los puntajes adquiridos en las pruebas de equilibrio, velocidad de marcha y pararse de una silla cinco veces consecutivas y con puntaje total que varía de 0 (discapacidad) a 12 (mejor desempeño), es decir, la puntuación más alta representa un mejor desempeño físico⁽²⁰⁾.

La sintomatología depresiva se evaluó mediante la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada, validada en Brasil, que consta de 15 preguntas y con una puntuación total que varía de 0 a 15 puntos⁽²¹⁾. La suma total de puntos superiores a 5 se consideró indicativa de síntomas depresivos⁽²¹⁾.

Para identificar la red y el apoyo social, se utilizó la Escala de Red y Apoyo Social traducida y validada en Brasil⁽²²⁾. La red social se midió mediante dos preguntas, entre ellas: "¿Con cuántos familiares te sientes cómodo y puedes hablar de casi cualquier cosa?" y "¿Con cuántos amigos te sientes cómodo y puedes hablar de casi cualquier cosa?". El apoyo social se mide por la frecuencia con la que la persona mayor cuenta con apoyo material, es decir, la provisión de recursos prácticos y materiales, como ayuda en el trabajo o asistencia económica; interacción social positiva/apoyo afectivo que refleje la posibilidad de contar con alguien que realice actividades de ocio y ofrezca demostraciones físicas de amor y afecto; y apoyo emocional/de información, que consiste en la capacidad de la red social para satisfacer las necesidades individuales en relación con los problemas emocionales y el hecho de que puede contar con personas para asesorar, informar y orientar⁽²²⁾. La puntuación final para cada una de las dimensiones oscila entre 20 y 100 puntos, y cuanto mayor es la puntuación, mejor es el nivel de apoyo social⁽²²⁾.

La independencia comunicativa se evaluó mediante la Escala de Evaluación Funcional de Habilidades Comunicativas (ASHA-FACS)⁽²³⁾ aplicada al cuidador/familiar y compuesta por cuatro dominios: Comunicación Social, relacionada con situaciones sociales que requieren interacción con el hablante; Comunicación de Necesidades Básicas, es decir, la reacción ante situaciones de necesidad y emergencia; Lectura, Escritura y Conceptos Numéricos, que consisten en la capacidad de las personas mayores para tomar un mensaje, identificar las etiquetas de los alimentos y/o completar pequeños formularios; y la Planificación Diaria, que involucra la noción de agenda a cumplir y citas, uso del teléfono y calendario⁽²³⁾. La ASHA-FACS se califica como una escala de siete puntos, que evalúa el desempeño de la comunicación a lo largo del "continuo" de independencia, en términos de los niveles de asistencia y/o preparación necesarios para la

comunicación⁽²⁴⁾. En esta graduación, siete significa que el individuo tiene un desempeño adecuado en el ítem, sin necesidad de asistencia alguna; seis - necesita asistencia mínima para un desempeño adecuado; cinco - asistencia mínima a moderada; cuatro - asistencia moderada; tres - asistencia moderada a máxima; dos - asistencia máxima; y uno - incapaz de cierto comportamiento, incluso con la máxima asistencia para ello. Al final, se calcula la media ponderada, alcanzando el valor medio de independencia comunicacional⁽²³⁾.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos se procesaron con doble entrada independiente y en hojas de cálculo electrónicas en el programa Excel®, las cuales fueron posteriormente comparadas, con el propósito de eliminar la posibilidad de errores mecanográficos. La base de datos final se exportó al paquete *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versión 22.0, para fines de análisis de datos.

El análisis estadístico descriptivo se realizó por distribución de frecuencias (absolutas y porcentuales) para las variables cualitativas y por medidas de dispersión y centralidad (media y desviación estándar) para las cuantitativas. Para analizar la asociación de color/raza con los indicadores biopsicosociales de los adultos mayores de la comunidad se utilizaron modelos de regresión lineal, regresión logística binaria o regresión multinomial, según la naturaleza de la variable dependiente. Posteriormente, estos modelos fueron ajustados por las variables: sexo, edad (años), estado civil, escolaridad (años de estudio) e ingresos mensuales individuales. Para todos los análisis se adoptó el nivel de significancia (α) del 5% y las pruebas consideradas significativas cuando $p \leq \alpha$.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado el 9 de mayo de 2017 por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos, protocolo nº. 2.053.520. A las personas mayores se les presentaron los objetivos y el Formulario de Consentimiento Libre e Informado, y se les proporcionó la información pertinente. Luego del consentimiento de la persona mayor y firma del referido Término, la entrevista se realizó siguiendo los preceptos establecidos por la Resolución 466/12 del Ministerio de Salud.

Resultados

Del número total de participantes del estudio ($n=941$), se encontró que la mayoría de los adultos mayores se autodeclararon como blancos (63,8%), seguidos por los pardos (25,3%) y negros (10,9%).

Como se muestra en la Tabla 1, los porcentajes más altos de personas mayores blancas, pardas y negras fueron mujeres, con edades entre 70 y 79 años, casadas, con 4 a 7 años de escolaridad e ingresos individuales mensuales de hasta un salario mínimo.

Tabla 1 - Distribución de las características sociodemográficas y económicas según el color de piel/raza autodeclarada de los adultos mayores residentes en la microrregión de salud (n=941). Microrregión de Salud de Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Variables	Color/raza							
	Blanca		Parda		Negra		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Femenino	411	68,5	157	66,0	61	59,2	629	66,8
Masculino	189	31,5	81	34,0	42	40,8	312	31,2
Grupo etario (en años)								
60 a 69	216	36,0	96	40,3	39	37,9	351	37,3
70 a 79	242	40,3	98	41,2	50	48,5	390	41,5
80 y más	142	23,7	44	18,5	14	13,6	200	21,2
Estado civil								
Nunca se casó	41	6,8	13	5,5	9	8,7	63	6,7
Casado(a)	260	43,3	103	43,3	41	39,8	404	42,9
Viudo(a)	240	40,0	92	38,7	37	35,9	369	39,2
Divorciado(a)	59	9,8	30	12,6	16	15,5	105	11,2
Escolaridad (en años)								
Ninguno	76	12,7	60	25,2	31	30,1	167	17,8
1 a 3	137	22,8	56	23,5	26	25,2	219	23,3
4 a 7	229	38,2	94	39,5	36	35,0	359	38,1
8 y más	158	26,3	28	11,8	10	9,7	196	20,8
Ingreso individual mensual¹								
sin ingresos	32	5,3	13	5,5	6	5,8	51	5,4
hasta 1 salario	296	49,3	131	55,0	59	57,3	486	51,6
1 a 3	226	37,7	88	37,0	34	33,0	348	37,0
4 y más	46	7,7	6	2,5	4	3,9	56	6,0

*Salario mínimo vigente en el período de recolección de datos: 2017 (BRL 937,00) y 2018 (BRL 954,00)

En la Tabla 2 se muestra la distribución de las frecuencias absolutas y relativas, del promedio y de la desviación estándar de los indicadores biopsicosociales de los adultos mayores que viven en la microrregión de salud (MG) según el color de piel/raza autodeclarada.

Tabla 2 - Distribución de indicadores biopsicosociales de adultos mayores residentes en la microrregión de salud (n=941) según el color de piel/raza autodeclarado. Microrregión de Salud de Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Indicadores biopsicosociales	Color/raza		
	Blanca	Parda	Negra
	n*(%)/promedio(SD) [†]	n*(%)/promedio (SD) [†]	n*(%)/promedio(SD) [†]
Condición de fragilidad			
Frágil	155 (25,8%)	48 (20,2%)	29 (28,2%)
Prefrágil	279 (46,5%)	119 (50,0%)	38 (36,9)
No frágil	166 (27,7%)	71 (29,8%)	36 (35,0)
Autoevaluación de la salud			
Muy mala/mala	97 (16,2%)	45 (18,9%)	13 (12,6%)
Regular	246 (41,0%)	87 (36,6%)	31 (30,1%)
Buena/óptima	257 (42,8%)	106 (44,5%)	59 (57,3%)

(continúa en la página siguiente...)

Indicadores biopsicosociales	Color/raza		
	Blanca n*(%) [†] /promedio(SD) [‡]	Parda n*(%) [†] /promedio (SD) [‡]	Negra n*(%) [†] /promedio(SD) [‡]
Número de morbilidades	6,50 (± 3,38)	6,83 (± 3,46)	5,72 (± 3,30)
ABVD[§]			
Dependiente	42 (7,0%)	19 (8,0%)	6 (5,8%)
Independiente	558 (93,0%)	219 (92,0%)	97 (94,2%)
AIVD			
Dependiente	449 (74,8%)	177 (74,4%)	74 (71,8%)
Independiente	151 (25,2%)	61 (25,6%)	29 (28,2%)
Desempeño físico	8,00 (± 3,24)	8,32 (± 3,06)	8,17 (± 3,27)
Indicativo de síntomas depresivos			
Sí	147 (24,5%)	63 (26,5%)	103 (13,6%)
No	453 (75,5%)	175 (73,5%)	89 (86,4%)
Independencia de comunicación	6,46 (± 0,78)	6,36 (± 0,74)	6,31 (± 0,78)
Apoyo social	88,02 (± 16,88)	87,76 (± 17,39)	90,15 (± 14,64)
Rede social	5,07 (± 4,70)	5,40 (± 5,07)	4,83 (± 4,48)

*n = Frecuencia absoluta; % = Frecuencia porcentual; ‡SD = Desviación estándar; §ABVD = Actividades básicas de la vida diaria; ||AIVD = Actividades instrumentales de la vida diaria

Se encontró que el color negro/raza se consolidó como un factor protector para la autoevaluación de salud muy mala/mala (OR: 0,40; IC: 0,20-0,78) y regular (OR: 0,44; IC: 0,27-0,72) y para el indicativo de síntomas depresivos (OR: 0,43; IC: 0,23-0,79) después del ajuste por variables posibles de confusión. Además, se identificó

que el color/raza negra se asoció con el puntaje más alto de apoyo social (β : 3,60; IC: 0,07-7,14) y el menor número de morbilidades (β : -0,78; IC: -1,47- -0,08) independientemente del sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad y los ingresos mensuales individuales (Tabla 3).

Tabla 3 - Modelos de regresión bruta y ajustada de la asociación de color de piel/raza con los indicadores biopsicosociales autoinformados de adultos mayores residentes en la microrregión de salud (n=941). Microrregión de Salud de Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Indicadores biopsicosociales	Análisis regresión bruta		Análisis regresión ajustada*	
	Color/raza		Color/raza	
	Parda β^{\dagger} /OR [‡] (IC) [§]	Negra β^{\dagger} /OR [‡] (IC) [§]	Parda β^{\dagger} /OR [‡] (IC) [§]	Negra β^{\dagger} /OR [‡] (IC) [§]
Síndrome de fragilidad				
Frágil	0,72 (0,47-1,11)	0,86 (0,51-1,47)	0,67 (0,42-1,07)	0,91 (0,50-1,65)
Prefrágil	0,99 (0,70-1,42)	0,63 (0,38-1,03)	0,96 (0,66-1,38)	0,61 (0,37-1,03)
No frágil	1	1	1	1
Autoevaluación de la salud				
Muy mala/mala	1,12 (0,74-1,77)	0,58 (0,31-1,11)	0,85 (0,54-1,32)	0,40 (0,20-0,78)
Regular	0,86 (0,62-1,20)	0,55 (0,34-0,88)	0,72 (0,51-1,02)	0,44 (0,27-0,72)
Buena/óptima	1	1	1	1
Número de morbilidades	0,33 (-0,17-0,84)	-0,78 (-1,49- -0,07)	0,22 (-0,28-0,72)	-0,78 (-1,47- -0,08)
ABVD[§]				
Dependiente	1,15 (0,66-2,03)	0,82 (0,34-1,99)	1,23 (0,68-2,22)	0,97 (0,39-2,40)
Independiente	1	1	1	1
AIVD^{**}				
Dependiente	0,98 (0,69-1,38)	0,86 (0,54-1,37)	0,91 (0,63-1,33)	0,85 (0,51-1,40)
Independiente	1	1	1	1
Desempeño físico	0,31 (-0,17-0,79)	0,16 (-0,51-0,83)	0,26 (-0,21-0,72)	-0,01 (-0,65-0,64)

(continúa en la página siguiente...)

Indicadores biopsicosociales	Análisis regresión bruta		Análisis regresión ajustada*	
	Color/raza		Color/raza	
	Parda $\beta^1/OR^2(IC)^3$	Negra $\beta^1/OR^2(IC)^3$	Parda $\beta^1/OR^2(IC)^3$	Negra $\beta^1/OR^2(IC)^3$
Indicativo de síntomas depresivos				
Sí	1,11 (0,79–1,56)	0,48 (0,27–0,88) 	1,03 (0,71–1,45)	0,43 (0,23–0,79)
No	1	1	1	1
Independencia de comunicación	-0,09 (-0,21–0,02)	-0,15 (-0,31–0,01)	0,00 (-0,10–0,11)	-0,038 (-0,19–0,11)
Apoyo social	-0,25 (-2,77–2,27)	2,13 (-1,38–5,64)	0,54 (-2,00–3,08)	3,60 (0,07–7,14)
Rede social	0,33 (-0,39–1,05)	-0,24 (-1,24–0,76)	0,49 (-0,24–1,22)	-0,09 (-1,11–0,92)

Categoría de referencia: color/raza blanca

*Análisis ajustado para las variables: sexo, edad, estado civil, escolaridad e ingresos; ¹ β = Coeficiente de regresión lineal; ²OR = Odds Ratio (regresión logística binaria o multinomial); ³IC = Intervalo de Confianza; ^{||}p < 0,05; ¹ABVD = Actividades básicas de la vida diaria; ²AIVD = Actividades instrumentales de la vida diaria

Discusión

Este estudio exploró la asociación del color de piel/raza autoinformada con indicadores biopsicosociales en una muestra representativa de personas mayores de la comunidad de una microrregión de salud en Minas Gerais, Brasil. Los hallazgos mostraron que: a) la mayoría de los adultos mayores se declararon a sí mismos como de color/raza blanca, seguida de parda y negra; b) el color/raza negra se consolidó como un factor de protección para la autoevaluación de salud muy mala/mala y regular y para el indicativo de síntomas depresivos, independientemente del sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad y de los ingresos; c) el color/raza negra también se asoció con un puntaje de apoyo social más alto y un número menor de morbilidades, incluso después del ajuste.

Según la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), la mayoría de la población en general en Brasil en 2018 se declaró parda (46,5%), seguida de blanca (43,1%), negra (8,3%) y amarilla o indígena (1,2%). Sin embargo, al analizar estos datos por grupos etarios, se encontró que, entre los brasileños mayores, la mayoría se autoreportó como de color/raza blanca (50,7%), seguida de parda (39,2%) y negra (8,8%)⁽²⁵⁾, lo que corrobora los hallazgos del estudio actual y demuestra una alineación muestral en relación con la población de adultos mayores en el país.

La tasa más alta de adultos mayores autodeclarados blancos está en línea con las estadísticas de mortalidad y esperanza de vida en el país, que muestran una mayor proporción de muerte prematura entre negros y pardos⁽³⁾. Dichos datos refuerzan las desigualdades raciales observadas en la sociedad brasileña, lo que hace que muchas personas negras no experimenten la vejez⁽²⁶⁾, especialmente aquellas en condiciones de vida, de salud y socioeconómicas desfavorables.

Como resultado, según un estudio realizado en EE. UU., En Pittsburgh y Memphis, las personas mayores que se declararon negras tenían tasas de supervivencia más bajas en comparación con los blancos⁽⁷⁾, lo que se traduciría en el sesgo de supervivencia de quienes forman parte de los grupos raciales más vulnerables⁽²⁷⁾, es decir, una muestra más selecta de adultos mayores negros sobrevivientes. De acuerdo con esta suposición, el estudio mencionado evidenció un porcentaje más bajo de adultos mayores negros y pardos de 80 años o más en comparación con los blancos. Con el fin de minimizar el efecto de confusión en el presente estudio, la asociación de color de piel/raza autoinformada con indicadores biopsicosociales se ajustó para la variable edad.

Además, otro dato que llamó la atención fue el mayor porcentaje de adultos mayores pardos y negros sin escolaridad en comparación con los blancos. Cabe señalar que la alfabetización en salud puede interferir con la autopercepción de la salud de las personas mayores de raza negra⁽¹¹⁾. Considerando que la educación es una de las causas de inequidad en salud entre los adultos mayores⁽³⁾, los análisis también se ajustaron por esta variable.

En la literatura mundial, se identificaron hallazgos contradictorios con respecto a la asociación de color/raza con los indicadores biopsicosociales de los adultos mayores^(11,28). Si, por un lado, investigaciones encontraron que las inequidades raciales observadas en el estado de salud permanecían independientes de las diversidades socioeconómicas y contextuales⁽¹¹⁾, por otro lado, evidencias mostraron que esta variable explicaba parcialmente los resultados analizados, con desigualdades socioeconómicas y/o el contexto social tuvieron un efecto más relevante en la salud de las personas mayores⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Independientemente del efecto directo de esta variable o en conjunto con los aspectos socioeconómicos, es fundamental considerar el color/raza para comprender

las inequidades en salud de la población de personas mayores en Brasil⁽²⁹⁾. En cuanto a los indicadores de autoevaluación de salud del presente estudio, se evidenció un resultado similar en una encuesta realizada con 3594 personas mayores en los EE. UU., que encontró que los negros tenían más probabilidades de tener una autoevaluación positiva de salud (excelente/muy buena/bueno) en comparación con hispanos y chinos ($p=0,015$)⁽³⁰⁾. En Sudáfrica, un estudio realizado con 3284 personas mayores también encontró que los participantes de color/raza blanca y parda tenían un peor estado de salud autoinformado en comparación con los negros africanos⁽¹¹⁾. Cabe señalar que Sudáfrica es un país desarrollado, con mucha más diversidad étnico-racial y cultural y con una población mayoritariamente negra⁽¹¹⁾.

En la literatura brasileña, por otro lado, los hallazgos previos son divergentes; mientras que algunos mostraron que los adultos mayores negros tenían una peor autoevaluación de salud en comparación con los blancos^(29,31), otro estudio no encontró asociación entre estas variables⁽³⁾. Se sabe que las diferencias raciales/étnicas y culturales pueden reflejarse en las medidas subjetivas autoinformadas de los adultos mayores^(27,32), como la autoevaluación de salud. Por lo tanto, esta medida puede no representar los mismos aspectos entre diferentes grupos raciales/étnicos y culturales, lo que hace que las diferencias en los hallazgos entre los estudios antes mencionados sean consistentes.

Algunos investigadores estadounidenses han promovido la teoría de que las personas negras, debido a la privación material y/o el racismo a lo largo de la vida, desarrollan ajustes más saludables para enfrentar las adversidades en relación con los blancos⁽³³⁻³⁴⁾. Es posible, por tanto, que el color/raza negra como factor de protección para la autoevaluación de salud muy mala/mala en el presente estudio esté relacionado con la mayor capacidad de afrontamiento de este grupo para afrontar los retos derivados de la senilidad y senescencia, adquiridos a lo largo de la vida.

Además, las personas mayores que forman parte de minorías raciales/étnicas, como los afroamericanos, tienden a maximizar los recursos y optimizar su bienestar⁽³⁵⁾, con un impacto positivo en la salud mental. Este dato es consistente con el presente estudio, ya que verificó que el color/raza negra demostró ser un factor de protección para el indicativo de síntomas depresivos. Un resultado similar se evidenció en un estudio de cohorte en Brasil, en el que la depresión fue menos prevalente entre los adultos mayores negros en comparación con los blancos ($p=0,013$)⁽³⁾. En un estudio de cohorte en los EE. UU., se observó que los adultos mayores negros tenían niveles más altos de síntomas depresivos en comparación con los blancos; sin embargo, en una situación de mayor

exposición crónica al estrés, era menos probable que las personas informaran estos síntomas en comparación con estos⁽³⁶⁾.

Es posible que las personas negras que han vivido situaciones de segregación, discriminación racial y/o privación económica a lo largo de su vida hayan desarrollado una resiliencia que, en consecuencia, representa un factor protector frente a la depresión en la vejez⁽³⁶⁻³⁷⁾.

En el actual estudio, el color/raza negra se asoció con un puntaje de apoyo social más alto, lo que puede explicarse por el mayor desarrollo de los atributos de cohesión social en comparación con la población blanca. Este hallazgo también puede entenderse como un ajuste o una respuesta adaptativa a una alta exposición a factores estresantes que resultan del racismo estructural^(33,37).

En este sentido, se ha investigado si el apoyo social influye en la salud de los adultos mayores negros. Un estudio desarrollado con hombres negros norteamericanos mostró que el apoyo social, cuando se evalúa individualmente, predice una mejor autoevaluación de salud. Sin embargo, cuando se evaluó colectivamente con otros recursos psicosociales (por ejemplo, optimismo, sentido de dominio y religiosidad), no mostró efectos protectores significativos⁽³⁸⁾. Cabe mencionar que el enfermero juega un papel importante en el cuidado de las personas mayores en la comunidad; por tanto, la red de apoyo social es uno de los aspectos que debe incluirse en la consulta de enfermería⁽³⁹⁾.

Además, se identificó una asociación de color/raza negra con el menor número de morbilidades, independientemente del sexo, edad, estado civil, escolaridad y rango de ingresos, la cual debe ser analizada cuidadosamente, ya que difiere de lo mostrado en la literatura. Una investigación con grupos de adultos mayores blancos y negros en Birmingham, Alabama, que tenían un diagnóstico de diabetes mellitus, no mostró diferencias significativas en la prevalencia de enfermedades crónicas entre los dos grupos raciales, a excepción de la hipertensión arterial sistémica⁽⁴⁰⁾.

A su vez, una investigación que analizó la relación entre color/raza con indicadores de salud de 18.684 adultos mayores brasileños, incluidos en la base de datos de la PNAD de 2008, encontró una alta prevalencia de enfermedades crónicas en aquellos que se autodeclararon negros en comparación con los blancos y pardos⁽²⁹⁾. Otra investigación, basada en datos del estudio SABE 2010 con una muestra de 1345 personas mayores, mostró que entre aquellos de color negro había una mayor prevalencia de hipertensión arterial sistémica (83%; $p=0,003$), diabetes mellitus (40,80%; $p=0,005$) y derrame/accidente vascular cerebral (18,7%; $p<0,001$),

que han sido identificadas como las principales causas de mortalidad en negros en Brasil⁽³⁾.

Los contrastes raciales en la presencia de morbilidades crónicas pueden estar relacionados con el hecho de que grupos de adultos mayores evaluados y distribuidos por raza/color están expuestos de manera desigual a varios factores de riesgo que influyen en la adopción de conductas saludables o que suponen un riesgo para la salud a lo largo de la vida, favoreciendo diferencias raciales en estimaciones de enfermedades crónicas. En este sentido, es posible que los adultos mayores autodeclarados como negros presenten un mayor número de morbilidades crónicas como consecuencia de que dichas condiciones se asocian con los grupos sociales más vulnerables⁽²⁹⁾.

Teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación, relacionados con la asociación del color/raza negra con el menor número de morbilidades, es importante resaltar que las personas mayores negras tienen mayor dificultad para acceder a los servicios de salud debido a barreras estructurales, aspectos sociales y económicos, así como el prejuicio cultural, étnico y racial, como se demostró en un estudio de revisión⁽⁴¹⁾. Por tanto, estas limitaciones de acceso pueden conducir a la falta de diagnóstico de patologías crónicas y, en consecuencia, influir en los resultados de las investigaciones que obtienen el número de morbilidades a través del autoinforme.

Cabe señalar que el sesgo de supervivencia de los adultos mayores negros puede representar una limitación potencial de la investigación actual y explicar parcialmente los hallazgos al identificar que el color/raza negra se asoció con mejores resultados relacionados con los indicadores biopsicosociales después del ajuste para sexo, edad, estado civil, escolaridad y rango de ingresos. Otra posible limitación se refiere al uso de medidas autoinformadas que pueden estar influenciadas por diferencias raciales/étnicas.

Los hallazgos de esta investigación refuerzan la necesidad de dirigir la mirada de los enfermeros y otros profesionales que laboran en el contexto de la atención primaria hacia las diferencias étnico-raciales y su impacto en los parámetros de salud de la población de adultos mayores que reside en la región de salud bajo su responsabilidad a través de seguimiento continuo del estado de salud de estas personas. Esta perspectiva favorece la atención integral y la prestación de acciones y servicios de manera equitativa, en línea con los principios del Sistema Único de Salud y la atención primaria. También se considera relevante incentivar la consolidación del registro de raza/color en los documentos del Sistema Único de Salud, incluyendo los Sistemas de Información en Salud⁽⁴⁾, permitiendo así el seguimiento de la situación de salud de las personas mayores en el país de acuerdo con los recortes raciales.

Conclusión

Al analizar la asociación de color de piel/raza autoinformada con los indicadores biopsicosociales de los adultos mayores, se encontró que el color/raza negra se consideró un factor protector para una peor autoevaluación de salud y para el indicativo de síntomas depresivos y se relacionó con el puntaje más alto de apoyo social y el menor número de morbilidades; independientemente de las características sociodemográficas y económicas.

Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. [Internet]. 2016 [Acesso 15 mai. 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios: Resultados do Universo. [Internet]. 2010 [acesso 15 mai. 2021]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
3. Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, et al. Racial inequities and aging: analysis of the 2010 cohort of the Health, Welfare and Aging Study (SABE). *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>
4. Romero DE, Maia L, Muzy J. Trend and inequality in the completeness of information on race/color in deaths of elderly in the Mortality Information System in Brazil, 2000 to 2015. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(12). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223218>
5. Dong L, Freedman VA, Sánchez BN, Mendes de Leon CF. Racial and Ethnic Differences in Disability Transitions Among Older Adults in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2019;74(3):406-11. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/gly052>
6. Brenner AB, Clarke PJ. Understanding Socioenvironmental Contributors to Racial and Ethnic Disparities in Disability Among Older Americans. *Res Aging.* 2018;40(2):103-30. doi: <https://doi.org/10.1177/0164027516681165>
7. Marron MM, Ives DG, Boudreau RM, Harris TB, Newman AB. Racial Differences in Cause-Specific Mortality Between Community-Dwelling Older Black and White Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(10):1980-6. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.15534>
8. Ghosh D, Dinda S. Determinants of the Quality of Life Among Elderly: Comparison Between China and India. *Int J Commun Soc Develop.* 2020;2(1). doi: <https://doi.org/10.1177/2516602620911835>

9. Baldwin MR, Sell JL, Heyden N, Javaid A, Berlin DA, Gonzalez WC, et al. Race, Ethnicity, Health Insurance, and Mortality in Older Survivors of Critical Illness. *Crit Care Med*. 2017;45(6):e583-91. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002313>
10. Tavares DMDS, Corrêa TAF, Dias FA, Ferreira PCDS, Pegorari MS. Frailty syndrome and socioeconomic and health characteristics among older adults. *Colomb Med (Cali)*. 2017;48(3):126-31. doi: <https://doi.org/10.25100/cm.v48i3.1978>
11. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K. Racial or Ethnic Health Disparities among Older Adults in Four Population Groups in South Africa. *Ann Glob Health*. 2018;84(1):7-13. doi: <https://doi.org/10.29024/aogh.13>
12. Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335(7624):806-8. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
14. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-156. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
15. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):598-605. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014>
16. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Application of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for evaluation of elderly women: concurrent validity and test-retest reproducibility. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2004;12(1):25-34. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v12i1.538>
17. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. [Internet]. 2010 [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241599979>
18. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro ST Filho, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
19. Santos RL, Virtuoso JS Júnior. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. *Rev Bras Promoc Saúde*. [Internet]. 2008 [cited 2021 May 19];21(4):290-6. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Jair-Virtuoso-Junior/publication/26609262_Reliability_of_the_Brazilian_version_of_the_Scale_of_Instrumental_Activities_of_Daily_Living/links/00b495183368cc7db2000000/Reliability-of-the-Brazilian-version-of-the-Scale-of-Instrumental-Activities-of-Daily-Living.pdf
20. Nakano MM. Brazilian version of the Short Physical Performance Battery - SPPB: cross-cultural adaptation and reliability study. [Internet]. 2007 [cited 2021 May 19 mai]. Available from: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/252485>
21. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
22. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
23. Carvalho IAM, Mansur LL. Validation of ASHA FACS-functional assessment of communication skills for Alzheimer disease population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2008;22(4):375-81. doi: <https://doi.org/10.1097/wad.0b013e31818809b2>
24. Carvalho IAM, Bahia VS, Mansur LL. Functional communication ability in frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*. 2008;2(1):31-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN20100007>
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. [Internet]. 2018 [cited 2021 May 21]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=sobre>
26. Silva A. Aging from the perspective of racism and other forms of discrimination: influences of institutional and structural determinants on the lives of older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(4). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190210>
27. Assari S, Smith J, Bazargan M. Health-Related Quality of Life of Economically Disadvantaged African American Older Adults: Age and Gender Differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16091522>
28. Bell CN, Thorpe RJ, LaVeist TA. The Role of Social Context in Racial Disparities in Self-Rated Health. *J Urban Health*. 2018;95(1):13-20. doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-017-0211-9>
29. Oliveira TL, Oliveira RVC, Griep RH, Moreno AB, Almeida MCC, Almquist YB, et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) participant's profile regarding self-rated health: a multiple correspondence

- analysis. BMC Public Health. 2021;21:1761. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11760-2>
30. Kwon SC, Wyatt LC, Kranick JA, Islam NS, Devia C, Horowitz C, et al. Physical activity, fruit and vegetable intake, and health-related quality of life among older Chinese, Hispanics, and Blacks in New York City. Am J Public Health. 2015;105(Suppl 3):S544-552. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302653>
31. Antunes JLF, Chiavegatto ADP Filho, Duarte YAO, Lebrão ML. Social inequalities in the self-rated health of the elderly people in the city of São Paulo, Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2018;21(Suppl 02):e180010. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180010.supl.2>
32. Kim G, Wang SY, Sellbom M. Measurement Equivalence of the Subjective Well-Being Scale Among Racially/Ethnically Diverse Older Adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020;75(5):1010-7. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gby110>
33. Assari S, Moghani Lankarani M. Depressive Symptoms and Self-Esteem in White and Black Older Adults in the United States. Brain Sci. 2018;8(6). doi: <https://doi.org/10.3390/brainsci8060105>
34. Hill-Joseph EA. Coping While Black: Chronic Illness, Mastery, and the Black-White Health Paradox. J Racial Ethn Health Disparities. 2019;6(5):935-43. doi: <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00594-9>
35. Kim H-J, Jen S, Fredriksen-Goldsen KI. Race/Ethnicity and Health-Related Quality of Life Among LGBT Older Adults. Gerontologist. 2017;57(Suppl 1):S30-9. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw172>
36. Brown LL, Abrams LR, Mitchell UA, Ailshire JA. Measuring More Than Exposure: Does Stress Appraisal Matter for Black-White Differences in Anxiety and Depressive Symptoms Among Older Adults? Innov Aging. 2020;4(5). doi: <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa040>
37. Taylor RJ. Race and Mental Health Among Older Adults: Within-and Between-Group Comparisons. Innov Aging. 2020; 4(5). doi: <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa056>
38. Brown TH, Hargrove TW. Psychosocial Mechanisms Underlying Older Black Men's Health. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2018;73(2):188-97. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx091>
39. Bolina AF, Araújo MC, Hass VJ, Tavares DMS. Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3401. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>
40. Baker TA, Clay OJ, Johnson-Lawrence V, Minahan JA, Mingo CA, Thorpe RJ, et al. Association of multiple chronic conditions and pain among older black and white adults with diabetes mellitus. BMC Geriatrics. 2017;17(1):255. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0652-8>
41. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Merces NP, Oliveira MAF, et al. Access of the black population to health services: integrative review. Rev Bras Enferm. 2020;73(4). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>

Contribución de los Autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Alisson Fernandes Bolina, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Paulo Henrique Fernandes dos Santos, Darlene Mara dos Santos Tavares.

Obtención de datos: Nayara Gomes Nunes Oliveira.

Análisis e interpretación de los datos: Alisson Fernandes Bolina, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Paulo Henrique Fernandes dos Santos, Darlene Mara dos Santos Tavares. **Análisis estadístico:** Alisson Fernandes Bolina, Paulo Henrique Fernandes dos Santos.

Obtención de financiación: Darlene Mara dos Santos Tavares.

Redacción del manuscrito: Alisson Fernandes Bolina, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Paulo Henrique Fernandes dos Santos, Darlene Mara dos Santos Tavares. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Alisson Fernandes Bolina, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Paulo Henrique Fernandes dos Santos, Darlene Mara dos Santos Tavares.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 26.07.2021

Aceptado: 02.12.2021

Editora Asociada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Darlene Mara dos Santos Tavares

E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0001-9565-0476>