

El proceso de envejecimiento y sus implicaciones sociales

Blanca Mirthala Tamez Valdez¹ y Manuel Ribeiro Ferreira^{2*}

Resumen

El envejecimiento demográfico a nivel mundial es un logro de la política social, el cual resulta un indicador clave de la evolución que las diversas sociedades están logrando en términos de transformación sociodemográfica, alcanzando niveles equilibrados en sus tasas de mortalidad y de fecundidad, de la mano con una mayor incorporación de medidas médico-sanitarias y de mejora en la calidad de vida. No obstante, esto conlleva nuevos desafíos para la sociedad en general, y para la política social en particular, en los cuales el Trabajador Social tiene un papel clave.

Por un lado, ante el incremento tanto en números absolutos como porcentuales de la población de adultos mayores, las necesidades de este grupo etario se han diversificado y aumentado, generando nuevas y mayores demandas de atención a su situación. Ello requiere del diseño e implementación de programas de atención dirigidos a las crecientes necesidades tanto de los adultos mayores, como de los grupos familiares en los que generalmente se encuentran insertos. Además, implica la futura ampliación, en las próximas décadas, de la cobertura de atención a estos grupos.

Por otro lado, el acelerado proceso de envejecimiento actual presente en nuestra región y el consecuente aumento de los adultos mayores esperado para las próximas décadas, especialmente de los mayores de 75 años, hace necesario el diseño e implementación de estrategias de atención integral a la población adulta, de tal manera que ello permita a las futuras generaciones de adultos mayores poder enfrentar su proceso de envejecimiento con mayores niveles de calidad de vida, particularmente en mejores condiciones de salud y funcionalidad, de tal manera que gocen de un envejecimiento activo y pleno. Esto último, dentro del marco de envejecimiento activo desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud en la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, efectuada en abril de 2002 en Madrid.

¹ blancamtamez@hotmail.es

² mribeiro1950@gmail.com

*Profesores-investigadores de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Ante ello, es relevante para el Trabajador Social contar con una visión amplia de las necesidades, preferencias y capacidades de las personas mayores, así como de los factores sociales y culturales que impactan su situación, partiendo de ello en el diseño e implementación de políticas y programas sociales que incidan en una mejora de la calidad de vida en las personas adultas mayores. La ponencia elaborada presenta un estudio diagnóstico de la situación enfrentada por el adulto mayor en Monterrey, N. L., centrándose en las necesidades y dependencias enfrentadas en su proceso de envejecimiento, así como en la propuesta de atención a la situación actual.

Palabras clave: envejecimiento, dependencia y política social.

Introducción

El envejecimiento es un fenómeno social de reciente data en México, representando un logro de la política social implementada durante las últimas décadas, sin embargo, su vertiginoso crecimiento constituye todo un reto para los próximos años. El presente documento muestra las características actuales del envejecimiento poblacional en México y en el estado de Nuevo León, pero además, enfatiza los aspectos y factores sociales asociados al proceso de envejecimiento individual, realzando la heterogeneidad presente en la vejez, misma que conlleva a la diversidad de situaciones y necesidades enfrentadas por el grupo de adultos mayores.

Además, revisa el proceso en que se desarrolla la dependencia en el adulto mayor y partiendo de los resultados de un estudio realizado en Monterrey, capital del Estado de Nuevo León, ubicado al noreste de México, analiza los factores sociales y demográficos relacionados con el desarrollo de la dependencia en el adulto mayor, tanto de forma general como por tipos (dependencia funcional y dependencia instrumental), enfocando dicho análisis desde la perspectiva del curso vital, de tal manera que se integran los aspectos macrosociales y microsociales con un enfoque de género (Bury, 1996).

Finalmente, basándose en el análisis realizado del envejecimiento tanto a nivel individual como poblacional, se retoma el planteamiento realizado por la OMS como programa de envejecimiento activo, mismo que constituye un marco político de acción, retomado esta propuesta como la estrategia más acorde a la realidad histórico social que se vislumbra desde los próximos años y a lo largo de la primera mitad del presente siglo.

Antecedentes

Hablar de envejecimiento poblacional o demográfico es hacer referencia a la transición sociodemográfica de la población en una determinada zona o región, regularmente un país. Dicha transición consiste en el incremento tanto en números absolutos como porcentuales de la población de adultos mayores, mismo que se presenta tras una gradual y constante disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad, acompañado por un incremento en la esperanza de vida al nacer, por lo cual es considerado un signo evidente de evolución, tornándose evidente principalmente en la transformación de la pirámide poblacional, misma que reduce gradualmente su base de manera paralela al incremento paulatino y constante de su cúspide, lo que indica una reducción en términos porcentuales de la población en los rangos de menor edad y el aumento en el mismo término de la población con 60 y más años de edad.

Se considera como envejecimiento poblacional o demográfico cuando una determinada sociedad presenta un 14% o más de personas con 60 y más años de edad en relación al total de la población (Romero, 2004). En el caso de México, aún cuando todavía no se llega a la proporción señalada, ésta viene aumentando paulatinamente desde las últimas décadas del siglo XX, siendo actualmente de 9 % de la población total del país de acuerdo con los datos oficiales arrojados por el último censo de población y vivienda (INEGI, 2011). Lo más relevante, en torno a este fenómeno social, es el incremento que se observará durante las próximas décadas, de acuerdo a las estimaciones de los expertos llegará al 28% en el 2050 (Ham, 2003; Romero, 2004).

El envejecimiento poblacional representa un logro de la política pública implementada en una determinada sociedad, en particular de las políticas sociales, puesto que se asocia con la generalización de servicios de salud, en especial, los preventivos, mismos que aunados a la urbanización, el incremento de la educación de la población y las mejoras en alimentación y estilo de vida conlleva al incremento de los años de vida en la población. Como fenómeno social, ha sido observado de manera anticipada en los países desarrollados, mientras que en los que no lo son constituye un fenómeno social creciente, que en el caso de algunas regiones, se ve incentivado ante el incremento en las tasas de migración de la población joven.

Un aspecto relevante de este fenómeno social es que no solo se denota el incremento de la población con 60 y más años de vida³ en una sociedad, sino que además, ante el aumento de los años promedio de vida poblacional, se evidencia un notorio aumento de las personas con 75 y más años de vida, denominada generalmente como “cuarta edad”.

El envejecimiento poblacional

En México, el envejecimiento poblacional muestra un ritmo acelerado, el cual surge de la herencia poblacional del siglo pasado, éste observa un alto crecimiento demográfico ocurrido entre 1954 y 1974, gracias al cual elevados contingentes de población serán adultos mayores entre el 2020 y 2050. La población mexicana inició el presente milenio con una tasa de crecimiento similar a la del principio del siglo XX, pero con una población siete veces mayor (Partida, 2005). De esta forma, las personas con 60 años y más de edad, que constituían el 6.8% de la población total en el año 2000, conformarán el 28% en 2050; es decir, para mitad del presente siglo, 1 de cada 4 habitantes será adulto mayor (Ham, 2003).

En el caso de Nuevo León, están presentes características demográficas de una etapa de transición muy avanzada (con bajas tasas de fecundidad así como de mortalidad) y un incremento pronunciado en la esperanza de vida, mayor al promedio nacional, lo cual conlleva a un vertiginoso proceso de envejecimiento poblacional (Castillo y Vela, 2005). El grado de transformación de la pirámide poblacional se hace patente a través de la revisión de nuevos indicadores oficiales como el índice de envejecimiento⁴ y la relación de dependencia por vejez⁵ mismos que presentan un incremento sostenido durante los últimos años, además de ser mayores al promedio nacional (véase cuadro 1).

Por lo anterior, se puede señalar que el envejecimiento poblacional es un fenómeno social que se presenta de manera vertiginosa en México, especialmente en Nuevo León, lo que representa un aumento acelerado de la población envejecida, particularmente de aquellos

³ Para referirse a esta población generalmente se utilizan los términos de “adulto mayor” y “tercera edad”, aunque en el caso de esta última se hace referencia de manera específica quienes presentan entre 60 y 74 años de edad, mientras que aquellos con mayor edad son considerados como “cuarta edad”.

⁴ Índice de envejecimiento se refiere al número de personas adultas mayores (60 y más años de edad) por cada 100 niños y jóvenes (0-14 años de edad).

⁵ La relación de dependencia por vejez se refiere al número de personas dependientes de 65 y más años de edad por cada 100 personas en edad económicamente productiva (15-64 años).

con 70 o más años de edad, durante las próximas décadas. Esta situación representa un reto importante para la sociedad, en tanto conlleva nuevas y mayores necesidades que atender, especialmente para la familia y la política social.

Cuadro 1. Indicadores de envejecimiento y dependencia

Indicador	Nacional	Nuevo León
Índice de envejecimiento 2000	21	24
Índice de envejecimiento 2005	26	28
Índice de envejecimiento 2010	31	32
Relación de dependencia por vejez 2000	8	9
Relación de dependencia por vejez 2005	9	10
Relación de dependencia por vejez 2010	9	11

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (2011).

El proceso de envejecimiento

La vejez, considerada como etapa final del ciclo de vida, constituye un proceso biopsicosocial que se caracteriza principalmente por su heterogeneidad, mismo que en el transcurso de las últimas décadas ha venido alargándose como efecto del incremento en la esperanza de vida, esta última pasó de 59 años en 1960 a 75 en el año 2000, siendo mayor en las mujeres, quienes sobreviven mayor cantidad de años (INEGI, 2001). Uno de los aspectos más discutidos en torno al tema es si debe considerarse como viejo(a) o adulto(a) mayor a una persona por el solo hecho de llegar a cumplir un determinado número de años (edad cronológica⁶), o bien, si además de ello, deben ser tomados en cuenta aspectos como el nivel de funcionalidad y autonomía mostrado (edad funcional), así como el nivel de integración social mostrado por la persona (edad social) tanto en la definición y el estudio de la vejez, como en el establecimiento del inicio de dicha etapa (Arber y Ginn, 1996; Kalish, 1996; Laslett, 1996, citado por Engler, 2002).

⁶ Pese al constante debate en torno a ello, no existe aún consenso al respecto, en algunos estudios se considera que el inicio de la vejez corresponde a los 60 años de edad, mientras que en otros son señalados los 65 años e incluso hay algunas propuestas de que en algunas sociedades éste sea extendido hasta los 70 años, a partir del incremento en la esperanza de vida al nacer.

Un aspecto crucial en el análisis de la vejez es su naturaleza heterogénea, en tanto se puede observar a personas instaladas en la tercera y en la cuarta edad mostrando niveles óptimos de salud, al no enfrentar enfermedades de tipo crónico degenerativo; así como también quienes las presentan independientemente de su edad, e incluso en algunos casos, viéndose incrementar el número de estos padecimientos.

Lo anterior se considera aunado al hecho de que la transición sociodemográfica observada, se presenta paralela a una transición epidemiológica consistente en la sustitución de los padecimientos de tipo infeccioso como principales causas de morbilidad, así como de mortalidad, por los padecimientos de tipo crónico degenerativo.

No obstante, en años recientes, se ha hecho notoria la aparición conjunta de éstos padecimientos, lo que ha sido denominado como “polarización epidemiológica”, misma que al converger con una mayor edad, puede llevar a la persona a un progresivo deterioro físico y mental, incluso social y económico, lo cual conlleva en muchos casos a la pérdida de autonomía y funcionalidad, apareciendo alguna(s) limitante(s) y/o discapacidad(es) (García, 2009; INEGI, 2005; SINAIS, 2006, en Montes de Oca, 2007; Robles, 2005).

La discapacidad, no siempre es producto del proceso de deterioro previamente señalado, ésta también puede presentarse como resultado de un accidente o caída sufrida por la persona regularmente al perder equilibrio; situación enfrentada en mayor medida por quienes mantienen un nivel satisfactorio de salud y funcionalidad (por lo cual realizan actividades físicas), pero que a pesar de ello, enfrentan signos de rigidez y pérdida de flexibilidad muscular al incrementarse su edad. Situación que coloca a este grupo con mayor riesgo de sufrir alguna limitante (Ávila y Aguilar, 2007; Ávila y Cruz, 2004; Robles, 2005).

Independientemente de la fuente de origen (patología⁷ o accidente), una vez que la persona muestra una limitante o deficiencia⁸, es frecuente que ella conlleve a cierto grado de

⁷ Definida como cualquier interrupción o interferencia con los procesos normales y esfuerzos del organismo para recuperar el estado normal (Naggi, 1964).

⁸ Deficiencia o limitante es definida como cualquier pérdida o anomalía de la estructura psíquica, fisiológica o anatómica o de la función a nivel del órgano (CIDDM, 1980).

disfuncionalidad⁹ (parcial o total), mismo que puede dar el salto a lo social, momento en el que se considera minusvalía¹⁰ en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías publicada por la Organización Mundial de la Salud (CIDDM) (OMS, 1980).

La presencia de discapacidad, especialmente si resulta en minusvalía, muestra disminución en el grado de autonomía de la persona y por tanto, incremento en su nivel de dependencia, al no poder realizar sí mismo algunas de sus actividades de la vida diaria, o bien cubrir necesidades básicas para su sobrevivencia como el tomar sus alimentos, tomar medicamentos, asearse o bañarse y levantarse de su cama (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011; Ávila y Cruz, 2004; Huenchuan 2009; Robles, 2005).

En algunos estudios (Kittay, 1999, en Robles 2007; Laforest, 2002; Nagi, 1964, en Wunderlich, Rice y Amado, 2002) se ha enfatizado que el proceso de la vejez, al mostrar enfermedad o trastorno de tipo crónico, genera una o más deficiencia(s) (situación intrínseca), la cual puede producir discapacidad(es) (situación exteriorizada), a la vez que esta última puede derivar en la presencia de minusvalía(s) (situación socializada), relacionándose a esta última con el surgimiento de dependencia en la vejez.

Es así que el proceso de deterioro enfrentado frecuentemente por la persona al envejecer, mismo que conlleva regularmente a la dependencia, impacta también el aspecto social, de tal manera que el contexto en el que se desenvuelve el adulto mayor, además de los roles y tareas que éste ejerce pueden verse seriamente afectados al tornarse dependiente el adulto mayor (Laforest, 2002; Mendoza, Martínez y Correa 2009; Kittay 1999, en Robles, 2007; Péres, Jagger y Matthews 2008). La situación también puede ser inversa, es decir, el contexto social en el que la persona se desenvuelve juega un papel crucial en su nivel de funcionamiento, especialmente al aumentar su fragilidad física y mental, de tal manera, que por un ejemplo un cambio de ambiente puede llevar a la persona envejecida a perder funcionalidad. Puede observarse a un adulto mayor siendo funcional en el área rural, pero encontrarse en una situación distinta al emigrar a la ciudad, y viceversa, un adulto mayor

⁹ Limitación en la ejecución al nivel del organismo en conjunto o de la persona (Naggi, 1964). Llamada discapacidad y definida como restricción o falta de habilidad para ejecutar una actividad de una forma normal (CIDDM, 1980).

¹⁰ Desventaja debida a una deficiencia o discapacidad que limita o impide la realización de un papel normal, según edad, sexo o factores socioculturales (CIDDM, 1980).

que funciona sin limitaciones en el área urbana puede ver aumentado su nivel de dependencia al vivir en el campo.

Algunos factores más que han sido señalados en el desarrollo de dependencia durante el envejecimiento son el estilo de vida y la ocupación. Estudios en la región (Ávila y Cruz 2004; Villarreal et al. 2010) muestran en sus resultados una fuerte relación entre actividad física y menores grados de discapacidad, enfatizando de manera específica que a partir de la disminución o pérdida de actividad en la persona, particularmente la de caminar, es que el proceso de declive se acelera, perdiendo funcionalidad en mayor grado. Otros estudios (Carmona y Ribeiro, 2010; Mendoza, Martínez y Correa, 2009) apuntan como la integración social de la persona, especialmente su participación en actividades sociales y cognitivas, así como una buena satisfacción con la vida se correlacionan con un estado saludable y niveles óptimos de funcionalidad.

Un factor relevante entre las diferencias observadas en el proceso de envejecimiento se refiere al sexo del adulto mayor, en tanto hombres y mujeres muestran diferencias al envejecer; las últimas no solo sobreviven por más años (cinco años más en *esperanza de vida al nacer*), sino que además viven solas por más tiempo (viudez, soltería, madres solteras, separación o divorcio), enfrentan en mayor medida problemas de tipo crónico-degenerativo y muestran de manera anticipada y en mayor proporción que los varones cierto grado de dependencia, especialmente de tipo económico (Mota, 2000; Palloni, Pinto y Pelaez 2002; Fericgla, 1992). Lo cual es explicado en parte por el rol asumido por las mismas, quienes generalmente dependieron de su padre, posteriormente del cónyuge y finalmente dependen en mayor medida que los hombres de su(s) hijo(s), con excepción de quienes se emanciparon logrando autonomía e independencia en el aspecto económico y/o en la toma de decisiones (Lamas, 1996).

El análisis del proceso de envejecimiento implica profundizar en el estudio y medición de la calidad de vida que se tiene, no basta con incrementar el número de años de vida *esperanza de vida al nacer*, también es necesario prolongar en lo posible el bienestar del que gozan las personas durante la vejez *esperanza de vida saludable o libre de discapacidad*. Para ello, es importante analizar los datos no solo en torno a la mortalidad, sino especialmente respecto a la morbilidad enfrentada por este grupo etario, de tal manera

que avancemos en el entendimiento del proceso de deterioro y en el surgimiento de dependencia al perder funcionalidad por el adulto mayor (Escobar, Puga y Martín 2012; 331; Lozano, Franco y Solís 1993; Martín, Pereira y Torres, 1995).

Asimismo, es necesario realizar estudios longitudinales que permitan entender la influencia de los diversos factores socioeconómicos en el proceso de envejecimiento, así como las tendencias mostradas al analizar las diferencias entre las distintas cohortes generacionales. Un aspecto de particular relevancia será entender las diferencias mostradas por este proceso entre diversos contextos regionales y culturales. Por lo anterior, es necesario incentivar el número de estudios, así como diversificar su tipo, de tal manera que ello permitan avanzar en las medidas que coadyuven al logro de un mayor bienestar en la vejez.

Algunos de los indicadores que permiten avanzar en este sentido es el cálculo de los *años de vida ajustados por calidad* (AVAC)¹¹, así como los *años de vida ajustados por discapacidad* (AVAD)¹², además de la *esperanza de vida libre de discapacidad* (EVSD)¹³. En México, son escasos los estudios realizados en torno a la calidad de vida en el adulto mayor (Rodríguez, 2006; ENASEM, 2001; SABE, 2010). Sin embargo, datos oficiales obtenidos por la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición con una muestra nacional de 8,874 adultos mayores con 60 y más años de edad, muestra que la *esperanza de vida saludable o libre de discapacidad* es apenas de 65.8 años para la población en general, mientras que la *esperanza de vida al nacer* se encuentra en este momento en los 76.4 años. Lo anterior, indica que en promedio, se enfrenta un total de 10 años de vida con discapacidad y dependencia en este grupo etario, lo que pone un signo de alarma a la política social en el país.

¹¹ Siendo una herramienta estándar con reconocimiento a nivel internacional. Un AVAC es el producto aritmético de la esperanza de vida combinado con una medida de la calidad de vida en los años restantes. El cálculo es simple; se calcula la cantidad de tiempo que es probable que una persona pase en un estado de salud en particular con una puntuación de utilidad originada en valoraciones estándar. En dicho sistema de valoración “1” equivale a una salud perfecta y “0” a la muerte; mientras que algunos estados de salud que presentan discapacidad y dolor grave, son considerados peor que la muerte, recibiendo valores negativos.

¹² Es una herramienta alternativa surgida en los noventa para cuantificar la carga de la enfermedad. AVAD suman los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad.

¹³ Es un indicador que considera señala el número de años que se espera la persona viva sin enfrentar discapacidad o perder en algún grado funcionalidad.

Cabe señalar, que una de las limitantes de este indicador consiste en no discriminar por tipo y nivel de discapacidad enfrentado por el adulto mayor, mismo que puede ser leve, pero también moderado o incluso severo, resaltándose que solamente el último conlleva la pérdida de funcionalidad y total dependencia de otros. Lo que demanda más estudios que profundicen en el entendimiento del proceso de envejecimiento y desarrollo de dependencia.

Cabe señalar que el término *dependencia* tiene una connotación amplia en el presente estudio, implicando tanto la pérdida de autonomía y/o de funcionalidad en el adulto mayor en su aspecto físico, pero también en los aspectos mental, social, e incluso en el financiero, aún cuando este último puede estar o no relacionado con el proceso de deterioro previamente señalado, pero sí con las características y recursos (materiales y sociales) del adulto mayor.

En el campo gerontológico se define a la dependencia como el resultado de las limitaciones surgidas tras el envejecimiento, mismas que conllevan déficits que limitan el funcionamiento de la persona (Moragas, Allué y G.I.E., citados por Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2011). Para analizar el tipo de dependencia observado por la persona que envejece, en el presente documento se parte de la clasificación de las actividades de la vida diaria establecida por Trombly (1990), misma que determina una clara diferencia entre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)¹⁴ y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)¹⁵ discriminándose además, por tipo de dependencia, que en las primeras corresponden a dependencia para caminar o trasladarse al interior de su casa, para levantarse y/o acostarse en su cama, para tomar sus medicamentos, para asearse o bañarse, para utilizar el sanitario, así como para tomar sus medicamentos; mientras que en las segundas corresponde a las dependencias: material y/o económica, para realizar actividades domésticas, así como para trasladarse a sus actividades fuera del hogar.

¹⁴ ABVD son aquellas tareas ocupacionales básicas en las que el individuo se cuida a sí mismo en función de los roles que vaya a desempeñar, mismas que han sido relacionadas con las actividades necesarias para la sobrevivencia como alimentarse, tomar sus medicamentos, levantarse o acostarse en su cama, asearse o bañarse, utilizar el sanitario, etc.(Trombly, 1990 y 1995; Foti y Pedretti, 1996).

¹⁵ AIVD son actividades más complejas, relacionadas con las tareas que una persona hace para mantener la independencia en su casa y en la comunidad, como preparar sus alimentos, realizar compras, acudir a sus citas médicas y otras actividades extradomésticas (Trombly, 1990 y 1995; Foti y Pedretti, 1996).

Dependencia en el adulto mayor

Para analizar la dependencia desarrollada por el adulto mayor en relación con la presencia de problemas crónico degenerativos se parte de los resultados obtenidos por un estudio cuantitativo, transversal, realizado en la ciudad de Monterrey, capital del Estado de Nuevo León, ubicado en el noreste de México, mismo que utilizó una muestra aleatoria de 1057 adultos mayores de ambos sexos, con 65 y más años de edad.

A partir de estos resultados es posible observar que 92% de los participantes señalan enfrentar por lo menos un tipo de dependencia, siendo ésta proporción mayor en el grupo de las mujeres quienes la presentan 93%, mientras que en el caso de los varones equivale al 89%. Sin embargo, la(s) dependencia(s) mostrada por el adulto mayor es principalmente de tipo instrumental (AIVD), la cual se encuentra presente en 91% de los entrevistados, siendo también mayor en las mujeres, en tanto 93% de ellas señala enfrentarla, mientras que en los varones esta situación se presenta en 89% de ellos. Situación muy diferente se presenta en el desarrollo de dependencia funcional (ABVD), el cual es mostrado únicamente por el 18% de los participantes, siendo también significativamente mayor en las mujeres, quienes la han desarrollado en 20% de los casos, mientras que los varones lo han hecho solo en 16%.

Cuadro 1. Modelo que explica o predice la dependencia en el adulto mayor

Indicadores	Valor	Nivel de significancia
R	.504	
R Square	.249	
Error estándar de la estimación	3.427	
Grados de libertad	7	
F	50.387	.000
Beta de:		
Edad	.317	.000
Suma de enfermedades	.134	.002
Escolaridad	-.147	.000
Enfermedades incapacitantes	.127	.000
Diabetes	.084	.006
Osteoporosis	.071	.019
Depresión	.072	.038

Fuente: Creación propia con resultados de estudio sobre envejecimiento en Monterrey (2005)

Respecto a los factores asociados con el desarrollo de dependencia, utilizando el modelo de regresión lineal a través del método *step wise*, se observa que el conjunto de variables conformado por el incremento en la edad, de la mano con la suma de padecimientos crónico-degenerativos, particularmente las de tipo incapacitante como osteoporosis, enfisema pulmonar y embolia, con una baja escolaridad, así como presencia de diabetes y depresión es lo que predice en mayor medida el desarrollo de dependencia y deterioro del adulto mayor (véase cuadro 1).

Los resultados arrojados por el modelo muestran significancia estadística y de acuerdo con los valores obtenidos, explican el 25% de la varianza en la variable dependiente estudiada, es decir, a partir de estos datos se puede señalar que la combinación de variables arrojada por el modelo expuesto predice o explica en uno de cada cuatro casos el desarrollo de la dependencia mostrada por el adulto mayor.

Cuadro 2. Modelo predictor de la dependencia funcional ABVD en el adulto mayor

Indicadores	Valor	Nivel de significancia
R	.406	
R Square	.161	
Error estándar de la estimación	2.148	
Grados de libertad	5	
F	40.805	.000
Beta de:		
Edad	.249	.000
Enfermedad incapacitante	.190	.002
Osteoporosis	.112	.000
Depresión	.117	.000
Diabetes	.068	.018

Fuente: Creación propia con resultados de estudio sobre envejecimiento en Monterrey (2005)

Es importante subrayar que en la búsqueda específica de los factores asociados al desarrollo de dependencia funcional (ABVD) se advierte un ligero cambio en las variables que conforman el modelo predictor, en tanto siguiendo la misma técnica y método estadísticos se observa que tanto la escolaridad del adulto mayor como la suma de enfermedades acumuladas son excluidas del modelo; mientras que las variables de mayor edad, presencia de enfermedades incapacitantes, especialmente osteoporosis, así como depresión y diabetes es lo que conlleva al desarrollo de dependencia en las ABVD, relacionadas con la pérdida

de funcionalidad en el adulto mayor (véase cuadro 2). Sin embargo, es notorio que los valores arrojados por el modelo son bajos y tienen escaso poder predictivo, al explicar tan solo 16% de la varianza.

La situación difiere al realizar la búsqueda del modelo predictor en el desarrollo de dependencia instrumental (AIVD) del adulto mayor, en tanto ésta surge al conjuntarse el incremento de edad y un mayor número de enfermedades crónico-degenerativas con una menor escolaridad, prevalencia de diabetes y el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos. Situación que de acuerdo con los resultados de la prueba es explica en 21% de la varianza. Lo anterior muestra que en el desarrollo de dependencia instrumental se combinan elementos fisiológicos como la edad y prevalencia de padecimientos crónicos, especialmente la diabetes con los recursos sociales y materiales del adulto mayor, en tanto una menor escolaridad y pertenecer a estratos bajos se relacionan con una posición vulnerable que conlleva a desarrollar dependencia instrumental y con ello necesidad de apoyos de este tipo (véase cuadro 3).

Cuadro 3. Modelo predictor de la dependencia instrumental (AIVD) en el adulto mayor

Indicadores	Valor	Nivel de significancia
<i>R</i>	.466	
R Square	.213	
Error estándar de la estimación	2.207	
Grados de libertad	5	
F	57.396	.000
Beta de:		
Edad	.254	.000
Suma de enfermedades	.217	.002
Escolaridad	-.184	.001
Diabetes	.067	.027
Estrato socioeconómico	-.063	.049

Fuente: Creación propia con resultados de estudio sobre envejecimiento en Monterrey (2005)

Cabe señalar, que la dependencia desarrollada por el adulto mayor muestra una tendencia creciente durante los últimos años, especialmente a nivel nacional, en tanto de acuerdo con la ENSANUT (2012) la proporción que presenta por lo menos una dependencia funcional (ABVD) equivale al 27% de la población con 60 y más años de edad, mientras que en la

dependencia instrumental, ésta ha sido desarrollada por 25%, siendo igualmente mayor de forma significativa en las mujeres, quienes presentan la primera (ABVD) en 30% del grupo, en tanto la segunda (AIVD) la muestran 28%; mientras que los varones lo hacen en 24% respecto a la primera y 20% en la segunda. Además, es importante señalar, que la dependencia en ambos casos se ve notoriamente incrementada conforme aumenta la edad del participante (ENSANUT, 2012).

A partir de estos resultados, es posible señalar que la pérdida de autonomía y de funcionalidad muestra una tendencia creciente en el proceso de envejecimiento observado en las generaciones actuales, situación que implica una mayor demanda de apoyos en esta etapa. Otro aspecto que resalta es la situación divergente entre los sexos, en tanto es posible hablar de una feminización de la dependencia, al ser significativamente mayor en el grupo de las mujeres. Esta realidad se agrava si se considera que no solo es mayor en las mujeres, sino que además los factores desencadenantes en la dependencia incluyen tanto aspectos de desgaste fisiológico y prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, también presentes principalmente en las mujeres, así como menores recursos sociales y materiales, particularmente baja escolaridad y pobreza, lo que coloca a estos grupos en una situación particularmente vulnerable, lo que resulta alarmante si se considera que son quienes viven un mayor número de años, pero que éstos son enfrentados en enfermedad y dependencia.

Es necesario establecer medidas que coadyuven a incrementar el bienestar del adulto mayor, en particular, a mejorar su calidad de vida por un mayor número de años, de tal manera que no solo se viva por más años, sino que éstos sean con salud y niveles óptimos de autonomía y funcionalidad.

Marco político del envejecimiento activo: como propuesta de intervención social

Se ha denominado como envejecimiento activo al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que conllevan la finalidad de mejorar la calidad de vida durante el proceso biopsicosocial de envejecimiento. El término ha sido utilizado tanto para referirse al envejecimiento individual como al social. Conlleva la búsqueda de estrategias que permitan aumentar el bienestar tanto físico, como mental y

social del individuo durante todo el ciclo de vida, de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, por lo tanto es un enfoque basado en derechos.

El envejecimiento activo tiene la finalidad de extender la *esperanza de vida saludable* (EVS) o *esperanza libre de discapacidad* (EVLD) al incentivar las estrategias y programas que conlleven a una mejora en la calidad de vida de todas las personas, así como el cuidado tanto de la salud física, como la salud mental y social. Considera la necesidad de mantener la autonomía y funcionalidad de las personas durante el proceso de envejecimiento, buscada tanto individualmente como por los responsables políticos; para lograrlo se requiere de la corresponsabilidad social, reconociendo sus principios: la interdependencia y la solidaridad intergeneracional, mismos que son promovidos desde este marco. Las medidas a implementar requieren no limitarse a quienes son ya adultos mayores, sino incluir a toda la población, en tanto la calidad de vida que se tiene en la vejez es construida desde las primeras etapas de la vida, así como de los apoyos y soporte mutuo entre las generaciones (Regalado, 2002).

El término ha sido tomado como un marco político de acción por la Organización Mundial de la Salud desde finales de los años 90, aún cuando se institucionaliza a partir del 2002 durante la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento realizada en Madrid, en la cual se expone como un Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital desarrollado por la OMS. De manera previa, en el 2001 ya había sido publicada como documento preliminar con el título *Salud y envejecimiento: un documento para el debate*. El planteamiento se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos, el mismo busca sustituir la planificación estratégica basada en las necesidades del adulto mayor, a un enfoque fundamentado en el reconocimiento de los derechos de estos adultos mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida durante la vejez, promoviendo además, su integración social y política a través de la participación activa en la vida comunitaria y política (OMS, 2002).

El planteamiento de *envejecimiento activo*, por tanto, trasciende las estrategias y los programas dirigidos a la promoción del autocuidado y el apoyo a las necesidades

específicas del adulto mayor, reconociendo tanto la heterogeneidad del proceso de envejecimiento y con ello la diversidad de expectativas y necesidades en la vejez, así como la necesidad de incidir en los recursos estructurales que conlleven a una mejora efectiva de la calidad de vida y el bienestar no solo en las generaciones actuales de adultos mayores, sino también en las futuras; además de promover la salud integral de los individuos, al no limitarse al desarrollo de condiciones que permitan la prolongación de la salud física, sino coadyuvando la necesidad de que ésta sea acompañada de salud mental y social.

Desde este planteamiento, el Trabajo Social tiene un papel crucial, puesto que demanda tanto del diseño, como de la implementación y evaluación de estrategias y programas que superen las formas tradicionales de acción y promuevan la intervención de forma creativa, flexible y multidisciplinaria; con un conocimiento social y político del contexto, que además sea cercano y crítico.

Trabajo Social, desde su quehacer profesional, cuenta con la cercanía necesaria con los grupos poblacionales de tal manera que puede considerar las necesidades, preferencias y capacidades de las personas mayores, así como para el estudio y diagnóstico de los factores sociales y culturales que influyen e impactan en la situación actual. De esta manera, tiene una visión amplia y crítica que le permite elaborar diagnósticos sociales de la realidad enfrentada, además de contar con un acervo metodológico para el diseño, implementación y evaluación de programas y estrategias de acción. Este acervo metodológico, además, permite trabajar de manera cercana con la población promoviendo la corresponsabilidad y el compromiso socio-político, de tal forma que se estimula la participación activa de la población y su autogestión, bases indispensables para el trabajo continuado y los objetivos a mediano y a largo plazo del marco establecido por la OMS.

Referencias bibliográficas

- Arber, Sara y Jay Ginn. 1996. *Relación entre género y envejecimiento*. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea, S. A. de Ediciones.
- Arroyo, María; Manuel Ribeiro y Sandra Mancinas. 2011. *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*. Monterrey, N.L.: Universidad Autónoma de Nuevo León y Universidad Juárez de Durango.
- Ávila, Hermelinda y Juana Cruz. 2004. *Nivel de actividad física en el adulto mayor de Matamoros, Tamaulipas*. Tesis para optar por el grado de Maestría en Ciencias de

- Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria*. Presentada en la Facultad de Enfermería. Subdirección de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149332.pdf> (Recuperado el 22 de Agosto de 2012).
- Ávila, José y Sara Aguilar. 2007. El síndrome de fragilidad en el adulto mayor. En *Antología Salud del Anciano. Parte 2*. Coords. José Ávila y Sara Aguilar. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/avila.pdf> (Recuperado el 20 de agosto de 2012)
- Bury, Mike (1996). Envejecimiento, género y teoría sociológica. En: Arber, Sara y Jay Ginn. (Comp.). *Relación entre género y envejecimiento*. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea, S. A. de Ediciones.
- Carmona, Sandra y Manuel Ribeiro. 2010. Interacción y bienestar social de los adultos mayores en Monterrey. En *Textos y Contextos del Envejecimiento en México. Retos para la familia y el Estado*. Coords. Manuel Ribeiro y Sandra Mancinas. Monterrey, N. L.: Plaza y Valdés. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Castillo, Dídimo y Fernando Vela (2005). Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970-2000. En: *Papeles de población*. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población. UAEM. Estado de México: Nueva época Año 11 No. 45 (Julio-Septiembre, 2005).
- CIDDM. 1980. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.
- ENASEM. 2001. Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México. http://www.mhas.pop.upenn.edu/english/documents/Methodological/Doc_metodologico-v2.pdf (Recuperado el 08 de agosto de 2012).
- Engler, Tomás. 2002. *Marco conceptual del envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable*. En: *Más vale por viejo*. Lecciones de longevidad en un estudio en el Cono Sur. Washington: Ed. Banco Interamericano de Desarrollo y Organización Panamericana de la Salud.
- ENSANUT (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Escobar, M., Puga, M., Martín, M. 2012. Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía: de la madurez a la vejez. En: *Gaceta Sanitaria*. 26 Núm. 4. Pags. 330-335. <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/analisis-esperanza-vida-libre-discapacidad-lo-largo-90143323-originales-2012> (Recuperado el 20 de Agosto de 2012)
- Fericgla, Joseph. 1992. Relaciones sociales en la cultura de la ancianidad. En: *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Editorial De Hombre (Anthropos).

- Foti, D & L, Pedretti (1996). Activities of daily living. In L, P. Pedretti (Ed.) *Occupational therapy practice skills for physical dysfunction*. St. Louis, MO: Mosby.
- García, Carmen. 2009. Envejecimiento poblacional: Implicaciones en salud. Ponencia presentada en FORO NACIONAL *Las políticas de población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012* México: CONAPO.
- Ham, Roberto. 2003. *El envejecimiento en México. El siguiente reto de la transición demográfica*. México: Porrúa y El colegio de la Frontera Norte, A. C.
- Huenchuán, Sandra. 2009. Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En: *Envejecimiento y sistemas de cuidado: ¿Oportunidad o crisis?* CEPAL. http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/36631/W263_Envejecimiento_y_cuidados.pdf (Recuperado el 12 de Agosto de 2012).
- INEGI (2011). *Censo de población y vivienda en México*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- INEGI. 2005. *II Censo de Población y Vivienda 2005*. Aguascalientes: INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (Recuperado el 8 de septiembre de 2008).
- INEGI. 2001. *XII Censo general de población y vivienda*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. 2004. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp> (Recuperado el 6 de marzo de 2007).
- Kalish, Richard. 1996. *La Vejez. Perspectivas sobre el Desarrollo humano*. Psicología Madrid: Editorial Pirámide.
- Laforest, Jacques. 2002. *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder.
- Lamas, Martha. 1996. *Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
- Lozano, R., F. Franco-Marina, y P. Solís. 1993. El peso de la enfermedad crónica en México. Ponencia presentada en *Simposio XIII Salud pública de México/ Vol. 49, edición especial*. Washington: Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993.
- Martín, J., J. Pereira y A. Torres. 1995. Una agenda a debate: El informe del Banco Mundial "Invertir en Salud". *Revista Española de Salud Pública* 69: 385-391.
- Mendoza, V., M. Martínez y E. Correa. 2009. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. Publicado en la revista *BMC Geriatrics* 9:40. Agosto 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739527/> (Recuperado el 5 de Agosto de 2012).
- Montes de Oca, Verónica. 2007. La crisis en el sistema de pensiones y empobrecimiento (Síntesis de relatoría), En *Propuestas Alternativas de Desarrollo Socioeconómico*. Cátedra Konrad Adenauer, ITESO, USEM, 2007, 114-123.

- Mota, Rosalía. 2000. Las consecuencias sociales y familiares del envejecimiento. En *Mayores y Familia*. Coord. Salomé Adroher Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Naggi, S. (1964). «A Study in the Evaluation of Disability and Rehabilitation Potential», *American Journal of Public Health*, vol. 54-9 1568-1579.
- OMS (2003). Boletín sobre el envejecimiento activo. Organización Mundial de la Salud. Organización de las Naciones Unidas. Rescatado: 04/09/2012. <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>
- OMS. 1980. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) puesta en marcha y publicada por la Organización Mundial de la Salud, como un instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo.
- Palloni, A., G. Pinto-Aguirre y M. Peláez. 2002. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *Int J Epidemiol* 31: 762-771.
- Partida, V. 2005. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. En: *Papeles de población*. UAEM. Estado de México: Nueva época, Año 11, N° 45.
- Perés, K., C. Jagger and F. Matthews. 2008. Impact of late-life self-reported emotional problems on Disability-Free Life Expectancy: results from the MRC Cognitive Function and Ageing Study. In *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23: 643-649.
- Regalado, Pedro (2002). Envejecimiento activo: Un Marco Político. *Revista especializada en Geriatría y Gerontología*. No. 37 (S2): 74-105.
- Robles, Leticia 2005. La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. En *Papeles de Población. Centro de Investigación y Estudios avanzados de la población* Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México. Revista Nueva Época, Año 11, No.45 Julio-Septiembre 2005.
- Robles, Leticia. 2007. *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud/Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez, G., J. Escobedo, B. Zurita y T. Ramírez. 2006. Esperanza de vida saludable en la población mexicana con seguridad social. *Revista Perinatología y Reproducción humana*. Vol. 20, No.1-3 México: Enero-septiembre.
- Romero, M. 2004. Demografía de la vejez. En: Nélida Asili. *Vida plena en la vejez*. México: Editorial Pax, Librería Carlos Cesarman, S. A.
- SABE. 2001. Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento. Universidad de Wisconsin-Madison y Organización Panamericana de la Salud. http://www.mhas.pop.upenn.edu/english/documents/Methodological/Doc_metodologi_co-v2.pdf (Recuperado el 3 de Octubre de 2012).
- Trombly, C. (1990). "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente". México. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1990.

- Villarreal, D.T., G.I. Smith, D.R. Sinacore, K. Shah, y B. Mittendorfer. 2010. Regular multicomponent exercise increases physical fitness and muscle protein anabolism in frail, obese, older adults. *Obesity* 20, pp. 345-349.
- Wunderlich, G., D. Rice, and N. Amado. 2002. *The Dynamics of Disability. Measuring and monitoring disability for social security programs*. Washington, D.C.: Institute of Medicine and Committee on National Statistics.