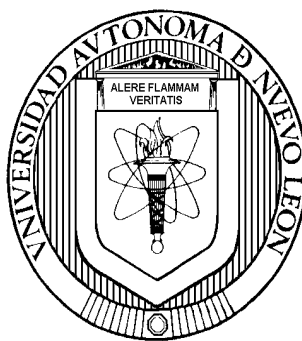


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN
CENTRO DE DESARROLLO EMPRESARIAL Y POSGRADO



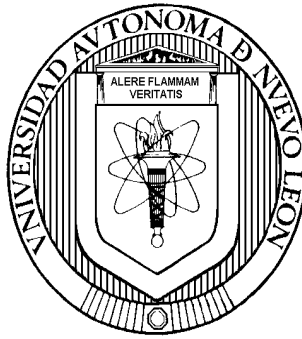
FACTORES DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL DETERMINANTES
DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.

Disertación presentada por
MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito parcial para obtener el Grado de
DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ESPECIALIDAD
EN ADMINISTRACIÓN

ABRIL, 2009

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN
CENTRO DE DESARROLLO EMPRESARIAL Y POSGRADO



FACTORES DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL DETERMINANTES
DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.

Disertación presentada por
MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Director de Tesis
DRA. KARLA ANNETT CYNTHIA SÁENZ LÓPEZ

Como requisito parcial para obtener el Grado de
DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ESPECIALIDAD
EN ADMINISTRACIÓN

ABRIL, 2009

Disertación

FACTORES DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL DETERMINANTES
DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.

Presentada por
María Guadalupe Moreno Monsiváis

APROBADA POR EL COMITÉ DOCTORAL

Dra. Karla Annett Cynthia Sáenz López
Presidente

Dr. Gustavo Alarcón Martínez
Secretario

Dr. Joel Mendoza Gómez
Vocal 1

Dr. Mohammad H. Badii Zabeh
Vocal 2

Dra. Mónica Blanco Jiménez
Vocal 3

Ciudad Universitaria, San Nicolás de los Garza, Nuevo León. Abril, 2009

Agradecimientos

A Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida y superarme profesionalmente.

Al MSP. Lucio Rodríguez Aguilar director de la Facultad de Enfermería de la UANL por la beca y apoyo otorgada para la culminación de los estudios de doctorado.

A mi director de tesis Dra. Karla A. Saéñz López por su motivación y apoyo para el desarrollo de esta tesis.

Al Dr. Mohammad Badii Subdirector del CEDEEM y Posgrado de FACPYA e integrante del Comité de evaluación de la tesis doctoral por su apoyo e interés constante en enriquecer este trabajo.

Al Dr. Joel Mendoza por sus valiosas aportaciones desde el inicio de este proyecto. Mi respeto y cariño para Usted.

Al Dr. Gustavo Alarcón y Dra. Mónica Blanco, integrantes del Comité de evaluación de la tesis doctoral por sus valiosas aportaciones para el enriquecimiento de la tesis.

A la planta docente del programa de doctorado que contribuyó en mi formación.

A mis compañeros del doctorado: Baldemar, Rafael, Ricardo y Francisco por compartir este proceso de aprendizaje a lo largo de cuatro años. Por ser siempre un grupo integrado, unido y con la capacidad de apoyo incondicional. Los cinco nos fijamos una meta “concluir exitosamente” y estoy segura que lo lograremos.

A mi amiga María Guadalupe Interrial Guzmán por su apoyo, por su amistad y por infundirme confianza en los momentos de adversidad.

A todos los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey, N.L. participantes en el estudio. Gracias por permitirme compartir con ustedes esos momentos, sin su disponibilidad esto no hubiera sido posible.

Dedicatoria

A mi esposo Daniel Alejandro Puente Ríos por su amor, comprensión y confianza. Por estar siempre a mi lado; sobretodo, en los momentos en los que más he necesitado su apoyo.

A mis hijos Irving Alejandro y Karen Lizbeth, mis grandes amores. Gracias por comprender las ausencias de mamá. Son mi mayor tesoro y motivación para buscar superarme y ser un digno ejemplo para ustedes.

A mis padres José Guadalupe y Esperanza Monsiváis porque gracias a ellos estoy aquí. Por enseñarme que toda meta se puede cumplir con esfuerzo y tenacidad; pero siempre conservando tu integridad como persona. Reitero mi compromiso de no defraudarlos nunca.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Aproximación Metodológica de la Investigación.....	1
1.1 Planteamiento del Problema de Investigación.....	1
1.2 Declaración del Problema y Propósito del Estudio.....	3
1.3 Pregunta de Investigación.....	5
1.4 Objetivo General de la Investigación.....	5
1.5 Objetivos Específicos.....	5
1.6 Importancia y Justificación del Estudio.....	5
1.7 Hipótesis de Investigación.....	7
Capítulo II	
Contexto de Exclusión Social del Adulto Mayor.....	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Ámbito Económico.....	12
2.3 Ámbito Laboral.....	13
2.4 Ámbito Formativo.....	14
2.5 Ámbito de Salud.....	15
2.6 Ámbito de Vivienda.....	17
2.7 Ámbito Relacional.....	18
2.8 Factores de Riesgo del Adulto Mayor Relacionados con las Características Individuales.....	20
Capítulo III	
Proceso de Envejecimiento.....	23

Contenido	Página
3.1 Posturas Teóricas en Relación al Envejecimiento.....	23
3.2 Diferencias en el Proceso de Envejecimiento de acuerdo al Género.....	27
Capítulo IV	
Factores de Riesgo de Exclusión Social.....	31
4.1 Exclusión Social.....	31
4.2 Exclusión Social en el Ámbito Económico.....	33
4.3 Exclusión Social en el Ámbito Laboral.....	37
4.4 Exclusión Social en el Ámbito Formativo.....	40
4.5 Exclusión Social en Salud.....	42
4.6 Exclusión Social en el Ámbito de Vivienda.....	47
Capítulo V	
Exclusión Social en el Ámbito Relacional.....	50
5.1 Ámbito Relacional.....	50
5.2 Redes de Apoyo Familiar.....	53
5.3 Redes de Apoyo Social.....	58
Capítulo VI	
Calidad de Vida.....	65
6.1 Antecedentes del Concepto Calidad de Vida.....	65
6.2 Enfoque Económico: Condiciones de Vida.....	66
6.3 Enfoque de Bienestar: Satisfacción de Necesidades Humanas.....	67
6.4 Enfoque: Capacidad de Adaptación.....	69
6.5 Enfoque en Salud.....	71

Contenido	Página
Capítulo VII	
Operacionalización de Variables de Estudio.....	74
7.1 Variables Propuestas para el Presente Estudio.....	74
7.2 Modelo de Interacción de Variables Propuesto para el Estudio.....	78
7.3 Definición Operacional de Variables Independientes.....	79
7.4 Variable Dependiente.....	85
7.5 Variables de Control.....	85
Capítulo VIII	
Comprobación Cualitativa Mediante Entrevistas a Profundidad.....	86
8.1 Diseño del Estudio.....	86
8.2 Población, Muestreo y Muestra.....	86
8.3 Técnica y Procedimiento de Recolección de Datos.....	87
8.4 Estrategias de Análisis de Datos.....	88
8.5 Consideraciones Éticas.....	88
8.6 Resultados.....	90
8.6.1 Características Demográficas.....	90
8.6.2 Análisis de los Datos.....	90
8.6.3 Conclusiones.....	109
Capítulo IX	
Comprobación Cuantitativa Mediante Estudio de Población Abierta.....	113
9.1 Diseño del Estudio.....	113
9.2 Población.....	113
9.3 Muestreo y Muestra.....	114

Contenido	Página
9.4 Criterios de Inclusión.....	116
9.5 Criterios de Exclusión.....	116
9.6 Procedimiento de Recolección de Datos.....	116
9.7 Instrumentos Utilizados para la Recolección de Datos.....	118
9.8 Métodos de Análisis.....	123
9.9 Ética del Estudio.....	127
9.10 Resultados y Discusión.....	128
9.10.1 Estadística Descriptiva de Factores de Riesgo de Exclusión Social.....	128
9.10.2 Prevalencia de Factores de Riesgo en el Total de Participantes por Género y Grupos de Edad.....	160
9.10.3 Estadística Descriptiva de Calidad de Vida en el Total de Participantes y de acuerdo a Género y Grupos de Edad.....	167
9.10.4 Estadística Inferencial.....	169
9.10.5 Comprobación de Hipótesis.....	189
 Capítulo X	
Conclusiones y Propuestas.....	196
10.1 Conclusiones Generales.....	196
10.2 Retos.....	200
10.3 Aportaciones Teóricas y Prácticas de la Investigación.....	202
10.4 Propuestas.....	203
10.5 Limitaciones del Estudio.....	209
10.6 Futuras Líneas de Investigación.....	209
Referencias.....	211

Contenido	Página
Apéndices.....	223
A. Ámbitos, Espacios y Factores de Exclusión Social.	
Una Propuesta de Operacionalización del Concepto.....	224
B. Factores de Riesgo de Exclusión Social en el Adulto Mayor.....	226
C. Carta de Consentimiento Informado.....	229
D. Cédula de Datos de Identificación.....	231
E. Instrumento de Factores de Riesgo de Exclusión Social en el Adulto Mayor.....	232
F. Escala de Apoyo Social.....	242
G. Cuestionario de Salud SF-12 Versión 2.....	244
H. Escala de Depresión.....	248
I. Escala de Actividades de la Vida Diaria.....	250
J. Escala de Actividades Instrumentales.....	252
K. Escala de Calidad de Vida.....	254
L. Análisis del Contenido Cualitativo.....	256
Resumen Autobiográfico.....	291

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Factores de riesgo por ámbito de exclusión social.....	75
2. Indicadores de presencia del factor de riesgo de acuerdo a cada ámbito de exclusión social en el adulto mayor.....	83
3. Población total en el grupo de 60 años a más de acuerdo a municipio y género.....	114
4. Distribución de la muestra por municipio proporcional a la población total y al género.....	115
5. Análisis factorial de la escala de calidad de vida.....	122
6. Alpha de Cronbach y KR-20 aplicado a los reactivos de los instrumentos.....	123
7. Grupos de edad por género.....	129
8. Ingreso mensual que reciben los adultos mayores de acuerdo a las diferentes fuentes de ingreso.....	130
9. Ingreso mensual que reciben los adultos mayores del sexo masculino de acuerdo a las diferentes fuentes de ingreso.....	130
10. Ingreso mensual que reciben los adultos mayores del sexo femenino de acuerdo a las diferentes fuentes de ingreso.....	131
11. Gasto mensual de los adultos mayores de acuerdo a las diferentes fuentes de egreso.....	132
12. Gasto mensual de los adultos mayores del sexo masculino de acuerdo a las diferentes fuentes de egreso.....	132
13. Gasto mensual de los adultos mayores del sexo femenino de acuerdo a las diferentes fuentes de egreso.....	133
14. Ocupación actual y previa de los adultos mayores.....	134
15. Adultos mayores que reciben jubilación o pensión de acuerdo al género.....	135
16. Escolaridad de los adultos mayores de acuerdo al género.....	136

Tabla	Página
17. Disposición de cuarto exclusivo en la vivienda de los adultos mayores.....	138
18. Tipo de construcción de la vivienda que poseen los adultos mayores.....	138
19. Disposición de bienes y servicios en las viviendas de los adultos mayores...	139
20. Total de bienes que poseen los adultos mayores en sus viviendas.....	139
21. Tipo de cobertura del servicio de salud al que acuden los adultos mayores...	141
22. Situación de salud de los adultos mayores.....	142
23. Principales problemas de salud en el total de los adultos mayores y por género.....	143
24. Problemas de funcionalidad en actividades de la vida diaria en el total de los adultos mayores por grupo de edad y género.....	144
25. Problemas de funcionalidad en actividades instrumentales en el total de los adultos mayores y por género.....	145
26. Nivel de dependencia en actividades de la vida diaria e instrumentales en el total de los adultos mayores y por género.....	146
27. Nivel de depresión en el total de los adultos mayores y por género.....	147
28. Percepción de salud en el total de los adultos mayores y por género.....	148
29. Índice de salud en el total de los adultos mayores y por género.....	148
30. Índice de salud de los adultos mayores por grupos de edad.....	149
31. Relación de pareja de los adultos mayores por grupo de edad y género.....	149
32. Personas con las que vive el adulto mayor y su parentesco.....	150
33. Fuente de cuidado al adulto mayor en caso de enfermedad.....	151
34. Frecuencia mensual de interacción social del adulto mayor.....	152
35. Frecuencia mensual de interacción social del adulto mayor del sexo masculino.....	153
36. Frecuencia mensual de interacción social del adulto mayor del sexo femenino.....	154

Tabla	Página
37. Participación del adulto mayor en grupos sociales de acuerdo al género.....	154
38. Índice de apoyo social percibido por los adultos mayores.....	155
39. Índice de apoyo social percibido por los adultos mayores del sexo masculino.....	156
40. Índice de apoyo social percibido por los adultos mayores del sexo femenino.....	156
41. Índice de apoyo social percibido por grupos de edad.....	156
42. Fuente y tipo de apoyo que recibe el adulto mayor por género y en el total de participantes.....	158
43. Prevalencia de factores de riesgo de exclusión social por ámbito en el total de adultos mayores y por género.....	162
44. Prevalencia de factores de riesgo de exclusión social por ámbito en adultos mayores del grupo de edad de 60 a 69 años por género.....	164
45. Prevalencia de factores de riesgo de exclusión social por ámbito en adultos mayores del grupo de 70 a 79 años por género.....	165
46. Prevalencia de factores de riesgo de exclusión social por ámbito en adultos mayores del grupo de 80 años a más por género.....	166
47. Índice de calidad de vida percibida por el adulto mayor.....	168
48. Índice de calidad de vida percibida por el adulto mayor del sexo masculino.....	168
49. Índice de calidad de vida percibida por el adulto mayor del sexo femenino.....	168
50. Índice de calidad de vida percibida por el adulto mayor por grupos de edad.....	169
51. Especificación de variables latentes exógenas, indicadores y claves asignadas.....	171

Tabla	Página
52. Especificación de variable latente endógena, indicadores y claves asignadas.....	172
53. Criterios para la verificación del impacto en base a coeficientes.....	174
54. Guía para valorar significancia estadística.....	176
55. Resultados del modelo estructural.....	176
56. Resultados del modelo estructural ajustado por género.....	178
57. Criterios de calidad del modelo.....	179
58. Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor.....	181
59. Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor ajustados por edad y género.....	182
60. Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor ajustados por género y problema de salud crónico.....	183
61. Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor del género masculino.....	184
62. Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor del género femenino.....	185
63. Resultados del modelo estructural con variable mediadora.....	188
64. Criterios de calidad del modelo con variable mediadora.....	189
65. Comprobación de las hipótesis planteadas.....	194

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Ámbitos de exclusión social que afectan la calidad de vida.....	74
2. Modelo de interacción de variables.....	78
3. Modelo de ámbitos que afectan la calidad de vida.....	125
4. Modelo propuesto con variable mediadora.....	126
5. Género de los participantes.....	129
6. Tipo de pertenencia de la vivienda que habitan los adultos mayores.....	137
7. Institución de salud a la que acuden los adultos mayores a solicitar atención.....	140
8. Tipo de apoyo social que reciben los adultos mayores por las diferentes fuentes.....	157
9. Modelo de entrada con interacción de variables.....	173
10. Modelo de salida con coeficientes de correlación y de determinación.....	174
11. Modelo de salida con valores de t	175
12. Modelo ajustado por género.....	177
13. Modelo de entrada con variable mediadora.....	186
14. Modelo con variable mediadora con coeficientes de correlación y de determinación.....	187
15. Modelo con variable mediadora y valores de t	188

Lista de Abreviaturas

AGEB	Áreas Geoestadísticas Básicas
AVD	Actividades de la Vida Diaria
AI	Actividades Instrumentales
ENASEM	Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México
COESPO	Consejo Estatal de Población
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DE	Desviación Estándar
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
IGOP	Instituto de Gobierno y Políticas Públicas
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado
NS	No Significativa
ONU	Organización de Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds Ratio
PNP	Programa Nacional de Población
SABE	Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

RESUMEN

ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Contaduría Pública y Administración

Fecha de Disertación: Abril, 2009

Título de la Tesis Doctoral: FACTORES DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL
DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.

Número de Páginas: 291

Candidato para obtener el grado de Doctor
en Filosofía con Especialidad en Administración

Área de Estudio: Administración

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue identificar la prevalencia de factores de riesgo de exclusión social en los ámbitos económico, laboral, formativo, vivienda, salud y relacional y determinar cómo afectan la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey de acuerdo a la edad y género. El diseño tuvo un abordaje mixto cualitativo y cuantitativo. Para el análisis cualitativo se utilizó análisis del discurso de 20 participantes a quienes se les realizó entrevista a profundidad. El análisis cuantitativo fue de tipo explicativo; muestreo probabilístico, proporcional a la población total y género de adultos mayores de los diferentes municipios del área metropolitana de Monterrey, N.L. La muestra se estimó con un nivel de confianza del 95%, un límite de error de estimación de 0.05, una proporción esperada de adultos mayores con presencia de factores de riesgo de exclusión social de 0.50, una población finita de 260,253 adultos mayores, dando como resultado 400 participantes.

Se eligieron aleatoriamente los AGEB y las manzanas del área metropolitana, se identificaron los adultos mayores en sus domicilios y se procedió a la recolección de datos con instrumentos estructurados.

Contribución y Conclusiones: La mayor prevalencia de factores de riesgo se atribuyó al ámbito relacional y al de salud. Al analizar por género, las mujeres presentan mayor prevalencia de factores de riesgo en los ámbitos económico, laboral, formativo y salud. Los hombres mayor prevalencia en factores de riesgo del ámbito relacional. Conforme se incrementa la edad se observa un aumento en la prevalencia de la mayoría de los factores de riesgo.

Los factores determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores corresponden al ámbito económico, vivienda, de salud y al relacional: interacción y apoyo. El efecto de los factores de riesgo difiere respecto al género, pero no respecto a la edad. El apoyo familiar es una variable mediadora entre el ámbito de salud y relacional y la calidad de vida; es consecuencia de la situación de salud de los adultos mayores, así como de la interacción familiar y antecede a la calidad de vida. Ante la presencia de depresión, percepción de estado de salud negativo y menor interacción familiar, menor apoyo familiar y por ende menor calidad de vida. El estudio permitió probar un modelo de factores de riesgo específicos para adultos mayores y generar propuestas de políticas públicas acordes a las necesidades reales.

Capítulo I

Aproximación Metodológica de la Investigación

Introducción

En el presente capítulo se incluye el planteamiento del problema de investigación, se enfatiza la necesidad de conocer cuáles son los principales factores de riesgo que excluyen a los adultos mayores y afectan su calidad de vida. Se presenta también en este apartado la declaración del problema, el propósito del estudio, la pregunta de investigación a responder y los objetivos que deberán de alcanzarse al culminar la investigación. Finalmente se incluye un apartado de importancia y justificación del estudio y las hipótesis.

1.1 Planteamiento del Problema de Investigación

En México, la población geriátrica ha aumentado considerablemente en los últimos años, esto demanda que nuestro país tome las medidas pertinentes dado que si no se favorece la inclusión social de este amplio sector de la población se tendrán graves repercusiones en el área económica, política, social, cultural y gran impacto en la salud y calidad de vida.

El adulto mayor debe gozar de derechos especiales que favorezcan su inclusión social a través de diferentes ámbitos donde se incluyen los de tipo económico, laboral, formativo, sociosanitario, vivienda y relacional, los cuales cuando no operan en plenitud de acuerdo a las necesidades específicas de los adultos mayores, se traducen en factores de riesgo de exclusión social que afectan la calidad de vida del adulto mayor; es decir, interfieren en el nivel de bienestar o satisfacción personal percibido por el adulto mayor como respuesta a su interacción con el contexto ambiental y social en el que se desenvuelve.

La exclusión social se define como la imposibilidad o dificultad de acceder a los mecanismos de desarrollo personal e inserción socio-comunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección. La exclusión social es una condición que imposibilita o dificulta al adulto mayor a acceder a determinados bienes que favorezcan su desarrollo personal e inclusión social en diferentes ámbitos como el relacional, económico, sociosanitario, laboral, formativo y vivienda.

Por lo tanto, la exclusión social no es sólo la insuficiencia de recursos financieros, sino que se acompaña de una acumulación de limitaciones o déficit que impiden a las personas o grupos que los padecen acceder a bienes y derechos considerados básicos, participar en la vida social, y en definitiva constituirse como ciudadanos.

De acuerdo al modelo de exclusión social, existen diversos factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad en los individuos, los cuales si están presentes generan exclusión social en algunos ámbitos de la sociedad o si se presentan en su totalidad generan su exclusión social con graves repercusiones en la calidad de vida (Fuentes, 1998; Subirats, 2002; Subirats & Goma, 2003).

Si bien los ámbitos de exclusión social corresponden a la población en general, de acuerdo a la revisión de literatura se ha identificado que existen algunos factores de riesgo además de los considerados en el modelo que afectan específicamente a la población adulta mayor, entre ellos se puede señalar en cuanto al ámbito económico la dificultad financiera y la dependencia económica, ambos factores de riesgo relacionados directamente con el ámbito laboral, la situación laboral previa desempeñada por los adultos mayores o por sus parejas en el caso de las mujeres, puede o no favorecer el ingreso económico por jubilación o pensión generando dificultad financiera o dependencia. En el ámbito formativo el analfabetismo y un nivel formativo bajo (primaria o inferior), en cuanto a la salud la presencia de padecimientos crónicos, las pluripatologías, percepción de un estado de salud negativo, nivel funcional dependiente tanto en actividades de la vida diaria como en las actividades de tipo instrumental, la depresión y el no acceso a una institución de seguridad

social. En el ámbito de vivienda el no acceso a una vivienda propia y en el ámbito relacional la deficiente o nula interacción del adulto mayor y el deficiente o nulo apoyo proporcionado al adulto mayor por los integrantes de la familia y sociedad. En cuanto a las características individuales, la edad y el género se consideran también factores de riesgo para la población de adultos mayores.

Si bien todos estos factores de riesgo son importantes de considerar existe la necesidad de determinar cuáles son los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida. De acuerdo a los hallazgos, es prioritario generar propuestas de políticas públicas acordes a la realidad de los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey.

1.2 Declaración del Problema y Propósito del Estudio

Los factores de riesgo de exclusión social que afectan la calidad de vida difieren de acuerdo a las características propias de la población, en el caso de la población adulta mayor existe la necesidad de determinar cuáles son esos factores y su efecto en la calidad de vida de tal forma que esta información permita generar propuestas de políticas públicas que respondan a las verdaderas necesidades de este grupo poblacional.

La mayoría de los estudios realizados en población adulta mayor han medido los factores de riesgo en forma aislada lo que limita el tener un panorama general; además, el enfoque de medición ha sido cuantitativo principalmente. Respecto a la calidad de vida su medición se ha realizado en grupos con problemas de salud específicos, por lo que se han utilizado instrumentos relacionados con la salud los cuales excluyen a los adultos mayores de población abierta que no cursan con esos problemas específicos de salud.

Si bien, se reconoce que la salud es uno de los principales factores que afectan la calidad de vida, ésta no debe limitarse a un solo dominio, el de salud, es importante considerar que existen otros factores involucrados en el nivel de bienestar como son las características individuales: edad y género y el ambiente social en el que se desenvuelven las personas donde se incluyen además del ámbito de salud, otros factores del ámbito

económico, laboral, formativo y vivienda, así como el de tipo relacional donde se incluyen las interacciones y el apoyo social que recibe el adulto mayor, sobretodo de los integrantes de la familia. Si bien la literatura es consistente acerca de que la familia es una importante fuente de apoyo, es importante determinar qué factores de riesgo pueden afectar positiva o negativamente el apoyo de la familia y por ende su calidad de vida. Empíricamente no existe suficiente evidencia que confirme si el apoyo familiar es sólo un aspecto que contribuye a la calidad de vida o juega un rol mediador entre la presencia de factores de riesgo y la calidad de vida de los adultos mayores.

Algunos autores como Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly y Lithell (2005); Higgs, Hyde, Wiggins y Blane (2003) y Montes de Oca (2005) señalan que existe la necesidad de realizar un mayor número de estudios que permitan mejorar la comprensión de la calidad de vida con un enfoque social y no sólo de salud; es necesario identificar si la combinación de factores de riesgo del ámbito de salud con otros ámbitos incrementa el riesgo de afectación en la calidad de vida de adulto mayor.

Considerando la necesidad de ampliar el conocimiento y llenar algunos de los vacíos existentes en torno a la temática, el presente estudio se desarrolló con una combinación de enfoques. Un enfoque cualitativo que permitió considerar la percepción del adulto mayor acerca de los factores que afectan o favorecen su bienestar o su calidad de vida y un enfoque cuantitativo que apoyó a generar conocimiento en torno al impacto de los principales factores de riesgo de exclusión social en la calidad de vida. La combinación cualitativa y cuantitativa en los estudios de investigación permite entender a fondo un fenómeno que requiere mayor explicación (Polit & Hungler, 1999).

El propósito del estudio fue identificar la prevalencia de factores de riesgo de exclusión social y determinar cómo afectan la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey de acuerdo a la edad y género.

1.3 Pregunta de Investigación

1. En los ámbitos económico, formativo, salud, vivienda y relacional ¿Cuáles son los factores de riesgo de exclusión social que afectan la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey, N.L.?

1.4 Objetivo General de la Investigación

Identificar cuáles son los principales factores de riesgo de exclusión social y determinar su impacto en la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey, N.L.

1.5 Objetivos Específicos

1. Identificar la prevalencia de factores de riesgo de exclusión social que afectan la calidad de vida del adulto mayor de acuerdo a edad y género.
2. Determinar la calidad de vida del adulto mayor de acuerdo a edad y género.
3. Estimar el efecto de los factores de riesgo en la calidad de vida del adulto mayor de acuerdo a edad y género.
4. Determinar si el apoyo familiar que reciben el adulto mayor es una variable mediadora entre la presencia de factores de riesgo y la calidad de vida.
5. Desarrollar propuestas de políticas públicas y estrategias de acción orientadas a disminuir los principales factores de riesgo de exclusión social y mejorar la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey.

1.6 Importancia y Justificación del Estudio

El problema del envejecimiento se vive a nivel mundial y su trascendencia demanda esfuerzo y voluntad política. Si bien, existen políticas, normas, leyes, códigos y programas de salud y asistencia social tendientes a favorecer la inclusión social del adulto mayor y mejorar su calidad de vida, no existe evidencia de que en México, estas iniciativas de ley y

acciones responden a las verdaderas prioridades, es decir, a los principales factores de riesgo que afectan su calidad de vida.

Los resultados del presente estudio permitieron aportar conocimiento al área de la gerontología en relación con la percepción del adulto mayor acerca de cuales son los factores de riesgo que afectan su calidad de vida, así como cual es el impacto de cada uno de estos factores, esto permitió determinar los principales factores de riesgo de exclusión social que afectan la calidad de vida de la población adulta mayor. Otro aporte teórico de la presente investigación fue la medición global de los factores de riesgo a través de los ámbitos de exclusión social propuesto por Subirats y Goma (2003), este modelo no había sido validado previamente en el grupo poblacional de adultos mayores. Si bien, los ámbitos de exclusión social propuestos por dichos autores, aplican para la población general, los factores de riesgo difieren en relación a las diferentes etapas de la vida (niño, adolescente, adulto joven, adulto maduro y adulto mayor) y en cuanto al género. La amplia revisión de literatura, así como los hallazgos cualitativos permitieron la incorporación al modelo de exclusión social de factores de riesgo específicos para los adultos mayores e importantes para ser considerados en estudios posteriores, que permitan validar el efecto de estos factores en adultos mayores que habiten en diferentes contextos sociales.

Finalmente, los resultados permitieron una mayor claridad del contexto de los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey y como una aportación práctica del presente estudio, se plantearon propuestas de políticas públicas acordes a la realidad del adulto mayor con el objetivo de desarrollar planes, programas y acciones efectivas tendientes a reducir los principales factores de riesgo de la población geriátrica y lograr una mayor inclusión de este grupo en la sociedad y favorecer su calidad de vida.

1.7 Hipótesis de Investigación

Para el presente estudio se plantearon las siguientes hipótesis derivadas de la teoría existente en relación a los ámbitos de exclusión social y factores de riesgo específicos para cada ámbito:

1. Los factores de riesgo del ámbito económico: dificultad financiera y dependencia económica total afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor
2. Los factores de riesgo del ámbito formativo: analfabetismo y un nivel formativo bajo de primaria o inferior afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor
3. Los factores de riesgo del ámbito de salud: no acceso a seguridad social, padecimientos crónicos, pluripatologías, percepción de estado de salud negativo, dependencia en actividades de la vida diaria e instrumentales y depresión afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor
4. El factor de riesgo del ámbito vivienda: no acceso a una vivienda propia afecta negativamente la calidad de vida del adulto mayor
5. Los factores de riesgo del ámbito relacional: no tener pareja, vivir solo, no reciprocidad, no pertenencia a grupo sociales y la deficiente interacción con familia, vecinos y amigos afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor
6. Los factores de riesgo de exclusión social que afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor difieren respecto a edad
7. Los factores de riesgo de exclusión social que afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor difieren respecto al género
8. Los factores de riesgo del ámbito de salud tienen mayor efecto negativo en la calidad de vida del adulto mayor
9. El apoyo social que recibe el adulto mayor por parte de la familia, vecinos y amigos tiene un efecto positivo (protector) en la calidad de vida del adulto mayor
10. El apoyo familiar que recibe el adulto mayor se constituye en el principal factor protector de su calidad de vida

11. El apoyo familiar que recibe el adulto mayor es una variable mediadora entre los factores de riesgo de exclusión social y la calidad de vida

Capítulo II

Contexto de Exclusión Social del Adulto Mayor

Introducción

En el presente capítulo se incluyen los antecedentes en relación con el proceso de envejecimiento, así como el marco legal a favor de los adultos mayores en nuestro país. Posteriormente se presenta un panorama en el que se puede apreciar la presencia de factores de riesgo en los diferentes ámbitos denominados de exclusión social así como los relacionados con las características individuales como son la edad y el género. Esta información permite contar con un contexto que permite evidenciar la situación de los adultos mayores e identificar algunos factores que de acuerdo a hallazgos de algunos investigadores afectan la calidad de vida.

2.1 Antecedentes

El envejecimiento poblacional es un fenómeno distintivo en el siglo XXI. En México, este fenómeno cobra mayor importancia a partir de la década de los setenta debido al proceso de transición demográfico y epidemiológico que se presentó en esta década y fue fundamental para el proceso de envejecimiento que se vive actualmente. Mientras que en 1970 la esperanza de vida era de 67.3 años, actualmente esta se ubica en los 76.8 años y para el 2010 se espera que esta se incremente a 81.1 años, de acuerdo a proyecciones del Consejo Estatal de Población (COESPO, 2006).

Este envejecimiento demográfico, expresado con el incremento de la población adulta mayor es realmente importante; de acuerdo a cifras del II Censo de Población y Vivienda 2005 de los 103.3 millones de habitantes de la República Mexicana, 8.3 millones de personas tienen de 60 años o más, en el 2030 se espera que sean 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán, según lo previsto, 36.2 millones. En el 2005 la proporción de adultos mayores fue de 7.7% y de acuerdo a la proyección demográfica se espera que para el 2030 esta cifra se incrementará a 17.5% y a 28% en el 2050. Este proceso de

envejecimiento demográfico transformará a México en un país con más adultos mayores que niños. Actualmente por cada 25 adultos mayores hay 100 menores de 15 años, en menos de 30 años habrá la misma cantidad de niños y de adultos mayores, mientras que en el 2050 el país tendrá 166.6 adultos mayores por cada 100 niños. Específicamente en Nuevo León, de los 4.2 millones de habitantes, 334,987 son adultos mayores, lo que equivale a un 7.98% del total de la población (CONAPO, 2005; INEGI, 2000; INEGI, 2006).

Este rápido envejecimiento demográfico, es uno de los problemas emergentes que México, al igual que todos los países de América Latina requiere enfrentar debido a sus repercusiones sobre varias dimensiones, las cuales afectan el funcionamiento normal de las sociedades y el bienestar relativo no solo de los ancianos sino también de las generaciones más jóvenes en las que recae el sostenimiento de la población en edades avanzadas. Entre las dimensiones mas afectadas se encuentran el sistema de jubilaciones y pensiones, la composición de la fuerza laboral y de la familia, los cambios intergeneracionales entre las familias, la situación sanitaria y las condiciones de salud de los ancianos (Muñoz, García & Durán, 2004; Peláez, 2005; Programa Nacional de Población [PNP], 2001-2006; Rappaport & Parikh, 2003; Salgado & Wong, 2004; Varela, Ortíz & Chávez, 2003).

En nuestro país se han tomado algunas medidas para evitar la exclusión social del adulto mayor, entre ellas se pueden señalar el establecimiento de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002), la Ley de Asistencia Social (2004) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) el cual funge como eje rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la presente Ley.

A continuación se describe brevemente a que se refiere cada una de ellas:

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores esta orientado a favorecer la integración social como resultado de las acciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal, las familias y la sociedad organizada, orientadas a modificar y superar las condiciones que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral. Esta Ley establece que los adultos mayores deben gozar de algunos derechos especiales que permitan mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social.

Entre los derechos para el adulto mayor se consideran aspectos relacionados con la vivienda, alimentación, agua, vestido, servicios de salud, oportunidad de trabajo, vivir en entornos seguros, adaptables a sus preferencias y a sus capacidades en continuo cambio, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afectan su bienestar, disfrutar de los cuidados y de la protección de la familia y la comunidad, contar con espacios libres de barreras arquitectónicas para el fácil acceso y desplazamiento, servicios de salud preventivos y de tratamiento, recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza, discapacidad y otras condiciones y finalmente, vivir con seguridad, libre de explotación, maltrato físico y mental.

La Ley de Asistencia Social (2004) esta encaminada a evitar la exclusión social de la población a través del desarrollo promovido por el Estado y la sociedad en su conjunto, dirigido a propiciar el apoyo, la integración social y el sano desarrollo de los individuos, familias y grupos de población vulnerables en situación de riesgo, a partir de fortalecer sus capacidades para satisfacer necesidades, ejercer sus derechos y procurar, en lo posible, su integración familiar, laboral y social.

Por su parte el INAPAM procurará el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas

y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente (Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2004).

Sin embargo, a pesar de contar con el marco legal de ambas leyes y con el organismo público a favor de los adultos mayores, existe evidencia de que éstos derechos no han sido efectivos desde su formulación, aunque estos derechos corresponden a todos los adultos mayores, la realidad es que no todos gozan de ellos; en especial los grupos de adultos mayores que enfrentan una variedad de factores de riesgo que afectan su calidad de vida y contribuyen a su exclusión social (Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2004).

A continuación se presenta la situación del adulto mayor en relación a la presencia de factores de riesgo en nuestro contexto.

2.2 Ámbito Económico

En nuestro país existe una gran desigualdad económica en el grupo de adultos mayores respecto a los que representan la fuerza laboral. Esto ha generado que en este sector de la población se incremente la pobreza como uno de los principales factores de riesgo del ámbito económico el cual tiene impacto en otros factores de riesgo.

De acuerdo a estimaciones de la Secretaría de Salud basadas en la Encuesta Nacional de Ingreso – Egreso de los Hogares (2000), entre dos y tres millones de familias emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos en salud, mientras que 1.2 millones cruzan la línea de la pobreza por este tipo de gastos. Esto genera que un porcentaje importante de la población postergue su atención, entre ellos destacan el 36% de los enfermos y discapacitados, el 29% de los analfabetas, el 35% de los mayores de 65 años, el 25% de la población de bajos ingresos y el 28% de las personas no afiliadas a alguna institución de seguridad social (Ham – Chande, 1996; López, 2004; OPS, 1997; Resano & Olaiz, 2003).

En nuestro país este dato es relevante si se considera que de acuerdo a cifras del XII Censo General de Población y Vivienda (2000) existen más de cincuenta millones de personas sumidas en la pobreza y pobreza extrema, estas personas integran familias con menor nivel socioeconómico y con menor posibilidad de aliviar los problemas que se derivan de asumir situaciones de exclusión de algunos de sus miembros (INEGI, 2000; Seculi et al., 2001).

2.3 Ámbito Laboral

El ámbito laboral, en esta etapa de la vida está directamente relacionado con el ámbito económico, existen adultos mayores que no cuentan con ingresos provenientes de pensiones, o que estos resultan insuficientes, por lo que se ven obligados a incrementar su participación laboral; sin embargo, en nuestro país el acceso al mercado laboral es complicado sobretodo conforme se incrementa la edad. El 35.9% de la población de 65 años y más trabaja, porcentaje que se incrementa a 52% en localidades de menos de 2500 habitantes, debido a que pueden emplearse en actividades como la agricultura u otras actividades primarias. Si la persona es el jefe del hogar, la probabilidad de que trabaje es mucho mayor, alcanzando 81.5% en el ámbito nacional. La mayoría de los adultos mayores que trabajan lo hacen en el mercado informal, ya sea por cuenta propia o son ocupados por el sector comercio y servicio; sin embargo, el pago que reciben es muchas veces inferior al pago proveniente de las pensiones.

La probabilidad de que un adulto mayor requiera acceso al mercado laboral esta asociada con el monto del ingreso de su pensión, en caso de que la reciba, así como por el ingreso de los integrantes de la familia incluyendo sus propios ingresos que provengan de fuentes diferentes al trabajo (ejemplo: rentas, ahorros, inversiones, etc.). Cuando el adulto mayor tiene ingresos que no provienen de un esfuerzo laboral, entonces es menos probable que trabaje. Sin embargo, pocos adultos mayores reciben ingresos por parte de una pensión o por otra fuente. El 32% de los adultos mayores no perciben ingresos y solamente 18.7 del

total recibe una pensión. De los aproximadamente seis millones de personas de 65 años y más de edad, sólo un poco más de un millón recibe una pensión (Meléndez & Zarco, 2003).

El Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001), reporta que sólo el 45.5% de los hombres y el 25.7% de las mujeres reciben ingresos por pensión, el 13% de las mujeres recibe ingresos por pensión por viudez, ningún hombre recibe este ingreso, el 2.7 de los hombres recibe ingresos por invalidez o accidente laboral y en proporción similar (2%) las mujeres, una mayor proporción de hombres recibe ingresos por otras fuentes (2.3% en hombres, respecto a 0.5 en mujeres).

Otra preocupación asociada con los ingresos de los adultos mayores es el monto de las pensiones el cual se sitúan en promedio entre 2,300 y 1,900 pesos mensuales, aproximadamente, dependiendo de si la persona es hombre o mujer, esta cantidad resulta insuficiente para cubrir sus necesidades, por lo que requieren el apoyo de la familia y la sociedad

Esta situación de los adultos mayores en nuestro país difiere a la presentada en otros países. Redondo (2007) encontró en un estudio realizado en 300 adultos mayores internados en establecimientos geriátricos en Argentina que en el 80.3% de los adultos mayores su principal fuente de ingreso era la jubilación o pensión, sólo un 6.7% señalaron que su principal fuente de ingreso era la ayuda familiar y un 27.3% señaló que si el dinero no le alcanza su familia le ayuda.

2.4 Ámbito Formativo

En nuestro país los adultos mayores tuvieron en sus etapas tempranas de la vida un acceso limitado a la educación, mientras que en otros países como Estados Unidos, Canadá y China, los adultos mayores reportan mayor nivel educativo. Tanto los resultados de la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2001) como los del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001) revelan baja escolaridad en los adultos mayores, una tercera parte reportó no haber recibido ningún año de educación

formal. Los varones tienen una escolaridad más alta que las mujeres y los adultos de 50 a 59 años tienen mayor nivel educativo que los de 60 a más. Este patrón de desigualdad educacional por edad se explica por las mejoras que se produjeron en el sistema educativo a principios de la segunda guerra mundial, en relación con el género, esto se debe a la inequidad de género en el ámbito educativo.

2.5 Ámbito de Salud

Respecto a la salud, Flórez (2003) y Manton (2008) señalan que el estado de salud es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de una persona. Cuando una persona padece algún problema de salud se produce un deterioro físico que conduce a una limitación para realizar las actividades o comportamientos habituales, máximo cuando este problema de salud es de tipo crónico y se asocia con otros padecimientos de tipo agudo o crónico los cuales alteran el estado de salud y esto tiene un efecto directo sobre otras dimensiones que afectan el bienestar de la persona. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes, y si aunado a esto el tratamiento que se sigue no es adecuado y oportuno, suelen aparecer complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas.

Se estima que el 80% de los adultos mayores padecen por lo menos de una enfermedad crónica y el 6% de los mayores de 65 años y el 20% de los mayores de 85 años padecen algún grado significativo de demencia, una de cada 10 personas tiene algún tipo de discapacidad y este riesgo se incrementa a partir de los 80 años, en donde una tercera parte de los adultos mayores presenta discapacidad en el área motriz, seguida de la visual y auditiva (Ham – Chande, 1996; OPS, 1997; Resano & Olaiz, 2003; Salgado & Wong, 2003).

De acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda (2000) en la República Mexicana el 10.78 por ciento de los adultos mayores de 60 años presenta alguna discapacidad, mientras que en los

de 70 años a más esta cifra se incrementa a 16.48. Respecto al estado de Nuevo León, el 11.56 por ciento de los adultos mayores de 60 años presenta alguna discapacidad y el 17.62 por ciento de los de 70 años a más (INEGI, 2000). Al respecto Liao, McGree, Cao y Cooper (2001) reportan en los hallazgos de una investigación realizada en población adulta de 70 años más con el propósito de examinar la funcionalidad física y la discapacidad en este grupo de población, que existe un decline en las actividades instrumentales de la vida diaria con el incremento en la edad y que las mujeres tuvieron mayores limitaciones respecto a los hombres. Freedman (2004) reporta que existe un declive de 1% a 2.5% por año en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y en las Actividades Instrumentales (AI).

El ENASEM (2001) señala que en el autorreporte de salud, uno de los indicadores más utilizados para evaluar la salud general de los adultos mayores, las mujeres autoevalúan peor su salud respecto a los hombres, y las personas de mayor edad peor que los jóvenes. La autoevaluación de la salud se encontró altamente asociado con el autorreporte de enfermedades crónicas y con problemas de funcionalidad. En cuanto a las actividades de la vida diaria (caminar, bañarse, ir al baño y trasladarse a la cama) las mujeres reportan mayor limitación (13.8% vs 8.4%), la principal dificultad se atribuye a caminar seguido de ir a la cama. Respecto a las actividades de tipo instrumental la mayor limitación también es reportada por las mujeres (19.1% vs 17.8%), la mayor dificultad corresponde a hacer compras seguido de preparar la comida en el caso de las mujeres y en el caso de los hombres, las dificultades se invierten, reportan mayor dificultad para preparar la comida, seguido de hacer compras (Wong, Espinoza & Palloni, 2007).

En relación con el autorreporte de enfermedades, predominó la hipertensión en las mujeres (55.1% respecto al 35.6% en hombres), seguido de la diabetes (23.2% en mujeres respecto a 18.3% en hombres), las enfermedades de tipo pulmonar se ubicaron en el tercer lugar. Se presentó un ligero incremento en los hombres 7.6% respecto a 6.6% en mujeres (Wong, Espinoza & Palloni, 2007).

Otro factor de riesgo en el ámbito de salud, el cual se considera relevante es la depresión, considerada un padecimiento frecuente en los adultos mayores a nivel mundial y probablemente la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez (Ávila – Funes, Melano – Carranza, Payette & Amieva, 2007). Se estima que la prevalencia de depresión en adultos mayores que viven en países industrializados es del 10% al 27% (Geerling, Beekman, Deeg, Twisse & Van, 2001). Los resultados de la encuesta SABE (2001) reportaron en México, una prevalencia de 23.2%; sin embargo, se estima que existe un subregistro de depresión en este grupo poblacional. Los adultos mayores tienden a no consultar por síntomas depresivos o estos se atribuyen a algo propio del envejecimiento; sin embargo, el ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal. Se ha encontrado que en el 26% de los casos se detecta en el primer nivel de atención y en aquellos que se logra establecer el diagnóstico, sólo 11% reciben un tratamiento antidepressivo adecuado, en 34% es inadecuado y 55% no lo recibe (Menéndez et al., 2005).

Respecto al acceso a la atención, otro factor importante en relación con la salud, el ENASEM (2001) reporta un ligero incremento en el acceso en los hombres (77.1%, respecto a 76.7% en mujeres). En cuanto al tipo de servicio predomina el seguro social en proporción similar en hombres (60.3%) respecto a mujeres (59.7%), seguido del ISSSTE, también en proporciones similares en ambos sexos.

2.6 Ámbito de Vivienda

En relación con los factores de riesgo del ámbito relacionado con la vivienda, la literatura señala que de acuerdo a resultados de estudios de investigación donde se ha buscado conocer el impacto de este aspecto sobre la calidad de vida, cuando el adulto mayor posee una vivienda propia, goza de una mayor calidad de vida y esto se asocia con que los recursos destinados al pago de la vivienda pueden ser utilizados para satisfacer otro tipo de necesidades; así mismo, al contar con una vivienda se incrementa el sentido de pertenencia y los hace no sentirse dependientes de su familia (Breeze et al., 2004; Cardona

et al., 2002; Farquhar, 1995; Rubio, Aleixandre & Cabezas, 1997). Wong, Espinoza y Palloni (2007) reportan que para los adultos mayores, el 60% del valor neto de sus bienes corresponde a la vivienda.

2.7 Ámbito Relacional

En nuestro país, culturalmente el cuidado a los adultos mayores le corresponde principalmente a la familia, de acuerdo a datos del XII Censo de Población y Vivienda (2000) hay 22.6 millones de hogares en el país y en 8.8 millones de ellos habitan personas de 50 y más años, es decir, en un 38.8% de los hogares hay adultos mayores. En los hogares hay en promedio 1.5 personas de 50 años. La mayor parte de este grupo aún vive en hogares familiares (9 de cada 10) y sólo en uno de cada diez, las personas de 50 años y mayores viven solos. Esto muestra que en general las redes familiares siguen siendo importantes en México y las familias las principales proveedoras de apoyo para el adulto mayor (INEGI, 2000).

Tradicionalmente, son las mujeres, generalmente las esposas e hijas quienes asumen el rol de cuidadoras. Sin embargo, existen dos aspectos que tienden a modificar esto, por un lado el descenso en las tasas de fecundidad, lo cuál originó un cambio en los procesos de formación familiar al tener menos integrantes de la familia con quienes compartir la responsabilidad del cuidado de los padres adultos mayores por un tiempo cada vez más largo; esto ha generado que los adultos económicamente activos deban enfrentar una pesada carga que hace que la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar a los ancianos sea más precario cada día; esta situación en vez de fortalecer la unión familiar, deteriora el papel de la familia como apoyo del adulto mayor.

El otro aspecto es el rol fuera del hogar que desempeñan las mujeres de la familia quienes tradicionalmente han desarrollado el rol de cuidadoras, esto genera que la familia se ocupe cada vez menos de los cuidados y sobrevivencia del adulto mayor, esto puede constituirse en un aspecto poco favorecedor sobretodo para los adultos mayores expuestos a

otros factores de riesgo como problemas de salud crónicos, dependencia, discapacidad, problemas laborales y económicos y que además carecen de algún tipo de apoyo por parte de las redes sociales (Cardona et al., 2002; Hao, 1997; Peláez, 2005; Ribeiro, 2002).

La red social en edades avanzadas muestra una serie de cambios, entre ellos se pueden mencionar la finalización de la crianza de los hijos, el abandono procedente de las relaciones laborales y la disminución del grupo de parientes e iguales por efecto de la mortalidad. Si bien durante una gran parte del ciclo vital la red se ha extendido, a partir de los 70 años sufre un descenso, esto podría asociarse con la aparición de problemas generados por la falta de apoyo; sin embargo, depende de las conductas de tipo acomodativo que sigan las personas como forma de adaptarse a las nuevas situaciones (Meléndez-Moral, Tomás-Miguel & Navarro-Pardo, 2007).

La familia y las redes sociales se constituyen en un importante apoyo para solventar las necesidades de consumo de los adultos mayores, sobretodo por la situación económica en la que viven uno de cada seis adultos mayores reporta que no tienen ninguna fuente de ingreso, mientras que el 10% señala que se única fuente de ingreso es el apoyo familiar (Wong, Espinoza & Palloni, 2007).

El ENASEM (2001) reporta que un poco más de la mitad de los adultos mayores vive en hogares nucleares y la propensión a vivir solos o en hogares extendidos es mayor para los de mayor edad y para las mujeres. En cuanto a las ayudas recibidas y dadas por los adultos mayores con su red familiar, el 20% proporciona ayuda económica y 54% la recibe.

Con respecto a las interacciones de los adultos mayores, Vera, et al. (2005) reportan en los hallazgos de una investigación realizada en población adulta mayor que el mayor contacto diario es con los hijos y la pareja (64%) seguido por los vecinos (51.2%), después la familia (49.4%) y finalmente los amigos (43.8%). Con respecto al apoyo que reciben, los hijos aparecen como los principales proveedores de apoyo económico o para comprar algo (43.8%) y proporcionar compañía para ir a algún lugar (37.5%). El cónyuge, además de los hijos, es mencionado como proveedor de ayuda práctica en la resolución de asuntos

cotidianos como asear la casa, hacer la comida, ir a la tienda, mantener la ropa limpia y visitar a algunas personas (35%).

2.8 Factores de Riesgo del Adulto Mayor Relacionados con las Características

Individuales

Además de los factores de riesgo de exclusión social señalados previamente (ámbitos: económico, laboral, formativo, salud, vivienda y relacional) existen otros factores de riesgo asociados con las características individuales como son la edad y el género de los adultos mayores, los cuales incrementan el riesgo de exclusión en este grupo de población. Respecto a la edad, de acuerdo a la literatura, los adultos mayores que presentan enfermedades no transmisibles mantienen su capacidad funcional; sin embargo, el grado de discapacidad aumenta con la edad. A mayor edad existe mayor alteración en la funcionalidad física, mental y social del adulto mayor, así como mayor susceptibilidad para desarrollar padecimientos crónicos, lo que trae consigo, un incremento en los niveles de discapacidad y dependencia de este grupo poblacional y por consiguiente afectación en la calidad de vida (Bond, Coleman & Peace, 1996; CONAPO, 2003; Cox & Bottoms, 2004; Mendoza, 2003; Merck, 2005).

En cuanto al género, existe evidencia de desigualdades donde las menos favorecidas son las mujeres y esto se ha asociado con diferencias sociales, culturales, legales, económicas y políticas. Las mujeres tienen menor participación económica y mayores índices de vulnerabilidad, marginalidad y pobreza. Con relación a la salud, a pesar de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, las estadísticas refieren que este grupo presenta mayor morbilidad y limitaciones funcionales respecto a los varones de la misma edad (Avlund et al., 2004; Casado et al., 2001; Kington, Lilliard & Rogowski, 1997).

Otra diferencia derivada del sexo corresponde al área laboral, mientras el hombre adulto mayor de hoy que se pensiona, fue el trabajador productivo de hace 20 años y muere a una edad más temprana, la mujer que tradicionalmente ha participado mucho menos en la

fuerza laboral, tiene un acceso limitado a la obtención de ingresos y servicios esenciales, y en la vejez, son quienes corren el mayor riesgo de sufrir un deterioro en su habilidad funcional y calidad de vida; sobretodo, si viven solas, son viudas, tienen problemas de salud y aunado a esto no cuentan con una red de protección económica y social (Avlund et al., 2000; Villanueva, 2000).

De acuerdo a cifras reportadas por el XII Censo de Población y Vivienda (2000) se puede observar que el 65.9% de los hombres es económicamente activo mientras en el caso de las mujeres este indicador corresponde al 20%. En cuanto a la población económicamente inactiva, la situación es contraria, mientras que el 33.9% de los hombres se encuentra en esta categoría, las mujeres representan el 79.8% (INEGI, 2000).

A pesar de que la fuerza laboral disminuye notablemente con la edad, las tasas de participación en la fuerza laboral de acuerdo a los resultados de la encuesta SABE (2001) fluctúan entre 40 y 80% entre los varones del grupo de 60 a 64 años de edad, pero se reducen a la mitad entre la mujeres de las mismas edades, como puede apreciarse las mujeres están siempre más propensas a vivir sin pareja en la vejez; sin embargo, es bajo el porcentaje de mujeres que viven solas (Peláez, 2005).

En relación con el proceso de jubilación o pensiones, uno de cada cuatro hombres se encuentra en esta situación, pero sólo el 3.7% de la población económicamente inactiva femenina es jubilada o pensionada. En cuanto al nivel de ingresos totales para esta población también es desigual según el sexo de las personas, la mitad de las personas no recibe ningún ingreso o es menor a un salario mínimo al mes lo que resulta insuficiente, mientras que para los hombres este porcentaje es de 29.8, casi el doble de las mujeres se encuentra en esta situación.

Estas diferencias de acuerdo al género son importantes de considerar dado que existe mayor proporción de mujeres que hombres en las edades adultas y, sobretodo en las edades avanzadas. Entre las personas de 60 a 65 años hay 110 mujeres por cada 100 hombres, y 120 por cada 100 en el grupo de 75 a 79 años (CONAPO, 2005; Machinea,

2005; Salgado, 2003). De acuerdo a los resultados de la encuesta SABE los adultos mayores sin pareja (separados, divorciados y viudos) se incrementan notablemente con la edad y la proporción es mayor en las mujeres que en los varones (Peláez, 2005).

Como puede apreciarse en la información presentada previamente, la situación de los adultos mayores, principalmente en nuestro país, demanda la necesidad de diseñar políticas públicas efectivas que consideren los factores de riesgo específicos de acuerdo a las características individuales, entorno ambiental y social y no homogeneizar las necesidades, las acciones y programas para este grupo de población. Es importante que se busque la modificación de las causas reales de la problemática las cuales incrementan las desigualdades e impactan negativamente en la calidad de vida (Cox & Bottoms, 2004; ONU, 2002).

Capítulo III

Proceso de Envejecimiento

Introducción

En el presente capítulo se incluye el soporte teórico respecto al proceso de envejecimiento de acuerdo a la conceptualización de diferentes autores; se presentan además, algunos enfoques acerca de como se visualiza el envejecimiento, entre ellos se incluyen el cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico y el funcional. Posteriormente se hace referencia a algunas posturas teóricas y finalmente se presentan algunas diferencias en el proceso de envejecimiento de acuerdo al género, característica individual importante para el presente estudio como factor de riesgo para los adultos mayores.

3.1 Posturas Teóricas en Relación al Envejecimiento

El envejecimiento es parte del proceso vital de los individuos. Sin embargo, las características y el significado del envejecimiento no son estáticas, sino que adquieren formas específicas de acuerdo al contexto social en donde se produce, esto debido a que además del deterioro corporal que caracteriza al envejecimiento, existen dimensiones sociales, culturales y psicobiológicas que acompañan a este proceso (Ribeiro, 2002).

De acuerdo a la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2002) el envejecimiento es un proceso biológico, social y psicológico que se da como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta; es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva y trae consigo un deterioro gradual del cuerpo. La ONU clasifica al adulto mayor por la edad y por el grado de desarrollo del país, para los países desarrollados un límite de 65 años o más y para países en desarrollo, a partir de los 60 años.

En México, de acuerdo a lo establecido en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, se considera adulto mayor a toda aquella persona que cuenta con sesenta

años o más de edad y que se encuentran domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional (Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2004).

Kane (2001), define el envejecimiento como un proceso universal, dinámico, acumulativo, irreversible, con componentes físicos, psíquicos y sociales. Es la suma de todos los procesos que se presentan en el ser humano con el paso del tiempo, que conducen a deterioro funcional, a mayor vulnerabilidad y a la muerte, y que está determinado por tres factores: a) el envejecimiento propiamente dicho, consecuencia natural del paso de los años, b) la enfermedad, y c) el desuso.

Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos como: capacidad metabólica, descontrol en las funciones de proliferación, replicación (se duplican menos) y sobrevivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por la senescencia replicativa; es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades (Villanueva, 2000).

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive, donde se le asocia con una serie de mitos asociados con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión. Este punto de vista “moderno” funciona como una profecía que se autopromueve, se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipo legitimado por la sociedad (Barros, 1994; Tavares, 1994).

Según Moragas (1991) la vejez, supone ciertas limitaciones para el sujeto pero también posee unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia,

madurez vital, perspectiva de la historia personal y social. Así, los adultos mayores exhibirán la personalidad que el medio les permita, en algunos casos con elementos de desarrollo personal, aunque este desarrollo vaya en dirección contraria a los valores predominantes en la sociedad actual.

Existe una gran diversidad de factores involucrados en el proceso de envejecimiento y la complejidad de sus relaciones. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos, desde su concepción hasta su muerte. Gutiérrez (1998) señala que el envejecimiento puede considerarse desde diferentes puntos de vista:

a) Cronológico: Corresponde al tiempo transcurrido desde el nacimiento. La edad cronológica sirve como un marcador objetivo de la edad que es paralelo al proceso de envejecimiento, mas no están relacionados causalmente; no es la edad, sino el cómo se vive lo que contribuye a la causalidad del proceso.

b) Biológico: la edad biológica corresponde a las etapas en el proceso de envejecimiento biológico. Se refiere a todos los cambios orgánicos que afectan las capacidades físicas, incluyen modificaciones celulares, envejecimiento de la piel, del cabello, uñas, del sistema óseo, muscular, articular, respiratorio, digestivo, genitourinario, endocrino, inmunitario, del sistema nervios y de los órganos de los sentidos.

c) Psíquico: incluye modificaciones cognoscitivas que afectan la manera de pensar y las capacidades intelectuales. También se presentan modificaciones psicoafectivas sobre la personalidad y el afecto. Estas modificaciones no sobrevienen espontáneamente sino son el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación. Al parecer la capacidad de adaptación a las pérdidas y otros cambios que se suscitan a lo largo de la existencia, determinan en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada.

d) Social: se refiere al rol de la persona en la sociedad, existe un cambio en el rol individual, en la comunidad y en el área laboral. Cuando la persona deja de laborar disminuyen sus relaciones sociales y recursos económicos lo que lo hace dependiente

económicamente en muchos de los casos dado que aún cuando la persona cuente con una pensión, ésta generalmente resulta insuficiente para mantener una calidad de vida digna.

e) Fenomenológico: corresponde a la percepción subjetiva de la propia edad, que el individuo manifiesta honestamente sentir, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial. Tal percepción subjetiva se relaciona con los mecanismos de adaptación que conducen a un envejecimiento exitoso.

f) Funcional: el estado funcional en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

Existen diferentes posturas teóricas que intentan explicar el proceso de envejecimiento, sin embargo por ser el envejecimiento un proceso multidimensional, es necesario explicar los diversos mecanismos que existen, es difícil que una sola teoría pueda explicar globalmente el proceso en toda su diversidad y complejidad.

Gutiérrez (1998) señala que las teorías actuales sobre el envejecimiento proponen como mecanismo uno o varios de los siguientes sistemas o procesos: el inmune, el neuroendocrino, la mutación de las células somáticas, el programa genético, la acumulación de sustancias tóxicas, la inestabilidad molecular, los cambios en la entropía del sistema, la acumulación de lipofuscina y la pérdida celular. Estos mecanismos pueden agruparse en siete categorías de teorías: inmunológicas, teorías que se apoyan en la ocurrencia de un daño, teorías sobre la programación genética, teorías evolucionistas, teorías específicas de algunos tejidos, teorías matemáticas y físico – matemáticas y las teorías unificadas.

Para propósitos del presente estudio el envejecimiento es acorde a la postura de las teorías unificadas (Gutiérrez, 1998) donde se señala que los factores ambientales determinan el envejecimiento. Los factores ambientales incluyen diferentes factores de envejecimiento extrínseco que permiten asociar la salud y el funcionamiento de los individuos con la exposición a diferentes factores de envejecimiento extrínseco. La

compleja interacción entre los factores intrínsecos y extrínsecos es sin duda diferente para cada individuo, lo que conduce a plantear la noción de envejecimiento diferencial.

A lo largo de la existencia, la exposición diferencial a las variables ambientales, en interacción con cargas genéticas individuales, conducen a una expresión única del proceso de envejecimiento para cada individuo. El proceso de diferenciación entre los individuos se continúa por toda la vida, determinando ritmos y estilos peculiares de envejecer que varían no sólo entre los individuos sino entre los distintos aparatos y sistemas de un individuo cuya función se deteriora a un ritmo diferente. Al parecer, no podemos esperar prolongar en el corto plazo la duración de la vida humana, ni eliminar los aspectos principales de la incapacidad que reflejan los límites intrínsecos. En cambio, modificando los factores extrínsecos, podemos aumentar la proporción de la población capaz de explotar al máximo su potencial genético. Tales nociones conducen a definir el envejecimiento como el resultado efectivo de todos los procesos que conducen a un deterioro de la capacidad de adaptación.

No tiene una causalidad única, no es una enfermedad ni un error evolutivo, no depende exclusivamente de la edad sino de determinantes ambientales. Por lo tanto el envejecimiento resulta de la interacción entre los factores genéticos y las influencias extrínsecas ligadas al medio.

Para el presente estudio el proceso de envejecimiento del adulto mayor, así como los factores extrínsecos ligados al medio determinan su calidad de vida, la cual esta determinada por una combinación de factores donde se incluyen los de tipo personal tales como la edad y el sexo y los factores extrínsecos ambientales donde se incluyen los del ámbito económico, laboral, salud, formativo, vivienda y relacional.

3.2 Diferencias en el Proceso de Envejecimiento de acuerdo al Género

Hasta hace algunos años la atención a la población adulta mayor se planeaba de forma homogénea; sin embargo, al incorporar el enfoque de género en las políticas de

población y en las políticas públicas, se plantean nuevos retos y necesidades de información. Esta perspectiva demanda identificar las características especiales que tienen hombres y mujeres mayores de 60 años, en función de la peculiaridad de sus demandas y necesidades. La población femenina tiene mayor sobrevivencia que la masculina (la esperanza de vida al nacer para el año 2000 se estimó en 73.1 años para los hombres y 77.6 para las mujeres) debido a la sobre mortalidad masculina en edades intermedias. Sin embargo, la mayor esperanza de vida de las mujeres no representa mejores condiciones de vida (OMS, 2002; Wong, 2006).

Algunos autores señalan que a pesar de la tendencia de considerar el indicador de equidad de acuerdo al género en el desarrollo de políticas públicas, programas y proyectos orientados al adulto mayor, existe la necesidad de un mayor esfuerzo político, con el fin de incluir las necesidades tanto de los hombres como de las mujeres, e integrar estas consideraciones en los procesos de planeación, diseño, instrumentación y evaluación de las acciones orientadas al adulto mayor de tal forma que sean más viables, justas y eficientes (Bardach, 1998; Drummond, O' Brien, Stoddart & Torrance, 2001; OPS, 1992).

La falta de equidad de género no es un problema homogéneo sino un conjunto de problemas distintos e interrelacionados que afectan principalmente a las mujeres y tienen su origen en diferencias sociales, culturales, legales, económicas y políticas. Estas diferencias son evidentes también con relación a la pobreza; las causas y situaciones de la pobreza son diferentes para mujeres y hombres y se intensifica en esta fase de la vida por la limitación en las oportunidades de desarrollo y las condiciones de salud en las que viven (López, 2004).

Esta falta de equidad en cuanto al género está también asociada con el fenómeno de “feminización de la vejez” debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres, sin embargo, esta larga vida no significa necesariamente una ventaja, sobretodo si se llega a esta etapa incapacitado o sin acceso a servicios de salud. Este acceso a los servicios de salud también resulta ser más difícil para las mujeres por sus condiciones laborales o por su falta de

afiliación por no pertenecer al mercado laboral, lo que provoca que no cuenten con seguridad social. Esta falta de aseguramiento ha provocado que una parte importante de su patrimonio o de sus ingresos, sean destinados a mantener su salud (López, 2004).

Este punto de vista señalado previamente es compartido por Resano y Olaiz (2003) quienes señalan la importancia del enfoque de equidad por género dado que las causas y las situaciones de pobreza son diferentes para hombres y mujeres.

Es evidente que el riesgo económico es notablemente mayor para las mujeres, sobretodo las viudas sin apoyo familiar, lo cual explica su situación de pobreza, los problemas de salud asociados con esta desventaja social y el mayor riesgo de sufrir un deterioro en su calidad de vida. A pesar de que se han establecido estrategias para disminuir esta problemática como es el seguro popular, el cual tiene como propósito apoyar a las familias no aseguradas, promover el pago anticipado por servicios, reducir los gastos en salud y fomentar la atención preventiva, aun existe una limitada cobertura y no se consideran las diferencias por género (Salgado & Wong, 2003).

Este aspecto de equidad es considerado en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002) donde establece en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 4º que un principio rector en la observación y aplicación de la ley es la equidad. Esta se define como el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios en el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia (Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2004).

El principio de equidad exige que en una sociedad los recursos se distribuyan equitativamente entre los miembros de esa sociedad. El concepto de equidad no es sinónimo del concepto de igualdad. La equidad requiere que a iguales se les dé iguales y a desiguales, se les dé desigual. Equidad quiere decir que los recursos se distribuyen de acuerdo con las necesidades de cada cual con el propósito de proteger a los mas desprotegidos en espíritu de solidaridad humana (OPS, 1998).

Lagarde (1997) señala que la equidad implica reconocer la diversidad y la desigualdad de acceder a oportunidades para mejorar la vida. La equidad es reconocer que hombres y mujeres son igualmente diferentes

Como se señaló previamente, para propósito de este estudio el envejecimiento es el resultado de la interacción entre los factores intrínsecos y extrínsecos, por lo que se considera diferente para cada individuo dependiendo de su exposición a los factores de riesgo. Si bien todos los factores de riesgo señalados previamente afectan la calidad de vida del adulto mayor, Peláez (2005) señala que la combinación de algunos factores donde se incluyen la pobreza, la carencia de apoyos familiares y sociales, así como las condiciones de salud incrementan la vulnerabilidad en el adulto mayor. Por su parte, Zafra et al. (2006) con relación a las características individuales señala como principales factores de riesgo la edad (personas de 85 años a más), el sexo femenino y el bajo nivel educativo.

Low y Molzahn (2007) reportaron en sus hallazgos de investigación que los recursos financieros, la salud y el significado de la vida influyen directamente y positivamente en la calidad de vida. La salud, el apoyo emocional y el entorno físico afectan la calidad de vida relacionada con la salud. El modelo explica el 50.5% de la varianza. Por otro lado, Turner, John, Hagan, Denny & Buchwald (2006) reportan que la edad, el sexo, el nivel educativo, los ingresos anuales, el estatus laboral, la enfermedad de hipertensión y la obesidad se asociaron con la calidad de vida relacionada con la salud.

De acuerdo a las diferencias en el proceso de envejecimiento de acuerdo a las características individuales edad y género, se plantearon las siguientes hipótesis:

- Los factores de riesgo de exclusión social que afectan la calidad de vida del adulto mayor difieren respecto a la edad y respecto al género.

Capítulo IV

Factores de Riesgo de Exclusión Social

Introducción

En el presente capítulo se incluye el soporte teórico respecto a la exclusión social, así como a los diferentes ámbitos y factores de riesgo que pueden generarla. El orden en el que se presentan son: ámbito económico, laboral, formativo, salud y vivienda. Finalmente, se resumen los factores de riesgo para cada uno de los ámbitos señalados previamente.

4.1 Exclusión Social

Para el presente estudio se consideró el modelo de exclusión social propuesto por Subirats y Goma (2003). Este modelo permite identificar cuáles son los principales ámbitos de exclusión social así como los factores de riesgo específicos para cada uno de los ámbitos. Además de los factores de riesgo propuestos por dichos autores, se incluyen algunos que de acuerdo a la literatura se consideran relevantes para la población adulta mayor. Si bien la población en general está expuesta a factores extrínsecos ligados al medio ambiente que la ponen en desventaja ante la sociedad, los adultos mayores, como se ha señalado previamente, están expuestos a una serie de factores de riesgo tanto ambientales como relacionados con sus características individuales que los hace más vulnerables a la exclusión social.

De acuerdo a Subirats y Goma (2003) la exclusión social hace referencia a un proceso social de desintegración, en el sentido de una progresiva ruptura de las relaciones entre los individuos y la sociedad. Este crecimiento de los procesos de desigualdad social se incrementa por la diversificación y ampliación de las necesidades de los ciudadanos, esto pone de manifiesto la necesidad de adoptar nuevos enfoques para el análisis de las poblaciones en situaciones de desventaja o vulnerabilidad social.

Por otra parte, la fragmentación social contemporánea se encuentra asociada a otros fenómenos tales como los movimientos migratorios, la transformación de las estructuras

familiares y los ciclos vitales. La combinación de estas dinámicas ha favorecido la aparición de nuevos riesgos sociales, así como la creciente vulnerabilidad de algunos grupos entre los que puede ubicarse al adulto mayor.

Fuentes (1998) señala que la exclusión es resultado de la acumulación de factores de vulnerabilidad. Éstos se definen como una serie de condiciones que generan una desventaja de grupos y sectores poblacionales frente al resto de la población, y que por ello a su vez requieren de bases y acciones diferentes para incorporarse a las oportunidades de desarrollo.

Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003) señalan que la exclusión social es un fenómeno que incluye a amplios sectores de la población. Es algo más que desigualdad monetaria y más que desigualdad social; implica riesgo de una sociedad dual o fragmentada por la negación de los derechos sociales y esto incide en el deterioro de los derechos políticos y económicos de los ciudadanos y es susceptible de intervención política.

La exclusión social la definen como la imposibilidad o dificultad intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo personal e inserción socio-comunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección. La exclusión social es un fenómeno estructural, dinámico, multifactorial, multidimensional, y politizable.

Por lo tanto, la exclusión social no es sólo la insuficiencia de recursos financieros, sino que se acompaña de una acumulación de limitaciones o déficit donde se incluyen los de tipo educativos, sanitarios, de vivienda y empleo. Éstos impiden a las personas o grupos que los padecen acceder a bienes y derechos considerados básicos, participar en la vida social, y en definitiva constituirse como ciudadanos.

Existen múltiples factores que pueden denominarse de riesgo que inciden en la exclusión social. La exclusión social no es una característica que adquieran determinadas personas sino que es una situación social a la que se puede llegar desde múltiples trayectorias y de la que se puede salir. En cada contexto social, los factores que generan inclusión o exclusión social son distintos y en consecuencia será en cada contexto espacio –

temporal donde se deba identificar tanto los factores que actúan excluyendo como las personas que se encuentran en situaciones de exclusión (Subirats, 2002; Subirats & Goma, 2003).

De acuerdo al Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP), 2003, para identificar la exclusión de los grupos de población, así como los factores que la generan es necesario recoger información de todos los ámbitos de análisis que en la actualidad son susceptibles de generar integración y exclusión social entre ellos se ubican los siguientes: ámbito relacional, económico, sociosanitario, laboral, formativo y vivienda. Para cada uno de ellos se han identificado unos espacios de exclusión y dentro de estos algunos factores generadores de exclusión (Apéndice A). Un aporte del presente estudio es la incorporación a los ámbitos de exclusión social de algunos factores de riesgo específicos para la población adulta mayor (Apéndice B).

A continuación se describen cada uno de los factores de riesgo de exclusión social, de acuerdo a Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003), el orden en el que se presentan es el siguiente: ámbito económico, laboral, formativo, salud y vivienda. En el siguiente capítulo se incluye toda la información relacionada con los factores de riesgo del ámbito relacional donde se incluyen las redes de apoyo familiar y social, este ámbito se manejó en forma independiente por considerarse un factor relevante y mediador entre los factores de riesgo y la calidad de vida.

4.2 Exclusión Social en el Ámbito Económico

El ámbito incondicionalmente presente en los análisis de exclusión es el de la exclusión económica. De hecho, los orígenes del estudio de la exclusión corresponden al análisis de pobreza, esto debido a que este factor está relacionado con la mayoría de los procesos de exclusión.

Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003) señalan que dentro del ámbito económico se distinguen tres factores de exclusión: la pobreza, las dificultades financieras del hogar y la dependencia económica de la protección social. Estos tres factores se complementan entre sí y muestran distintos grados, momentos o aspectos de la exclusión en el ámbito económico. En primer lugar, en el análisis de la pobreza hay que considerar diversos aspectos que son clave para su medición, y que han conllevado brechas teóricas y metodológicas en su estudio.

La pobreza debe poder medirse objetivamente, aunque sea de forma aproximativa, pero también debe tener en cuenta la percepción subjetiva de los propios afectados. Un análisis exhaustivo tendría que tener en cuenta cuántas personas viven en condiciones de carencia económica-material, pero también cuántas personas sienten que viven en este estado de carencia, qué elementos son para ellas determinantes para considerarse pobres y a qué causas lo atribuyen. Esta visión subjetiva ayudaría a matizar la categorización objetiva que se este considerando.

Si la posibilidad de establecer unos umbrales de pobreza objetivos conlleva ya ciertas problemáticas, más aún la posibilidad de establecerlos de forma universal. De hecho, existe la disyuntiva entre considerar la pobreza de forma relativa, es decir, determinada social e históricamente y establecida a partir de la consideración de la situación general de la comunidad que se este analizando, o bien tratar de definirla de forma absoluta con criterios universales (sin tomar en cuenta el contexto social concreto). Los principales problemas de medir la pobreza relativamente son que parte de una decisión arbitraria como es la fijación de un porcentaje respecto a la media colectiva bajo el cual una persona se considera pobre y, por otro lado, que en realidad no informa sobre carencias sino sobre desigualdades, además no permite comparar colectividades entre sí. Por otro lado, las dificultades de establecer un conjunto de necesidades básicas universales conllevan grandes problemas de arbitrariedad y de relativismo cultural.

En el primer grupo (pobreza relativa) se sitúan la mayor parte de investigaciones puesto que el acceso a los datos juega un papel primordial en la elección de la perspectiva utilizada. En el segundo grupo (pobreza absoluta universal) se pueden encontrar propuestas que se centra en la propuesta de un componente absoluto permanente, como es la capacidad para desarrollar una serie de funciones. En el tercer grupo se puede situar el análisis de pobreza basado en el establecimiento de una canasta básica de recursos.

Por otro lado, si se toma como referencia la pobreza relativa, se debe decidir cual es el umbral (el porcentaje por debajo del cual se considera que una persona u hogar es pobre), que variable de referencia se toma para la obtención de datos (renta o gasto), cómo se hace el cálculo de la situación general (mediana o media) y que unidad de análisis (hogar o individuo) es la más apropiada.

Respecto a la variable de análisis, se estima que el gasto es el mejor indicador para medir la distribución por su mayor estabilidad a lo largo del tiempo, a la vez que presenta mayor fiabilidad que la medición de la renta, la cual se conoce conlleva altos grados de ocultación en las respuestas. Pero por otro lado, la renta parece ser una variable más ajustada al objetivo de analizar la desigualdad y la pobreza. Lo cierto es que en el caso de la elección entre estas dos variables, esta fuertemente condicionados por los datos.

La elección de la unidad de análisis (hogar o individuo) es un aspecto importante, ya que los resultados varían substancialmente, como también lo hace la interpretación. El hecho de considerar los individuos oculta la socialización de los recursos y las carencias que se produce en el interior de un hogar, mientras que el hecho de considerar el hogar como unidad de análisis oculta la desigual distribución de los recursos que se produce en su interior, como demuestran algunos estudios que se han centrado en el análisis de la pobreza desde una perspectiva de género.

Además del indicador de la pobreza, el indicador de dificultad financiera en el hogar, es otro aspecto importante, útil y menos sesgado para identificar grupos sociales con riesgo de exclusión sin necesidad de coincidir con situaciones de pobreza o

independientemente de estas. Dentro de los posibles indicadores de dificultad financiera del hogar y teniendo en cuenta los datos existentes, se han considerado tres: los retrasos en el pago de servicios básicos del hogar, los desahucios por impago y la incapacidad de ahorro. En el caso de los adultos mayores se considera dificultad financiera cuando sus egresos son mayores a sus ingresos y esto demanda el apoyo de otros para subsanar los bajos ingresos.

Un tercer grupo de indicadores de exclusión considerados en este ámbito son los relativos a la dependencia económica de la protección social: desde las pensiones y subsidios no contributivos y asistenciales, a las ayudas más puntuales como las becas de comedor. Para los adultos mayores se considera dependencia económica cuando no perciben ningún ingreso y por lo tanto dependen totalmente de su familia o de la sociedad.

Estas desigualdades en el ámbito económico afectan, principalmente, a trabajadores discontinuos, desempleados, adultos mayores sin recursos propios y que no han cotizado para obtener algunos beneficios como es el sistema de jubilación o pensión que se constituye en una de las principales fuentes de ingreso para este grupo, personas con minusvalías importantes y jóvenes sin acceso al mercado laboral.

Es evidente que los factores socioeconómicos afectan la calidad de vida al modificar con frecuencia los estilos de vida de las personas, así como su desarrollo en otros ámbitos como el sociosanitario, el cual se considera relevante por las condiciones de salud de este sector de la población donde se plantea un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria por el incremento en las enfermedades crónicas, vasculares y degenerativas (Aspiazu et al., 2002; Mora, Villalobos, Araya & Ozols, 2004; Cardona, Estrada & Agudelo, 2002).

Esta limitación económica de la población interfiere en la forma en que las personas mayores buscan y reciben cuidados. La capacidad de obtener acceso a una atención de salud integral y de alta calidad variará sustancialmente con los estratos sociales, donde la población más pobre y con mayores necesidades es la que enfrenta mayor desigualdad en el

proceso salud – enfermedad y por consiguiente un riesgo más alto de afectación en la calidad de vida.

Los estratos con mayor limitación económica presentan mayor limitación para gozar de una adecuada calidad de vida. La población más pobre y con mayores necesidades es la que enfrenta mayor desigualdad en el nivel de bienestar, en el proceso salud – enfermedad y por consiguiente un riesgo más alto de afectación en la calidad de vida (Seculi et al., 2001).

Para fines del presente estudio se consideraron los factores de riesgo de dificultad financiera y dependencia económica. Bajo esta perspectiva teórica se planteó la siguiente hipótesis: Los factores de riesgo del ámbito económico: dificultad financiera y dependencia económica total afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor.

4.3 Exclusión Social en el Ámbito Laboral

Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003) señalan que el análisis de los procesos de exclusión en la esfera laboral conlleva la necesidad de distinguir entre dos espacios de exclusión: a) la exclusión en el acceso al mercado laboral y b) la exclusión social derivada de las condiciones laborales.

a) Exclusión en el acceso al mercado laboral

La exclusión del mercado laboral lleva implícitas consecuencias económicas directas, pero a su vez puede generar también consecuencias en los distintos ámbitos de la vida: en el ámbito de la vivienda, en la esfera relacional, en elementos sociosanitarios, etc. Al igual que las situaciones de exclusión social y pobreza, así como el fenómeno del desempleo (como el de la precariedad) se deben enfocar desde múltiples dimensiones.

La negación del acceso al empleo se ha considerado tradicionalmente como la exclusión laboral por excelencia, y seguramente lo sigue siendo, aunque no se puede menospreciar la importancia de la exclusión derivada de deficiencias en las condiciones

laborales. Entre el desempleo y el empleo en buenas condiciones (económicas, horarias, físicas, relacionales, de protección, seguridad, etc.) existe un amplio variedad de situaciones, algunas de las cuales pueden originar o formar parte de procesos de exclusión social.

Por otro lado, la exclusión concreta que se produce en el espacio del acceso al mercado laboral puede tomar múltiples formas: desde la más clásica y evidente, el desempleo, a otras menos obvias aunque igualmente relevantes como el subempleo. En el proceso de elaboración de indicadores de exclusión del mercado laboral se han identificado hasta cuatro factores distintos que conllevan exclusión en el acceso al empleo: el desempleo, el subempleo, la no cualificación y la imposibilitación.

En relación con el adulto mayor, su participación laboral tiende a disminuir con la edad y aunque sea por razones voluntarias o de salud responde a disposiciones legales que rigen el retiro de la fuerza laboral en el sector formal del empleo y a ciertas características restrictivas del mercado de trabajo, incluida la discriminación por la edad.

Aunque la jubilación se concibió inicialmente como una reivindicación de los trabajadores, en la práctica se ha convertido en obligatoria, lo que se asocia a un escaso dinamismo de la creación de nuevos puestos de trabajo y los niveles de desempleo y subempleo. En este marco, los adultos mayores que desean o se ven obligados a seguir económicamente activos deben enfrentar una serie de barreras legales y sociales (Pelaez, Palloni & Ferrer, 1999).

b) Condiciones laborales

La exclusión laboral no se expresa únicamente en la carencia de empleo, sino que tiene relación con las diversas situaciones de precariedad laboral que se contraponen a la visión de un empleo estable y con una serie de derechos adquiridos. La precariedad se configura, de ese modo, como el principal factor generador de desigualdad y exclusión en el ámbito laboral, junto con el desempleo y el subempleo. Se trata de un factor, además, que

adquiere dimensiones crecientes en el contexto de desregulación laboral que caracteriza las nuevas formas de producción de la economía globalizada.

El énfasis en esta precarización del trabajo permite comprender los procesos que nutren la vulnerabilidad social y, en última instancia, generan el desempleo y la desafiliación. La precarización del empleo y el desempleo se han inscrito en la dinámica actual de la modernización basada en nuevos modos de estructuración del empleo con enfoque en la competitividad.

Como se señaló previamente, cuando el adulto mayor se ve en la necesidad de incorporarse al mercado laboral debido a que sus ingresos no le permiten satisfacer sus necesidades o a que no tienen alguna fuente de ingreso, se encuentra con dificultad para el acceso laboral, lo que lo lleva a desempeñarse en actividades por su cuenta las cuales carecen de condiciones laborales óptimas, tal es el caso de los vendedores ambulantes, vendedores de cruceros, etc. quienes enfrentan riesgos y carecen de una seguridad laboral.

En el caso de las mujeres, una alta proporción de ellas trabaja sin percibir ningún pago por sus servicios, su trabajo principal es el de cuidadoras de otros, principalmente miembros de su familia como son nietos, bisnietos y adultos o ancianos enfermos o discapacitados (Salgado, 2003).

Meléndez y Zarco (2003) señalan que para superar esta cadena de eventos asociados con el ámbito laboral que empobrecen a los adultos mayores, es necesario expandir la cobertura de la seguridad social entre los trabajadores activos para asegurar que cuando alcancen la edad avanzada puedan disfrutar de una pensión, la cual contribuye en parte a mejorar la calidad de vida en cuanto al aseguramiento de ingresos monetarios que disminuyan la dependencia del adulto mayor de sus familiares o de la sociedad.

Además de la relación del ámbito laboral con el económico, el dejar de trabajar se ha asociado con una disminución en la actividad física, Slingerland et al. (2007) reportan en sus hallazgos de investigación que al aplicar el análisis de regresión logística encontró que el tiempo empleado para trasladarse al área laboral no se recupera con el tiempo empleado

en hacer ejercicio, esto tiene repercusiones en la salud (Odds Ratio (*OR*) = 3.03, intervalo de confianza al 95% de 1.97 – 4.65).

Se consideraron como factores de riesgo el desempleo, subempleo, imposibilidad para laborar, trabajo en el mercado informal en condiciones de precariedad y no jubilación o pensión; sin embargo, ante la escasa participación laboral de los adultos mayores, únicamente se consideró la percepción de ingresos por jubilación o pensión y se analizó en el ámbito económico.

4.4 Exclusión Social en el Ámbito Formativo

Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003) señalan en relación con el ámbito formativo que la educación adquiere un papel de especial relevancia en relación con la exclusión social, no sólo por cuanto se refiere a los procesos de marginación y/o rechazo social e institucional que pueden tener lugar a lo largo del trayecto formativo (especialmente escolar) de determinadas personas y/o colectivos, sino también, y específicamente, por cuanto hace referencia a las funciones que desempeña la educación: otorgar competencias para facilitar la adaptación para la vida profesional, y garantizar el desarrollo personal y social que facilite la cohesión y la lucha contra las desigualdades. Siendo así, la dimensión formativa de la exclusión se vincula a otras esferas de este proceso, entre las que destacan la económica y la laboral. Esto es, aquellos ámbitos en los que se sostiene, primordialmente, la integración social (inserción mediante las prácticas y reconocimiento subjetivo e intersubjetivo) de las personas en términos comunitarios e institucionales.

Existen diversos factores asociados con las desigualdades en relación con la educación y frente al sistema educativo, desigualdades susceptibles de derivar en procesos de marginación y/o exclusión social de los individuos, que les acompañen a lo largo de su vida futura. Los motivos por los que los individuos pueden encontrarse en situación de

desventaja tienen que ver con problemas de tipo personal, sociocultural o con la combinación y/o la agudización de éstos.

El capital formativo se ha dimensionado a partir de seis factores de exclusión. Los dos primeros hacen referencia al analfabetismo, el tercero a los niveles formativos bajos, el cuarto al llamado fracaso escolar, el quinto versa sobre abandono del sistema educativo, y el último sobre un aspecto más simbólico pero no por ello menos crucial, la barrera lingüística. Para fines del adulto mayor únicamente se consideran relevantes el analfabetismo y el nivel formativo bajo de primario o inferior.

Existen autores que señalan que las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida en el acceso a la educación se asocian con el estatus socioeconómico. Un nivel formativo bajo tiene un impacto en la vida adulta en relación con el empleo, el autocuidado y la salud en general y esto se relaciona de manera crítica con su situación y el bienestar en la vejez. Por lo tanto el menor nivel educativo en los adultos mayores tiene un impacto negativo en su salud, así como en su calidad de vida (Cardona et al., 2002; Casado et al., 2001; Murria & Frenk, 2000; Peláez et al., 2005; Poff, 2004).

Los niveles bajos de educación y alfabetización correlacionan con un factor de mayor riesgo de discapacidad y muerte en las personas mayores. La educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede proporcionar a las personas mayores las aptitudes cognitivas y la confianza necesaria para adaptarse y seguir siendo independientes. Cardona et al. (2002) señalan que a mayor nivel educativo menor riesgo de padecer enfermedad mental (demencia) y que por cada año de educación se disminuye el riesgo de padecer la enfermedad en un 17%.

De acuerdo a este soporte teórico se planteó la siguiente hipótesis: los factores de riesgo del ámbito formativo: analfabetismo y un nivel formativo bajo de primaria o inferior afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor.

4.5 Exclusión Social en Salud

Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003) señalan que existen estrechos vínculos entre los problemas de salud y la exclusión social, en cuanto los primeros pueden suponer obstáculos que impidan la integración de las personas y, por consiguiente, el desarrollo humano y la mejora de la calidad de vida en los términos que plantea la Organización Mundial de la Salud, en el marco de Naciones Unidas. Se contemplan como factores de riesgo las enfermedades que provocan exclusión social como los padecimientos crónicos y los padecimientos que generan discapacidad, así como las enfermedades que sufren los colectivos excluidos como son las enfermedades infectocontagiosas, sífilis, sida, VIH, etc.

La exclusión sociosanitaria es una situación de desventaja social que resulta de la combinación de problemas de salud y de ciertas características y circunstancias vitales de los individuos; es una dimensión de marginación o exclusión social que raramente aparece aislada. Un individuo o un colectivo sobre el que converjan problemas de salud y problemas de integración social estará probablemente afectado también por otras dimensiones de exclusión (laboral, familiar, educativa, económica, relacional, política, entre otras). Las causas socioeconómicas y políticas de carácter estructural son las que mejor explican las desigualdades en salud existentes, pero también otros aspectos de carácter personal pueden intensificar o mitigar los riesgos de exclusión sociosanitaria de los individuos: la edad, la categoría ocupacional, el nivel de ingresos, el nivel educativo y los apoyos familiares y comunitarios.

El riesgo de exclusión sociosanitaria y, por tanto, la necesidad de una atención específica tiende a acentuarse en el caso de individuos y colectivos sobre los que confluyen circunstancias de patología crónica, deterioro físico o psíquico, y escasez de recursos y/o ausencia o deficiente apoyo familiar. El grupo de los adultos mayores es susceptible de riesgo por su alta incidencia de padecimientos crónicos y complicaciones asociadas (pluripatologías), discapacidad y dependencia.

Para los adultos mayores la habilidad funcional es básica para mantener su independencia y participar en familia y actividades comunitarias; sin embargo, cuando se presentan alteraciones en el estado de salud, los adultos mayores presentan grados diversos de falta de autonomía personal y dependencia funcional, que se reflejan en muy bajos niveles de calidad de vida y un consiguiente riesgo de exclusión social si se ven agravados por circunstancias vitales intensificadoras. Éstas incluyen entre otros, aspectos como edad, categoría ocupacional, nivel de ingresos, nivel educativo, hábitos y estilos de vida, situación laboral, situación familiar, entorno ambiental y relaciones sociales (Avlund, 2004; Saorensen, Axelsen & Avlund, 2002; Subirats, 2002; Subirats & Goma, 2003).

Otro indicador que ha resultado ser de utilidad en el ámbito de la salud para evaluar la salud general de los adultos mayores es el autorreporte general de salud. Este indicador está altamente asociado con el autorreporte de enfermedades crónicas y con problemas de funcionalidad (Wong, Espinoza & Palloni, 2007).

La encuesta SABE reporta que las variables que han mostrado una asociación directa con la dificultad par realizar las AVD fueron el padecer de un mayor número de enfermedades no transmisibles, enfermedades cerebrovasculares o de artrosis, así como tener mayor edad, evaluar la salud propia como mala, tener deterioro cognoscitivo y padecer de depresión (asociaciones de 0.18 a 0.53, $p < 0.05$). Respecto a las AI según los coeficientes estandarizados las variables que mostraron mayor asociación fueron la edad, la depresión, la evaluación de la propia salud como mala, las enfermedades cerebrovasculares y el deterioro cognoscitivo y la artrosis.

El sexo femenino se ha asociado reiteradamente con la discapacidad; Lázaro, Rubio, Sánchez y García (2007) encontraron que la dependencia funcional en actividades de la vida diaria se asoció con una mayor edad, con ser mujer ($p < 0.01$), salud autopercibida como mala o regular ($p < 0.001$), ser viudo (a) ($p < 0.01$) y sin estudios de primaria ($p < 0.01$). Sin embargo, la encuesta SABE no reporta ninguna asociación entre el sexo y la incapacidad para realizar AVD, en ninguna de las ciudades estudiadas (Buenos Aires,

Bridgetown, Sao Paulo, Santiago, La Habana, México D.F. y Montevideo); aunque si se reporta que ser mujer se asocia de manera significativa con tener dificultades para realizar las AI de la vida diaria, esto puede explicarse debido a que las AI son más sensibles al cambio debido a su mayor complejidad, un pequeño aumento en las exigencias del ambiente o una leve disminución de las habilidades de una persona puede provocar cambios considerables en el desempeño de las AI sin afectar significativamente el desempeño de las AVD (Menéndez et al., 2005).

Avlund et al. (2003) encontraron en sus hallazgos de investigación que algunos factores como la posición social determinada a través de la escolaridad, ocupación, clase social, ingresos y disposición de una vivienda (propia o rentada) se asocia con el estado de salud de los adultos mayores. Así mismo, la posición social se ha asociado con la disminución en la habilidad funcional (Avlund, Damsgaard & Osler, 2004). Resultados similares son reportados por Wong (2003), un mejor nivel socioeconómico se ha asociado con mejor salud o menor mortalidad.

Por su parte Ginter y Hulanská (2007) reportaron en sus hallazgos que la salud de la población se vio afectada por las condiciones sociales y económicas, bajo nivel educativo, pobreza, desempleo, pobreza en la vivienda. La exclusión social económica fue uno de los principales determinantes de la salud.

Otro factor de riesgo del ámbito de la salud identificado a través del análisis cualitativo fue la depresión, este es un padecimiento frecuente en los adultos mayores. En la actualidad se considera un problema de salud pública con implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de las personas que la padecen. Las dimensiones más afectadas por la depresión son la afectiva manifestado por llanto, tristeza, apatía, pérdida del interés, la dimensión cognoscitiva manifestada por desesperanza, negligencia y culpabilidad y la somática manifestada por cambio de energía, del apetito y del sueño. El adulto mayor con depresión presenta dos a tres veces más probabilidad de muerte, acude un mayor número de veces a los servicios de salud, y en aquellos que se

encuentran hospitalizados, con frecuencia complica y prolonga la estancia hospitalaria, aumentando así el costo de la atención.

Se ha observado un riesgo alto para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia; el riesgo moderado se ha asociado con la inactividad física, dependencia económica y género femenino; el riesgo débil se ha asociado con pluripatologías y polifarmacia. Los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión. Todos estos factores se han asociado con la depresión; sin embargo, es importante señalar que la depresión tiene repercusiones a su vez en las capacidades funcionales del adulto mayor; en las comorbilidades, deterioro cognoscitivo y discapacidad lo cual tiene un grave efecto en los individuos deprimidos. La depresión puede inhibir la participación en actividades que favorezcan su salud (Castro, Ramírez, Aguilar & Díaz, 2006, d'Hyver & Gutiérrez, 2006).

Tanto los síntomas depresivos, como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor, las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que muchas enfermedades crónicas. Ávila – Funes et al. (2007), reportaron que el 37.9% de los adultos participantes en la segunda medición del ENASEM desarrollada en el 2003, presentaron síntomas depresivos, entre las características relevantes estas personas resultaron menos escolarizados ($p < 0.001$), declararon en menor frecuencia tener pareja ($p < 0.001$), una peor autopercepción económica ($p < 0.001$), así como también diagnóstico de hipertensión arterial y osteoporosis ($p < 0.001$). Los que desarrollaron dependencia fueron significativamente más ancianos ($p < 0.001$) y tuvieron una peor autopercepción económica ($p < 0.047$).

Los resultados de un estudio realizado por Castro, Ramírez, Aguilar y Díaz (2006) realizado en adultos mayores del ejército y fuerza aérea mexicanos reportaron una prevalencia de depresión de 41.7%, se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos y con

inasistencia a asociaciones de convivencia, con una *OR* de 4.91, 3.96 y 3.14, respectivamente. Se encontró un riesgo moderado en aquellos con inactividad física, dependencia económica y género femenino. Riesgo débil en aquellos con pluripatologías y polifarmacia y una acción protectora en aquellos con disarmonía familiar.

Otro estudio realizado por Lara, Ramos-Cerqueira, Pereira y Rodrigues (2008) para identificar la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores hospitalizados reportó que la prevalencia de síntomas depresivos fue de 56%, pero sólo el 3% tenía el diagnóstico de depresión registrado en su expediente. El análisis univariado reportó asociación significativa ($p < 0.05$) entre síntomas depresivos y bajo nivel educativo, ingresos, estado marital, número de hospitalizaciones durante el último año, decline cognoscitivo, dependencia en actividades instrumentales y de la vida diaria. La regresión logística reportó como variables significativas sólo el bajo nivel educativo, la dependencia en actividades de la vida diaria y la muerte.

Por su parte, Álvarez y Rodríguez (2002) y Menéndez et al. (2005) reportan que a mayor edad, se incrementa la proporción de personas con depresión. Es más común en el sexo femenino y la pérdida del cónyuge es un factor que favorece su aparición.

El acceso a la atención es otro aspecto fundamental en el ámbito de salud, sobretodo por la alta demanda ante el incremento de padecimientos crónicos en este grupo de población. Además, si se considera que el sistema de salud existente en nuestro país no garantiza el acceso al total de la población, el riesgo de los adultos mayores se incrementa. Ante un sistema sin acceso universal a la salud, el adulto mayor requiere contar con mayores recursos económicos para poder alcanzar la salud, las personas con posibilidades de financiar la atención a la salud podrán gozar de un mejor nivel de funcionalidad y extender el número de años de vida, aun cuando se tengan enfermedades o discapacidades, sin embargo, ante la situación económica de este grupo de población, solo unos cuantos tendrán la capacidad de financiamiento (Wong, 2003).

A este respecto la OPS (1992) señala el riesgo de los adultos mayores a la exclusión social sociosanitaria ante el incremento de padecimientos crónicos que generan presiones en los servicios de salud con aumento en la demanda, incremento en el uso de tecnología y aumento en los costos de atención. Las instituciones requieren estar preparadas para cubrir las necesidades de este sector de población en los servicios preventivos, asistenciales, curativos y de rehabilitación necesarios para la atención médica de las personas en edades avanzadas. La OPS enfatiza que estos aspectos deben ser revisados cuidadosamente para buscar alternativas innovadoras y válidas para responder a estas demandas que incrementan la inequidad en la atención y la exclusión social de este sector de población.

Se consideraron como factores de riesgo el no acceso a seguridad social, la presencia de padecimientos crónicos, pluripatologías, percepción de estado de salud negativo, dependencia en actividades de la vida diaria e instrumentales y la depresión.

De acuerdo a lo anterior se plantearon las siguientes hipótesis:

- Los factores de riesgo del ámbito de salud: no acceso a seguridad social, la presencia de padecimientos crónicos, pluripatologías, percepción de estado de salud negativo, dependencia en actividades de la vida diaria e instrumentales y la depresión afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor.
- Los factores de riesgo del ámbito de salud tienen mayor efecto negativo en la calidad de vida del adulto mayor.

4.6 Exclusión Social en el Ámbito de Vivienda

Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003) refieren que la vivienda es un aspecto esencial de la vida de las personas y familias, el no contar con ella genera un tipo de exclusión que normalmente es el reflejo o consecuencia de distintas situaciones de exclusión (especialmente en el ámbito económico y laboral) y a la vez productora de exclusión. Es decir, determinadas exclusiones en el ámbito de la vivienda pueden ser

generadoras de exclusión en otros aspectos o ámbitos de la vida de las personas y a su vez y como ya se ha dicho, la exclusión social tiene una clara expresión en el espacio, del que la vivienda es un aspecto esencial.

En relación con lo dicho, se señalan, dentro del ámbito de exclusión de la vivienda, dos grandes espacios diferenciados: el espacio de la accesibilidad y el espacio de las condiciones de la vivienda. El no acceso (que se manifiesta en la no disposición de una vivienda) constituye el factor de exclusión más extremo del ámbito. Pero también se pueden dar situaciones de exclusión en el ámbito de la vivienda producidas por las malas condiciones en las que se produce el acceso a la vivienda.

Dentro de las condiciones de la vivienda se distinguen tres grandes factores de exclusión: las malas condiciones de la vivienda, las malas condiciones de la habitabilidad y las malas condiciones ambientales o del entorno. La calidad de una vivienda se halla básicamente ligada a la idoneidad para satisfacer las necesidades y aspiraciones del individuo y/o grupo que en ella se alojan. La vivienda ha de dar respuesta a un conjunto de exigencias que se corresponden con su dimensión social e incluso cultural.

Así pues, los tres factores de exclusión tienen un carácter marcadamente relativo. La valoración de las condiciones de la vivienda en términos de exclusión sólo puede realizarse partiendo del análisis de las condiciones generales de habitabilidad en el contexto social de referencia. Por ejemplo, la no disponibilidad de agua corriente puede considerarse un factor de exclusión en la medida en que se sitúa en un contexto social donde una mayoría de la población dispone de ésta y su canalización constituye un servicio público.

Teniendo en cuenta las condiciones generales actuales de habitabilidad deben considerarse una serie de indicadores que hacen referencia a lo que se considera malas condiciones de la vivienda, malas condiciones de la habitabilidad y malas condiciones ambientales. En el primer caso, los problemas estarían asociados a la vivienda y a su adecuación estructural (estructura de la construcción y servicios básicos disponibles), mientras que en el segundo caso se trata de problemas asociados a la forma en que se habita

dicho espacio, a su adecuación al hogar que lo ocupa y, más concretamente, a la relación entre las dimensiones y distribución del espacio y el número de personas que lo habitan, en el caso de los adultos mayores, se refiere a la disponibilidad de una habitación independiente donde la persona pueda tener sus pertenencias. En el tercer caso se refiere al contexto ambiental o geográfico en el que se ubica la vivienda y que afecta a las condiciones de esta.

Algunos estudios de investigación han reportado en sus hallazgos que el disponer de una vivienda propia tiene un impacto en la calidad de vida del adulto mayor (Breeze et al., 2004; Cardona et al., 2002; Farquhar, 1995; Rubio, Aleixandre & Cabezas, 1997). Avlund et al. (2003) reportaron en sus hallazgos que el disponer de una vivienda ya sea propia o rentada se asoció con el estado de salud de los adultos mayores.

Para fines del presente estudio se consideró únicamente como factor de riesgo el no disponer de una vivienda propia. De acuerdo a este factor de riesgo se planteó la siguiente hipótesis: El factor de riesgo del ámbito de vivienda: no acceso a una vivienda propia afecta negativamente la calidad de vida del adulto mayor.

Como síntesis del presente capítulo se resumen los factores de riesgo considerados para el presente estudio de acuerdo a los ámbitos de exclusión social presentados previamente:

Ámbito económico: Dificultad financiera y dependencia económica (familiar o de la protección social), en este ámbito se consideraron los ingresos provenientes de jubilación o pensión de acuerdo a la participación previa de los adultos mayores en el mercado laboral formal.

Ámbito Formativo: Analfabetismo o niveles formativos bajos (primaria o inferior).

Ámbito de Salud: No acceso a seguridad social, padecimientos crónicos, pluripatologías, percepción de estado de salud negativo, dependencia en actividades de la vida diaria (AVD), dependencia en actividades instrumentales (AI) y depresión.

Ámbito de Vivienda: No acceso a vivienda propia.

Capítulo V

Exclusión Social en el Ámbito Relacional

Introducción

El presente capítulo incluye el soporte teórico referente al ámbito de exclusión social relacional de acuerdo a las redes familiares y sociales. Primeramente se aborda información general respecto al ámbito, posteriormente se incluyen los factores de riesgo para las redes familiares seguidos de los correspondientes a las redes sociales. Si bien este ámbito forma parte del modelo de exclusión social, se decidió incluirlo por separado en el presente capítulo y profundizar en su contenido por considerar que este ámbito puede tener un efecto mediador entre los factores de riesgo y la calidad de vida en el grupo de adultos mayores.

5.1 Ámbito Relacional

Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003) señalan que la exclusión social, es el resultado de una cadena de acontecimientos y condiciones estructurales que desconectan a una multitud de personas de las diferentes esferas de la sociedad. El ámbito de las relaciones sociales se considera relevante debido a que los factores que lo componen pueden operar como agravantes de los riesgos de exclusión de otros ámbitos y/o marginación social, independientemente de la naturaleza de estos. Por otra parte, el estado de las redes familiares y sociales puede constituir en sí mismo una forma de exclusión que trascienda la dimensión afectiva, convirtiéndose, en ocasiones, en un mecanismo de edificación de barreras objetivas y subjetivas para la inclusión social de las personas.

Tanto la familia como los vínculos comunitarios ejercen un soporte para hacer frente a las situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad. Constituyen, pues, un apoyo emocional y práctico para contrarrestar las desigualdades sociales y el peso de los factores de riesgo. En contraparte, la ausencia y/o la precariedad de las redes de solidaridad y sociabilidad tanto familiares como sociales pueden conducir al desamparo de las personas marginadas

y/o excluidas, agravando su situación. El aislamiento social y/o familiar tiene consecuencias tanto psicológicas como materiales que pueden colocar a quienes los padecen en una situación de vulnerabilidad extrema, desplazándolos rápidamente hacia el terreno de la exclusión.

Existen, pues, determinadas trayectorias de exclusión que tienen como eje fundamental la dimensión de las relaciones y otras donde éstas aparecen como agravante. El ámbito relacional se ha construido sobre la diferenciación de dos espacios, uno que atañe al entorno familiar y otro que pone su énfasis en el entorno social o comunitario. Así, en el espacio de las Redes Familiares se presentan indicadores relacionados con la precariedad de dicho entorno. El primer factor contemplado en este espacio, es el deterioro de redes familiares y/o parentales.

El segundo factor, la escasez y/o debilidad de redes familiares y/o parentales, hace referencia a la vulnerabilidad que sufren determinados núcleos familiares, operacionalizados mediante los indicadores: núcleos familiares encabezados por una sola persona con otras dependientes a su cargo, personas que no viven en un núcleo familiar (propio), y núcleos familiares unipersonales. En el espacio de las Redes Sociales, se centra la atención en el factor de la escasez o debilidad de redes sociales de proximidad. La aproximación a dicho factor se ha realizado mediante tres indicadores no excluyentes entre sí: la escasez de espacios de contacto interpersonal, la escasa red de amistades, y por último, la escasez de contactos interpersonales.

En relación con el envejecimiento, esta falta de apoyo social se asocia a un estado de deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran como fuente de apoyo directo. El apoyo social, entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifica en: familiar o de tipo informal, ofrecido por los miembros de la familia (red primaria), vecinos, amigos o parientes (red secundaria), residan o no con el anciano; y el

apoyo institucional o de tipo formal, donde organismos públicos y privados asisten a la población; entre ellos se cuentan las instituciones de atención a la salud, fondos de pensiones, grupos religiosos, humanitarios y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios, entre otros. Las redes de apoyo informal pueden ser primarias conformada por familiares y convivientes, y las secundarias conformadas por vecinos, amigos y parientes (Cardona et al., 2003; Hallberg & Kristensson, 2004; Koukouli, Vlachonikolis & Philalithis, 2002; Miedema & De Jong, 2005; Montes de Oca, 2005).

Montes de Oca (2005) señala otro tipo de clasificación de los apoyos proporcionados al adulto mayor, uno es el apoyo intradoméstico donde se incluye a la familia con la que se habita y el otro es el apoyo extradoméstico donde se incluye familiares, amigos y vecinos que no residen con el adulto mayor.

El adulto mayor vive en un entorno en el cual coexisten aspectos positivos y negativos que pueden repercutir en la capacidad funcional del anciano y que se asocia con un incremento de la susceptibilidad para que éste desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera. En lo relacionado con los aspectos positivos se tienen: apoyo en caso de necesidad; aceptación como un miembro más de la familia; participación en la discusión y solución de problemas de interés común; comprensión de conductas; y protección en caso de dependencia y limitaciones funcionales.

En lo concerniente a los aspectos negativos se encuentra: pérdida física o espiritual de un amigo, familiar o cónyuge; aislamiento y falta de comunicación; ausencia de confidentes a quien comunicar sentimientos significativos e íntimos; inactividad por el desarrollo de sentimientos de frustración; inadaptación a la jubilación por el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva; insatisfacción con actividades cotidianas cuyo descontento genera irritabilidad; pérdida de papeles sociales que limitan su radio de acción e institucionalización por la desvinculación del medio familiar, entre otras.

El aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales; la comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los

vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios son fundamentales para proteger la salud tanto física como mental; las personas mayores tienen una probabilidad más alta de perder a sus seres queridos y amigos y por esta razón son más vulnerables a la soledad y al aislamiento social. En esta etapa de la vida, el desempeño de roles establecidos por el adulto mayor como el de marido, padre, trabajador, se cambian por los de abuelo, viudo, jubilado, etc. y la familia como apoyo informal, o las instituciones como apoyo formal, se convierten en el único sustento y satisfactor de las necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del anciano (Cardona et al., 2002).

Si bien ambos tipos de apoyo se consideran relevantes, Montes de Oca (2005) señala que el principal apoyo para el adulto mayor corresponde al apoyo informal, donde destaca la familia en primer lugar por ser la célula básica de la sociedad, el paradigma de intercambio y el principal proveedor de apoyo.

5.2 Redes de Apoyo Familiar

El entorno familiar es uno de los pilares clave del desarrollo personal, tanto a nivel cognitivo como, sobretodo, emocional. La importancia de la familia en términos de exclusión radica, asimismo, en la función socializadora que ejerce, ya que en su seno se transmiten y se aprenden los principios y las normas básicas de pensamiento, acción y relación que permitirán a los individuos ser reconocidos y reconocerse como miembros de la sociedad.

La familia actúa como moduladora de las realidades individuales, tanto en sentido positivo como negativo, puede ejercer soporte para contrarrestar las desigualdades, pero, por otro lado, también puede actuar como un agente de bloqueo que induzca a la exclusión social. El deterioro de la relación familiar puede ser el detonante de determinados procesos de exclusión social, o puede, también, acompañar trayectorias fruto de circunstancias de orden económico, laboral, de salud, etc. En contextos donde existe una mayor debilidad en las estructuras del estado de bienestar, la familia es la última red de protección social de

que pueden disponer las personas. Así, ante formas de marginación y/o exclusión asociadas a otros ámbitos, el hecho de disponer o no de un soporte familiar adecuado puede ser el elemento principal que genere una exclusión más profunda (Subirats, 2002; Subirats & Goma, 2003).

Diversos autores, así como lineamientos jurídicos definen el término familia así como su importancia para constituir las redes familiares que apoyen al bienestar de la población. A continuación se señalan algunas de estas posturas:

De acuerdo a la nueva visión de Asistencia Social contemplada en la Ley de Asistencia Social (2004) la familia es considerada la célula de la sociedad que provee a sus miembros de elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo. La familia no es sólo vista como parte de la sociedad, en este marco, es además, la organización social capaz de impulsar, el desarrollo de sus integrantes. Por lo tanto la familia es o debe ser el objeto hacia el que se dirigen las acciones de la Asistencia Social.

Cardona et al. (2002) señalan que la familia, como sistema social, cumple con dos funciones básicas: la primera es asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimentos y vestido, y la seguridad a los miembros de ella; y la segunda, proporcionar los vínculos afectivos de los miembros. En la población adulta mayor, la familia juega un papel importante, no sólo en el proceso regenerador de las enfermedades sino en el de su rehabilitación y acompañamiento.

Sin embargo, así como la familia formadora de sujetos competentes y autosuficientes juega un rol protector importante en la salud y bienestar del adulto mayor, también la familia en crisis puede convertirse en un factor de riesgo el cual se constituye en el centro de diversas problemáticas sociales que afectan no solo al adulto mayor sino a cada uno de los miembros de la familia (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, SNDIF, 2005).

Ribeiro (2002) conceptualiza a la familia como un grupo primario formado por padre (s) e hijo(s), y eventualmente otros parientes, unidos entre sí por lazos múltiples y

variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca y que cumplen diversas funciones en beneficio mutuo y de la sociedad. En este enfoque de familia se refiere a los padres en un sentido muy amplio: padres biológicos y adoptivos; dentro o fuera de la casa; padres únicos (familias monoparentales) o en pareja (familias biparentales).

Al hablar de la presencia de otros parientes se reconoce que no todas las familias son nucleares. Existen también familias extensas, semiextensas y compuestas. Y cuando se habla de lazos múltiples y variados, se hace alusión a vínculos legales (como el matrimonio y la adopción), a lazos biológicos (consanguinidad), afectivos y educativos; a lazos culturales y de valores. Finalmente, cuando se habla de que la familia cumple funciones en beneficio mutuo y de la sociedad, se acepta el valor de la familia en el desarrollo social y personal de los individuos, y en consecuencia, de las sociedades.

El SNDIF (2005) conceptualiza a la familia en el marco de referencia sobre perspectiva familiar y comunitaria como una comunidad de personas relacionadas a través de lazos conyugales, filiales, fraternales o parentales, con funciones naturales y sociales orientadas hacia el desarrollo integral de sus miembros y el bien común de la sociedad. Familia no significa agrupación de personas, sino una unión complementaria, rica en vínculos afectivos de tipo conyugal, filial, fraternal, parental, de distinto tipo y en diversas direcciones, que no puede ser equiparada ni sustituida por ninguna instancia. La familia es ante todo un proyecto relacional y la naturaleza de las relaciones interpersonales son el factor clave para el desarrollo de la identidad de sus miembros y la socialización de estos.

Una peculiar forma de organización de la familia es la red familiar, la cual se basa en el parentesco, aunque adopta formas mixtas en las que se integra a los vecinos. Dentro de las distintas formas de organización, Lomnitz (2001) señala que es importante hacer algunas distinciones entre los conceptos de red y grupo. La red es un concepto abstracto que se basa en la intensidad de intercambio, variable que fluctúa en el tiempo. Un grupo social, en cambio, es un tipo de red que se basa en criterios sociales concretos y reconocidos por sus integrantes.

En general, se esperaría que un grupo social tuviera ciertos atributos de membresía, ciertas normas y rituales, y que tendería a desarrollar formas culturales propias, especialmente cuando se trata de un grupo basado en parentesco, pero el intercambio se extiende más allá del grupo y su dinámica, puede llegar a abarcar e integrar a grupos familiares, vecinos o simplemente a individuos no relacionados a través del parentesco. Es indudable, por lo demás, que las redes de intercambio representan un importante elemento de solidaridad (y por lo tanto, de solidez) para la estabilidad de las unidades domésticas.

La trascendencia de la red familiar se sitúa en la cohesión que genera entre los miembros que la componen y en la estabilidad que desarrolla en comparación con otros tipos de redes. En esta, no sólo se manifiesta un interés económico o de intercambio de servicios, sino que, la vinculación familiar permite con mayor facilidad la ayuda subsidiaria y solidaria entre personas, así como una cercana transmisión de pautas socioculturales con las cuales se logra identificar al grupo, es decir, la red familiar brinda apoyo moral y emocional.

En este sentido, se distinguen dos tipos de intercambio dentro de las redes: a) el exocéntrico donde todos intercambian con todos sin que existan personas que centralicen las funciones de intercambio, propio de la red familiar y b) el intercambio de tipo egocéntrico, situado en el polo contrario, conformada por vecinos no emparentados (Denham, 2003; Lomnitz 2001).

Es un hecho que la familia continúa siendo un soporte para las personas, así como un aliado en el combate contra la vulnerabilidad. Como una unidad, tiene la opción de integrarse participativamente a la vida de la comunidad mediante el establecimiento de redes familiares, las cuales deben tener un lugar privilegiado dentro de las organizaciones, ya que su identificación con la comunidad es más cercana en comparación con otras agrupaciones en las que se ha observado menor continuidad y permanencia.

Ribeiro (2002) señala la necesidad de generar políticas sociales donde se involucre fuertemente a la familia, como eje central del cuidado del adulto mayor, sobretudo en la

actualidad donde puede observarse que la familia se ocupa cada vez menos de los cuidados y sobrevivencia del adulto mayor, lo que compromete el bienestar y calidad de vida de las personas de este grupo de edad.

La política social de la familia debe orientarse a la revalorización del papel social y familiar de los ancianos y el de propiciar su bienestar físico, mental y emocional. Además de concienciar a los miembros de la familia que la familia como grupo juega un papel importante que no puede ser transferido a ninguna institución.

La formulación de un enfoque de familia en la política pública es relativamente reciente, a este enfoque se ha unido el SNDIF (2005) el cual es el responsable a nivel federal de coordinar los esfuerzos en materia de familia y la Nueva Visión de la Asistencia Social responsable de situar a la familia como el eje central de las estrategias para lograr el bien común de la población. En el contexto nacional, la nueva Ley de Asistencia Social dispone como una de las principales responsabilidades del gobierno la atención a la familia, sobre todo a aquellas que requieren de servicios especializados para su protección e integración social.

En este enfoque de la familia, en la política pública el DIF (Desarrollo Integral de la Familia) Nacional juega un papel sumamente importante dado que es un organismo descentralizado que de acuerdo al Artículo 5° de la Ley de Asistencia Social (2004) le corresponde proporcionar servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia así como apoyar a la formación y subsistencia de los individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma. Esta Ley especifica que el SNDIF se convierte en el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social, a través de acciones concretas y mecanismos de coordinación con los sectores privado y social.

En este contexto, el SNDIF conferido como la cabeza del Sistema Nacional de Asistencia Social se convierte en promotor de principios estratégicos para la vinculación y articulación (coordinación) de los servicios asistenciales ante dependencias e instituciones públicas y privadas y en general, ante los sectores sociales: público y privado. Esta

transformación en las funciones del SNDIF, significó una reconceptualización también de la asistencia social, la cual fue concebida como el grupo de acciones promovidas por el Estado y la sociedad en su conjunto, dirigidas a propiciar el apoyo, la integración social y el sano desarrollo de los individuos, familias y grupos de población vulnerables en situación de riesgo, a partir de fortalecer sus capacidades para satisfacer necesidades, ejercer sus derechos y procurar, en lo posible, su integración familiar, laboral y social.

En nuestro país el Marco Jurídico también incluye la participación Social y Familiar y establece que el adulto mayor tiene derecho a una vida con calidad y que es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho. Así mismo, establece que la familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral.

5.3 Redes de Apoyo Social

El segundo espacio definido en el ámbito de la exclusión relacional por Subirats (2002) y Subirats y Goma (2003) ha sido el de las "Redes Sociales", ejemplificado a través de un único factor de exclusión: la "Escasez o debilidad de redes sociales de proximidad". Las redes sociales de amistad y los contactos interpersonales son, junto al trabajo, la familia y el Estado, los pilares de la inclusión social. En consecuencia, su falta o debilidad puede conllevar un aislamiento relacional que condicione o precarice más situaciones personales y/o familiares de exclusión, producidas por factores correspondientes a otros espacios o ámbitos sociales.

Las personas tienen relaciones que permiten dar, recibir, intercambiar (con cierto grado de reciprocidad) y guardar. Las redes de intercambio que se establecen en una red

social tienden a imponer derechos y obligaciones sobre sus miembros, pero sostiene la idea de que un mayor beneficio obtenido es siempre igual o mayor al costo de la operación, además de que en las relaciones sociales basadas en el intercambio surge la noción de obligación y reciprocidad, mecanismos que sostienen al tejido social (Requena & Avila, 2002).

De acuerdo a Bott (1990), el entorno social inmediato de una familia urbana está constituido más bien por una red que por un grupo organizado. Una red es una configuración social, en la que algunas, no todas las unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí. Los seres humanos están conectados por una compleja red de relaciones que tienen una existencia real. Existen diversas definiciones de redes sociales, Chappell (1992) citado por Montes de Oca (2005) señala que estas se refieren a una serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información. Maguire (1980) se refiere a las redes como fuerzas preventivas que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.

Montes de Oca (2005) y Avlund (1997) señalan que es importante distinguir entre redes sociales y apoyos sociales, así mismo asumir que las interacciones sociales pueden tener efectos negativos (depresivos, maltrato, violencia, negligencia), pero también positivos. Se reconoce que la extensión de los contactos como la estructura y composición de los mismos no es garantía de apoyo. Durante muchos años la categoría de redes sociales fue asumida como indicador de apoyo; si se pertenecía a una red se consideraba que había apoyo. Sin embargo; la investigación gerontológica desmintió que esto fuera así y se empezó a indagar acerca de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad en los apoyos. Un resultado importante fue que el pertenecer a una red social no garantizaba que el apoyo fuera constante, ya que parecía que éste variaba en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. En la etapa de la vejez, la continuidad en la ayuda es un aspecto

importante de considerar sobretodo en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica.

Las virtudes y limitaciones observadas en las redes sociales mostraron la necesidad de distinguir entre aquellas que proporcionan apoyos y en las que a pesar de observar una red social entre un grupo de personas no significa que éste se perciba integrado a dicha red. Montes de Oca (2005) señala que dentro de las características de la estructura de una red se incluye el rango, densidad, intermediación, agrupamiento y dispersión.

De acuerdo a Avlund et al. (2004) las relaciones sociales deben medirse a través de su estructura y su función. La estructura de las relaciones sociales se define como los individuos con quienes uno tiene una relación interpersonal, y la unión entre estos individuos, por lo general se determina de acuerdo al número de las relaciones sociales que las personas tienen, la frecuencia con la que ven a otras personas, la diversidad (convivencia semanal con personas de diferentes grupos de edad y diferente tipo de relación, ejemplo: niños, adultos, familiares, amigos, vecinos y conocidos) y la reciprocidad de las relaciones sociales. La función de las relaciones sociales, se define como las interacciones interpersonales dentro de la estructura de las relaciones sociales, la función comprende el apoyo social.

Existen pocos estudios que se hayan centrado en determinar la influencia de los aspectos estructurales y funcionales de las relaciones sociales en el deterioro funcional de los adultos mayores, se ha dado mayor énfasis a la medición de la estructura; sin embargo, como señala Montes de Oca (2005), una adecuada estructura no es sinónimo de apoyo social. Avlund et al. (2004, 2003) demuestran en sus hallazgos de investigación que la diversidad de las relaciones es el más fuerte predictor de morbilidad y mortalidad y no tanto el número de amigos en el grupo, y la frecuencia del contacto con esos amigos. Lo que es importante para la salud no es con frecuencia lo que uno interactúa con las personas, o con cuantas personas uno interactúa. Sino más bien, el número de diferentes campos de la interacción representados en el grupo. Esto sugiere que el tema crítico al sobrevivir a la

enfermedad grave puede ser el grado en el cual los diferentes tipos de recursos están disponibles, y que tener un recurso apropiado para resolver un problema es crítico en la recuperación de la enfermedad.

Las relaciones sociales tienen una influencia protectora en la salud, diversos estudios de investigación reportan que existe un efecto benéfico de las relaciones sociales en varios resultados de la salud, incluyendo supervivencia, morbilidad, supervivencia con enfermedades graves, recuperación de la discapacidad después de las enfermedades médicas agudas, depresión, demencia y bienestar (Avlund, 1998; Avlund, Damsgaard & Osler, 2004; Sorensen, Axelsen & Avlund, 2002).

Las redes familiares y sociales han sido asociadas con la calidad de vida del adulto mayor. El nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente asociado con el apoyo social que se ofrece al adulto mayor, sobretodo cuando tiene problemas crónicos y discapacidades (Farquhar, 1995; Ferrado et al., 199; Rubio et al., 1997; Vera, Sotelo & Domínguez, 2005).

Por su parte Meléndez-Moral et al. (2007) reportaron en sus hallazgos de investigación una relación significativa entre el sexo de los adultos mayores y la fuente de apoyo psicológico ($X^2=47.795$, $p<0.001$; V de Cramer (V) = 0.275), así como entre el sexo y la fuente de apoyo instrumental ($X^2=25.644$; $p<0.001$; $V=0.239$) y entre la edad y apoyo psicológico ($X^2=54.79$, $p<0.001$; $V=0.208$) y edad y apoyo instrumental ($X^2=38$, $p<0.001$; $V=0.207$). La principal fuente de apoyo psicológico e instrumental fue la familia (cónyuge e hijos), para el apoyo psicológico 66.7% en el caso de los hombres y 64.3 en el de las mujeres, en cuanto al apoyo instrumental, 68.3% para los hombres y 79.2% para las mujeres. En relación con el apoyo psicológico, la pareja es para los hombres la figura más importante, seguida de los hijos, mientras que para las mujeres, la fuente principal son los hijos, en cuanto al apoyo instrumental, para ambos los hijos son la principal fuente proveedora de apoyo. Los amigos son la tercera fuente de apoyo psicológico e instrumental tanto para hombres como para mujeres. El matrimonio es más beneficioso para los hombres

que para las mujeres, el estar casado en el caso de los hombres, significa mayor esperanza de vida, más satisfacción vital y mejor estado de salud.

Los reportes de investigación de Avlund (1998); Avlund et al. (2004) y Sorensen, Axelsen y Avlund (2002) señalan que las mujeres tuvieron relaciones sociales más fuertes que los hombres, la distribución de las relaciones sociales fueron similares para ambos sexos, un resultado importante es el efecto benéfico entre hombres y mujeres al tener contacto telefónico semanal, es importante el hallazgo acerca del mayor efecto protector de los contactos telefónicos semanales que los contactos frente a frente (Avlund et al., 2004).

Las personas que viven solas y las que tienen mayor demanda de apoyo o pobre habilidad funcional para desempeñar las actividades de la vida diaria reportaron un menor contacto familiar y una menor diversidad en las relaciones sociales (estructura de las redes sociales) comparado con las personas que tienen una buena funcionalidad. La deficiente habilidad funcional limita las oportunidades de contacto social al reducir las interacciones fuera del hogar con familiares y amigos (Avlund et al., 2000; Avlund et al., 2004; Yeh & Liu, 2002). Sin embargo, no existe evidencia si la función de apoyo de las redes sociales es menor en las personas con habilidad funcional disminuida o si las personas al perder su habilidad funcional buscan mayor apoyo y contacto social (Sorensen, Axelsen & Avlund, 2002).

En general las mujeres tuvieron mayor apoyo de las redes sociales en comparación con los hombres. Las mujeres solteras tuvieron mayor contacto social comparado con los hombres solteros. Los autores concluyen que una fuerte relación social y el apoyo social se consideran factores protectores para la capacidad funcional y reducen el riesgo de desarrollar incapacidad, ambas son importantes para mantener la salud y una buena habilidad funcional en los adultos mayores. El deficiente apoyo social se constituyó en el principal factor de riesgo para la pérdida de la capacidad funcional en los adultos mayores de 80 años a más (Avlund et al., 2004). El incremento en el apoyo social se asocia con una alta función cognitiva (Yeh & Liu, 2002).

Un hallazgo importante es que la relación social y el apoyo varían de acuerdo a la localidad donde se desarrollan los estudios. El apoyo familiar se asocia con la tradición y cultura familiar de los participantes (Avlund et al., 1997).

La participación social es otro factor que ha sido asociado con la calidad de vida de los adultos mayores, a mayor participación social mejor calidad de vida. Se encontró que algunas características individuales como el género, nivel educativo, la ocupación y el estado de salud se relacionan con la participación social. Los hombres tuvieron una mayor participación social activa respecto a las mujeres debido a su nivel educativo y a su ocupación previa, así como al tiempo en que desarrollaron dicha actividad. Los adultos mayores que realizan actividades como voluntariado o alguna actividad productiva reportaron mejor calidad de vida, esto puede ser explicado debido a que los adultos mayores que realizan este tipo de actividades se sienten útiles para otros.

En relación con el estado civil las personas casadas reportaron mayor participación social respecto a las solteras y por lo tanto mejor calidad de vida. Una alta participación social a los 75 años de edad es un predictor de una alta participación social a los 80 años tanto en hombres como en mujeres; así mismo, a pesar de que las mujeres han reportado menor participación social respecto a los hombres, una buena habilidad funcional es predictora de una alta participación social en las mujeres (Bukov, Maas & Lampert, 2002).

A continuación se resumen los factores de riesgo considerados para el ámbito relacional:

Ámbito Relacional Familiar

Estructura: No tener pareja, vivir solo, deficiente o nula interacción con los integrantes de su familia y no reciprocidad.

Función: Deficiente o nulo apoyo proporcionado por los miembros de la familia

Ámbito Relacional Social

Estructura: No pertenencia a grupos sociales y deficiente o nula interacción con amigos y vecinos

Función: Deficiente o nulo apoyo proporcionado por amigos y vecinos

De acuerdo al sustento teórico presentado previamente se plantearon la siguientes hipótesis:

- Los factores de riesgo del ámbito relacional: no tener pareja, vivir solo, no reciprocidad, no pertenencia a grupos sociales y la deficiente interacción con familia, vecinos y amigos afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor.
- El apoyo social que recibe el adulto mayor por parte de la familia, vecinos y amigos tiene un efecto positivo (protector) en la calidad de vida del adulto mayor.
- El apoyo familiar que recibe el adulto mayor es el principal factor protector de su calidad de vida.
- El apoyo familiar que recibe el adulto mayor es una variable mediadora entre los factores de riesgo de exclusión social y la calidad de vida.

Capítulo VI

Calidad de Vida

Introducción

El presente capítulo incluye los antecedentes del concepto calidad de vida así como los diferentes enfoques que explican el concepto. Se aborda el enfoque económico basado en las condiciones de vida, el enfoque de bienestar con un énfasis en la satisfacción de necesidades humanas, el enfoque de capacidad de adaptación del individuo específicamente del adulto mayor a esta etapa de la vida y el enfoque en salud. Finalmente, se destaca el enfoque y el concepto de calidad de vida que se utiliza en el estudio.

6.1 Antecedentes del Concepto Calidad de Vida

La calidad de vida, es una definición imprecisa y la mayoría de investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto, están de acuerdo en que no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno. El término calidad de vida pertenece a un universo ideológico, no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, y los términos que le han precedido remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento. Lo que mejor designa la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos (Natalicio, 2000; Mora, Villalobos, Araya & Ozols, 2004).

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación se popularizó en la década de los sesenta, hasta convertirse en un concepto utilizado en salud, educación, economía, política, salud mental y en el mundo de los servicios en general. El término empieza a utilizarse principalmente a partir de los setenta como una reacción a los criterios de tipo económico y de cantidad que rigen en los llamados informes sociales, donde se utiliza la calidad de vida como sinónimo de condiciones de vida (SIGMA, 2000).

A continuación se presenta el término “calidad de vida” desde la perspectiva de diferentes enfoques:

6.2 Enfoque Económico: Condiciones de Vida

El concepto de calidad de vida desde este punto de vista establece que es el resultado del análisis del ambiente que conforma y rodea a un hogar. Dicho ambiente manifiesta con claridad las diferentes condiciones de vida de sus miembros, la existencia o no de confort, seguridad, belleza, tranquilidad, etc. En este concepto de calidad de vida interaccionan tres aspectos principales:

1. Potencial económico: reflejado por el ingreso en el corto y largo plazo
2. Estilo de vida: revela la actitud ante la vida presente y futura. En el estilo de vida confluyen factores objetivos y subjetivos, patrones culturales, valores sociales, psicológicos, hábitos de uso y de compra, etc. En consecuencia, el estilo de vida determina la forma que adopta el gasto.
3. Nivel de Vida: definido como el tren de gastos de un periodo (corto plazo) y que se refleja en el consumo inmediato de productos y servicios. El nivel de vida es generalmente una función del ingreso presente.

La calidad de vida entendida desde este enfoque es el factor fundamental para la clasificación socioeconómica de la población, considera las condiciones de vida que se establecen a partir del hogar y vivienda. Su calificación se basa en tres criterios fundamentales: la ubicación del hogar, las características del hogar y la presencia de grupos satisfactorios.

La ubicación del lugar se refiere al área geográfica donde se encuentra el hogar, es el primero y más importante de los aspectos para calificar el nivel de vida del hogar y sus individuos. La ubicación definida como el área, la zona o la colonia en la que se vive es el entorno y determina en primera instancia el nivel o grupo al que se pertenece: nivel socioeconómico alto, medio, bajo o popular.

Dentro de las características del hogar se valoran cuatro aspectos: la extensión del hogar, la cual se refiere al espacio vital de los miembros del hogar (total de metros cuadrados para vivir), la estructura se refiere a la distribución y destino de los diferentes cuartos o estancias del hogar, el tipo de construcción y terminados se refiere a los techos, paredes y pisos (con o sin terminados, recubrimientos de madera, tapiz, mármol, alfombras, etc.) y finalmente la infraestructura de los servicios la cual se refiere a los servicios indispensables de que se dispone como agua en el interior del hogar, sólo externa, servicio sanitario, energía eléctrica.

La presencia de grupos satisfactores son el grupo de satisfactores (productos o servicios) que mejoran la calidad de vida y el ambiente del hogar, al aumentar el confort, la diversión, facilitar el trabajo, etc. Se dividen en satisfactores necesarios (estufa de gas, refrigerador, etc), satisfactores de ayuda al hogar (lavadoras, horno, secadora, etc), satisfactores para la diversión (televisión, radio, etc), satisfactores para la comunicación (teléfono, fax, etc), servicios utilizados (servicios turísticos, bancarios, domésticos, etc) y automóviles (lujo, deportivos, compactos, etc), (SIGMA, 2000).

6.3 Enfoque de Bienestar: Satisfacción de Necesidades Humanas

Con otro enfoque, Natalicio (2000), señala que la calidad de vida es un término que implica un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica. Su objetivo es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida, esto implica la existencia de dos elementos: las necesidades humanas fundamentales, definidas como el conjunto de condiciones de carencias puntuales, reconocidas por todos los seres humanos, quienes poseen los medios para resolverlas y los indicadores de satisfacción de las necesidades humanas, que son elementos de medición diferentes en cada país.

Analizar la calidad de vida de una sociedad, significa describir las experiencias subjetivas y objetivas vividas por los individuos que la integran. Exigiendo, en

consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia, qué expectativas de transformación de estas condiciones desean y evaluar el grado de satisfacción que se consigue. Se requiere entonces una postura ideológica de partida, que llevará a una valoración del contexto de la salud, en su aspecto comunitario, médico y asistencial, y en su aspecto de calidad; de la interacción social, en el contexto ambiental y económico en cuanto a la disponibilidad y calidad de los recursos dentro de un equilibrio que supera lo meramente ecológico (pero que lo incluye), sin olvidar que estas expectativas vienen conformadas por un marco ideológico referente o dominante donde los parámetros subjetivos son influenciables y donde el individuo filtra los mensajes a través de propósitos conscientes.

Levi y Anderson (2001) identifican la calidad de vida como una mezcla de nivel de vida y bienestar. Señalan que, un alto nivel de vida objetivo (ya sea por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial o el tiempo libre) puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Pero esta concordancia no es biunívoca. Para ellos, por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual es el ajuste o la coincidencia entre las características de la situación (de existencia y oportunidades) y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como él mismo las percibe.

Un concepto amplio de calidad de vida, podría ser lo que hace que una vida sea mejor, es decir, “una buena vida”, “sentirse bien”. Esta definición se sustenta en tres grandes teorías: 1) la teoría hedonista, es subjetiva, se basa en las experiencias conscientes que se caracterizan como placer, felicidad o disfrute y que acompañan la satisfacción de los deseos; 2) la teoría relacionada con la satisfacción de las preferencias, también es de carácter subjetiva y tiene que ver con la satisfacción de los deseos pero no como experiencia consciente sino como objetos y 3) la teoría relacionada con los ideales específicos de una buena vida, es objetiva y explícitamente normativa, como por ejemplo la autodeterminación y la autonomía.

Por su parte, Higgs et al. (2003) señalan que para identificar la calidad de vida es necesario obtener un conocimiento realista del bienestar teniendo en cuenta los factores que influyen, sin limitarse a los puramente físicos como es el caso de la salud y la movilidad. La calidad de vida es un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de cuatro dominios que permiten al individuo la satisfacción de las necesidades humanas esenciales. Estos dominios son: autonomía, control, placer y autorrealización. La autonomía se define como el derecho de un individuo para ser libre de la interferencia no deseada de otros. El control se entiende como la habilidad para intervenir de manera activa en el medio ambiente de uno. El placer tiene que ver con lo que la persona encuentra agradable, esto es cambiante, lo que hoy encuentras agradable, mañana no lo puede ser. Y finalmente la autorrealización se logra a través de la realización de actividades que hacen a la persona feliz.

La calidad de vida no es un “estado”, es un fenómeno social complejo y un proceso activo que incluye la producción, distribución y percepción social de ciertos valores, objetivos y subjetivos, que son los que condicionan lo que han llamado “calidad de la vida” que es la que, a su vez, condiciona el grado de satisfacción o insatisfacción de la población, vale decir, el nivel de bienestar alcanzado.

6.4 Enfoque: Capacidad de Adaptación

Flórez (2003) señala que hablar de calidad de vida es hablar del equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o posibles. Una buena calidad de vida se expresa generalmente en términos de satisfacción, contento, felicidad y capacidad para afrontar los antecedentes vitales con el fin de conseguir una buena capacidad de adaptación o ajuste. El envejecimiento se caracteriza por una disminución de la capacidad de adaptación a una gran variedad de cambios y transformaciones físicas, psíquicas y sociales que suceden en la última etapa de la vida. Es precisamente en esta etapa de la vida que se pone en juego la capacidad de adaptación, esta permite al adulto mayor afrontar los

cambios físicos que se producen con el incremento de la edad y por la exposición a agentes externos estresantes (factores psicosociales).

El adulto mayor al igual que cualquier otro ser humano, se esfuerza constantemente por mantener un equilibrio; sin embargo, este se halla continuamente amenazado por una serie de eventos estresantes, entre los que se pueden señalar: rutina, falta de comunicación, pobreza, dolor, enfermedad (de tipo crónica principalmente y comorbilidad), soledad, inmovilidad, falta de espacio físico, falta de estatus, abandono, marginación, privaciones, frustraciones, pérdidas afectivas, depresión, etc. Cuando la persona no es capaz de adaptarse a estos cambios, se pone en peligro su respuesta homeostática y se pueden producir daños patológicos que aceleran todos los procesos de deterioro psicofísico, en particular las funciones cognitivas (memoria, atención, inteligencia, estado anímico, afectivo, etc.) con graves repercusiones en la calidad de vida.

La capacidad de afrontamiento, es decir, la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas e internas, determinan la capacidad de adaptación y la calidad de vida. Los recursos estructurales (rol y redes sociales), los recursos sociales (sistemas de apoyo social) y los recursos psicológicos (estados afectivos y cognitivos) configuran, en gran medida la calidad de vida de los individuos.

De acuerdo a este enfoque, la calidad de vida se ha descrito, por un lado, como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad unido a un sentimiento de bienestar / malestar personal. Este juicio subjetivo se encuentra estrechamente conectado con determinados indicadores objetivos biológicos, psicológicos, sociales, etc. Los indicadores objetivos se refieren a realidades presentes en el ambiente físico y social de las personas mayores y que pueden centrarse en la familia, salud, comodidad, riqueza, amor, etc., todos estos aspectos en conjunto producen un sentimiento de satisfacción.

Por lo tanto, la calidad de vida incluye todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida, así como todos los factores que impactan sobre el individuo: ingreso

económico, género, edad, estado civil (las personas casadas reportan mayor grado de bienestar subjetivo), conducta social (tipo y calidad de los contactos sociales del anciano y apoyo social), el estado de salud, entre otros.

6.5 Enfoque en Salud

Finalmente, con un enfoque en salud la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) en el Foro Mundial de la Salud definió la calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones; todo ello matizado por las dimensiones (facetas): *física* (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); *psicológica* (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); *grado de independencia* (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); *relaciones sociales* (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); *entorno* (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); *espiritual* (espiritualidad, religión, creencias personales). La calidad de vida relacionada con la salud es la suma de salud física, bienestar, y participación, define el efecto de una enfermedad y cómo esta es percibida por el propio paciente.

Flórez (2003) señala que el estado de salud es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de una persona; igualmente, la calidad de vida de la persona determina su estado de salud. Cuando una persona padece algún problema de salud se produce un deterioro físico que conduce a una limitación para realizar las actividades o comportamientos habituales, máximo cuando este problema de salud es de tipo crónico y se asocia con otros padecimientos de tipo agudo o crónico los cuales alteran el estado de salud y esto tiene un efecto directo sobre otras dimensiones que afectan la calidad de vida.

En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a lo relacionada con la salud. Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. La calidad de vida relacionada con la salud es una evaluación de las influencias del estado de salud actual de un paciente y su capacidad de alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento total que permita valorar metas en la vida de cada individuo. En este sentido, la meta en salud es preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de la enfermedad. El énfasis está en las personas con padecimientos crónicos en quienes se requiere evaluar la mejoría o el deterioro en su estado funcional y en su calidad de vida.

La mayoría de los estudios de calidad de vida en los adultos mayor se han relacionado con la salud, si bien es sabido que una proporción de las personas mayores se encuentran con mala salud o con problemas de movilidad, el considerar que únicamente esto es calidad de vida es reducir el término sólo a un indicador ya sea el de salud o movilidad, cuando la calidad de vida debe entenderse como un fenómeno complejo que incluye la satisfacción de las necesidades humanas, el verdadero sentido de la vida, el modelo de sociedad y la adquisición de aspiraciones individuales, pero no es susceptible a una definición simple y objetiva porque cada individuo juzgará de acuerdo con la percepción subjetiva de los factores objetivos de su existencia: expectativas, niveles de aspiración, grupos de referencia, valores personales, etc.

Algunos autores como Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly y Lithell (2005); Higgs et al. (2003) y Montes de Oca (2005) señalan como relevante realizar un mayor número de estudios que permitan mejorar la comprensión en relación con el concepto calidad de vida con un enfoque social y no sólo de salud. Es necesario identificar desde la percepción del adulto mayor cuáles son los principales factores que para ellos determinan una buena vida, un sentido de bienestar, una buena calidad de vida, si bien la salud puede ser un factor clave, el resto de factores contribuyentes, son importantes de considerar.

Considerando los diferentes enfoques del concepto presentados previamente, se puede señalar que para conceptualizar la calidad de vida entran en juego aspectos de valores, expectativas o perspectivas que difieren de persona a persona, grupo a grupo y de lugar a lugar. La calidad de vida se constituye en la sensación de bienestar que experimenta una persona y que representa la suma de sensaciones subjetivas y objetivas que determinan el sentirse bien, es un concepto multidimensional que incluye salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias, relaciones con el ambiente, estilo de vida, vivienda, satisfacción en relación con la formación académica y en el empleo, así como la situación económica, es decir, la satisfacción con su vida, por lo tanto, únicamente la persona es la que puede emitir un juicio perceptivo de su calidad de vida (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

Para fines del presente estudio la calidad de vida se midió con apego al concepto de Higgs et al. (2003) el cual tiene un enfoque en el bienestar como resultado de la satisfacción de necesidades. La calidad de vida es un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la autonomía, control, placer y autorrealización.

Capítulo VII

Operacionalización de Variables de Estudio

Introducción

En el presente capítulo se incluyen primeramente los ámbitos de exclusión social que afectan la calidad de vida así como los factores de riesgo que se consideraron para el estudio, se tomó como referente el sustento teórico del modelo de exclusión social propuesto por Subirats y Goma (2003) y la literatura relacionada con los factores de riesgo en el adulto mayor. Posteriormente, se incluye el modelo de interacción de variables representado por las variables independientes, mediadora, dependiente y de control y se definen cada una de ellas. Finalmente, se presenta una tabla donde se resumen los ámbitos y factores de riesgo de exclusión social así como el indicador que se consideró para medir la presencia del factor de riesgo.

7.1 Variables Propuestas para el Presente Estudio

Para fines del presente estudio, los ámbitos de exclusión social son los propuestos por Subirats y Goma (2003) los cuales se presentan a continuación en la figura 1:

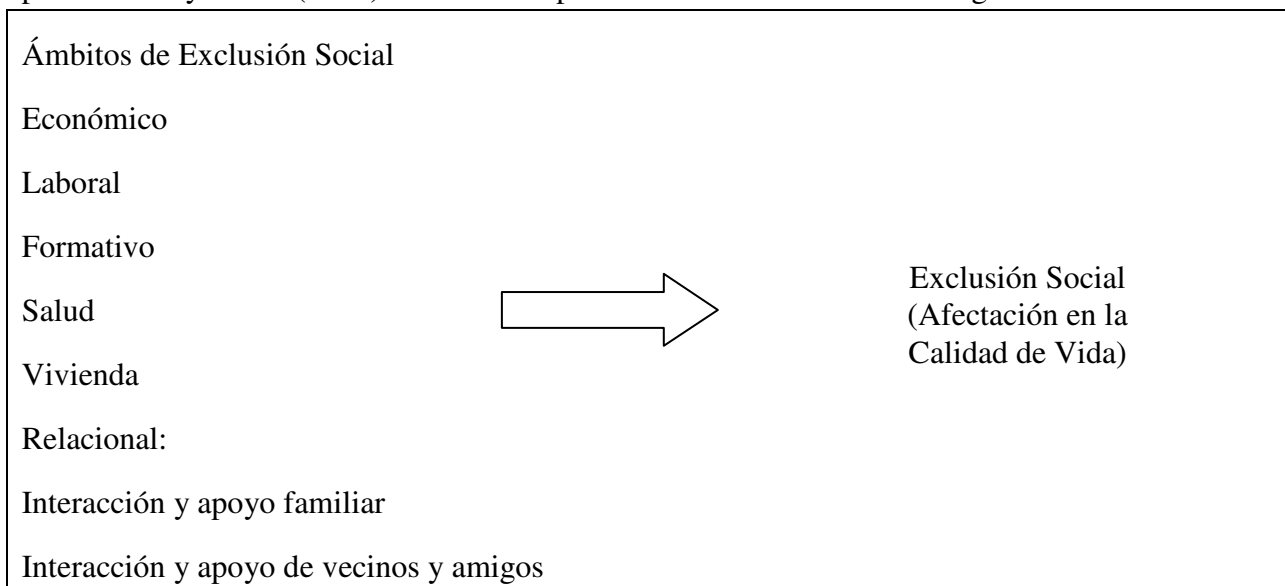


Figura 1. Ámbitos de exclusión social que afectan la calidad de vida

Se consideraron los ámbitos propuestos por los autores (Apéndice A); en relación con el ámbito laboral se encontró escasa participación de los adultos mayores en el mercado laboral formal e informal por lo que únicamente se consideró para el análisis descriptivo la actividad laboral que desempeñó previamente el adulto mayor o desempeña en el caso de los que continúan laborando y si cuenta con una jubilación o pensión. Los ingresos correspondientes a jubilación o pensión se analizaron en el ámbito económico.

Se incorporaron algunos factores de riesgo para cada uno de los ámbitos los cuales son relevantes para el grupo de adultos mayores de acuerdo a lo reportado en la literatura y a los hallazgos del análisis cualitativo de los datos. A continuación en la tabla 1 se presentan los factores de riesgo por ámbito considerados para el estudio:

Tabla 1
Factores de riesgo por ámbito de exclusión social

Ámbito	Factor de Riesgo
Económico	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad financiera - Dependencia económica (familiar o de la protección social), no se perciben ingresos incluyendo los correspondientes a jubilación o pensión.
Formativo	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabetismo o niveles formativos bajos (primaria o inferior)
Salud	<ul style="list-style-type: none"> - No acceso a seguridad social - Padecimientos crónicos - Pluripatologías - Percepción de estado de salud negativo - Dependencia en Actividades de la Vida Diaria (AVD) - Dependencia en Actividades Instrumentales (AI) - Depresión
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - No acceso a vivienda propia

Relacional Familiar	<p>Estructura: - Escasez o debilidad de la red familiar: no tener pareja, vivir solos, deficiente o nula interacción con los integrantes de su familia y no reciprocidad en la relación</p> <p>Función: - Deficiente o nulo apoyo proporcionado por los miembros de la familia</p>
Social	<p>Estructura: - Escasez o debilidad de la red social: no pertenencia a grupos sociales y deficiente o nula interacción con amigos y vecinos</p> <p>Función: - Deficiente o nulo apoyo proporcionado por amigos y vecinos</p>

Otra modificación realizada al modelo original corresponde al efecto del ámbito relacional, específicamente al apoyo familiar, se consideró que el apoyo que proporciona la familia es una variable mediadora entre los factores de riesgo y la calidad de vida. De acuerdo a la literatura revisada, el ámbito de las relaciones sociales se considera relevante debido a que los factores que lo componen pueden operar como agravantes de los riesgos de exclusión de otros ámbitos y/o marginación social, independientemente de la naturaleza de éstos.

Tanto la familia como los vínculos comunitarios ejercen un soporte para hacer frente a las situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad. Constituyen, pues, un apoyo emocional y práctico para contrarrestar las desigualdades sociales y el peso de los factores de riesgo. En contraparte, la ausencia y/o la precariedad de las redes de solidaridad y sociabilidad tanto familiares como sociales pueden conducir al desamparo de las personas marginadas y/o excluidas, agravando su situación y afectando su calidad de vida. El aislamiento social y/o familiar tiene consecuencias tanto psicológicas como materiales que pueden colocar a quienes lo padecen en una situación de vulnerabilidad extrema, desplazándolos rápidamente hacia el terreno de la exclusión con afectación en la calidad de vida.

Considerando lo anterior y el rol que juega la familia en el contexto mexicano, el ámbito relacional y específicamente el apoyo familiar fue considerado para el presente estudio como una variable mediadora, es decir aquella que es consecuencia de las variables predictoras (factores de riesgo) y antecede a la variable resultado (calidad de vida). La calidad de vida es consecuencia de la presencia de factores de riesgo y del apoyo familiar. Un adulto mayor puede presentar factores de riesgo de los diferentes ámbitos, pero de acuerdo a la literatura si el ámbito relacional se constituye en una red de apoyo, puede modificarse el efecto en la calidad de vida. En México, la familia constituye la principal fuente de apoyo para los adultos mayores, por lo anterior, en el contexto mexicano, puede esperarse que si el ámbito relacional, principalmente la familia no proporciona apoyo al adulto mayor el efecto negativo de los factores de riesgo en la calidad de vida es mayor, contrario si la familia y la sociedad le proporcionan apoyo, el efecto negativo es menor.

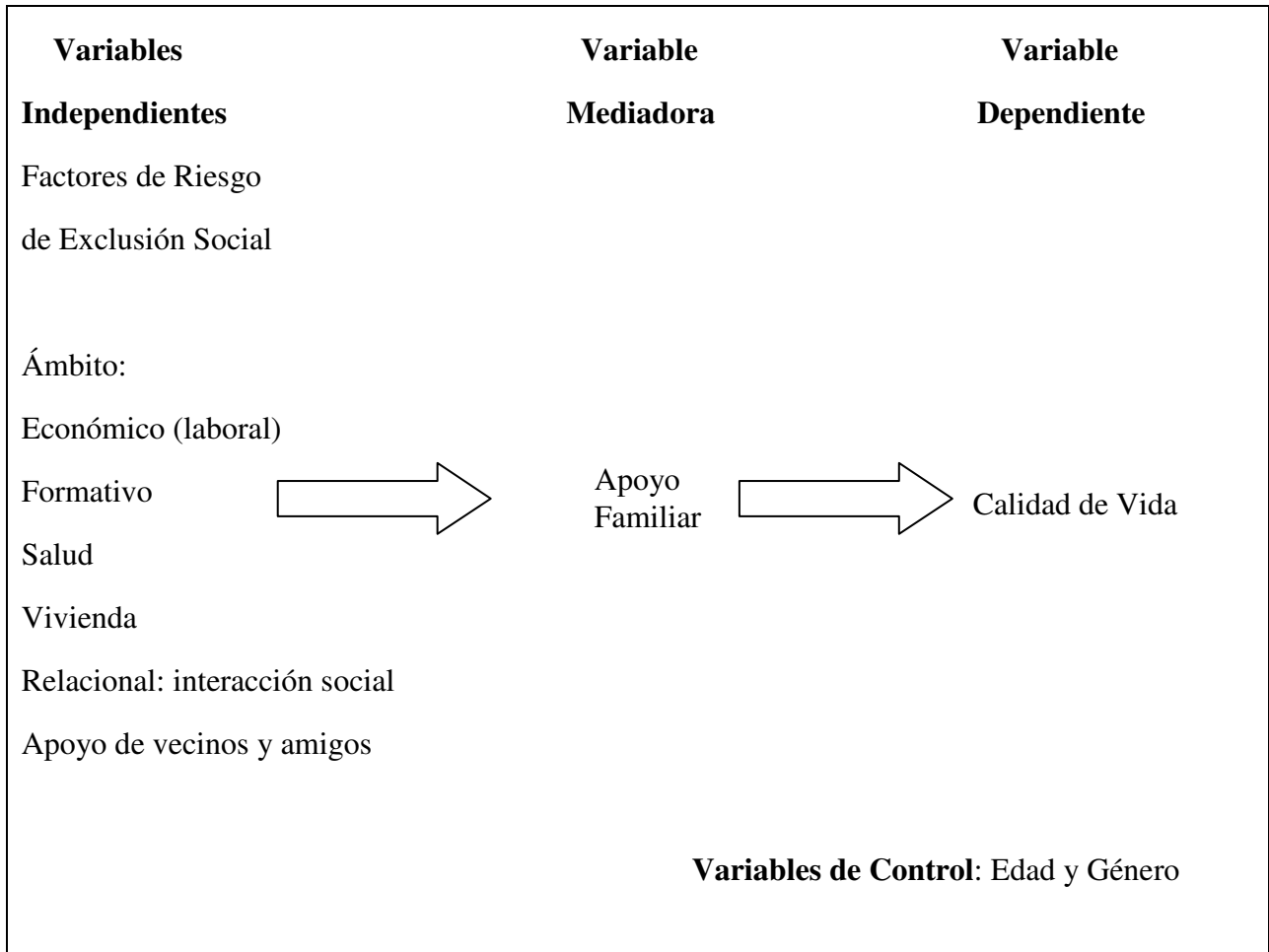
Se han incorporado además al análisis de los factores de riesgo dos variables de control: la edad y el género debido a que el peso de los factores de riesgo en la calidad de vida puede variar como respuesta a estas características individuales. Respecto a la edad, como ya se señaló previamente, a mayor edad existe mayor alteración en la funcionalidad física, mental y social del adulto mayor, así como mayor susceptibilidad para desarrollar padecimientos crónicos, lo que trae consigo, un incremento en los niveles de discapacidad y dependencia de este grupo poblacional y por consiguiente afectación en la calidad de vida (CONAPO, 2003; Cox & Bottoms, 2004; Mendoza, 2003; Merck, 2005).

En cuanto al género, existe evidencia de desigualdades donde las menos favorecidas son las mujeres y esto se asocia con diferencias sociales, culturales, legales, económicas y políticas. Las mujeres tienen menor participación económica y mayores índices de vulnerabilidad, marginalidad y pobreza. Con relación a la salud, a pesar de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, las estadísticas refieren que este grupo presenta mayor morbilidad y limitaciones funcionales respecto a los varones de la misma edad (Avlund et al., 2004; Casado et al., 2001; Kington, Lilliard & Rogowski, 1997; López, 2004).

A continuación en la figura 2 se presenta el modelo de interacción de variables propuesto para el estudio:

7.2 Modelo de Interacción de Variables Propuesto para el Estudio

Figura 2. Modelo de interacción de variables



Fuente: Elaboración Propia, basado en la propuesta de Subirats y Goma (2003)

A continuación se presenta la definición operacional de las variables que fueron consideradas para el presente estudio, primeramente se describe el ámbito y posteriormente los factores de riesgo que se consideran para cada uno:

7.3 Definición Operacional de Variables Independientes

Factores de riesgo de exclusión social: son condiciones que imposibilitan o dificultan al adulto mayor a acceder a determinados bienes que favorezcan su desarrollo personal e inclusión social. Entre ellos se incluyen los factores de riesgo del ámbito económico, laboral, formativo, salud, vivienda y relacional.

Ámbito económico: se refiere al ingreso mensual que percibe el adulto mayor, así como a los egresos mensuales. Se incluyen las diferentes fuentes de ingreso y egreso, así como su distribución.

Factores de riesgo económico: son limitaciones de tipo económico donde se incluyen los siguientes indicadores:

Dificultad financiera en el hogar: el total del gasto del adulto mayor es superior a los ingresos que recibe.

Dependencia económica familiar o social o sin protección social: adultos mayores que no reciben ningún ingreso (se incluyen los provenientes de jubilación o pensión), por lo que son dependientes económicos ya sea de la familia o de la sociedad.

Ámbito formativo: es el nivel de educación formal referido por el adulto mayor.

Factores de riesgo formativos: el indicador de riesgo incluye

Analfabetismo: adultos mayores que refieren no haber cursado ningún año de educación formal.

Niveles formativos bajos: corresponde a un nivel de formación de primaria o inferior.

Ámbito de salud: se refiere a la presencia de padecimientos agudos y crónicos, a la percepción del estado de salud del adulto mayor, su nivel de funcionalidad para desempeñar

las actividades de la vida diaria y las de tipo instrumental, depresión y acceso a una institución de salud.

Factores de riesgo de salud: el indicador de riesgo incluye

No acceso a seguridad social: adultos mayores que no son derechohabientes de ninguna institución de salud por lo que cuando requieren atención acuden a solicitarla a instituciones de población abierta como la secretaría de salud, consultorios del DIF, cruz roja, etc.

Padecimientos crónicos: autorreporte de tener diagnóstico médico de padecimientos o trastornos de tipo crónico como: diabetes, hipertensión, artritis, problemas cardiacos, etc.

Pluripatologías: presencia de dos o más padecimientos, ya sean de tipo agudo o crónico.

Percepción del estado de salud negativo: corresponde al autorreporte del estado de salud físico y mental percibido como deficiente o malo.

Dependencia en actividades de la vida diaria: autorreporte de requerir asistencia o ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades: bañarse, comer, ir al baño y caminar por la casa o habitación. Se consideró dependencia cuando la persona refirió dificultad para la realización de una a más actividades exploradas por el índice de Katz (1970).

Dependencia en actividades instrumentales: autorreporte de requerir asistencia o ayuda para al menos una de las siguientes actividades: ir de compras, preparar la comida, actividades relacionadas con la limpieza del hogar, ropa, etc. Se utilizó la escala de actividades instrumentales de Lawton-Brody (1969).

Depresión: autorreporte del estado de ánimo durante los últimos días. Se estableció depresión cuando la persona señaló la presencia de seis a más síntomas depresivos explorados a través de la escala de depresión geriátrica de Brink y Yasavage (1982).

Ámbito de vivienda: se refiere al tipo de acceso a la vivienda (propia, rentada, prestada, sin vivienda).

Factor de riesgo de vivienda: El indicador de riesgo incluye el no acceso a una vivienda propia (rentada, prestada, sin vivienda).

Ámbito relacional: Se refiere a la estructura y función de las redes familiares y sociales.

Estructura de la red familiar: se refiere a la interacción del adulto mayor con los integrantes de su familia.

Factores de riesgo de la estructura de la red familiar:

Escasez o debilidad de la red familiar:

No tener pareja: adultos mayores solteros (as) o viudos (as).

Vivir solo: adultos mayores que viven en hogares unipersonales

Deficiente o nula interacción con los integrantes de su familia: adultos mayores que no interactúan con los integrantes de su familia o que su interacción mensual (frecuencia de visitas y llamadas telefónicas) es débil (igual o inferior al primer cuartil).

Función de la red familiar: se refiere al apoyo que recibe el adulto mayor por parte de los integrantes de su familia, el tipo de apoyo que recibe el adulto mayor puede ser económico, para realizar las actividades de la vida, apoyo para las actividades instrumentales y de tipo emocional (intimidad, compañía, consejo, entre otros).

Factores de riesgo de la función de la red familiar:

Deficiente o nulo apoyo: se refiere a la percepción del adulto mayor de no recibir o recibir menor apoyo del que requiere por parte de los integrantes de la familia.

No reciprocidad en el apoyo: es la percepción del adulto mayor de no haber correspondencia en el apoyo que se da y se recibe

Estructura de la red social: se refiere a la interacción del adulto mayor con personas cercanas a él como son vecinos, amigos y sociedad en general.

Factores de riesgo de la estructura de la red social:

Escasez o debilidad de la red social:

No pertenecer a grupos sociales: adultos mayores que no pertenecen a grupos sociales.

Deficiente o nula interacción con amigos y vecinos: adultos mayores que no interactúan con personas cercanas a él como son vecinos y amigos o que su interacción (visitas y llamadas telefónicas) mensual es débil (igual o inferior al primer cuartil).

Función de la red social: se refiere al apoyo que recibe el adulto mayor por parte de las personas cercanas a él como son vecinos, amigos y sociedad en general, el tipo de apoyo que recibe el adulto mayor puede ser económico, para realizar las actividades de la vida, apoyo para las actividades instrumentales y de tipo emocional (intimidad, compañía, consejo, entre otros).

Factores de riesgo de la función de la red social:

Deficiente o nulo apoyo: percepción del adulto mayor de no recibir o recibir menor apoyo del que requiere por parte de las personas cercanas a él como son vecinos, amigos y sociedad en general.

Ante la diversidad de los datos y la necesidad de contar con variables con valores que tengan un efecto potencialmente igual en la predicción se transformaron los datos en

variables dummy o ficticias (Lévy & Varela, 2003). Para el análisis de los factores de riesgo presentados previamente se consideró presencia del factor de riesgo (capturado en la base de datos como 1) o ausencia (0).

Para el análisis del apoyo social se consideró el puntaje total obtenido a través de la Escala de Apoyo Social de Zimet (1988) transformado a un índice con valores de 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor apoyo social percibido.

A continuación se presenta una tabla que resume los factores de riesgo por ámbito que se consideraron para el estudio, así como el indicador que se consideró para determinar la presencia del factor de riesgo en los adultos mayores.

Tabla 2
Indicadores de presencia del factor de riesgo de acuerdo a cada ámbito de exclusión social en el adulto mayor

Ámbito	Factor de Riesgo	Indicador de Presencia de Factor de Riesgo
Económico	- Dificultades financiera - Dependencia económica (familiar o de la protección social)	- Gasto mayor a ingresos - Ningún ingreso económico proveniente de salario, trabajo informal, jubilación o pensión
Formativo	- Analfabetismo o niveles formativos bajos (primaria o inferior)	- Ningún estudio o nivel formativo de primaria o inferior
Salud	- No acceso a seguridad social - Padecimientos crónicos - Pluripatologías - Percepción de estado de salud	- Acuden a instituciones de atención a población abierta por no tener ningún tipo de seguridad social - Diagnóstico de una a más enfermedades de tipo crónico - Diagnóstico de dos o más enfermedades de tipo agudo o crónicos - Percibe que tiene mala salud

	<p>negativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependencia en Actividades de la Vida Diaria (AVD) - Dependencia en Actividades Instrumentales (AI) - Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere ayuda para bañarse, vestirse, comer e ir al baño - Requiere ayuda para usar el teléfono, ir de compras, cocinar, realizar cuidados del hogar, actividades de lavandería, transportación y medicación - Seis a más síntomas depresivos
Vivienda	- No acceso a vivienda propia	- La casa que habita no es propia
Relacional Familiar	<p>Estructura: Escasez o debilidad de la red familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tener pareja - Vivir solos - Deficiente o nula interacción con los integrantes de su familia - No reciprocidad en el apoyo <p>Función: - Deficiente o nulo apoyo proporcionado por los miembros de la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos mayores viudos o solteros - Adultos mayores que habitan solos - Adultos mayores que no interactúan con los integrantes de su familia o que su interacción mensual (frecuencia de visitas y llamadas telefónicas) es igual o inferior al primer cuartil - Adultos mayores que perciben que no hay reciprocidad en la interacción o apoyo - Adultos mayores que perciben que no reciben apoyo o perciben menos apoyo del que requieren de los miembros de la familia
Social	<p>Estructura: Escasez o debilidad de la red social</p> <ul style="list-style-type: none"> - No pertenencia a grupos sociales - Deficiente o nula interacción 	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos mayores que no asisten a algún grupo social - Adultos mayores que no interactúan

	<p>con amigos y vecinos</p> <p>Función: - Deficiente o nulo apoyo proporcionado por amigos y vecinos</p>	<p>con amigos y vecinos o que su interacción (visitas y llamadas telefónicas) mensual es igual o inferior al primer cuartil</p> <p>- Adultos mayores que perciben que no reciben apoyo o perciben menos apoyo del que requieren de amigos y vecinos</p>
--	---	---

7.4 Variable Dependiente

Calidad de Vida: Es la percepción del adulto mayor acerca de su bienestar o satisfacción personal. Se considera que la satisfacción con su vida depende del control, autonomía, placer y autorrealización obtenidos como respuesta a su situación individual y a la interacción con el contexto ambiental y social en el que se desenvuelve.

7.5 Variables de Control

Se consideraron dos variables sociodemográficas:

Edad: es el número de años cumplidos reportados por los adultos mayores participantes.

Para el análisis de los datos la edad se agrupó en adultos mayores de 60 a 69 años, 70 a 79 y 80 a más.

Género: es el sexo del adulto mayor participante en términos de masculino y femenino

Capítulo VIII

Comprobación Cualitativa Mediante Entrevistas a Profundidad

Introducción

En el presente capítulo se describe la percepción de los adultos mayores acerca de los aspectos que contribuyen a su bienestar así como a los que lo limitan. Primeramente se incluyen los aspectos metodológicos como diseño del estudio, población, muestreo y muestra, técnica y procedimiento de recolección de datos, estrategias para el análisis de datos y las consideraciones éticas que se respetaron de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Posteriormente se presentan las características demográficas de los participantes seguido del análisis de los datos a través de categorías, subcategorías y códigos vivos, esta información se discute acorde a los hallazgos reportados en la literatura.

8.1 Diseño del Estudio

Para el abordaje cualitativo exploratorio se utilizó análisis del contenido del discurso de los participantes. Este diseño se considera apropiado para describir fenómenos sociales, en este caso se buscó identificar desde la percepción de los adultos mayores cuáles son los factores que afectan su calidad de vida y cuáles contribuyen a su bienestar (Glaser & Strauss, 1967).

8.2 Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por adultos mayores no institucionalizados (población abierta) seleccionados como informantes claves. Para identificarlos fue necesario acudir a los municipios de Monterrey, Santa Catarina, Escobedo y Apodaca, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente del total de municipios participantes.

El tamaño de la muestra fue de 20 participantes, este número de participantes se consideró adecuado para llegar a la saturación de los datos (Morse, 2003).

8.3 Técnica y Procedimiento de Recolección de Datos

Se eligió aleatoriamente una colonia de cada uno de los municipios seleccionados, posteriormente se realizó un barrido por las colonias seleccionadas al azar para identificar a los adultos mayores que habitaban en esa área. Una vez identificados los participantes en sus domicilios se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó su participación voluntaria verificando previamente que cubrieran los criterios de inclusión.

Se buscó siempre el momento oportuno de acuerdo a la disposición de los participantes, se les solicitó firmar la carta de consentimiento informado (Apéndice C) y se aplicó una cédula de datos de identificación del participante (Apéndice D), posteriormente se procedió a la recolección de datos cualitativos a través de la técnica de entrevista de campo, para lo cual se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, la cuál contenía las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se siente respecto a las condiciones de su vida en los siguientes ámbitos: económico, laboral, formativo, salud, vivienda, familia y sociedad?
- ¿Qué aspectos de su vida le hacen sentirse con bienestar o satisfecho con su vida?
- ¿Qué aspectos de su vida le preocupan o le limitan para sentirse con bienestar o satisfecho con su vida?
- ¿Se siente tomado en cuenta por su familia, comunidad y por la sociedad en general?
- ¿Cómo ve el futuro para usted considerando su situación actual?
- ¿Cómo se visualiza en los siguientes cinco años?

Se les pidió autorización a los adultos mayores para grabar las entrevistas, se les explicó que la información grabada sería utilizada únicamente para transcribir los datos y

tener la seguridad de no omitir información, así mismo se les informó que el audio sería destruido seis meses después de finalizado el estudio. Se utilizó además un diario de campo en el que se registraron algunos datos que se obtuvieron durante la entrevista.

La entrevista tuvo una duración aproximada de una hora, una vez finalizada se agradeció a los adultos mayores su participación y se les notificó que en caso necesario se le solicitaría una segunda entrevista previa cita de acuerdo a su disponibilidad. El periodo de recolección de datos cualitativos fue de agosto a octubre del 2007.

8.4 Estrategias de Análisis de Datos

La estrategia de análisis fue a través del análisis del contenido del discurso. Posterior a cada entrevista se transcribieron las conversaciones verificando que el texto coincidiera con la grabación de cada uno de los participantes. Se analizaron los diálogos en detalle (microanálisis de códigos vivos), se analizó la información de los códigos vivos para clasificar los datos en subcategorías (codificación axial), posteriormente se establecieron categorías temáticas (codificación selectiva) que permitieran clasificar y organizar los datos. Los códigos se construyeron de acuerdo a la conversación con los participantes y de los conceptos teóricos de las variables de estudio.

La recolección de datos cualitativos se realizó únicamente por el responsable del estudio para evitar sesgos en la información y se consideró la cantidad de participantes necesarios hasta llegar a la saturación de los datos, por lo que fue necesario que el análisis de la información se realizara simultáneamente a la recolección.

8.5 Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987), específicamente en los siguientes apartados:

Respecto al Artículo 13 se consideró el respeto y la dignidad humana, los adultos mayores participaron de forma voluntaria, sin riesgo o daño alguno. De acuerdo con el Artículo 15, fracciones V, VII y VIII se solicitó el consentimiento informado, a todos los participantes se les dio una explicación clara y completa de la forma como se desarrollaría la investigación.

En cuanto al Capítulo I, Artículo 17, se tomó en cuenta la fracción I la cual manifiesta el tipo de riesgo implicado en la persona participante, por lo cual este estudio se consideró sin riesgo dado que no se realizó ninguna intervención, únicamente se realizaron entrevistas donde se abordaron aspectos relacionados con la percepción de los adultos mayores acerca de los aspectos que consideraron afectan su calidad de vida.

De acuerdo al Artículo 16 y 20, los cuales refieren que todo participante de una investigación debe autorizar su participación libremente, a todos los participantes se les explicó el objetivo del estudio y se les aclararon las dudas en caso de que existieran. Así mismo, se respetó el Artículo 21, fracciones I, IV, VI, VII, y VIII, se les explicó a los participantes que tenían la libertad de retirarse cuando así lo decidieran. La información que proporcionaron se manejó en forma confidencial, no se registraron los nombres de los participantes, se asignó una clave (E01 a E20) a cada una de las narraciones de las entrevistas por lo que no se puede identificar a quién pertenecen. A todos los participantes se les solicitó el consentimiento para grabar las entrevistas y se les enfatizó que serían utilizadas por el investigador para transcribir la información y serían destruidas seis meses después de finalizado el estudio.

Por último, se tomó en cuenta el Artículo 22, el cual refiere que el consentimiento informado debe estar formulado por escrito por parte del investigador principal y debe dar a conocer la información necesaria señalada en el Artículo 16 y 20.

8.6 Resultados

A continuación se describe la percepción de 20 adultos mayores acerca de algunos aspectos que contribuyen a su bienestar, así como a los que lo limitan. Primeramente se presentan las características demográficas de los participantes, seguido del análisis de los datos a través de categorías, subcategorías y códigos vivos, éstos hallazgos se discuten de acuerdo a lo reportado en la literatura.

8.6.1 Características Demográficas

Los participantes fueron 20 adultos mayores, 10 del sexo masculino y 10 femeninos. La media de edad fue de 71 años, con una edad mínima de 61 años y una máxima de 98 años. En cuanto al nivel de escolaridad cinco de los participantes no reportaron educación formal, los 15 restantes reportaron una escolaridad de sexto año de primaria a un nivel inferior. En cuanto a su estado civil, nueve señalaron ser casados, ocho viudos, dos solteros y uno divorciado.

8.6.2 Análisis de los Datos

El análisis del contenido permitió identificar algunas categorías, subcategorías y códigos vivos que emergieron de la información. Las categorías y subcategorías fueron construidas en función de la teoría y los códigos vivos representan la percepción del adulto mayor. La información se fue analizando a la par de la recolección, esto permitió enfatizar algunos aspectos relevantes con el resto de los participantes, así como profundizar en las entrevistas cualitativas acerca del ámbito relacional, por ser una variable propuesta como moderadora para el presente estudio.

Los hallazgos permitieron identificar que el principal apoyo que recibe el adulto mayor corresponde al proporcionado por los integrantes de la familia, los adultos mayores reciben apoyo de tipo económico, emocional, y para realizar actividades instrumentales ante limitaciones como la falta de ingresos económicos por no laborar y por no contar con

el sustento de una pensión, dificultad financiera, falta de acceso a una institución de salud y dificultad para realizar actividades de tipo instrumental. Este hallazgo apoya la propuesta de considerar al apoyo familiar como una variable mediadora entre la presencia de factores de riesgo y su calidad de vida.

A continuación se presentan las categorías y subcategorías que emergieron del análisis de contenido, así como algunos de los códigos vivos representativos.

Categoría: Ámbito Económico

Dentro de esta categoría se identificaron las siguientes subcategorías: sin dificultad económica, dificultad económica y ahorro.

Subcategoría: Sin Dificultad Económica

Al cuestionar a los adultos mayores acerca de su situación económica, se pudo observar que existe una heterogeneidad, mientras algunos reportan que no tienen dificultad económica, que los ingresos que perciben les permiten vivir bien, tal como se reportó por algunos de los participantes “Me siento bien, me alcanza bien, no me estoy atorando, todo va bien, la estoy pasando bien (E01)”, para otros adultos mayores la situación económica si representa una dificultad.

Subcategoría: Dificultad Económica

Algunos adultos mayores se encuentran limitados económicamente, los comentarios al respecto son los siguientes: “Me preocupa la falta de dinero, que salgo apenas, estirando y estirando el dinero, aunque siempre he estado así, pero ahora son menos entradas de dinero, me falta la entrada de mi hija (hija que se casó y se fue a vivir a otro país) y la de mi marido (esposo fallecido hace dos años), pero más o menos hay la llevo, mas mal que bien, pero hay voy saliendo”, ante esta situación, fue evidente que la familia juega un rol

fundamental “Cuando necesito dinero porque no me alcanza para pagar los recibos le pido a mi hijo...”, “Mis hijos me ayudan a pagar los servicios...(E02)” esta carencia de recursos genera que los adultos mayores se vuelvan dependientes total o parcialmente de sus familias.

Este hallazgo es consistente con lo reportado por Wong, Espinoza y Palloni (2007) quienes señalan que ante la situación económica vulnerable de los adultos mayores, la familia se constituye en un importante apoyo para solventar las necesidades de consumo. Así mismo, concuerda con los resultados del ENASEM (2001) donde se reporta que son los hijos quienes aparecen como los principales proveedores de apoyo económico para este grupo de población.

Esta heterogeneidad en los recursos económicos disponibles, se puede apreciar igualmente en la capacidad de ahorro, la no capacidad se constituye en un indicador de dificultad financiera de acuerdo a Subirats y Goma (2003).

Subcategoría: Capacidad de Ahorro

Mientras que algunos pueden asignar una parte de sus ingresos al ahorro, como lo comentaron pocos de los participantes “Ahorita tengo mis ahorros en la caja popular, voy juntando los 300, los 500 pesos y voy y los dejo y los deposito (E04)”, otros, señalaron que si bien con sus ingresos pueden vivir, no les alcanza para ahorrar: “Yo de juntar pues tampoco, de donde junto si salgo muy apenas (E02)”.

La siguiente categoría directamente relacionada con el ámbito económico es la correspondiente al Ámbito Laboral:

Categoría: Ámbito Laboral

Dentro de esta categoría se identificaron las siguientes subcategorías: Jubilación más incorporación al mercado laboral informal, la no jubilación y el cuidado a nietos como

una actividad laboral que es desempeñada específicamente por adultos mayores del género femenino.

Subcategoría: Jubilación más Incorporación al Mercado Laboral Informal

Se encontró que los adultos mayores del sexo masculino son los que principalmente posterior a su jubilación se incorporan al mercado laboral informal, algunos comentarios fueron los siguientes “Trabajo en una escuela en la limpieza, ya estoy jubilado (E03)”, “Soy jubilado y estoy como intendente...(E01)”, cabe destacar que los que se desempeñan en el mercado laboral fueron los que funcionalmente tenían la capacidad para realizarlo “Siempre he podido trabajar y todavía puedo, soy independiente para hacer mis cosas (E10)”.

Subcategoría: No jubilación

En esta categoría se encontraron variantes de acuerdo al género, existen adultos mayores masculinos que aunque se desempeñaron algunos años en el mercado formal, no gozan de una jubilación, ya sea porque no realizaron los trámites pertinentes o porque no cubrieron los requisitos, un comentario al respecto es el siguiente: “Trabajé muchos años de velador, pero me enfermé y jamás volví ya, perdí mis derechos, no me alcancé a jubilar anduve para allá y para acá, de un trabajo a otro, pero no arreglé mi pensión a tiempo, una vejez sin pensión es dura (E05)”.

En el caso de las mujeres, la situación es diferente, ellas generalmente no se desempeñaron en el mercado formal por lo que no cuentan con una jubilación “No, no me jubilé, no trabajo, nunca trabajé, cuido a tres nietos, dos de mi hijo y uno de una hija, mi nuera me da 400 pesos por quincena, mi hija no me da dinero, pero me ayuda con mandado (E02)”.

Subcategoría: Cuidado a Nietos

Como puede apreciarse en el comentario previo, las mujeres en esta etapa de la vida suelen realizar actividades de cuidado sin percibir un salario fijo, mientras que algunas reciben un apoyo económico por realizar esta actividad, otras no. Su trabajo principal es el de cuidadoras de otros, principalmente de algún miembro de la familia como son nietos o adultos o ancianos enfermos o discapacitados (Salgado, 2003). En el presente estudio únicamente se encontró el cuidado a nietos.

De acuerdo a la literatura, el ámbito económico y el laboral en esta etapa de la vida están directamente relacionados. Como puede apreciarse, existen adultos mayores que no cuentan con ingresos provenientes de una jubilación o pensión o si los reciben, éstos algunas veces son insuficientes para cubrir sus necesidades por lo que deben buscar otra fuente de ingresos.

Esto es consistente con lo reportado por Meléndez y Zarco (2003); quienes señalan que la probabilidad de que un adulto mayor requiera acceso al mercado informal esta asociado con el monto del ingreso de su pensión. Se encontró que la mayoría de los participantes reciben pensiones que no cubre sus necesidades; sin embargo, el acceso al mercado laboral dependía de su nivel de funcionalidad “pues claro que no me alcanza la pensión, pero como le hago, no puedo salir a trabajar, me duelen las piernas, no aguanto mucho de pie (E18)”.

La siguiente categoría analizada fue la correspondiente al ámbito formativo:

Categoría: Ámbito Formativo

Esta categoría se integró por la subcategoría de impacto de la educación en la vida adulta.

Subcategoría: Impacto de la Educación en la Vida Adulta

Se encontró que la carencia de estudios formales durante los primeros años de vida representó una limitación para algunos adultos mayores. Si bien el ámbito formativo esta

alejado de esta etapa de la vida, algunos adultos mayores perciben que la falta de estudios durante su infancia los ha limitado en su vida como adultos en el terreno profesional “Yo estudié hasta quinto año, esto me ha limitado, yo tuve mucha ambición a ser otra cosa, yo aspiraba a ser un maestro, pero no se pudo, mi jefe era de bajos recurso y no le alcanzaba, yo estudié en una escuelita de ejido. El no haber tenido mis estudios, me ha afectado mucho, yo quería estudiar, la vida me ha costado mucho (E01)”.

Sin embargo, para otros adultos mayores, esto no ha sido una limitante debido a que la actividad laboral en la que se han desempeñado no requiere de estudios formales “Estudie hasta cuarto año, no había otros grados, pero eso no me ha limitado porque mi trabajo ha sido en el aseo y ahí no te piden papeles, en el aseo no se necesitan los estudios (E03)”.

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la encuesta SABE (2001) y en el ENASEM (2001), los adultos mayores de hoy tuvieron en sus etapas tempranas de la vida un acceso limitado a la educación. Esto, de acuerdo a lo reportado por Cardona et al. (2002), Casado et al. (2001), Murria y Frenk (2000) y Poff (2004) tiene un impacto en la vida adulta en relación con el empleo lo cual se relaciona con su situación económica y bienestar en la vejez.

Categoría: Ámbito Salud

En esta categoría emergieron dos subcategorías: la primera los problemas de salud con dos aspectos característicos de este grupo de edad, los padecimientos de tipo crónico y la presencia de pluripatologías; es decir, dos a más problemas de salud. La segunda subcategoría fue el acceso a instituciones de salud.

Subcategoría: Problemas de Salud (Padecimientos Crónicos y Pluripatologías)

Se encontró que los adultos mayores suelen presentar padecimientos de tipo crónico y que es común la presencia de varios problemas de salud, un comentario al respecto es el

siguiente “Me duelen muchas las piernas para caminar, como que no tengo fuerza. Todo el tiempo había estado muy bien hasta ahora en este año en junio, me sacaron diabetes, presión y artritis, me dicen en el seguro que tal vez tengo osteoporosis, pero quien sabe, no me han podido hacer los estudios. Siempre me dan el diclofenaco, ya le dije al doctor que no me hace, no me quita el dolor, pero no hay más, a ver, qué hacemos, ni como comprarlas porque no hay dinero (E11)”.

Autores como Ham – Chandé (1996), OPS (1997), Resano y Olaiz (2003) y Salgado y Wong (2003) señalan que a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas que conducen a limitaciones para realizar actividades habituales. Respecto al autorreporte de enfermedades Wong, Espinoza y Palloni (2007) reportan de acuerdo a los hallazgos del ENASEM (2001) un predominio de hipertensión y diabetes, esto es congruente con los principales padecimientos que reportaron los entrevistados.

Subcategoría: Acceso a Seguridad Social

La mayoría de los entrevistados reportó como institución de salud a la que acude a solicitar atención el IMSS “Tengo seguro social, mi hija me puso en el seguro (E02)”. Los que no son derechohabientes, generalmente acuden a solicitar atención a la Secretaría de Salud, responsable de proporcionar atención a población abierta “Ayer arreglé el seguro popular y mientras me activan la credencial me van a atender en el centro de salud, ya me dieron todos los papeles (E04)”.

La mayoría de los participantes reportó acceso a la seguridad social como derechohabientes del IMSS, esto es un aspecto que vale la pena destacar debido a que no se constituyó en un problema importante para los adultos mayores; sin embargo, cabe la pregunta si el sistema de seguridad social con sus condiciones actuales (estructura, recursos humanos, materiales, tecnología, etc), puede brindar la atención que demanda este grupo poblacional que día a día va en aumento y el cual se caracteriza por un esquema de salud complicado que requiere cuidados geriátricos especializados brindados por personal

capacitado para atender a este grupo específico de población y los cuales resultan ser costosos.

La siguiente categoría de análisis fue el ámbito relacionado con la vivienda:

Categoría: Ámbito Vivienda

En esta categoría emergió como subcategoría la disposición de vivienda:

Subcategoría: Disposición de Vivienda

El total de participantes reportó como uno de sus bienes el tener casa propia, “La casa es propia, la compré cuando estaba trabajando (E05)”, esto es consistente con lo reportado por Wong, Espinoza y Palloni (2007) quienes señalan que para los adultos mayores, el 60% del valor neto de sus bienes corresponde a la pertenencia de una vivienda. Un hallazgo relevante fue el encontrar que es común que sean los hijos (casados) de los adultos mayores los que carecen de vivienda y vivan con sus padres, compartiendo los recursos y gastos del hogar.

Categoría: Ámbito Relacional

En esta categoría emergieron las siguientes subcategorías: interacción familiar correspondiente a la estructura de la red familiar, apoyo familiar correspondiente a la función de la red familiar, interacción con vecinos, amigos y conocidos (estructura de la red social), apoyo de vecinos, amigos y conocidos (función de la red social) y otro tipo de apoyos donde fueron reportados el de tipo social y gubernamental.

Subcategoría: Interacción Familiar (Estructura de la Red Familiar)

Para los adultos mayores las interacciones con los integrantes de su familia son importantes; “Tengo siete hijos y con todos estoy muy bien, todos me frecuentan, si no

vienen me hablan por teléfono, me dicen mamá como amaneciste. Tengo cuatro nueras, para mí son como mis hijas, nos llevamos muy bien (E07)”. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Vera, Sotelo y Domínguez (2005) quienes reportan que la principal interacción de los adultos mayores es con los hijos y la pareja.

Sin embargo, existen casos en los que a pesar de tener una nutrida red familiar, sólo con unos cuantos se tiene interacción. Al respecto comentaron lo siguiente: “Tengo 10 hijos, no me visitan mucho, con las que convivo más son con las dos hijas que viven aquí conmigo (E10)”.

Subcategoría: Apoyo Familiar (Función de la Red Familiar)

En relación con el apoyo, predominó el proporcionado por integrantes de la familia del sexo femenino “Tengo 10 hijos, no me visitan mucho, las que me apoyan son las dos hijas que viven aquí conmigo. De mis dos hijas tengo una que me atiende mejor, ella me atiende como si fuera mi mamá, cuando me llevo a enfermar me lleva a consultar y me trae de un lado para el otro, me cuida mejor que todos (E10)”, “Somos 11 hermanos y de todos nada más un hombre ayudó y tres mujeres (se refiere a cuidar a su mamá cuando enfermó), fíjate de 11, de qué sirve tanta familia...(E19)”.

De acuerdo a Cardona et al. (2002), Hao (1997), Pelaez (2005) y Ribeiro (2002) tradicionalmente, son las mujeres, generalmente las esposas e hijas quienes asumen el rol de cuidadoras, si bien existen algunos aspectos que tienden a modificar esta tradición como es el número de integrantes que componen la familia y la inserción de la mujer al mercado laboral, los participantes en el análisis cualitativo reportaron en general mayor apoyo por parte de las hijas, lo que indica que esta tradición sigue estando vigente.

Sin embargo, aunque siguen siendo las mujeres las principales fuente de apoyo para los adultos mayores, se encontró que en el caso de los adultos mayores que viven con hijos del sexo masculino, éstos representaron la principal fuente de apoyo: “La mera verdad, yo

creo que mi hijo es el único que me ayudaría (hijo casado con el que vive), los otros dos de plano no, a los otros no les hace fuerza, a mi nuera tampoco... (E04)”.

Subcategoría: Interacción con Vecinos, Amigos y Conocidos

En relación con esta subcategoría se encontró mayor interacción de los adultos mayores con vecinos y conocidos “Yo no tengo amigos, tengo conocidos. He tenido buena relación con mis vecinos, nunca hemos tenido ningún problema, ya tenemos ahí viviendo como 30 años (E01)”. Se pudo identificar que los adultos mayores en su mayoría refieren no tener amigos, y en el caso de los que refieren tenerlos, éstos corresponden a los vecinos. Al cuestionar a los adultos mayores acerca de su interacción en grupos sociales, predominó en las mujeres la interacción religiosa “Voy al grupo del rosario, una vez por semana (E09)”. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Maldonado y Ornelas (2006) quienes encontraron que las prácticas religiosas, entendidas como la asistencia y participación en grupos de oración, son algunas de las pocas actividades que los adultos mayores realizan, por lo menos una vez por semana y más frecuente en las mujeres respecto a los hombres.

Subcategoría: Apoyo de Vecinos, Amigos y Conocidos

Se encontró que son pocos los adultos mayores que perciben apoyo por parte de sus vecinos, amigos y conocidos, si bien, refieren tener buena interacción, en caso de requerir apoyo, algunos no saben si se les proporcionaría y otros afirman que no lo recibirían, algunos comentarios al respecto fueron los siguientes: “Tengo buena relación con conocidos, pero a la hora de tener un problema quien sabe si me apoyen, no puedo decir nada, amigos no tengo (E03)”, “No siento apoyo de mis vecinos, en caso necesario no me apoyarían. Mi único apoyo es la familia (E09)”. Este comentario final enfatiza como se señaló previamente que la familia es la principal fuente de apoyo para los adultos mayores.

Subcategoría: Otros Apoyos (Social y de Gobierno)

Los adultos mayores reportaron en general poca ayuda por parte de grupos sociales organizados y del gobierno, los que recibieron el apoyo fue principalmente en especie, despensas con una periodicidad de cada dos a tres meses, pocos reportaron apoyo económico por parte del gobierno “El gobierno me da 500 pesos mensuales y una despensa cada dos a tres meses (E10)” .

Categoría: Ámbito Relacional / Apoyo del Adulto Mayor a la Familia

En esta categoría se ubicaron dos subcategorías: la reciprocidad en el apoyo familiar, específicamente como cuidado a nietos y el apoyo económico del adulto mayor a otros miembros de la familia.

Subcategoría: Reciprocidad en el Apoyo Familiar (Cuidado a Nietos)

Las personas tienen relaciones que permiten dar, recibir e intercambiar con cierto grado de reciprocidad. En el caso de los adultos mayores participantes en este análisis cualitativo, y específicamente en el género femenino, la reciprocidad en el apoyo (correspondencia entre el dar y el recibir) fue un aspecto que destacaron los adultos mayores como importante con los integrantes de la familia de los que perciben reciben apoyo de tipo económico, material e instrumental, “Cuido tres nietos. Trato de ayudar a mis hijos para que ellos salgan adelante y como ellos se portan bien conmigo y me ayudan, yo de alguna forma tengo que devolverles la copa (E09)”.

Requena y Avila (2002) señalan que en las redes sociales basadas en el intercambio, la reciprocidad es uno de los mecanismos que sostienen al tejido social, esto es importante de destacar sobretodo por corresponder este hallazgo a adultos mayores, en quienes conforme se incrementa la edad, también lo hacen las demandas de apoyo. Si esta reciprocidad se cultiva antes de que las mayores demandas aparezcan, existe una mayor

probabilidad de recibir el apoyo. Como la reciprocidad predomina en las mujeres, esto puede explicar porque son las que reciben mayor apoyo por parte de su familia.

Subcategoría: Apoyo Económico del Adulto Mayor a Otros Miembros de la Familia

Si bien, es más común que los adultos mayores reciban apoyo económico por parte de su familia, existe una proporción de ellos que se constituye en fuente de apoyo para su familia, un comentario al respecto es el siguiente: “Yo pago todos los servicios, mi yerno no paga nada, al contrario, me debe la renta desde hace muchos meses. Para la comida, yo le doy a mi hija (E10)”, este hallazgo es consistente con lo reportado en el ENASEM (2001) donde un 20% de los adultos mayores eran fuente de apoyo para su familia.

Categoría: Bienestar, Felicidad, Satisfacción con la Vida

La categoría de bienestar, felicidad y satisfacción con la vida en los adultos mayores, la cual corresponde a la calidad de vida, de acuerdo al concepto manejado en este estudio se integró por seis aspectos que constituyen las siguientes subcategorías: salud, independencia funcional, familia, reciprocidad en el apoyo, cumplimiento de metas y seguridad.

Subcategoría: Salud

Se encontró que la salud es un elemento fundamental del bienestar en los adultos mayores “La salud es fundamental, más que nada, si uno se siente bien y puedes hacer las cosas por ti mismo, no pierdes el ánimo (E01)”, “La salud es lo más importante porque yo no soy padeciente, soy muy sano...(E18)”.

Subcategoría: Independencia Funcional

El estar saludables se asocia más que con no tener un diagnóstico de algún problema de salud con su funcionalidad, es decir, la capacidad de hacer las cosas por si mismos, al respecto, comentaron lo siguiente: “Mi felicidad es mi calidad de vida, para mi la muerte va a ser cuando yo sea dependiente de alguien, tengo diabetes desde hace muchos años, pero toda mi vida he sido muy independiente...(E12)”.

Esto es consistente con lo reportado por Vera et al. (2005), quienes señalan que el bienestar de los adultos mayores está influido por las percepciones que tienen de su salud, de tal manera que si no tienen grandes pérdidas funcionales, se autoevalúan en una situación satisfactoria al compararse con quienes tienen pérdidas mayores.

Subcategoría: Familia

De acuerdo a lo reportado por Flórez (2003), los adultos mayores que tienen interacciones frecuentes con sus familias y perciben apoyo, reportan a la familia como fuente de bienestar y felicidad. Los lazos sociales en esta etapa de la vida y la familia como principal integrante de esta red social, se relaciona con diferentes grados de bienestar físico y emocional. Por su parte Wong (2006) señala que en México el apoyo familiar es un componente fundamental del bienestar del adulto mayor. Al respecto algunos comentarios fueron los siguientes: “Lo que me hace más feliz es el tener mi familia, saber que estamos bien (E02)”, “Mi familia es mi mayor felicidad, qué sería mi vida sin ellos (E16)”.

Subcategoría: Reciprocidad en el Apoyo

La reciprocidad en el apoyo se señaló previamente en relación al cuidado a los nietos que proporcionan los adultos mayores como forma de corresponder a los bienes recibidos por los integrantes de la familia. Este aspecto también fue señalado por los adultos mayores como fuente de felicidad “Me hace feliz el que trato de ayudar a mis hijos

para que ellos salgan adelante y como ellos se portan bien conmigo, yo de alguna forma tengo que devolverles la copa (E09)”.

Subcategoría: Cumplimiento de Metas

El cumplimiento de metas como aspecto de bienestar es importante de considerar, Higgs et al. (2003) señalan que este aspecto habla de una adaptación de los adultos mayores a esta etapa de la vida y una continuación, si hay metas que se han cumplido, se pudieron identificar por los adultos mayores y determinar su cumplimiento, entonces, se plantearán nuevas y el ciclo continuará, favoreciendo la adaptación a esta etapa de la vida. Por su parte Ranzjin y Luszez (2000) señalan que el bienestar está conformado por los componentes afectivos y cognitivos. El afectivo es identificado como el balance de los afectos y el componente cognitivo, es una relación entre las metas deseadas y las alcanzadas.

Algunos comentarios relacionados con la importancia del cumplimiento de metas son los siguientes: “Mi satisfacción era tener un carro nuevo y lo hice, tener mi casa y ya últimamente tener mi otro carro, pues yo me dije quiero un carro nuevo para el trabajo y lo hice, era una meta en mi vida y se cumplió (E20)”, “ Mi principal meta era ver a mis hijos como los estoy mirando, esa era mi mayor satisfacción, son buenas personas y eso me da tranquilidad, me siento a todo dar (E09)”.

Subcategoría: Seguridad

Finalmente, la seguridad fue otros de los elementos destacados por los adultos mayores como fuente de bienestar, felicidad y satisfacción con su vida. Entre los aspectos que los hacen sentirse seguros ubicaron en primer lugar a la familia, seguido del tener una casa (vivienda) y desempeñar un trabajo (fuente de ingreso).

“Mi familia es lo más importante, con ellos estoy segura (E11)”, “El tener mi casa y un trabajo me hace sentirme seguro, te sientes bien, es motivo para estar feliz (E01)”.

Como puede apreciarse destaca el elemento afectivo por parte de la familia como principal fuente de apoyo e interacción, seguido de elementos de pertenencia como es el caso de la vivienda y de independencia como es el caso de tener recurso económicos propios, esto es congruente con lo reportado por Breeze et al. (2004).

Desde el punto de vista cualitativo los elementos de calidad de vida percibidos por los adultos mayores corresponden a la salud, independencia funcional, contar con una familia, reciprocidad en el apoyo, cumplimiento de metas y seguridad la cual se percibe si se cuenta con una familia, se dispone de una vivienda y se desempeña un trabajo el cual constituye una fuente de ingreso.

Categoría: Preocupaciones y Tristezas

En esta categoría se incluyeron las subcategorías de pérdidas y deterioro en la imagen social de los adultos mayores. La subcategoría de pérdidas incluyó diferentes causas: pérdida de la salud del adulto mayor; de la salud de algún miembro de la familia; económicas; materiales; por defunción; por deterioro en las relaciones familiares y por desintegración familiar.

Subcategoría: Pérdidas

El proceso de envejecimiento lleva consigo cambios importantes en la vida de las personas, en el caso de la vejez muchos de estos cambios son percibidos como pérdidas, los participantes en el estudio manifestaron preocupación o tristeza ante algunas situaciones consideradas pérdidas, a continuación se presentan algunos comentarios de los participantes en relación con cada una de ellas.

Subcategoría: Pérdida de la Salud del Adulto Mayor

“El no estar bien de salud me pone triste, porque sano nunca voy a estar, la presión no se me va a quitar, siempre la voy a tener, entonces parte de eso me impide a que yo no sea feliz, no tengo la salud que yo quisiera (E03)”.

“Lo que más me preocupa es la salud, es de lo más importante que se pueda tener en esta vida (E06)”.

Subcategoría: Pérdida de la Salud de algún Miembro de la Familia

“Ahorita tengo a una hermana muy mala en el hospital, a la mejor nos deja pronto, esto me tiene muy triste (E07)”.

Subcategoría: Pérdidas Económicas

Las pérdidas económicas se asociaron con la separación e independencia de los hijos lo cual es característico en este ciclo de la vida familiar (nido vacío), los hijos se casan y dejan de aportar económicamente a sus padres o lo hacen en forma irregular, tal y como lo señaló una de las participantes: “Me falta la entrada de mi hija (su hija, principal sustento de la familia se casa y se va a vivir a otro país) y de mi esposo (fallecido), pero más o menos hay la llevo. Desde que mi hija se fue yo empecé a batallar ella iba al mandado y me surtía bien la despensa, ahora eso ya no lo tengo, me da dinero de vez en cuando, pero esto no es seguro, yo me preocupo mucho (E02)”.

Pelcastre y Márquez (2006) encontraron en sus hallazgos de investigación cualitativa que las principales preocupaciones de los adultos mayores están relacionadas con aspectos económicos y de salud, similar a lo reportado en el presente análisis cualitativo, donde estas preocupaciones fueron las prioritarias.

Subcategoría: Pérdidas Materiales

“Hace dos años se me quemó mi casa, de ahí para acá ha sido mi atraso, todas las fotografías de mis hijos cuando se casaron se perdieron y las de nosotros, todo se acabó, eso cuando se recupera?, eso me duele, no lo he podido superar (E11)”.

Subcategoría: Pérdidas por Defunción

“Se me murió mi hija mayor y luego se me murieron dos más, hombres, eso me duele, uno piensa que se va a morir primero que sus hijos (E05)”, “Desde que falleció mi esposa ya después fue puro sufrirle porque las cosas ya no son igual, no son iguales (E04)”.

Subcategoría: Deterioro en las Relaciones Familiares

“Me pone triste la relación con mis hermanos, no me quieren, yo estorbo (E03)”.

Subcategoría: Desintegración Familiar

“Perdí mi matrimonio, ya no nos entendíamos. Yo ahorita no me siento feliz, me siento infeliz por el problema que traigo, pues a estos años salir con eso (se refiere al divorcio), está difícil a estos años, hay que superarlo, poco a poco (E06)”.

Ante esta percepción de los adultos mayores es evidente como la vejez esta rodeada de pérdidas de diferentes índoles, pero finalmente pérdidas con cargas emocionales negativas que demandan ser superadas para lograr la adaptación en esta etapa de la vida. Es necesario reevaluar las pérdidas eliminando en la medida de lo posible el componente negativo de tal forma que se constituyan en un mecanismo compensatorio frente a las pérdidas que los adultos mayores suelen experimentar en esta etapa de la vida (Vera et al., 2005).

Subcategoría: Deterioro en la Imagen Social de los Adultos Mayores

Otra preocupación de los adultos mayores fue el deterioro en la imagen social que se tiene de este grupo poblacional “Ahorita ya no toman en cuenta los consejos de los abuelos, ya no hay respeto, ya se perdieron todos los valores. Ya no hay respeto por los adultos, eso es triste (E09)”, “Más antes había mucho respeto, ahora no, ya no hay respeto para los viejos (E07)”.

Un aspecto que se destacó dentro de esta última subcategoría fue la necesidad de acondicionar los accesos para los adultos mayores, al respecto señalaron los siguiente: “No tenemos aditamentos específicos para los adultos mayores, no hay suficientes rampas, elevadores, yo no utilizo el metro porque no puedo subir la escalera y eso que puedo caminar, imagínate las personas que tienen discapacidad, pues menos, eso es preocupante porque cada vez hay más viejos (E15)”.

En relación con el deterioro en la imagen social de los adultos mayores, esto es consistente con lo reportado en la literatura. Si bien, anteriormente al adulto mayor se le veía como a una persona con experiencia y sabiduría que sólo la edad le proporcionaba, actualmente, en algunas sociedades contemporáneas se desvaloriza a las personas mayores cuando estas dejan de ser productivas y la vejez se convierte en un estado de deterioro, como sinónimo de obsolescencia (Ribeiro, 2002). Esto amerita el considerar estrategias orientadas a revalorizar la imagen social de los adultos mayores.

Los factores que afectan la calidad de vida de los adultos mayores desde el punto de vista cualitativo corresponden a pérdidas en relación con diferentes aspectos: pérdida de la salud del adulto mayor; de la salud de algún miembro de la familia; económicas; materiales; por defunción; por deterioro en las relaciones familiares y por desintegración familiar. Otro aspecto considerado como pérdida es el deterioro en la imagen social de los adultos mayores. Estos hallazgos, permitieron identificar la presencia de síntomas depresivos en este grupo poblacional. Lo cuál es consistente con lo reportado por Ávila – Funes et al. (2007) quienes señalan que la depresión es un padecimiento frecuente en los

adultos mayores y probablemente la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. Cabe destacar que ninguno de los participantes reportó entre sus problemas de salud el diagnóstico de depresión; sin embargo, algunos síntomas eran visibles, por ejemplo señalaban “yo no soy feliz”, “me siento triste”, “me preocupo mucho”, “eso me duele, no lo he podido superar”, “yo estorbo” y “me siento infeliz”, entre otras, además al hablar de estos aspectos era difícil evitar el llanto. Esto concuerda con la literatura, según Menéndez (2005) los adultos mayores generalmente no consultan por síntomas depresivos, lo que contribuye a un subregistro de la prevalencia real.

Categoría: Espiritualidad / Religiosidad

En esta categoría se incluyó la subcategoría fe en Dios:

Subcategoría: Fe en Dios

Es común escuchar a los adultos mayores hablar de Dios, su fe se hace evidente a través de sus comentarios, algunos ejemplos al respecto son los siguientes: “Si Dios quiere voy a vivir muchos años (E02)”, “Bendito sea Dios, le doy gracias por vivir éstos años, él es el mero bueno (E05)”, para los adultos mayores, su larga vida y sus condiciones de vida dependen de la voluntad de Dios. De acuerdo a Maldonado y Ornelas (2006) las creencias religiosas contribuyen de manera significativa en la percepción de la fuerza personal en esta etapa de la vida.

Categoría: Visión a Futuro

En esta categoría se incluyeron tres subcategorías: incertidumbre, optimismo y con problemas de salud.

Subcategoría: Incertidumbre

Los adultos mayores participantes manifestaron incertidumbre hacia el futuro: “Sabrá Dios como iré a estar en los siguientes años, es repentino, ya ve, de un día a otro las cosas se acaban (E11)”, “Dentro de cinco años a la mejor ya no estoy, sabrá Dios...(E01)”.

Subcategoría: Optimismo

Llama la atención el optimismo de los adultos mayores a pesar de las dificultades que enfrentan en los diferentes ámbitos de análisis, algunos comentarios fueron los siguientes: “Yo creo que nada más completando los 100 y ya (E05)”, “El futuro lo visualizo por metas, de aquí a dos años, me visualizo jubilada, a cinco años, feliz, descansando, quiero ir al teatro, asistir a los asilos si estoy en condiciones de ayudar, ir a museos, leer, tejer, yo no creas que me voy a poner a trabajar, yo voy a descansar (E12)”.

Subcategoría: Con Problemas de Salud

Otros adultos mayores, sobretodo los que tienen problemas de salud, anticipan una vejez con problemas de salud: “El futuro lo visualizo pues no muy sanita porque ya le digo, tengo mis problemas en los pies, en tiempo de calor no soporto el dolor, tengo que tomar pastillas al diario, ha de ser artritis, pero no sé no me la han diagnosticado, porque no voy, no quiero que me digan nada malo (E09)”.

En el Apéndice L se presenta el análisis del contenido cualitativo con los principales códigos vivos representativos de las diferentes categorías y subcategorías.

8.6.3 Conclusiones

Los resultados cualitativos presentados previamente permiten concluir el siguiente perfil de los adultos mayores: en el ámbito económico se observa una heterogeneidad, si bien en general coinciden en que los ingresos provenientes de la jubilación o pensión son insuficientes para cubrir sus necesidades, las carencias económicas se relacionan con la

cantidad económico que reciben los adultos mayores por parte de los integrantes de su familia, en especial por los hijos y los esposos en el caso de las mujeres. Aquellos que cuentan con un apoyo fijo por parte de su familia reportan menor dificultad financiera respecto a los que cuentan con apoyo económico esporádico.

Los ingresos que reciben por su jubilación generalmente son destinados al pago de servicios y como es común que algún hijo viva con ellos, éstos asumen el pago de la alimentación para la familia. Generalmente los adultos mayores no disponen de recursos económicos para asignarlos a otras demandas como son las relacionadas con la salud, diversión, etc.

En cuanto al ámbito laboral, son los hombres los que tienen una mayor participación en el mercado laboral informal posterior a la jubilación, predominan los que se desempeñan en actividades de limpieza y como taxistas. En el caso de las mujeres, es común que participen en el cuidado de los nietos, sobretodo porque las hijas o nueras se desempeñan en el mercado laboral. Esta actividad no es considerada por ellas un trabajo, más bien lo hacen por reciprocidad, los hijos las apoyan a ellas y ellas apoyan a los hijos de esta manera. Sin embargo, tanto en los hombres como en las mujeres, el tipo de actividad que desempeñan esta relacionado con su capacidad de funcionalidad física.

Respecto a la salud, los adultos mayores presentan problemas de salud y especialmente de tipo crónico como son la hipertensión y la diabetes, además es común la presencia de pluripatologías. La presencia de problemas de salud como artritis u osteoporosis les generan importantes pérdidas funcionales. El acceso a la salud corresponde principalmente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), esto por ser derechohabientes o beneficiarios por algún miembro de la familia (hijos o esposos).

En el ámbito relacional destaca como principal fuente de interacción y apoyo la familia con la que habitan y es en quien recae principalmente el cuidado a los adultos mayores, sobretodo en los integrantes de la familia del sexo femenino: esposas, hijas y nueras. Las mujeres refieren mayor apoyo familiar. Ambos sexos reportan una interacción

limitada con amigos, destaca más la convivencia con vecinos, esto generalmente se da por la cercanía geográfica y por la convivencia a lo largo de los años. Las mujeres reportan mayor interacción social y esta corresponde a actividades de tipo religioso “grupos de oración”. En general, los adultos mayores refieren escaso apoyo por parte de grupos sociales organizados y gobierno.

La calidad de vida en los adultos mayores, es decir, su bienestar, felicidad y satisfacción con la vida la constituyen seis aspectos prioritarios: la salud, independencia funcional, la familia, reciprocidad en el apoyo, cumplimiento de metas y la seguridad como resultado del apoyo de la familia, la disposición de una vivienda propia y contar con un trabajo que se constituya en una fuente de ingreso segura. Sus preocupaciones o tristezas están relacionadas a las pérdidas que se enfrentan en esta etapa de la vida: en el ámbito de la salud, ya sea de ellos mismos o de algún miembro de la familia; económicas; materiales; por defunción; por deterioro de las relaciones familiares y por desintegración familiar. Estas pérdidas se enfrentan con apoyo de la fe en Dios, su creencia religiosa se constituye en una fuerza personal en esta etapa de la vida.

Los adultos mayores perciben que su imagen social está deteriorada, no hay respeto hacia ellos. ¿Cómo ven el futuro de acuerdo a su situación?, en general incierto, sobretodo cuando se tienen problemas de salud y pérdidas funcionales, optimistas, aquellos que a pesar de tener problemas de salud, pueden desempeñarse funcionalmente sin limitaciones.

La información obtenida a través del análisis cualitativo permitió identificar algunos factores de riesgo percibidos por los adultos mayores así como incorporar algunos datos importantes que no estaban considerados previamente para la recolección de los datos cuantitativos. Esto ayudó a mejorar el contenido del instrumento de factores de riesgo de exclusión social principalmente en el ámbito relacional.

Se amplió la cantidad de reactivos contenidos en el apartado VI del ámbito relacional incluido en el instrumento de factores de riesgo de exclusión social en el adulto mayor (Apéndice E). La modificación consistió en preguntar el tipo de apoyo que reciben

los adultos mayores específicamente por parte de cada una de las diferentes fuentes de apoyo (familia, cónyuge, vecinos, amigos, gobierno y otros); así mismo, para cada una de las fuentes de apoyo se preguntó la frecuencia de interacción y reciprocidad (reactivos 28 a 34) debido a que se percibieron como importantes factores de riesgo.

Se identificó que los adultos mayores manifiestan preocupaciones y tristezas que pueden generar estados depresivos aún y que no cuenten con este diagnóstico. Por lo anterior se incorporó la escala de depresión de Brink y Yasavage (Apéndice H), esta escala es utilizada en las valoraciones geriátricas para identificar la presencia de depresión específicamente en adultos mayores, se describe con amplitud en el apartado de instrumentos utilizados para la recolección de datos (Capítulo IX).

Capítulo IX

Comprobación Cuantitativa Mediante Estudio de Población Abierta

Introducción

En el presente capítulo se presenta el diseño del estudio, la población constituida por adultos mayores del área metropolitana de Monterrey, la técnica de muestreo utilizada para la selección de los participantes y la muestra estimada de participantes de acuerdo a la población total de cada uno de los municipios y al género. Se incluyen también los criterios de inclusión y exclusión que se consideraron, se explica el procedimiento que se siguió para la recolección de los datos cuantitativos, los instrumentos utilizados, los métodos de análisis empleados y los aspectos éticos que se respetaron durante todo el proceso de la investigación. Finalmente se presentan los resultados y la discusión de los hallazgos en el siguiente orden: estadística descriptiva y prevalencia de factores de riesgo, estadística descriptiva de calidad de vida, estadística inferencial y comprobación de hipótesis.

9.1 Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo no experimental, explicativo (Polit & Hungler, 1999). Se buscó determinar cuáles son los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida de los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey.

9.2 Población

La unidad de análisis del estudio fue el individuo, se consideró como población a los adultos de 60 años a más (rango de edad establecida en nuestro país para la etapa del adulto mayor) que habitaban en el área metropolitana de Monterrey. El área metropolitana esta integrada por los siguientes municipios: Monterrey, Apodaca, Escobedo, Guadalupe, San Pedro Garza García, San Nicolás de los Garza y Santa Catarina.

9.3 Muestreo y Muestra

El tipo de muestreo que se utilizó para el estudio fue probabilístico, proporcional a la población total y género de los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey.

Para la selección de los adultos mayores participantes en el estudio se eligieron aleatoriamente los AGEB (Áreas Geoestadísticas Básicas) y las manzanas de los diferentes municipios. Para determinar el tamaño de la muestra se consideró la población total de adultos de 60 años a más que habitan en Monterrey y su área metropolitana de acuerdo a las cifras reportadas en el II Censo de Población y Vivienda (2005). En la tabla 3 se presenta la distribución de la población por municipio y género.

Tabla 3
Población total en el grupo de 60 años a más de acuerdo a municipio y género

Municipio	Población total en el grupo de 60 años a más	Género	
		Masculino	Femenino
Monterrey	116,195	52,145	64,050
Guadalupe	53,477	25,065	28,412
San Nicolás de los Garza	40,467	18,598	21,869
San Pedro Garza García	12,282	5,660	6,622
Santa Catarina	14,011	6,719	7,292
Apodaca	13,089	6,166	6,923
Escobedo	10,732	5,212	5,520
Total	260, 253	119,565	140,688

Fuente: II Censo de Población y Vivienda (2005).

La muestra se calculó en el paquete estadístico nQuery Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000), se estimó a través del parámetro de proporciones, se consideró un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada de

adultos mayores con presencia de factores de riesgo de exclusión social de 0.50, un límite de error de estimación de 0.05, una población finita de 260,253 adultos mayores dando como resultado una muestra de 384 participantes, la cual se extendió a 400.

Fórmula para obtención de la muestra

$$n = \frac{N p q}{\frac{(N-1) E^2}{Z^2} + p q}$$

$$n = \frac{260,253(0.5)(0.5)}{\frac{260,252(0.0025)}{3.84} + (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{65,063.25}{169.61} = 383.59 \quad n = 384$$

En la tabla 4 se presenta la distribución de la muestra por género para cada uno de los municipios de acuerdo a la población total.

Tabla 4
Distribución de la muestra por municipio proporcional a la población total y al género

Municipio	Proporción estimada para la muestra	Género	
		Masculino	Femenino
Monterrey	178	77	101
Guadalupe	83	41	42
San Nicolás de los Garza	61	28	33
San Pedro Garza García	19	9	10
Santa Catarina	21	10	11
Apodaca	21	10	11
Escobedo	17	8	9
Total	400	183	217

Fuente: II Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2006).

9.4 Criterios de Inclusión

- Adultos mayores bien ubicados en tiempo, lugar y persona.
- Capacidad para expresarse verbalmente
- Capacidad auditiva

Estos criterios se verificaron a través de las siguientes preguntas contenidas en el cuestionario de estado mental versión corta (Pfeiffer, 1975):

1. ¿Qué día de la semana es hoy?
2. ¿Qué fecha, mes y año?
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar? (Colonia)
4. ¿Cuál es su número de teléfono?
5. ¿Cuántos años tiene usted?
6. ¿Cuál es su nombre completo?

9.5 Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que hayan sido seleccionados aleatoriamente y que no se encontraron en su domicilio después de dos intentos de contactarlos a diferentes horas del día.

9.6 Procedimiento de Recolección de Datos

Posterior al análisis cualitativo se procedió a incorporar a los instrumentos de recolección de datos cuantitativos los temas que emergieron para ser medidos en el total de participantes de la muestra cuantitativa. Se agregaron reactivos al ámbito relacional, específicamente en lo referente a interacción y apoyo proporcionado por las diferentes fuentes, así como un instrumento de depresión tal y como se describió en las conclusiones del capítulo anterior.

Para la recolección de datos cuantitativos el investigador principal se apoyó en dos encuestadores con nivel de formación de maestría. Los encuestadores fueron capacitados

previamente para garantizar la aplicación correcta de los instrumentos; así mismo, como medida de seguridad el investigador acompañó a los encuestadores en la aplicación de las primeras cinco encuestas y retroalimentó y reforzó el procedimiento en caso necesario.

El investigador principal y el equipo de encuestadores revisaron la base de datos del II Censo de Población y Vivienda (2005) disponible en el INEGI y eligieron aleatoriamente los AGEB del área metropolitana de Monterrey, posteriormente se seleccionaron aleatoriamente las manzanas y se realizó un barrido por ellas para identificar los hogares con adultos mayores. Si en el hogar elegible residía más de un adulto mayor, se realizaba la selección aleatoria para que solo una de ellas participara. Una vez identificados los participantes en sus domicilios se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó su participación voluntaria verificando previamente que cubrieran los criterios de inclusión.

A los adultos mayores que aceptaron participar se les solicitó la firma de la carta de consentimiento informado (Apéndice C), posteriormente se procedió a la recolección de datos iniciando con la cédula de datos de identificación del participante (Apéndice D) seguido del instrumento Factores de Riesgo de Exclusión Social en el Adulto Mayor (Apéndice E), Escala de Apoyo Social (Apéndice F), Cuestionario de Salud SF-12 Versión 2 (Apéndice G), Escala de Depresión (Apéndice H), Escala de Actividades de la Vida Diaria (Apéndice I), Escala de Actividades Instrumentales (Apéndice J) y finalmente se aplicó la Escala de Calidad de Vida (Apéndice K).

El periodo de recolección de datos cuantitativos correspondió al periodo de Enero a Agosto del 2008. La prueba piloto se llevó a cabo de Octubre a Diciembre del 2007, esto para verificar la claridad de los reactivos contenidos en los instrumentos, así como para identificar situaciones no previstas y verificar si el procedimiento planteado, permitía la recolección de los datos con apego a las técnicas de muestreo propuestas. Entre los hallazgos relevantes de la prueba piloto destacaron los siguientes: en relación al ámbito económico, se cuestionó a los adultos mayores acerca de los ingresos familiares; la mayoría de ellos no tenía información al respecto por lo que se consideró únicamente el ingreso que

percibían los adultos mayores por parte de las diferentes fuentes. En el ámbito laboral se encontró que generalmente los adultos mayores no participan en el mercado laboral, de acuerdo a su situación laboral previa podían o no percibir ingresos por jubilación o pensión. Se anticipó que no se iba a encontrar información relacionada con desempleo, subempleo, imposibilitado para laborar ni condiciones de precariedad en el caso de los vendedores ambulantes. Por lo tanto, de este ámbito se consideraron los ingresos provenientes de jubilación o pensión y se analizaron en el ámbito económico.

En cuanto al ámbito relacional se encontró que los adultos mayores señalaron en alta proporción no tener amigos y percibían mayor interacción y apoyo por parte de los vecinos. En consideración a este hallazgo se realizaron ajustes al instrumento de apoyo social de Zimet (1988), se incorporaron cuatro reactivos para medir el apoyo social proporcionado por los vecinos, sin modificar la esencia de las preguntas dirigidas al apoyo brindado por parte de amigos. La descripción del instrumento se presenta en el siguiente apartado de instrumentos.

9.7 Instrumentos Utilizados para la Recolección de Datos

Para medir las características personales y perfilar a los participantes se utilizó la Cédula de Datos de Identificación la cual contiene información como domicilio, teléfono, edad, sexo y estado civil (Apéndice D).

Los instrumentos utilizados para medir las variables del estudio fueron los siguientes:

a) Los factores de riesgo se midieron a través del Instrumento de Factores de Riesgo de Exclusión Social en el Adulto Mayor el cual contiene 35 preguntas las cuales valoran los seis ámbitos de exclusión social, en el ámbito económico se contemplan tres preguntas, en el ámbito laboral dos, en el ámbito formativo una, el ámbito sociosanitario consta de doce, el ámbito relacionado con la vivienda contiene seis preguntas y por último al ámbito relacional (redes de apoyo) cuenta con once (Apéndice E). Este instrumento fue diseñado

para el estudio considerando los indicadores de los factores de riesgo establecidos por el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP), 2003, así como los factores de riesgo específicos para la población de adultos mayores reportados en la literatura (Apéndice A y B).

b) Para medir la percepción del adulto mayor del apoyo social se empleó la Escala de Apoyo Social de Zimet (1988), consta de 16 reactivos, del 1 al 8 miden la percepción de apoyo social por parte de la familia del 9 al 12, el apoyo por parte de amigos. Se incluyeron los reactivos del 13 al 16 por encontrar en la prueba piloto que los adultos mayores señalaban no tener amigos; sin embargo, si percibían el apoyo de sus vecinos. La escala de medición es tipo Likert con opciones de respuesta de 1= nunca, 2= casi nunca, 3= raras veces, 4= casi siempre y 5= siempre. El puntaje mínimo de la escala es de 16 y el máximo de 80. Este puntaje se transformó a un índice con valores de 0 a 100, a mayor puntaje mayor apoyo social. Se generó un índice global de apoyo social y uno para cada subescala del instrumento.

La escala original de 12 reactivos ha reportado valores de Alpha de Cronbach de .84 a .86 y el análisis de factores ha cargado en relación con las dos dimensiones establecidas, familia y amigos o personas significativas para el adulto mayor. La Escala no había sido aplicada previamente en población mexicana por lo que fue necesario su traducción al idioma español por dos traductores con reconocimiento oficial, se compararon las traducciones con apoyo de los traductores y se unificó una versión. Posteriormente fue sometida a prueba piloto para analizar la comprensión de los reactivos por los participantes (Apéndice F).

c) La percepción del adulto mayor acerca del estado de salud físico y mental y hasta que punto su condición de salud le limita para realizar sus actividades habituales se midió a través de la escala SF-12, Versión 2 (Ware, Kosinski, Turner-Bowker & Gandek, 2002). La escala está integrada por 12 reactivos con opción de respuesta ordinal los cuáles proporcionan un perfil o índice del estado de salud. Mide ocho subescalas: salud general

(reactivo 1), función física y rol físico con dos reactivos cada una (2-3 y 4-5 respectivamente), rol emocional (6-7), dolor corporal (reactivo 8), salud mental (9-11) vitalidad (10) y función social (reactivo 12).

Para determinar el índice de salud primeramente se invierten los reactivos negativos (1, 9,10). El valor mínimo es de 12 y el máximo de 56. Este puntaje se transformó a un índice con valores de 0 a 100, un mayor puntaje indica un mejor índice de salud. Esta escala se ha utilizado para medir calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana y ha reportado valores de Alpha de Cronbach de 0.70 a 0.90 (Apéndice G).

d) Para medir la depresión se utilizó la escala de depresión de Brink y Yasavage (1982), contiene 15 reactivos, la opción de respuesta es dicotómica, cada una de las preguntas tiene la opción de si o no de acuerdo a como se sienta el adulto mayor al momento de la entrevista. Cada pregunta indica cuando la respuesta es correcta o incorrecta, cada respuesta incorrecta equivale a un punto. Para determinar el nivel de depresión se cuantifican las respuestas incorrectas, un puntaje de 0 a 5 equivale a normal, 6 a 10 depresión moderada y más de 10 depresión severa (Apéndice H).

e) La funcionalidad se midió con la escala de actividades de la vida diaria de Katz (1970) también conocida como índice de Katz, esta escala mide el nivel de ayuda que requiere el adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria como: bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse y comer. El nivel de ayuda se califica con valores de 0, 0.5 y 1 y se clasifica de la siguiente manera 0 puntos normal (independiente), 1 punto muy leve dependencia, 2 puntos leve dependencia, 3 puntos moderada dependencia, 5-6 puntos dependiente. La escala está disponible en español (Apéndice I).

f) Para medir el apoyo que demanda el adulto mayor para realizar actividades de tipo instrumental como son usar el teléfono, ir de compras, cocinar, realizar los cuidados del hogar, actividades de lavandería, transportación y medicación, se utilizó la escala de actividades instrumentales de Lawton-Brody (1969). El nivel de ayuda se califica con valores de 0, 0.5 y 1 y se clasifica de la siguiente manera 0 puntos normal (independiente),

1-2 puntos muy levemente dependiente, 3-4 puntos levemente dependiente, 5-6 puntos moderadamente dependiente, 7-8 puntos dependiente. La escala está disponible en español (Apéndice J).

g) La calidad de vida se midió con la Escala de Calidad de Vida denominada CASP-19 por las iniciales de los dominios o subescalas que contiene, fue diseñada por Higgs et al. (2003), consta de 19 reactivos y esta dividida en cuatro subescalas: control con cuatro reactivos (1-4), autonomía con cinco (5-9), placer y autorrealización con cinco reactivos cada una de ellas (10-14 y 15-19, respectivamente). La opción de respuesta es ordinal y se considerará de la siguiente manera: 1= nunca, 2= casi nunca, 3= raras veces, 4= casi siempre y 5= siempre. Para el análisis de la información fue necesario invertir los reactivos 1, 2, 4, 6, 8 y 9, posteriormente se elaboró un índice con valores de 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor calidad de vida. Se generó un índice global de calidad de vida y uno para cada una de las subescalas. La escala ha sido validada a través del análisis de factor y todas las subescalas han reportado valores de 0.71 a 0.88 (Apéndice K).

La Escala no ha sido aplicada en población mexicana por lo que fue necesario su traducción al idioma español por dos traductores con reconocimiento oficial, se compararon las traducciones con apoyo de los traductores y se unificó una versión, posteriormente fue sometida a prueba piloto para analizar la comprensión de los reactivos por los participantes.

Se aplicó el análisis factorial por componentes principales a los reactivos de la escala. Primeramente se verificó a través del índice de Kaiser – Meyer - Olkin (KMO) que los datos pudieran ser factorizados o agrupados, se obtuvo un valor de 0.875, lo que indica que si es factible. Se encontró que los datos se agruparon en seis factores, pero sólo tres de ellos cargaron en la matriz de componentes con valores superiores a 0.50 de acuerdo a las recomendaciones de Lévy y Varela (2003).

Se eliminaron los reactivos que no agruparon en los componentes principales, reactivo 3 correspondiente al dominio de control, reactivos 6 y 9 del dominio de autonomía y reactivos 15 y 16 del dominio de autorrealización. Cabe destacar que el dominio de placer

se mantuvo con los cinco reactivos de la escala original. Una vez eliminados los reactivos, se verificó nuevamente el análisis factorial aplicando rotación varimax con el fin de maximizar las cargas de los reactivos, finalmente quedaron tres factores: los reactivos del dominio de control y autonomía cargaron en un solo factor con seis reactivos, tres correspondientes a los reactivos originales de control y tres a los de autonomía, placer con los cinco reactivos originales y autorrealización con tres reactivos. Este hallazgo es importante de destacar, mientras que en otras culturas existe una diferencia en lo que es tener un control en tu vida y tener autonomía, para los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey, no existe tal diferencia. El instrumento final quedó integrado por 14 reactivos que fueron los que se utilizaron para el análisis. En la tabla 5 se presentan las cargas de cada uno de los reactivos en los factores.

Tabla 5
Análisis factorial de la escala de calidad de vida

Reactivos	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	0.784		
2	0.639		
4	0.564		
5	0.734		
7	0.653		
8	0.737		
10		0.639	
11		0.722	
12		0.741	
13		0.709	
14		0.795	
17			0.625
18			0.768
19			0.825

KMO= 0.875, Prueba de esfericidad de Bartlett= 0.02

Posterior a este análisis se verificó la consistencia interna de los instrumentos a través del Alpha de Cronbach, sólo a los instrumentos en los que procedía. Para la escala de

Depresión se utilizó el KR-20 por contener una escala de respuesta de tipo dicotómico. A continuación en la tabla 6 se presentan los valores obtenidos. Como puede observarse, tanto las escalas como subescalas reportaron valores superiores a 0.60 lo que indica una consistencia interna aceptable (Nunnally, 1978).

Tabla 6
Alpha de Cronbach y KR-20 aplicado a los reactivos de los instrumentos

Instrumentos	Número de Reactivos	Reactivos	Valor de Alpha de Cronbach
Apoyo Social	16	1-16	0.92
Familiar	8	1-8	0.93
Amigos	4	9-12	0.98
Vecinos	4	13-16	0.95
Índice de Salud	12	1-12	0.72
Percepción de Salud	1	1	
Función Física	2	2-3	0.81
Rol Físico	2	4-5	0.94
Rol Emocional	2	6-7	0.90
Dolor Corporal	1	8	
Salud Mental	2	9 y 11	0.69
Vitalidad	1	10	
Función Social	1	12	
Calidad de Vida	14	1-14	0.90
Control – Autonomía	4	1-6	0.84
Placer	5	7-11	0.84
Autorrealización	3	12-14	0.85

KR- 20

Instrumento	Número de Reactivos	Reactivos	KR-20
Depresión	15	1-15	0.79

9.8 Métodos de Análisis

Previo al análisis de datos se realizó una revisión cuidadosa de la base de datos elaborada en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 14. Primeramente se verificó que la captura no contuviera “missing” datos no capturados; así mismo, a través de los puntajes factoriales se aseguró que no hubieran

valores alejados u “outliers”, no se encontraron puntajes con valores ± 3 , lo que indicaría su presencia. Se verificó que no hubiera multicolinealidad entre los datos a través del factor de inflación de varianza(VIF: Variance Inflation Factor), no se encontraron valores mayores a cuatro, lo cual indica que no hay multicolinealidad.

Se realizaron las verificaciones de consistencia interna y análisis factorial a los instrumentos tal como se especifica en el apartado de instrumentos. Una vez verificados estos aspectos se procedió al análisis de los datos.

Se obtuvieron medidas de tendencia central y de variabilidad para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. El análisis descriptivo de los datos se realizó con apego a la propuesta de mantener control de las variables edad en grupos y género. A las variables continuas se les aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para determinar la distribución de los datos.

Para identificar diferencias respecto al género en las variables continuas se aplicó la *U* de Mann-Whitney que permite identificar diferencias entre medianas, esto en virtud de que variables como ingresos y egresos no reportaron normalidad. Para las variables categóricas y dicotómicas se utilizó la X^2 .

Para determinar el efecto de los ámbitos de exclusión social sobre la calidad de vida se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales por el método de mínimos cuadrados parciales o PLS. Este análisis permite probar el efecto de los constructos a través de la significancia de las Betas (β).

El modelo de ecuaciones estructurales es un método multivariable que permite examinar simultáneamente una serie de relaciones de dependencia, integra simultáneamente una serie de ecuaciones de regresión múltiple que permite el análisis de las variables. Las interacciones que procesa permiten verificar la interacción real entre todas las variables, ya sea que jueguen un rol independiente o dependiente, esto es uno de los beneficios de utilizar el PLS dado que el análisis a través de regresión lineal múltiple pudiera estar limitado (Luque, 2000). Entre las ventajas de utilizar PLS es importante señalar que

permite estimar el modelo sin algunas restricciones que marcan otros métodos por ejemplo respecto al tamaño de la muestra y distribución de los datos. PLS puede estimar modelos con tamaños de muestra pequeños y puede ser utilizado independientemente de la distribución de los datos, porque no tiene requisitos distribucionales.

En la figura 3 se presenta el modelo propuesto para su estimación a través de PLS.

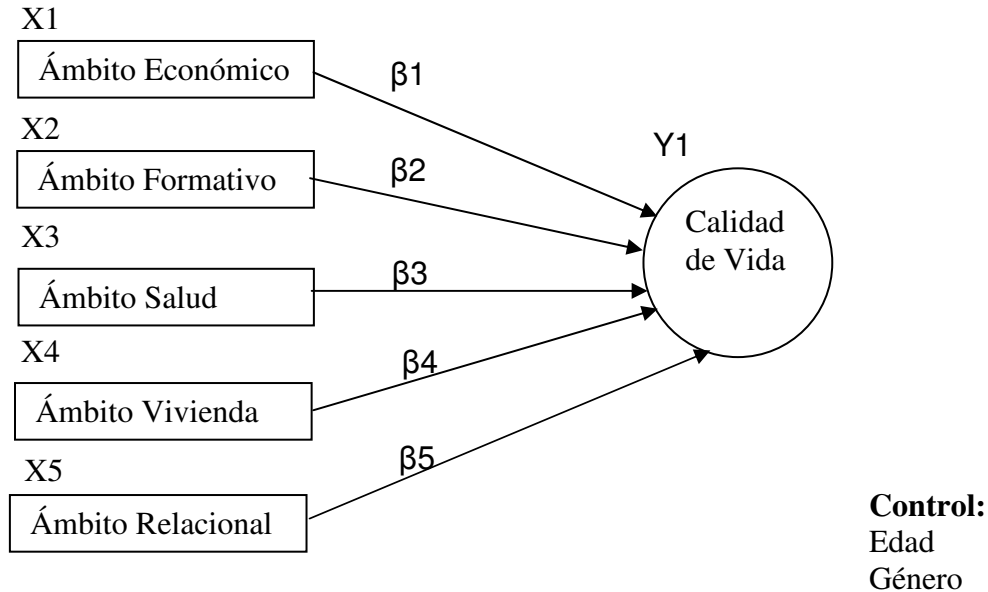


Figura 3. Modelo de ámbitos que afectan la calidad de vida

Ecuaciones para identificar el efecto por ámbito en la calidad de vida

$$Y1 = \beta_0 + \beta_1 X1 + \xi$$

$$Y1 = \beta_0 + \beta_2 X2 + \xi$$

$$Y1 = \beta_0 + \beta_3 X3 + \xi$$

$$Y1 = \beta_0 + \beta_4 X4 + \xi$$

$$Y1 = \beta_0 + \beta_5 X5 + \xi$$

Ecuación para identificar el efecto de la interacción de los diferentes ámbitos en la calidad de vida

$$Y1 = \beta_0 + \beta_1 X1 + \beta_2 X2 + \beta_3 X3 + \beta_4 X4 + \beta_5 X5 + \xi$$

Una vez identificados a través del PLS los ámbitos de exclusión social y los factores que afectan la calidad de vida en forma positiva o negativa, se utilizó como análisis complementario la regresión lineal múltiple para determinar el efecto de cada uno de los factores de riesgo con control de la variable género, esto en virtud de que al ajustar el modelo por edad y género, sólo éste reportó un efecto significativo. Esto permitió identificar específicamente los factores de riesgo prioritarios de acuerdo al género.

Para determinar el efecto de la variable mediadora propuesta para el presente estudio se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales por el método de mínimos cuadrados parciales o PLS, este análisis permite probar a través de la significancia de las Betas (β) si la variable mediadora realmente ejerce algún efecto mediador o sólo es una variable predictora independiente.

A continuación se presenta en la figura 4 el modelo propuesto con variable mediadora:

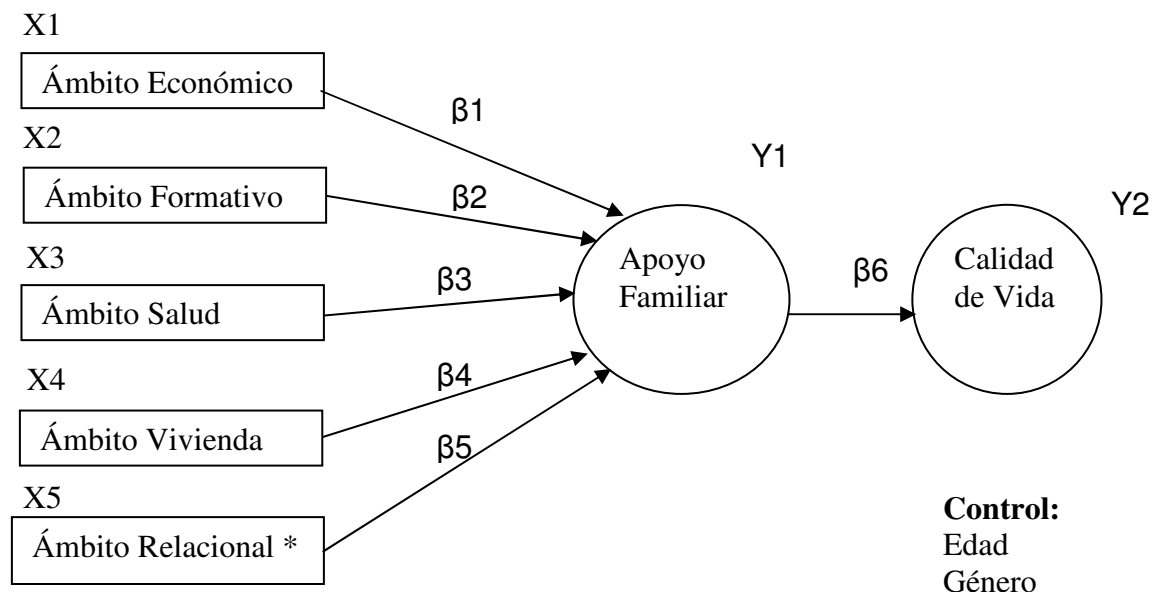


Figura 4. Modelo propuesto con variable mediadora

* El ámbito relacional incluye la interacción social y el apoyo proporcionado por vecinos y amigos.

Ecuación

$$Y_2 = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 Y_1 + \xi$$

9.9 Ética del Estudio

El presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1994), específicamente en los siguientes apartados:

Respecto al Artículo 13 se consideró el respeto y la dignidad humana, los adultos mayores participaron de forma voluntaria, sin riesgo o daño alguno. De acuerdo con el Artículo 14, fracciones V, VII y VIII se solicitó el consentimiento informado, a todos los participantes se les dio una explicación clara y completa de la forma como se desarrollaría la investigación.

En cuanto al Capítulo I, Artículo 17, se tomaron en cuenta la fracción I la cual manifiesta el tipo de riesgo implicado en la persona participante, por lo cual este estudio se consideró sin riesgo dado que no se realizó ninguna intervención. Sólo se aplicaron instrumentos de lápiz y papel y se hizo una entrevista a profundidad acerca de los factores que el adulto mayor considera que afectan su calidad de vida, en dos casos al momento de la entrevista el participante no se encontraba emocionalmente bien para contestar la entrevista por lo que se programó una segunda visita una semana después a fin de no angustiarse.

De acuerdo al Artículo 16 y 20, los cuales refieren que todo participante de una investigación debe autorizar su participación libremente, a todos los participantes se les explicó el objetivo del estudio y se les aclararon las dudas en caso de que existieran. Así mismo, se respetó el Artículo 21, fracciones I, IV, VI, VII, y VIII, se les explicó a los

participantes que tenían la libertad de retirarse cuando así lo decidieran, se les aclararon las dudas y se les garantizó la seguridad de que la información proporcionada sería manejada de forma confidencial.

Por último, se tomó en cuenta el Artículo 22, el cual refiere que el consentimiento informado debe estar formulado por escrito por parte del investigador principal y debe dar a conocer la información necesaria señalada en el Artículo 16 y 20.

9.10 Resultados y Discusión

9.10.1 Estadística Descriptiva de Factores de Riesgo de Exclusión Social

Los resultados se presentan en el siguiente orden, en el primer apartado se incluyen los hallazgos generales en el total de los participantes de acuerdo a género y grupo de edad, posteriormente se presentan los resultados correspondientes a cada ámbito de exclusión social.

Respecto al género en la figura 5 se observa que la proporción de adultos mayores para ambos sexos fue similar, con un incremento de 8% en el sexo femenino, respecto al masculino, esto debido a la mayor proporción de mujeres de acuerdo a lo reportado por el INEGI (2005). Esto es consistente con lo reportado en la literatura, existe una mayor cantidad de mujeres respecto a los hombres y sobretodo en las etapas avanzadas.

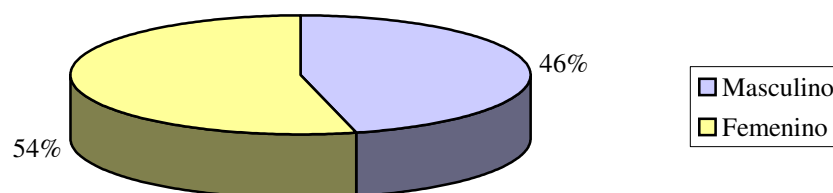


Figura 5. Género de los participantes

En cuanto a la edad de los participantes, la media se ubicó en los 71 años ($DE=7.42$). En la tabla 7 se observa una proporción similar en los grupos de 60 a 69 y 70 a 79 en la muestra total. Al analizar por género, en los hombres el grupo con mayor proporción corresponde al de 70 a 79 años, mientras que en las mujeres, es el de 60 a 69.

Tabla 7
Grupos de edad por género

Grupos de edad	Masculino		Femenino		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
60 – 69	76	41.5	94	43.3	170	42.5
70 – 79	79	43.2	88	40.6	167	41.8
80 a más	28	15.3	35	16.1	63	15.8

Fuente: Cédula de Datos de Identificación

$n= 400$

Ámbito Económico

En la tabla 8 se presenta el ingreso mensual que reciben los adultos mayores, como puede observarse, las principales fuentes de ingreso corresponden en primer lugar a la pensión, seguido de aportes familiares. Es importante destacar que el sueldo y otro tipo de ingreso reportan una mediana de cero.

Tabla 8
Ingreso mensual que reciben los adultos mayores de acuerdo a las diferentes fuentes de ingreso

Fuente de Ingreso	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Sueldo	140.50	0	698.52	71.84	209.16	0	0
Pensión	1532.04	1500	2060.90	1329.46	1734.62	0	1800
Aportes Familiares	746.15	200	1271.06	621.21	871.09	0	1000
Otro tipo de ingresos*	352.80	0	1377.09	217.44	488.16	0	0
Total de ingresos	\$2743.74	2000	2601.25	2488.05	2999.44	1500	3000

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 400

* Otro tipo de ingreso corresponde a fuente de trabajo informal (tiendita, vendedor ambulante, paquetero, jardinería, limpieza) e ingreso por renta de vivienda.

Al analizar los ingresos por género, en la tabla 9 se observa que para los hombres la pensión es la principal fuente de ingreso. El resto de los ingresos reporta una mediana de cero.

Tabla 9
Ingreso mensual que reciben los adultos mayores del sexo masculino de acuerdo a las diferentes fuentes de ingreso

Fuente de Ingreso	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Sueldo	253.01	0	946.29	114.98	391.03	0	0
Pensión	1878.78	1600	2328.52	1539.16	2218.41	1200	1800
Aportes Familiares	570.22	0	965.27	429.43	711.01	0	600
Otro tipo de ingresos*	503.55	0	1865.60	231.44	775.66	0	0
Total de ingresos	\$3165.12	2200	2994.21	2728.40	3601.84	1727	3560

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 183

Respecto al género femenino, en la tabla 10 se puede observar que las principales fuentes de ingreso son la pensión y a diferencia de los hombres, el aporte familiar reportó una mediana de 400 pesos. A pesar de éste aporte que reciben las mujeres a diferencia de los hombres, su ingreso total es menor.

Tabla 10

Ingreso mensual que reciben los adultos mayores del sexo femenino de acuerdo a las diferentes fuentes de ingreso

Fuente de Ingreso	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Sueldo	45.62	0	356.41	0	93.31	0	0
Pensión	1239.63	1300	1757.68	1004.45	1474.81	0	1600
Aportes familiares	894.52	400	1466.61	698.28	1090.75	0	1200
Otro tipo de ingresos	225.67	0	731.38	127.81	323.53	0	0
Total de ingresos	\$2388.39	1900	2160.53	2099.31	2677.47	1350	2800

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

$n= 400$

Al buscar diferencia en la cantidad de ingresos que perciben los adultos mayores de acuerdo al género, se encontró a través de la prueba de diferencia de medianas U de Mann-Whitney diferencia significativa, con mayores ingresos para los hombres (U de Mann-Whitney=15121; Wilcoxon= 38774; $z=-4.114$, $p= 0.0001$).

En la tabla 11 se observa el gasto mensual reportado por los adultos mayores de acuerdo a las diferentes fuentes de egreso. Los principales egresos corresponden a servicios y alimentación. Los gastos correspondientes a vivienda, diversión y salud reportan una mediana de cero.

Tabla 11
Gasto mensual de los adultos mayores de acuerdo a las diferentes fuentes de egreso

Fuente de Egreso	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Vivienda	54.75	0	364.22	18.95	90.55	0	0
Servicios	1100.67	1000	765.82	1025.39	1175.94	600	1500
Alimentación	1115.63	800	1048.93	1012.52	1218.73	400	1500
Diversión	52.20	0	261.85	26.46	77.94	0	0
Salud	76.55	0	505.51	26.86	126.24	0	0
Otros Egresos*	40.66	0	299.74	11.19	70.12	0	0
Total de Egresos	\$2430.77	2000	1730.15	2260.70	2600.83	1300	3100

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n = 400

* Otros egresos corresponden a compra de zapatos y ropa

En las tablas 12 y 13 se observan las fuentes de egreso de acuerdo al género, tanto para los hombres como para las mujeres los principales egresos se atribuyen al pago de servicios y alimentación.

Tabla 12
Gasto mensual de los adultos mayores del sexo masculino de acuerdo a las diferentes fuentes de egreso

Fuente de Egreso	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Vivienda	102.73	0	518.17	27.15	178.31	0	0
Servicios	1196.17	1000	767.10	1084.29	1308.06	700	1500
Alimentación	1351.64	1000	1084.65	1193.44	1509.84	550	2000
Diversión	44.81	0	190.68	17.00	72.62	0	0
Salud	32.19	0	151.06	10.15	54.22	0	0
Otros Egresos	65.52	0	406.90	6.17	124.87	0	0
Total de Egresos	\$2770.93	2300	1737.25	2517.54	3024.32	1600	3600

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n = 183

Tabla 13

Gasto mensual de los adultos mayores del sexo femenino de acuerdo a las diferentes fuentes de egreso

Fuente de Egreso	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Vivienda	14.29	0	123.33	0	30.79	0	0
Servicios	1020.12	1000	757.16	918.81	1121.43	500	1500
Alimentación	916.59	600	976.80	785.89	1047.29	300	1200
Diversión	58.43	0	309.74	16.99	99.88	0	0
Salud	113.96	0	670.63	24.23	203.69	0	0
Otros Egresos	19.69	0	159.67	0	41.05	0	0
Total de Egresos	\$2143.90	1800	1675.05	1919.77	2368.02	1100	2900

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n = 217

Se encontró diferencia significativa entre la cantidad de gastos mensuales de los adultos mayores de acuerdo al género, la mayor cantidad de gastos corresponde al sexo masculino (*U* de Mann-Whitney=14818; Wilcoxon= 38471; *z*=-4.374, *p*= 0.0001).

Como pudo apreciarse con la información presentada previamente la situación económica de los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey, N.L. es vulnerable, sus ingresos no les permiten cubrir sus necesidades y requieren de apoyo económico para subsanar sus carencias y es la familia quien se constituye en principal fuente de apoyo sobretodo para los adultos mayores del sexo femenino. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Wong, Espinoza y Palloni (2007) quienes señalan que ante la situación económica vulnerable de los adultos mayores, la familia se constituye en un importante apoyo para solventar las necesidades de consumo.

Ámbito Laboral

El 83.6% de los adultos mayores no desempeña ninguna actividad laboral fuera del hogar, del 14.4% que si realiza, predominó con un 4% los que se desempeñan como taxistas, el resto reportó realizar actividades de intendencia, paquetero, jardinero y

vendedor ambulante. La proporción de adultos mayores que labora es menor a lo reportado a nivel nacional (35.9%). En relación a la ocupación previa el 60.7% desempeñaba alguna actividad, el resto eran amas de casa, esto hace evidente la poca participación de la mujer en el mercado laboral.

Tabla 14
Ocupación actual y previa de los adultos mayores

Ocupación	<i>f</i>	%
Actual		
Ama de casa	182	45.5
Pensionado	153	38.3
Taxista	16	4.0
Negocio propio	14	3.5
Empleado	11	2.8
Obrero/Intendencia	6	1.5
Limpieza/Paquetero/Jardinero	5	1.3
Vendedor ambulante	5	1.3
Ninguna	8	2.0
Previa		
Ama de casa	157	39.3
Obrero/Intendencia	104	26.0
Empleado	84	21.0
Lavandera/Cocinera	42	10.5
Vendedor ambulante	7	1.8
Negocio propio	6	1.5

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 400

Respecto a la proporción de adultos mayores que cuenta con una jubilación o pensión, en la tabla 15 se puede observar que existe un ligero incremento en la proporción de hombres que reciben pensión respecto a las mujeres; sin embargo, cabe destacar que de la proporción de mujeres que reciben pensión, sólo el 22.53% la reciben por haber desempeñado un trabajo previo, el 77.47% reciben pensión por viudez. Cabe destacar que la proporción de hombres y mujeres que reciben una pensión es mayor a lo reportado a nivel nacional (45.5% de los hombres y 25.7% de las mujeres)

Tabla 15
Adultos mayores que reciben jubilación o pensión de acuerdo al género

Recibe Jubilación o Pensión	<i>f</i>	%
Masculino		
Si recibe	146	79.78
No recibe	37	20.22
Femenino		
Si recibe	142	65.43
No recibe	75	34.57
Total		
Si recibe	288	72.0
No recibe	112	28.0

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo *n*= 400

Se encontró diferencia significativa entre los adultos mayores que reciben jubilación o pensión de acuerdo al género, una mayor proporción de masculinos reciben pensión ($X^2 = 10.13, p= 0.001$).

De acuerdo a la literatura, el ámbito económico y el laboral en esta etapa de la vida están directamente relacionados. Existen adultos mayores que por su situación laboral previa no cuentan con ingresos provenientes de una jubilación o pensión o si los reciben, éstos algunas veces son insuficientes para cubrir sus necesidades por lo que deben buscar otra fuente de ingresos. Sin embargo, en el presente estudio la mayoría de los adultos mayores no se desempeña en el mercado laboral, esto es congruente con lo señalado por Meléndez y Zarco (2003) quienes refieren que en nuestro país el acceso al mercado laboral es complicado sobretodo conforme se incrementa la edad.

Los resultados reportaron que la escasa proporción de adultos mayores que laboran lo hacen principalmente en el mercado informal (taxistas). Meléndez y Zarco (2003) reportan que la probabilidad de que un adulto mayor requiera acceso al mercado informal esta asociado con el monto del ingreso de su pensión, en el presente estudio se encontró que la mayoría de los participantes reciben pensiones que no cubre sus necesidades; sin embargo, pocos son los que se desempeñan en el mercado laboral, esto pudiera atribuirse

por un lado a la dificultad en el acceso al mercado laboral y por otro a la disminución en la capacidad funcional lo cual puede ser una limitante.

Las mujeres son las más vulnerables económicamente y esto se relaciona con su escasa participación en el mercado laboral formal, tradicionalmente la mujer se ha ocupado del cuidado del hogar y de los integrantes de la familia en sus diferentes etapas o situaciones de salud. Esta actividad no es considerada un “trabajo” y por lo tanto muchas de ellas no reciben un ingreso económico por desempeñar actividades de cuidado, en el presente estudio destacó el cuidado a los nietos y la mayoría no recibía un ingreso por esta actividad, las mismas mujeres ven esta actividad como una acción de reciprocidad y apoyo a los hijos. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Salgado (2003) quien señala que el principal trabajo de los adultos mayores del sexo femenino es el de cuidadoras de otros, principalmente de algún miembro de la familia como son nietos o adultos o ancianos enfermos o discapacitados.

Ámbito Formativo

La media de escolaridad de los adultos mayores se ubicó en 5 años ($DE= 3.71$). En la tabla 16 se observa que al analizar la escolaridad por género una mayor proporción de hombres reporta una escolaridad de siete años a más. Cabe destacar que el 55.5% de los adultos mayores cuentan con un nivel de escolaridad de cinco años a menos lo que equivale a no haber concluido sus estudios de primaria.

Tabla 16
Escolaridad de los adultos mayores de acuerdo al género

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
0 años	30	16.4	34	15.7	64	16.0
1-5 años	59	32.2	99	45.6	158	39.5
6 años	50	27.3	52	24.0	102	25.5
7 a más	44	24.1	32	14.7	76	19.0

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

$n= 400$

Este hallazgo es consistente con lo reportado en la encuesta SABE (2001) y en el ENASEM (2001), los adultos mayores de hoy tuvieron en sus etapas tempranas de la vida un acceso limitado a la educación. Esto, de acuerdo a lo reportado por Cardona et al. (2002), Casado et al. (2001), Murria y Frenk (2000) y Poff (2004) tiene un impacto en la vida adulta en relación con el empleo lo cual se relaciona con su situación económica, con la salud y con el bienestar en la vejez.

Ámbito Vivienda

Respecto a la pertenencia de una vivienda se encontró que el 84% dispone de una vivienda propia (Ver figura 6). Al analizar de acuerdo al género se encontró que el 88% de los hombres reportaron tener vivienda propia, en cuanto a las mujeres la proporción fue muy similar (88.5%). No se encontró diferencia significativa por género ($X^2 = 0.024$, $gl=1$, $p=0.87$).

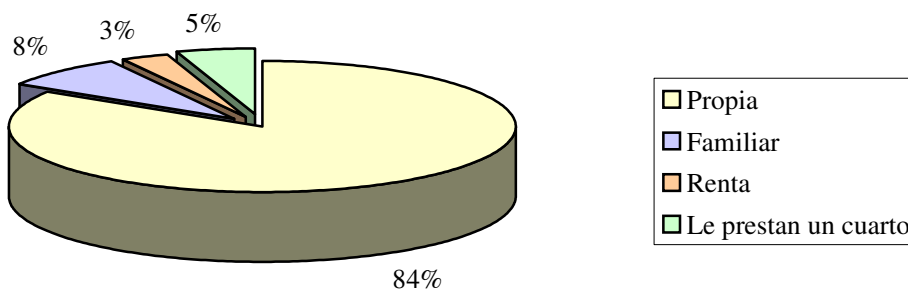


Figura 6. Tipo de pertenencia de la vivienda que habitan los adultos mayores

En la tabla 17 se observa que una mayor proporción de hombres dispone de un cuarto en la vivienda ($X^2 = 5.58$, $gl=1$, $p=0.01$). Esto puede atribuirse a que es común que sean los adultos mayores del sexo femenino los que compartan cuarto con sus nietas principalmente.

Tabla 17
Disposición de cuarto exclusivo en la vivienda de los adultos mayores

Dispone de cuarto exclusivo	<i>f</i>	%
Masculinos		
Si dispone	171	93.4
No dispone	12	6.6
Femeninos		
Si dispone	187	86.2
No dispone	30	13.8
Total		
Si dispone	358	89.5
No dispone	42	10.5

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo *n*= 400

En cuanto al tipo de construcción de la vivienda que habitan los adultos mayores, En la tabla 18 se refleja que la mayor proporción dispone de una vivienda de concreto.

Tabla 18
Tipo de construcción de la vivienda que poseen los adultos mayores

Tipo de construcción	<i>f</i>	%
Techo		
Lámina	31	7.8
Concreto	369	92.3
Paredes		
Lámina	3	0.8
Concreto	392	98.0
Madera	5	1.3
Pisos		
Mosaico	201	50.3
Firme	197	49.3
Tierra	2	5

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo *n*= 400

Respecto a los bienes que poseen los adultos mayores en sus viviendas, en la siguiente tabla se observa que sólo el 21.8% reportó tener carro. En cuanto a la no disponibilidad de servicios predominó la carencia de teléfono (28%) y gas natural (10.8%).

Tabla 19
Disposición de bienes y servicios en las viviendas de los adultos mayores

Disposición de bienes	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Refrigerador	398	99.5	2	0.5
Televisión	392	98	8	2
Radio	364	91	36	9
Teléfono	288	72	112	28
Carro	87	21.8	313	78.3
Agua	399	99.8	1	0.2
Energía eléctrica	400	100	0	0
Servicio sanitario	400	100	0	0
Gas natural	357	89.2	43	10.8

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 400

En la tabla 20 se reporta que la mayor proporción de adultos mayores (76%) poseen de tres a cuatro bienes en sus viviendas.

Tabla 20
Total de bienes que poseen los adultos mayores en sus viviendas

Número de bienes	<i>f</i>	%
1-2 bienes	21	5.3
3-4 bienes	304	76.0
5 bienes	75	18.7

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 400

Uno de cada diez adultos mayores reportó no tener vivienda, esto es consistente con lo reportado por Wong, Espinoza y Palloni (2007) quienes señalan que para los adultos mayores, el 60% del valor neto de sus bienes corresponde a la pertenencia de una vivienda. Un hallazgo relevante fue el encontrar que es común que sean los hijos (casados) de los adultos mayores los que carecen de vivienda y vivan con sus padres, compartiendo los recursos y gastos del hogar. Esto se constituye en un apoyo para los adultos mayores y a su vez para los hijos, convirtiéndose en un aspecto que favorece la reciprocidad.

Ámbito Salud

Como puede observarse en la figura 7 la mayor proporción de los adultos mayores acude a solicitar atención al IMSS (82.3%), el 5.1% dispone de algún otro tipo de seguridad social. El 7.5% se encuentra en desventaja dado que tiene que solicitar atención a población abierta. Si bien pudiera decirse que el 5.3% es privilegiado por acudir a solicitar atención a un servicio particular, existe el riesgo de que la familia que es quien paga este servicio no cubra este servicio y esto tenga repercusiones en la salud de los adultos mayores por falta de continuidad en el tratamiento y presencia de complicaciones.

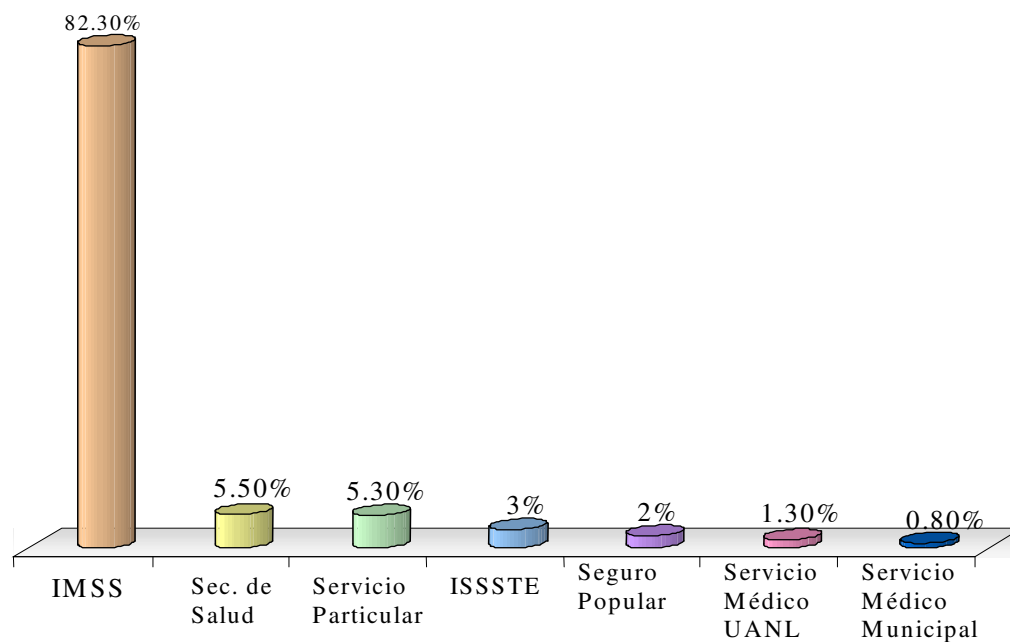


Figura 7. Institución de salud a la que acuden los adultos mayores a solicitar atención

La mayoría de los participantes reportó acceso a la seguridad social como derechohabientes del IMSS, esto es un aspecto que vale la pena destacar como medida positiva de seguridad en este ámbito; sin embargo, cabe la pregunta si el sistema de seguridad social con sus condiciones actuales (estructura, recursos humanos, materiales,

tecnología, etc), puede brindar la atención que demanda este grupo poblacional que día a día va en aumento y el cual se caracteriza por un esquema de salud complicado que requiere cuidados geriátricos especializados brindados por personal capacitado para atender a este grupo específico de población y los cuales resultan ser bastante costosos.

En la tabla 21 se observa que una mayor proporción de adultos mayores masculinos tiene la cobertura de sus servicios de salud por afiliación, contrario a lo que se observa en las mujeres quienes cuentan con una cobertura por ser beneficiarias de algún miembro de la familia, principalmente esposo seguido de hijos. Este hallazgo es congruente con lo señalado previamente en relación con la proporción de adultos mayores que reciben una pensión, las mujeres disponen de ella, pero no por su trayectoria laboral, sino como un beneficio por defunción de la pareja. Lo cual es consistente con la mayor esperanza de vida de la mujer respecto al hombre.

Tabla 21
Tipo de cobertura del servicio de salud al que acuden los adultos mayores

Tipo de Cobertura	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Afiliado	140	76.5	30	13.8	170	42.5
Beneficiario	23	12.6	156	71.9	179	44.8
Particular	8	4.4	13	6.0	21	5.3
Población abierta	12	6.6	18	8.3	30	7.5

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 400

Se les cuestionó a los adultos mayores acerca de su satisfacción con el servicio de salud recibido, el 61.5% refirió estar satisfecho, 13.5% moderadamente satisfecho, el 7.8% refirió estar poco o nada satisfecho. El 17.3 señaló que no sabía.

En relación con la situación de salud de los participantes, en la tabla 22 se observa que tres cuartas partes de los participantes han requerido consulta médica en los últimos doce meses, una mayor proporción acude a la consulta periódicamente para control de su padecimiento crónico.

Tabla 22
Situación de salud de los adultos mayores

Situación de Salud	<i>f</i>	%
Ha consultado en los últimos 12 meses		
Si	336	84.0
No	64	16.0
Motivo de consulta		
Control de enfermedad	240	60.0
Consulta por padecimiento	96	24.0
No ha consultado	64	16.0
Actualmente sufre alguna enfermedad		
Si	303	75.8
No	97	24.3
Tipo de enfermedad que padece actualmente		
Agudo	22	5.5
Crónico	245	61.3
Agudo más crónico	36	9.0
No padecimientos	97	24.3
Consulta periódicamente por su padecimiento		
Si	253	63.3
No	28	7.0
No aplica (su padecimiento es de tipo agudo o no tiene padecimientos)	119	29.8

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo *n*= 400

Al analizar los principales problemas de salud que afectan a los adultos mayores en general y de acuerdo al género, en la tabla 23 se observa que los principales problemas son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tanto para hombres como para mujeres; sin embargo, es evidente la mayor prevalencia de ambos padecimientos en las mujeres. El resto de los problemas de salud, con excepción de la hipercolesterolemia y los problemas cardíacos también reportaron una mayor prevalencia en las mujeres.

Tabla 23
Principales problemas de salud en el total de los adultos mayores y por género

Problemas de Salud	Masculino				Femenino				Total			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hipertensión Arterial	61	33.3	122	66.7	102	47.0	115	53.0	163	40.8	237	59.3
Diabetes Mellitus	36	19.7	147	80.3	76	35.0	141	65.0	112	28	288	72.0
Artritis	6	3.3	177	96.7	17	7.8	200	92.2	23	5.8	377	94.3
Hipercolesterolemia	10	5.5	173	94.5	8	3.7	209	96.3	18	4.5	382	95.5
Asma	3	1.6	180	98.4	10	4.6	207	95.4	13	3.3	387	96.8
Osteoporosis	3	1.6	180	98.4	10	4.6	207	95.4	13	3.3	387	96.8
Problema cardiaco	6	3.3	177	96.7	7	3.2	210	96.8	13	3.3	387	96.8
Gastritis	3	1.6	180	98.4	5	2.3	212	97.7	8	2.0	392	98.0

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n = 400

De la muestra total estudiada, cuatro de cada diez adultos mayores reportaron un diagnóstico de hipertensión y tres de cada diez diabetes, principales problemas de salud señalados por los participantes. Autores como Ham – Chandé (1996), OPS (1997), Resano y Olaiz (2003) y Salgado y Wong (2003) señalan que a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas que conducen a limitaciones para realizar actividades habituales. Respecto al autorreporte de enfermedades Wong, Espinoza y Palloni (2007) reportan de acuerdo a los hallazgos del ENASEM (2001) un predominio de hipertensión y diabetes, esto es congruente con los principales padecimientos que reportaron los entrevistados.

Respecto a la funcionalidad de los adultos mayores, en la tabla 24 se observa que la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria se ubica en el siguiente orden: mayor dificultad para vestirse, seguido de continencia, bañarse, levantarse, comer y finalmente ir al baño. Por género, la mayor dificultad en el sexo masculino corresponde en

el grupo de 60 a 79 años a bañarse, seguido de vestirse, mientras que la dificultad para bañarse se mantiene similar para los tres grupos de edad, la dificultad para vestirse tiene un incremento gradual conforme se incrementa la edad. La dificultad con las continencias inicia a partir de los 70 años. En el grupo de 80 años a más, las principales dificultades corresponden a comer, continencias y para vestirse.

En cuanto a las mujeres las principales dificultades se atribuyen similar que en los hombres a las actividades de bañarse y vestirse; sin embargo, aquí se observa en ambas un incremento gradual conforme se incrementa la edad. Al comparar los problemas de funcionalidad por género, con excepción de la dificultad para comer y continencias que predominan en los hombres y sobretodo en el grupo de 80 años a más, en el sexo femenino se reporta en general una mayor proporción de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y estas se incrementan conforme se incrementa la edad.

Tabla 24

Problemas de funcionalidad en actividades de la vida diaria en el total de los adultos mayores por grupo de edad y género

Problema de funcionalidad	Masculino						Femenino						Total
	60-69		70-79		80 a más		60-69		70-79		80 a más		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
Bañarse	3	3.9	3	3.8	1	3.6	5	5.3	7	7.9	7	20	6.6
Vestirse	3	3.9	7	8.9	4	14.3	5	5.3	6	6.8	8	22.8	8.3
Ir al baño	2	2.6	1	1.3	0	0	3	3.2	1	1.1	6	17.1	3.3
Levantarse	2	2.6	1	1.3	1	3.6	3	3.2	4	4.5	7	20	4.6
Comer	1	1.3	2	2.5	5	17.9	3	3.2	1	1.1	3	8.6	3.9
Continencias	1	1.3	9	11.4	5	17.9	2	2.2	5	5.6	6	17.1	7.1

Fuente: Escala de Actividades de la Vida Diaria

n= 400

En la tabla 25 se reporta la dificultad de los adultos mayores para realizar las actividades de tipo instrumental, la mayor dificultad correspondió a realizar actividades de cuidado en el hogar, seguido de ir de compras, lavandería, transportarse fuera de casa, uso del teléfono, cocinar, finanzas y medicación. Sin embargo, cabe destacar que en ambos sexos se observa un incremento gradual en la dificultad para realizar este tipo de actividades conforme se incrementa la edad. En los hombres las principales dificultades se

atribuyen a las actividades de cuidado en el hogar (limpieza), lavandería, cocinar e ir de compras. En las mujeres las principales dificultades se atribuyen a ir de compras, transportarse y para realizar las actividades de cuidado en el hogar.

Tabla 25

Problemas de funcionalidad en actividades instrumentales en el total de los adultos mayores y por género

Problema de funcionalidad	Masculino						Femenino						Total %
	60-69		70-79		80 a más		60-69		70-79		80 a más		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Usar el teléfono	8	10.5	23	29.1	17	60.7	12	12.8	26	29.5	21	60	26.8
Ir de compras	13	17.1	31	39.2	19	67.9	19	20.2	35	39.8	24	68.6	35.3
Cocinar	19	25.0	30	38.0	18	64.2	11	11.7	13	14.8	13	37.1	26.1
Cuidado en el hogar	26	34.2	40	50.6	22	78.5	17	18.1	30	34.1	23	65.7	39.6
Lavandería	27	35.5	37	46.8	21	75.0	10	10.6	14	15.9	17	48.6	31.6
Transporte	4	5.2	14	17.7	16	57.3	16	16.9	35	39.8	22	62.9	26.9
Medicación	2	2.6	5	6.3	7	25.0	6	6.4	4	4.5	6	17.1	7.6
Finanzas	3	3.9	6	7.6	10	35.7	8	8.6	17	19.3	17	48.6	15.3

Fuente: Escala de Actividades Instrumentales

n= 400

La dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y las de tipo instrumental generan dependencia, en la tabla 26 se observa un ligero incremento de mujeres que no reporta dependencia en ambos tipos de actividades; sin embargo, en las AVD de la proporción de hombres (13.6%) y mujeres(10.1%) que reportan dependencia, una mayor proporción de mujeres (3.7% de mujeres vs 0.5% en hombres) reporta dependencia moderada a dependencia total, mientras que en los hombres es mayor la dependencia muy leve y leve. Respecto a las AI ambos sexos reportaron mayor proporción de dependencia respecto a las AVD. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Ávila – Funes et al. (2007) quienes señalan que la pérdida de las capacidades de la vida diaria ocurren en un orden jerárquico y por consecuencia, primero se pierde la capacidad para realizar las actividades de tipo instrumental y posteriormente las básicas de la vida diaria.

Los hombres presentaron mayor proporción de dependencia en las AI; sin embargo, similar a lo reportado en las AVD, las mujeres presentan mayor nivel de dependencia (2.8% de mujeres con dependencia total y 0% en hombres). Esto concuerda con los hallazgos de la encuesta SABE (2001) y ENASEM (2001).

Tabla 26
Nivel de dependencia en actividades de la vida diaria e instrumentales en el total de los adultos mayores y por género

Nivel de Dependencia	Masculino		Femenino		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Actividades de la Vida Diaria						
Normal	158	86.3	195	89.9	353	88.3
Muy levemente dependiente	17	9.3	9	4.1	26	6.5
Levemente dependiente	7	3.8	5	2.3	12	3.0
Moderadamente dependiente	1	0.5	7	3.2	8	2.0
Dependiente	0	0	1	0.5	1	0.3
Actividades Instrumentales						
Normal	91	49.7	121	55.8	212	53.0
Muy levemente dependiente	31	16.9	65	30.0	96	24.0
Levemente dependiente	47	25.7	19	8.8	66	16.5
Moderadamente dependiente	14	7.7	6	2.8	20	5.0
Dependiente	0	0	6	2.8	6	1.5

Fuente: Escala de AVD y AI

n= 400

Como se señaló previamente en el ámbito laboral los adultos mayores reportaron una escasa participación en el mercado laboral, esto pudiera estar relacionado además de los problemas con el acceso al mercado laboral formal con el nivel de funcionalidad. Cinco de cada diez adultos mayores participantes en el estudio presentaron dificultad para realizar actividades de tipo instrumental lo cual limita el desarrollar un trabajo fuera del hogar.

Otro aspecto explorado en este ámbito de salud fue la depresión en los adultos mayores. Se encontró una mayor proporción en el sexo femenino (18.4%) respecto a los masculinos (14.2%). Ver Tabla 27.

Tabla 27
Nivel de depresión en el total de los adultos mayores y por género

Depresión	Masculino		Femenino		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Normal	157	85.8	177	81.6	334	83.5
Depresión moderada	25	13.7	36	16.6	61	15.3
Depresión severa	1	0.5	4	1.8	5	1.3

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 400

La encuesta SABE (2001) reporta en población mexicana también mayor proporción en las mujeres (21.3% en mujeres vs 14.8% en hombres).

Aproximadamente una quinta parte de los adultos mayores presentaron depresión, al respecto Ávila – Funes et al. (2007) señalan que la depresión es un padecimiento frecuente en los adultos mayores y probablemente la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. Este aspecto es importante de considerar debido a que la proporción de adultos mayores que presentaron síntomas depresivos no tenían un diagnóstico de depresión, esto es congruente con lo reportado en la literatura donde se señala que generalmente existe un subregistro de este padecimiento, los síntomas depresivos, algunas veces son vistos como propios del envejecimiento; sin embargo, requieren un manejo oportuna antes de que afecten la calidad de vida. Este aspecto es importante de considerar sobretodo por la evidencia reportada en estudios previos acerca de que la presencia de síntomas depresivos son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades y la dependencia funcional lo cual se sustenta por los cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos que se generan.

Respecto a la percepción de salud por parte de los adultos mayores, en la tabla 28 se observa que los hombres perciben mejor salud respecto a las mujeres (71% vs 61.7%).

Tabla 28
Percepción de salud en el total de los adultos mayores y por género

Percepción de Salud	Masculino		Femenino		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mala	1	0.5	8	3.7	9	2.3
Regular	52	28.4	75	34.6	127	31.8
Buena	74	40.4	91	41.9	165	41.3
Muy buena	50	27.3	36	16.6	86	21.5
Excelente	6	3.3	7	3.2	13	3.3

Fuente: SF-12

n= 400

Similar a los resultados reportados en la tabla previa en cuanto a la percepción de salud, en la tabla 29 los hombres reportan un índice de salud con mayor puntaje (a mayor puntaje mejor percepción de su salud). Este hallazgo concuerda con lo reportado por Vera et al. (2005), quienes señalan que las personas evalúan su salud en relación a las pérdidas funcionales, las mujeres reportaron un mayor nivel de dependencia funcional, lo cuál puede explicar que perciban más deficiente su salud respecto a los hombres.

Tabla 29
Índice de salud en el total de los adultos mayores y por género

Índice de salud	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Inferior	Superior
Índice de salud	66.90	70.45	12.78	65.65	68.16
Masculino	69.33	72.72	10.77	67.76	70.90
Femenino	64.86	68.18	13.95	62.99	66.72

Fuente: Escala SF-12

n= 400

Al analizar los resultados del índice de salud por grupos de edad, en la tabla 30 se observa que el grupo de mayor edad percibe su salud más deficiente respecto a los más jóvenes. Hallazgo similar a lo reportado por Wong, Espinoza y Palloni (2007).

Tabla 30
Índice de salud de los adultos mayores por grupos de edad

Índice de salud por grupos de edad	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Inferior	Superior
60-69	68.48	72.73	13.09	66.49	70.46
70-79	67.08	70.45	11.87	65.27	68.89
80 a más	62.23	65.91	13.34	58.87	65.59

Fuente: Escala SF-12

$n= 400$

Ámbito Relacional

Los adultos mayores reportaron un promedio de cinco hijos ($DE= 3$), cabe destacar que el número máximo de hijos fue de 15. En cuanto a la relación de pareja, en la tabla 31 se observa que una mayor proporción de mujeres en los tres grupos de edad no cuenta con pareja. Esto se relaciona con la mayor esperanza de vida en las mujeres respecto a los hombres. Son más los hombres que viven con su pareja, mientras que las mujeres enviudan, además en el caso en que los hombres enviuden buscan otra pareja, contrario a las mujeres quienes permanecen sin pareja.

Tabla 31
Relación de pareja en el total de adultos mayores por grupo de edad y por género

Género y grupos de edad	Con pareja		Sin pareja	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Masculino				
60-69	54	71.1	22	28.9
70-79	43	54.4	36	45.6
80 a más	8	28.6	20	71.4
Femenino				
60-69	46	48.9	48	51.1
70-79	29	33.0	59	67.0
80 a más	5	14.3	30	85.7
Total				
60-69	100	58.8	70	41.2
70-79	72	43.1	95	56.9
80 a más	13	20.6	50	79.4

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

$n= 400$

En cuanto a las personas con las que vive el adulto mayor, en la tabla 32 se observa un predominio de adultos mayores que viven con su familia, en cuanto al parentesco del familiar predominan hijos, seguido de cónyuge e hijos y los que viven únicamente con su pareja.

El 10.5% reportó vivir solo, esta proporción es similar a lo reportado a nivel nacional; pero inferior a lo reportado en otros países como Argentina, Uruguay, España, Estados Unidos y Canadá (Pelaez et al., 2005; Corrales, Tardón & Cueto, 2000). Este aspecto es importante de considerar en el desarrollo de políticas sociales en nuestro país, culturalmente la familia juega un rol importante dentro de la sociedad y debe buscarse fortalecerlo a través de políticas sociales efectiva.

Tabla 32
Personas con las que vive el adulto mayor y su parentesco

Personas con las que vive	<i>f</i>	%
Familiares	291	72.7
Cónyuge o pareja	67	16.8
Solo	42	10.5
Parentesco del familiar		
Hijos	169	47.2
Cónyuge	67	18.7
Cónyuge e hijos	103	28.8
Hermanos	15	4.2
Sobrinos/mamá	4	1.1

Fuente: Escala de Apoyo Social

n= 400

En la tabla 33 se observa que la familia, en especial los hijos son la principal fuente de cuidado para los adultos mayores en caso de enfermedad seguido del cónyuge o pareja. En cuanto al parentesco del familiar que los cuida, predomina el cuidado por parte exclusivamente de los hijos (62.5%), con predominio del cuidado por parte de hijas con un 39.9%, en segundo orden aparece el cuidado que proporciona el cónyuge o pareja. Es evidente que la principal fuente de cuidado son las mujeres.

Tabla 33
Fuente de cuidado en caso de enfermedad del adulto mayor

Cuando se enferma ¿quién lo cuida?		
Fuente de cuidado	<i>f</i>	<i>%</i>
Familia (hijos	283	70.8
Cónyuge o pareja	79	19.8
Vecinos	3	0.7
Amigos	3	0.7
Nadie	29	7.3
No se ha enfermado	3	0.7
Parentesco del familiar que lo cuida		
Hijo	39	10.7
Hija	147	39.9
Hijos – hijas	44	11.9
Cónyuge o pareja	79	21.5
Cónyuge e hijas	16	4.3
Cónyuge - hijos – hijas	21	5.7
Nueras	9	2.5
Hermanas – sobrinas	13	3.5

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n = 400

En la tabla 34 se muestra que la mayor interacción (reuniones, visitas) de los adultos mayores es con sus vecinos, seguido de su familia (miembros de la familia con los que no vive). Prácticamente no existe interacción con los amigos. Esto es congruente con lo reportado por los adultos mayores, al cuestionárseles acerca de sus amigos, señalaban que no tenían, esto puede asociarse a que esta etapa de la vida se caracteriza por pérdidas, entre ellas de sus contemporáneos, ya sea porque se van a vivir en forma permanente o parcial con alguno de sus hijos o por defunción de los amigos. En cuanto a la interacción telefónica, únicamente se tiene con los integrantes de la familia extradomésticos, es decir, aquellos que no habitan en el domicilio del adulto mayor. Esto se puede atribuir por un lado a la poca interacción que se tiene con personas fuera de la familia; otros dos aspectos que pueden contribuir son la proporción de adultos mayores que no disponen de teléfono en sus viviendas (28%) así como el pago de este servicio, en el análisis cualitativo los

participantes señalaron no querer usarlo porque el pago del servicio es alto, prefieren que sea la familia la que les hable.

Tabla 34
Frecuencia mensual de interacción social del adulto mayor

Frecuencia de interacción	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Familia							
Ve a la familia	6.76	4.00	6.73	6.10	7.42	2	8
Habla por teléfono	6.51	4.00	7.77	5.75	7.28	0	12
Amigos							
Ve a sus amigos	3.88	0	6.72	3.22	4.54	0	4
Habla por teléfono	0.64	0	2.58	0.38	0.89	0	0
Vecinos							
Ve a sus vecinos	14.22	20.00	8.28	13.41	15.04	4	20
Habla por teléfono	0.34	0	1.99	0.14	0.53	0	0

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 400

Al analizar la interacción de los adultos mayores de acuerdo al género, se encontró una frecuencia y orden similar para ambos: familia, seguido de vecinos. Existe un ligero incremento en la interacción con los integrantes de la familia en los adultos mayores del sexo femenino. En cuanto a la interacción telefónica ambos la tienen únicamente con integrantes de su familia (Tabla 35 y 36).

Tabla 35
Frecuencia mensual de interacción social del adulto mayor del sexo masculino

Frecuencia de interacción	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Familia							
Ve a la familia	6.40	4.00	6.47	5.46	7.34	2	8
Habla por teléfono	6.09	4.00	7.38	5.02	7.17	0	10
Amigos							
Ve a sus amigos	4.05	0	6.92	3.04	5.06	0	4
Habla por teléfono	0.49	0	2.06	0.19	0.79	0	0
Vecinos							
Ve a sus vecinos	14.81	20	7.91	13.66	15.97	10	20
Habla por teléfono	0.03	0	0.30	0	0.07	0	0

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 183

Tabla 36
Frecuencia mensual de interacción social del adulto mayor del sexo femenino

Frecuencia de interacción	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%		Cuartiles	
				Inferior	Superior	1°	3°
Familia							
Ve a la familia	7.07	4.00	6.95	6.14	8.00	2	12
Habla por teléfono	6.87	4.00	8.08	5.78	7.95	0	15
Amigos							
Ve a sus amigos	3.73	0	6.55	2.86	4.61	0	4
Habla por teléfono	0.76	0	2.94	0.36	1.15	0	0
Vecinos							
Ve a sus vecinos	13.72	20	8.56	12.58	14.87	4	20
Habla por teléfono	0.59	0	2.67	0.24	0.95	0	0

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 217

Las mujeres tienen una mayor participación en grupos sociales (Ver tabla 37). Predomina la interacción en grupos religiosos, seguido de grupos de la tercera edad que se organizan en la comunidad. Una pequeña proporción se reúne a jugar lotería. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Maldonado y Ornelas (2006) quienes encontraron que las prácticas religiosas, entendidas como la asistencia y participación en grupos de oración, son algunas de las pocas actividades que los adultos mayores realizan, por lo menos una vez por semana y más frecuente en las mujeres respecto a los hombres.

Tabla 37
Participación del adulto mayor en grupos sociales de acuerdo al género

Participación en grupos sociales	Masculino		Femenino		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Iglesia	15	8.2	47	21.7	62	15.5
Grupo de la tercera edad	6	3.3	19	8.8	25	6.3
Lotería	0	0	4	1.8	4	1.0
Ninguno	162	88.5	147	67.7	309	77.3

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 217

Respecto al apoyo social percibido por los adultos mayores, en la tabla 38 se observa una media de apoyo social global de 60.86 ($DE= 22.23$). Al analizar de acuerdo a los componentes del apoyo social el cual se integra por el apoyo que proporciona la familia, amigos y vecinos, se encontró que la principal fuente de apoyo es la familia seguido de vecinos. Muy pocos participantes refirieron tener amigos por lo que este grupo no constituye una fuente de apoyo prioritaria.

Tabla 38
Índice de apoyo social percibido por los adultos mayores

Apoyo	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%	
				Inferior	Superior
Social	60.86	57.81	22.23	58.67	63.04
Fuente de apoyo social					
Familia	84.21	90.62	19.77	82.27	86.15
Amigos	35.34	0.00	40.43	31.37	39.32
Vecinos	39.67	37.50	34.38	36.29	43.05

Fuente: Escala de Apoyo Social

$n= 400$

Al analizar el apoyo social de acuerdo al género, en las tablas 39 y 40 se observa que las mujeres perciben ligeramente mayor apoyo social global respecto a los hombres; sin embargo, al analizar de acuerdo a las fuentes de apoyo los hombres perciben mayor apoyo por parte de la familia, seguido de amigos y vecinos, mientras que para las mujeres el apoyo se da en el siguiente orden: familia, vecinos y amigos, esto pudiera atribuirse a que ellas han permanecido más tiempo en el hogar por lo que el vínculo con sus vecinos es mayor.

Tabla 39
Índice de apoyo social percibido por los adultos mayores del sexo masculino

Apoyo	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%	
				Inferior	Superior
Social	58.36	56.25	22.11	55.13	61.58
Fuente de apoyo social					
Familia	81.78	87.50	21.06	78.71	84.85
Amigos	35.11	12.50	38.75	29.46	40.76
Vecinos	34.77	25.00	32.86	29.97	39.56

Fuente: Escala de Apoyo Social

n= 183

Tabla 40
Índice de apoyo social percibido por los adultos mayores del sexo femenino

Apoyo	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%	
				Inferior	Superior
Social	62.97	60.94	22.16	60.00	65.93
Fuente de apoyo social					
Familia	86.26	93.75	18.41	83.80	88.72
Amigos	35.54	0.00	41.89	29.94	41.15
Vecinos	43.81	50.00	35.17	39.10	48.51

Fuente: Escala de Apoyo Social

n= 217

Al analizar el apoyo social de acuerdo a la edad, en la tabla 41 se puede observar que a mayor edad se percibe menor apoyo social, esto pudiera atribuirse a que conforme se incrementa la edad se incrementan también las demandas funcionales y por lo tanto se requiere mayor apoyo para satisfacer las necesidades, la expectativa de apoyo es mayor en relación al apoyo que se recibe.

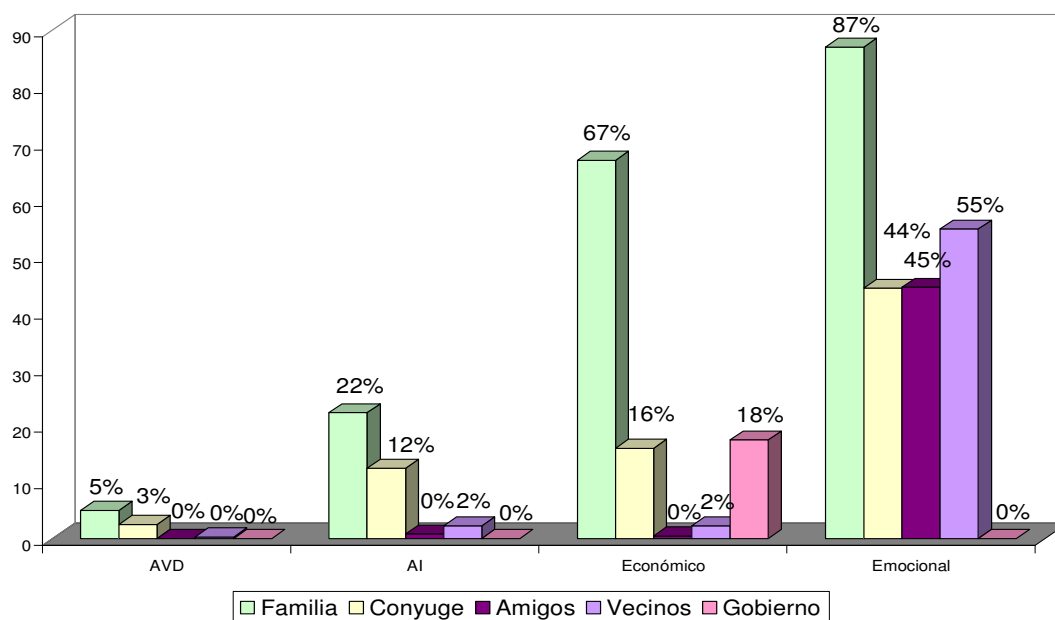
Tabla 41
Índice de apoyo social percibido por grupos de edad

Apoyo social	<i>ni</i>	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%	
					Inferior	Superior
60-69	170	62.71	59.38	22.13	59.36	66.06
70-79	167	59.52	57.81	22.64	56.07	62.98
80 a más	63	59.40	56.25	21.34	54.02	64.77

Fuente: Escala de Apoyo Social

n= 400

En la figura 8 se observa el tipo de apoyo social que reciben los adultos mayores por parte de las diferentes fuentes. El tipo de apoyo que más perciben los adultos mayores es el emocional y éste es proporcionada principalmente por la familia. Le sigue el apoyo económico, para realizar las actividades de tipo instrumental y para realizar las AVD. En general los diferentes tipos de apoyo son proporcionados en primer orden por la familia.



$n=400$

Figura 8. Tipo de apoyo social que reciben los adultos mayores por las diferentes fuentes

En la tabla 42 se observan las fuentes y tipo de apoyo que reciben los adultos mayores de acuerdo al género, la familia es en general la principal fuente de apoyo, los hombres y las mujeres perciben muy similar el apoyo que reciben por parte de su familia, la mayor variación corresponde al apoyo económico, éste es más percibido por las mujeres. Esto es congruente a lo reportado previamente en relación a que las mujeres cuentan con su familia como una fuente de ingreso. El cónyuge o pareja se constituye en la segunda fuente de apoyo, los hombres perciben mayor apoyo, esto es congruente a lo reportado en la literatura, una mayor proporción de hombres cuenta con pareja.

La tercer fuente de apoyo son los vecinos, el tipo de apoyo que proporcionan es fundamentalmente de tipo emocional y es percibido principalmente por las mujeres. Los amigos constituyen la cuarta fuente de apoyo y éste es básicamente de tipo emocional. En cuanto al gobierno, el tipo de apoyo que proporciona es económico y lo recibe sólo el 12% de los hombres y el 22.1% de las mujeres.

Tabla 42

Fuente y tipo de apoyo que recibe el adulto mayor por género y en el total de participantes

Fuente y tipo de apoyo	Masculino				Femenino				Total			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Familia</i>												
AVD	8	4.4	175	95.6	12	5.5	205	94.5	20	5.0	380	95
AI	39	21.3	144	78.7	50	23.0	167	77.0	89	22.3	311	77.7
Económico	103	56.3	80	43.7	165	76.0	52	24.0	268	67	132	33
Emocional	160	87.4	23	12.6	188	86.6	29	13.4	348	87	52	13
<i>Cónyuge</i>												
AVD	8	4.4	175	95.6	2	0.9	215	99.1	10	2.5	390	97.5
AI	36	19.7	147	80.3	14	6.5	203	93.5	50	12.5	350	87.5
Económico	9	4.9	174	95.1	55	25.3	162	74.7	64	16.0	336	84.0
Emocional	104	56.8	79	43.2	73	33.6	144	66.4	177	44.3	223	55.7
<i>Amigos</i>												
AVD	0	0	183	100	0	0	217	100	0	0	400	100.0
AI	2	1.1	181	98.9	1	0.5	216	99.5	3	0.8	397	99.2
Económico	2	1.1	181	98.9	0	0	217	100	2	0.5	398	99.5
Emocional	82	44.8	101	55.2	96	44.2	121	55.8	178	44.5	222	55.5
<i>Vecinos</i>												
AVD	0	0	183	100.0	1	0.5	216	99.5	1	0.3	399	99.7
AI	3	1.6	180	98.4	6	2.8	211	97.2	9	2.3	391	97.7
Económico	3	1.6	180	98.4	6	2.8	211	97.2	9	2.3	391	97.7
Emocional	95	51.9	88	48.1	124	57.1	93	42.9	219	54.8	181	45.2
<i>Gobierno</i>												
Económico	22	12	161	88	48	22.1	169	77.9	70	17.5	330	82.5

Fuente: Instrumento de Factores de Riesgo

n= 400

Resumiendo los hallazgos en cuanto al ámbito relacional, se puede señalar que los adultos mayores reportaron tener poca interacción social, esta se da principalmente con los integrantes de la familia y en caso de requerir apoyo, lo reciben principalmente también de esta fuente, principalmente de hijas, cónyuge o pareja. De acuerdo a Cardona et al. (2002), Hao (1997), Pelaez (2005) y Ribeiro (2002) tradicionalmente, son las mujeres, generalmente las esposas e hijas quienes asumen el rol de cuidadoras, si bien existen algunos aspectos que tienden a modificar esta tradición como es el número de integrantes que componen la familia y la inserción de la mujer al mercado laboral, los participantes reportaron en general mayor apoyo por parte de las hijas, lo que indica que esta tradición sigue estando vigente. Por su parte Vera, Sotelo y Domínguez (2005) reportan que la principal interacción de los adultos mayores es con los hijos y la pareja.

Cabe destacar que aunque las mujeres son la principal fuente de apoyo para los adultos mayores, se encontró que en el caso de los adultos mayores que viven con hijos del sexo masculino, éstos representaron la principal fuente de apoyo. En general, la responsabilidad del cuidado generalmente recae en la persona con la que vive el adulto mayor. Estos hallazgos concuerdan con los resultados del ENASEM (2001) donde se reporta que son los hijos quienes aparecen como los principales proveedores de apoyo emocional y económico para este grupo de población.

Al cuestionar a los adultos mayores acerca de la reciprocidad en la interacción y en el apoyo que ellos proporcionan y el que reciben, el 17.5% de los adultos mayores refieren que no es recíproco, reciben más de los que ellos proporcionan. Al analizar por género, las mujeres perciben menor reciprocidad que los hombres, ellas perciben que dan menos de lo que reciben (15.3% mujeres vs 12.6% hombres).

Para los adultos mayores, la reciprocidad es un aspecto importante del ámbito relacional. Requena y Avila (2002) señalan que en las redes sociales basadas en el intercambio, la reciprocidad es uno de los mecanismos que sostienen al tejido social, esto es importante de destacar sobretodo por corresponder este hallazgo a adultos mayores, en

quienes conforme se incrementa la edad, también lo hacen las demandas de apoyo. Si esta reciprocidad en la interacción y en el apoyo se cultiva antes de que las mayores demandas aparezcan, existe una mayor probabilidad de recibir el apoyo. La reciprocidad es más importante para las mujeres y ellas buscan cuidar este vínculo familiar, esto puede explicar porqué son las que reciben mayor apoyo por parte de su familia.

9.10.2 Prevalencia de Factores de Riesgo en el Total de Participantes por Género y Grupos de Edad

A continuación se presenta la prevalencia de factores de riesgo de exclusión social en el total de los participantes y de acuerdo al género, como puede observarse en la tabla 43, la mayor prevalencia para ambos sexos se ubicó por orden de mayor a menor riesgo en los siguientes factores: deficiente interacción telefónica con vecinos y amigos, niveles formativos bajos, no participación en grupos sociales, no tener pareja, padecimientos crónicos, deficiente interacción (reuniones) con amigos y dificultad financiera. Al analizar por género se observa que en el ámbito económico la dificultad financiera es similar para ambos sexos, cinco de cada 10 adultos mayores la presenta, en cuanto a la dependencia económica las mujeres presentan el doble de riesgo que los hombres. En el ámbito laboral y formativo las mujeres presentan mayor riesgo, en el ámbito de vivienda el riesgo es muy similar para ambos; sin embargo, cabe destacar que es uno de los factores de riesgo con menor prevalencia.

En el ámbito de salud las mujeres presentan mayor riesgo, en cuanto a la dependencia en las ADV y AI si bien aparentemente los hombres presentan mayor riesgo, como se señaló previamente, si se analiza por nivel de dependencia, una mayor proporción de mujeres presenta dependencia moderada o total, mientras que en los hombres predomina la dependencia leve. En cuanto al ámbito relacional los hombres presentan mayor

prevalencia en la mayoría de los factores de riesgo, con excepción de no tener pareja, no reciprocidad y deficiente interacción con amigos los cuales predominan en las mujeres.

Tabla 43
Prevalencia de factores de riesgo de exclusión social por ámbito en el total de adultos mayores y por género

Ámbito	Factor de Riesgo	Prevalencia por género				Prevalencia Total	
		Masculino		Femenino		n	%
		n	%	n	%		
Económico	Dificultad financiera	93	50.8	108	49.8	201	50.3
	Dependencia económica ***	28	15.3	73	33.6	101	25.3
Laboral	No jubilación ni pensión ***	37	20.2	75	34.6	112	28.0
Formativo	Analfabetismo y niveles formativos bajos **	139	76.0	185	85.3	324	81.0
Vivienda	No patrimonio habitacional	22	12.0	25	11.5	47	11.8
Salud	No seguridad social	20	10.9	31	14.3	51	12.8
	Padecimientos crónicos***	115	62.8	166	76.5	281	70.3
	Pluripatologías***	35	19.1	82	37.8	117	29.3
	Percepción de estado de salud negativo *	53	29.0	83	38.2	136	34.0
	Dependencia en AVD	25	13.7	22	10.1	47	11.8
	Dependencia en AI	92	50.3	96	44.2	188	47.0
	Depresión	26	14.2	40	18.4	66	16.5
Relacional	No tener pareja ***	78	42.6	137	63.1	309	77.3
	Vivir solo	21	11.5	21	9.7	42	10.5
	No participación en grupos sociales***	162	88.5	147	67.7	309	77.3
	No reciprocidad	23	12.6	38	17.5	61	15.3
	Deficiente interacción familiar (reuniones)	52	28.4	56	25.8	108	27.0
	Deficiente interacción telefónica con familia	69	37.7	80	36.9	149	37.3
	Deficiente interacción con amigos (reuniones)	97	53.0	122	56.2	219	54.8
	Deficiente interacción telefónica con amigos	166	90.7	188	86.6	354	88.5
	Deficiente interacción con vecinos (reuniones)	53	29.0	61	28.1	114	28.5
	Deficiente interacción telefónica con vecinos**	181	98.9	200	92.2	381	95.3

n= 400

X^2 para diferencia entre factores de riesgo por género en el total de participantes

*** $\alpha = 0.001$, ** $\alpha = 0.01$, * $\alpha = 0.05$

A continuación se presentan las prevalencias de factores de riesgo por grupos de edad y género. En el grupo de 60 a 69 años (tabla 44) se observa que la mayor prevalencia de factores de riesgo corresponde a la deficiente interacción telefónica con vecinos y amigos, no participación en grupos sociales, analfabetismo y niveles formativos bajos, presencia de padecimientos crónicos, dificultad financiera y deficiente interacción con amigos. De acuerdo al género, las mujeres presentan mayor prevalencia de factores de riesgo en el ámbito económico, laboral, formativo y salud. En el ámbito relacional una mayor proporción de mujeres no cuenta con una pareja, perciben menor reciprocidad y tienen menor interacción con amigos; en cuanto a los hombres, tienen menor participación en grupos sociales así como menor interacción telefónica con amigos y vecinos.

Al analizar la prevalencia en el grupo de 70 a 79 años (tabla 45), se encontró que los principales factores de riesgo siguen siendo similares a los descritos en las tablas anteriores; sin embargo, se observa un incremento en la prevalencia de los siguientes factores de riesgo respecto al grupo de 60 a 69 años: no tener pareja (36.1%), deficiente interacción familiar (5.8%), nivel formativo bajo (6.3%), dependencia en AVD (5.3%), dependencia en actividades instrumentales (15.2%), deficiente interacción familiar (5.8). El resto de los factores de riesgo se mantienen similares en los dos grupos de edad.

En el grupo de 80 años a más (tabla 46) se observa un incremento en la prevalencia de la mayoría de los factores de riesgo; sin embargo, se incrementa considerablemente en la dependencia en AVD y AI, no tener pareja, vivir solo y en la menor interacción (reuniones) con familia, amigos y vecinos. En cuanto a la deficiente interacción telefónica con amigos y vecinos se mantiene similar, lo que indica que en ese grupo de edad la interacción telefónica con personas fuera de la familia no es común. En el caso de la comunicación telefónica con los integrantes de la familia son ellos los que realizan la llamada a los adultos mayores y éstos solamente la reciben.

Tabla 44

Prevalencia de factores de riesgo de exclusión social por ámbito en adultos mayores del grupo de edad de 60 a 69 años por género

Ámbito	Factor de riesgo	Prevalencia por género				Prevalencia total	
		Masculino		Femenino		n	%
		n	%	n	%		
Económico	Dificultad financiera	43	56.6	50	53.2	93	54.7
	Dependencia Económica ***	11	14.5	31	33.0	42	24.7
Laboral	No jubilación Ni pensión *	17	22.4	33	35.1	50	29.4
Formativo	Analfabetismo y niveles formativos bajos**	50	65.8	77	81.9	127	74.7
Vivienda	No patrimonio habitacional	11	14.5	10	10.6	21	12.4
Salud	No seguridad social	9	11.8	15	16.0	24	14.1
	Padecimientos crónicos ***	45	59.2	73	77.7	118	69.4
	Pluripatologías ***	9	11.8	38	40.4	47	27.6
	Percepción de estado de salud negativo *	21	27.6	39	41.5	60	35.3
	Dependencia en AVD	5	6.6	4	4.3	9	5.3
	Dependencia en AI	29	38.2	25	26.6	54	31.8
	Depresión	11	14.5	18	19.1	29	17.1
Relacional	No tener pareja ***	22	28.9	48	51.1	70	41.2
	Vivir solo	9	11.8	8	8.5	17	10.0
	No participación en grupos sociales ***	67	88.2	66	0.2	133	78.2
	No reciprocidad *	6	7.9	17	18.1	23	13.5
	Deficiente interacción familiar (reuniones)	16	21.1	20	21.3	36	21.2
	Deficiente interacción telefónica con familiar	29	38.2	35	37.2	64	37.6
	Deficiente interacción amigos (reuniones)	35	46.1	54	57.4	89	52.4
	Deficiente interacción telefónica con amigos	68	89.5	82	87.2	150	88.2
	Deficiente interacción vecinos (reuniones)	21	27.6	25	26.6	46	27.1
	Deficiente interacción telefónica con vecinos	74	97.4	88	93.6	162	95.3

n= 170

X^2 para diferencia entre factores de riesgo por género en el grupo de edad de 60 a 69

*** $\alpha = 0.001$, ** $\alpha = 0.01$, * $\alpha = 0.05$

Tabla 45

Prevalencia de factores de riesgo de exclusión social por ámbito en adultos mayores del grupo de edad de 70 a 79 años por género

Ámbito	Factor de riesgo	Prevalencia por género				Prevalencia Total	
		Masculino		Femenino		n	%
		n	%	n	%		
Económico	Dificultad financiera	38	48.1	43	48.9	81	48.5
	Dependencia Económica ***	9	11.4	30	34.1	39	23.4
Laboral	No jubilación ni pensión ***	12	15.2	31	35.2	43	25.7
Formativo	Analfabetismo y niveles formativos bajos **	65	82.3	77	87.5	142	85.0
Vivienda	No patrimonio habitacional	7	8.9	11	12.5	18	10.8
Salud	No seguridad social	9	11.4	11	12.5	20	12.0
	Padecimientos crónicos***	51	64.6	67	76.1	118	69.4
	Pluripatologías ***	17	21.5	35	39.8	52	31.1
	Percepción de estado de salud negativo**	20	25.3	32	36.4	52	31.1
	Dependencia en AVD	13	16.5	8	9.1	21	12.6
	Dependencia en AI	41	51.9	42	47.7	83	49.7
	Depresión	11	13.9	16	18.2	27	16.2
Relacional	No tener pareja ***	36	45.6	59	67.0	95	56.9
	Vivir solo	7	8.9	9	10.2	16	9.6
	No participación en grupos sociales ***	72	91.1	63	71.6	135	80.8
	No reciprocidad	14	17.7	14	15.9	28	16.8
	Deficiente interacción familiar (reuniones)	28	35.4	27	30.7	55	16.7
	Deficiente interacción telefónica con familiar	28	35.4	30	34.1	58	34.7
	Deficiente interacción amigos (reuniones)	43	54.4	49	55.7	92	55.1
	Deficiente interacción telefónica con amigos	71	89.9	76	86.4	147	88.0
	Deficiente interacción vecinos (reuniones) *	27	34.2	17	19.3	44	26.3
	Deficiente interacción telefónica con vecinos **	79	100	80	90.9	159	95.2

n= 167

X^2 para diferencia entre factores de riesgo por género en el grupo de edad de 70 a 79

*** $\alpha = 0.001$, ** $\alpha = 0.01$, * $\alpha = 0.05$

Tabla 46
Prevalencia de factores de riesgo de exclusión social por ámbito en adultos mayores del grupo de edad de 80 años a más por género

Ámbito	Factor de riesgo	Prevalencia por género				Prevalencia Total	
		Masculino		Femenino		n	%
		n	%	n	%		
Económico	Dificultad financiera	12	42.9	15	42.9	27	42.9
	Dependencia económica ***	8	28.6	12	34.3	20	31.7
Laboral	No jubilación ni pensión ***	8	28.6	11	34.4	19	30.2
Formativo	Analfabetismo y niveles formativos bajos **	24	85.7	31	88.6	55	87.3
Vivienda	No patrimonio habitacional	4	14.3	4	11.4	8	12.7
Salud	No seguridad social	2	7.1	5	14.3	7	11.1
	Padecimientos crónicos ***	19	67.9	26	74.3	45	71.4
	Pluripatologías ***	9	32.1	9	25.7	18	28.6
	Percepción de estado de salud negativo *	12	42.9	12	34.3	24	38.1
	Dependencia en AVD	7	25.0	10	28.6	17	27.0
	Dependencia en AI	22	78.6	29	82.9	51	81.0
	Depresión	4	14.3	6	17.1	1	15.9
Relacional	No tener pareja ***	20	71.4	30	85.7	50	79.4
	Vivir solo	5	17.9	4	11.4	9	14.6
	No participación en grupos sociales **	23	82.1	18	51.4	41	65.1
	No reciprocidad	3	10.7	7	20.0	10	15.9
	Deficiente interacción familiar (reuniones)	8	28.6	9	25.7	17	27.0
	Deficiente interacción telefónica con familiar	12	42.9	15	42.9	27	42.9
	Deficiente interacción amigos (reuniones)	19	67.9	19	54.3	38	60.3
	Deficiente interacción telefónica con amigos	27	96.4	30	85.7	57	90.5
	Deficiente interacción vecinos (reuniones) ***	5	17.9	19	54.3	24	38.1
	Deficiente interacción telefónica convecinos***	28	100	32	91.4	60	95.2

n= 63

X^2 para diferencia entre factores de riesgo por género en el grupo de edad de 80 años a más. *** $\alpha = 0.001$, ** $\alpha = 0.01$, * $\alpha = 0.05$

Como se observó en las tablas presentadas previamente, la mayor prevalencia de factores de riesgo de exclusión social corresponde al ámbito relacional, específicamente a deficiente interacción social, seguido del ámbito formativo, salud, económico, laboral y finalmente vivienda. Conforme se incrementa la edad se incrementa también la prevalencia de factores de riesgo sobretodo en el ámbito de salud y en el relacional. En cuanto a la salud a mayor edad se incrementan las pluripatologías y asociado con esto la dependencia tanto en actividades de la vida diaria como en las de tipo instrumental. En el ámbito relacional disminuyen las interacciones del adulto mayor en grupos sociales, con su familia, vecinos y amigos y se incrementa la pérdida de la pareja principalmente en las mujeres por defunción de su cónyuge o pareja, esto acorde a la mayor esperanza de vida en las mujeres.

9.10.3 Estadística Descriptiva de Calidad de Vida en el Total de Participantes y de acuerdo a Género y Grupos de Edad

A pesar de la prevalencia de factores de riesgo en los diferentes ámbitos señalada previamente, llama la atención al analizar los dominios de la calidad de vida que en la muestra total (Tabla 47) y al analizar por género (Tablas 48 y 49) el placer es la dimensión que destaca. Esto pudiera estar relacionado con el apoyo social específicamente de la familia que recibe el adulto mayor y con la reciprocidad en la relación (ocho de cada diez adultos mayores reporta reciprocidad en la relación). El dominio que reporta la menor media es el control – autonomía y esto se relaciona con las demandas funcionales principalmente en las actividades de tipo instrumental reportadas por los participantes, esto genera la dependencia hacia otras personas lo cual afecta en primer orden el control y la autonomía.

Tabla 47
Índice de calidad de vida percibida por el adulto mayor

Variable	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%	
				Inferior	Superior
Calidad de Vida	82.88	85.71	14.13	81.49	84.27
Dominios de la Calidad de Vida					
Control-Autonomía	75.15	79.16	19.22	73.26	77.04
Placer	90.83	100.00	12.96	89.56	92.11
Autorrealización	85.08	91.66	18.97	83.21	86.94

Fuente: Escala de Calidad de Vida

n = 400

En las tablas 48 y 49 se presenta el puntaje de calidad de vida percibida por los participantes de acuerdo al género, los hombres califican más alto el puntaje global de calidad de vida y así como los dominios de control – autonomía y autorrealización. Las mujeres reportan un ligero incremento en el dominio de placer.

Tabla 48
Índice de calidad de vida percibida por el adulto mayor del sexo masculino

Variable	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%	
				Inferior	Superior
Calidad de Vida	84.21	85.71	12.91	82.32	86.09
Dominios de la Calidad de Vida					
Control-Autonomía	78.21	79.16	16.85	75.75	80.66
Placer	90.16	100.00	13.92	88.13	92.19
Autorrealización	86.29	91.66	16.61	83.86	88.71

Fuente: Escala de Calidad de Vida

n = 183

Tabla 49
Índice de calidad de vida percibida por el adulto mayor del sexo femenino

Variable	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%	
				Inferior	Superior
Calidad de Vida	81.76	85.71	15.01	79.75	83.77
Dominios de la Calidad de Vida					
Control- Autonomía	72.58	75.00	20.69	69.81	75.31
Placer	91.40	100.00	12.09	89.78	93.02
Autorrealización	84.06	91.66	20.73	81.28	86.83

Fuente: Escala de Calidad de Vida

n = 217

Conforme se incrementa la edad disminuye la calidad de vida (Tabla 50), esto puede atribuirse a los resultados de la dependencia funcional en AVD e Instrumentales presentados previamente. Conforme se incrementa la edad, se incrementan también las demandas funcionales y esto afecta la calidad de vida global, pero principalmente el dominio de control – autonomía.

Tabla 50
Índice de calidad de vida por grupos de edad

Grupos de edad	ni	Media	Mediana	DE	Intervalo de Confianza 95%	
					Inferior	Superior
60-69	170	84.65	89.28	14.44	82.46	86.84
70-79	167	82.93	85.71	12.81	80.97	84.89
80 a más	63	77.97	82.14	15.59	74.04	81.90

Fuente: Escala de Calidad de Vida

n= 400

9.10.4 Estadística Inferencial

El análisis inferencial de los datos para probar las hipótesis se basó en ecuaciones estructurales por el método de mínimos cuadrados parciales a través del programa Smart PLS, así como en regresión lineal múltiple. Ambas parten del supuesto básico de que las relaciones entre las variables son lineales, por lo tanto para el presente estudio se utilizaron como análisis complementarios.

Para el análisis de los datos a través de ecuaciones estructurales se siguieron los tres pasos propuestos por Luque (2000): especificación del modelo, estimación y evaluación e interpretación.

a) Especificación del modelo

De acuerdo a los elementos teóricos se procedió primeramente a especificar el modelo propuesto en el programa Smart PLS 2.0 (M3), (Ringle, Wende & Will, 2005). El modelo representa una red de relaciones en forma de conjuntos de ecuaciones lineales que entrelazan las variables latentes exógenas con las variables endógenas. A través de esta técnica multivariable se buscó analizar las interacciones entre los factores de riesgo que integran los ámbitos de exclusión social y la calidad de vida, este modelo se apegó al soporte teórico planteado previamente. Se contruyó el modelo de relaciones en forma gráfica Se introdujeron al modelo todos los factores de riesgo (indicadores exógenos) señalados previamente para cada uno de los ámbitos (variables latentes exógenas), se conectaron con la calidad de vida (variable latente endógena) especificada con sus indicadores endógenos. A continuación en las tablas 51 y 52 se especifican cada una de las variables, indicadores y clave asignada para introducirse al paquete Smart PLS.

Tabla 51
Especificación de variables latentes exógenas, indicadores y claves asignadas

Variable latente exógena	Indicador exógeno	Clave asignada para entrar a PLS
Ámbito Económico	Dificultad financiera	X195DFIN
	Dependencia económica total	X197DEPT
Ámbito Formativo	Analfabetismo o nivel formativo bajo	X198FRESC
Ámbito Vivienda	No vivienda propia	X211FRNVP
Ámbito Salud	No seguridad social	X199FRSS
	Padecimientos crónicos	X200RECREO
	Plutipatologías	X201PLURI
	Percepción de estado de salud negativo	X206FRSF
	Dependencia en AVD	X207FRAVD
	Dependencia en AI	X208FRAI
	Depresión	X209FRDEP
Ámbito Relacional Interacción	No tener pareja	X210FRNP
	Vivir solo	X203FRVS
	No participación en grupos sociales	X205FNGS
	No reciprocidad	X204FRR
	Deficiente interacción familiar (reuniones)	X189FRIVF
	Deficiente interacción telefónica con familia	X190FRITF
	Deficiente interacción amigos (reuniones)	X191FRIVA
	Deficiente interacción telefónica con amigos	X192FRITA
	Deficiente interacción vecinos (reuniones)	X193FRIVA
	Deficiente interacción telefónica con vecinos	X194FRITV
Apoyo Familiar	Subescala de apoyo familiar	X104EAS – X111EAS
Apoyo Amigos	Subescala de apoyo de amigos	X112EAS – X115EAS
Apoyo Vecinos	Subescala de apoyo de vecinos	X116EAS – X119EAS

Tabla 52
Especificación de variable latente endógena, indicadores y claves asignadas

Variable latente endógena	Indicador endógeno	Clave asignada para entrar a PLS
Calidad de Vida	Control – Autonomía	X170ECV, X171ECV, X173ECV, X174ECV, X176ECV, X177ECV
	Placer	X179ECV – X183ECV
	Autorrealización	X186ECV – X188ECV

b) Estimación del modelo

Una vez especificado el modelo y diseñado gráficamente, se procedió a calcular los coeficientes de correlación y los coeficientes de determinación (PLS Algoritmos), posteriormente se revisó a través del cálculo de Bootstrapping los valores de t obtenidos para cada una de la variables latentes exógenas (ámbitos) y para el total de indicadores exógenos y endógenos.

Se encontró que los ámbitos formativo y vivienda no reportaron valores de t significativos, en el ámbito de salud, el factor de riesgo de no seguridad social no fue significativo, en el ámbito relacional, el factor de riesgo de no tener pareja, no participación en grupos sociales y la deficiente interacción con vecinos no reportaron valores de t significativos. En consideración a este hallazgo, se depuraron del modelo los ámbitos e indicadores no significativos y se rediseñó el modelo. A continuación se presenta el modelo gráfico de entrada que muestra la interacción de variables, se incluyen únicamente los indicadores y variables que aportaron significativamente al modelo.

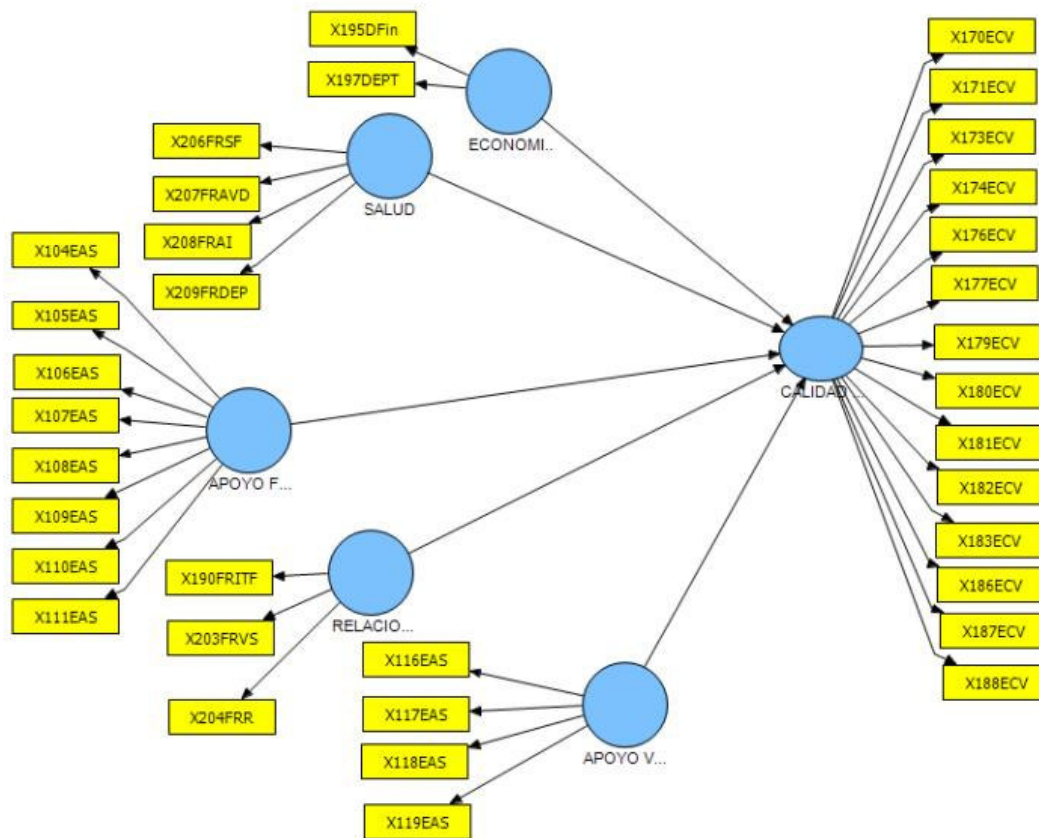


Figura 9. Modelo de entrada con interacción de variables

En la figura 10 se presenta el modelo de salida donde se muestran los coeficientes de correlación y los coeficientes de determinación. Como puede observarse, el 51% de la calidad de vida de los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey, está determinada principalmente por el ámbito de salud ($\beta = -0.53$) con un impacto negativo muy fuerte, seguido del apoyo familiar ($\beta = 0.24$) con un impacto positivo importante, apoyo de vecinos ($\beta = 0.12$) con un impacto positivo perceptible y ámbito económico y ámbito relacional interacción social ambos con un impacto negativo ($\beta = -0.08$ y -0.06 respectivamente) clasificado como imperceptible. Un hallazgo relevante en el ámbito relacional interacción social es el relacionado con el factor de riesgo de vivir solo, este no

correspondió a un factor de riesgo. Los criterios de valoración de impacto se tomaron de acuerdo a los criterios que se incluyen en la tabla 53.

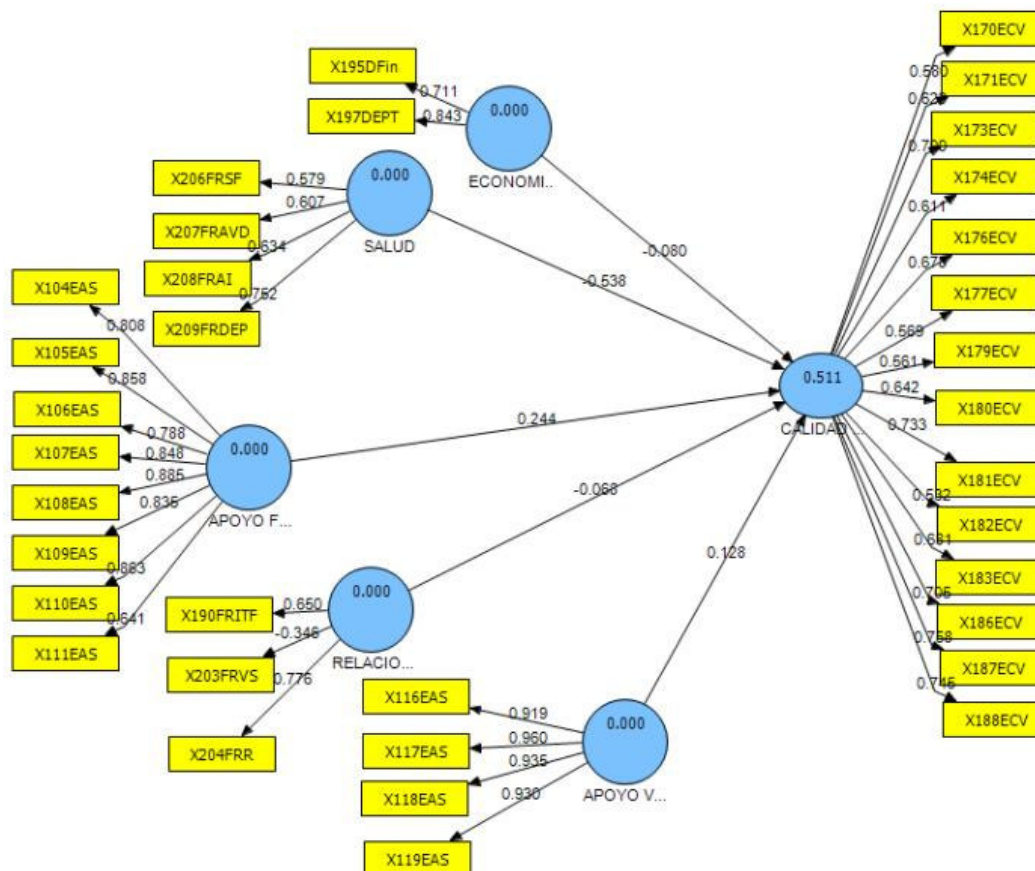


Figura 10. Modelo de salida con coeficientes de correlación y de determinación

Tabla 53
Criterios para la valoración del impacto en base a coeficientes

Rango de valores de coeficientes	Valoración del Impacto
0.00 a 0.09	Imperceptible
0.10 a 0.15	Perceptible (apenas)
0.16 a 0.19	Considerable
0.20 a 0.29	Importante
0.30 a 0.50	Fuerte
Mayores a 0.50	Muy fuerte

Fuente: Guía integrada por Rositas (2005).

En la figura 11 se observan los valores de t calculados para cada uno de los indicadores exógenos y para las variables latentes exógenas. Como puede apreciarse los ámbitos económico y relacional interacción social reportaron de acuerdo a los valores de t una significancia al 0.05, mientras que los ámbitos de salud, apoyo familiar y apoyo de vecinos reportaron una significancia de 0.001. El criterio para determinar la significancia de los valores de t se tomó de la guía para valorar significancia estadística (tabla 54).

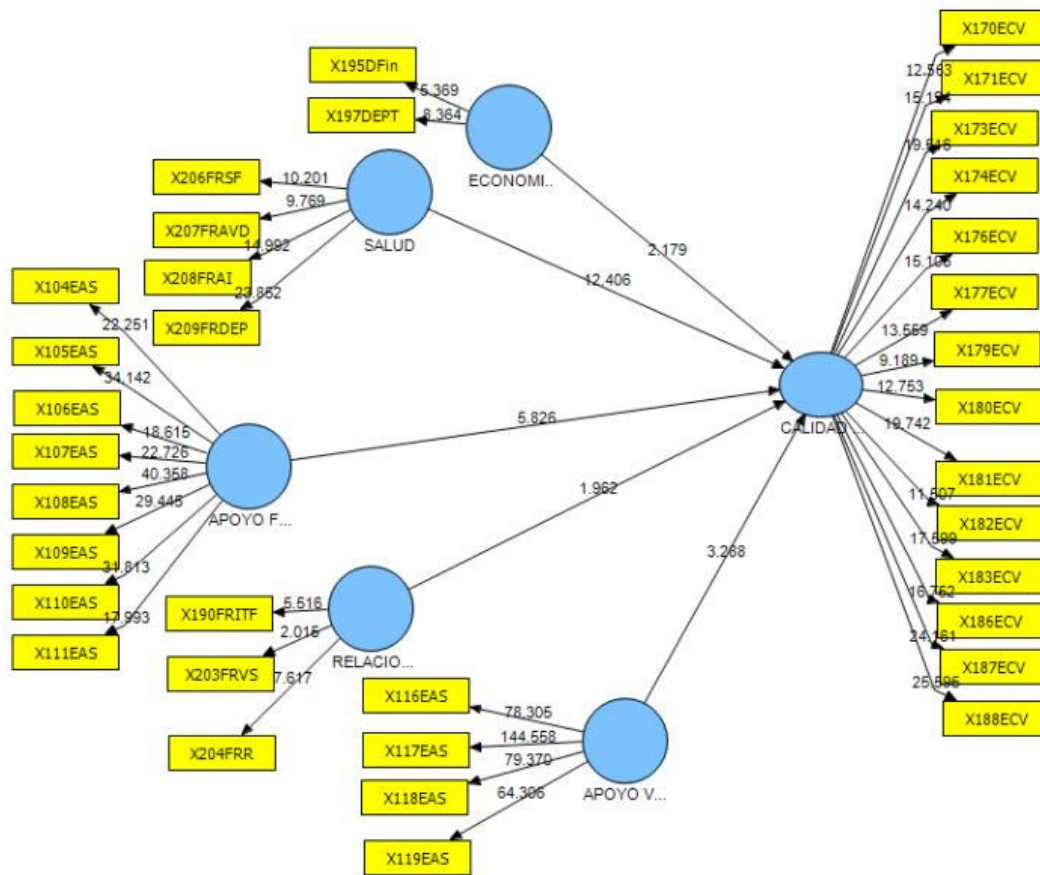


Figura 11. Modelo de salida con valores t

Tabla 54
Guía para valorar significancia estadística

Rangos de Valoración	Valores de Significancia α	Valoración de Significancia Estadística
$t > 3.1$	0.001	*** Altamente significativo
$t > 2.33$ y $t < 3.1$	0.01	** Considerablemente Significativo
$t > 1.68$ y $t < 2.33$	0.05	* Significativo
$t < 1.68$	Superior a 0.05	No significativo

Fuente: Guía integrada por Rositas (2005).

En la tabla 55 se resumen los resultados del modelo estructural, como puede observarse, el ámbito formativo y de vivienda, no aportaron significativamente al modelo, así como tampoco el apoyo de amigos.

Tabla 55
Resultados del modelo estructural

Calidad de vida	Efecto Propuesto	Coefficiente β	Estadística t	Valor de α
Ámbitos				
Económico	Negativo	-0.080	2.17	0.05
Salud	Negativo	-0.538	12.40	0.001
Apoyo familiar	Positivo	0.244	5.82	0.001
Relacional interacción	Negativo	-0.068	1.96	0.05
Apoyo de vecinos	Positivo	0.128	3.26	0.001
Formativo	Negativo	-0.201	1.64	+0.05 NS
Vivienda	Negativo	-0.082	1.66	+0.05 NS
Apoyo de amigos	Positivo	0.102	1.52	+0.05 NS

$$R^2 = 0.51$$

Posterior a realizar los análisis previos, se procedió a ajustar el modelo con las variables de control: edad y género. Se encontró que la edad no aportó significativamente al modelo, pero si el género. En la figura 12 se presenta el modelo con las variables que aportaron significativamente, como puede observarse el modelo ajustado por género determina el 52% de la calidad de vida de los adultos mayores del área metropolitana de

Monterrey, está determinada principalmente por el ámbito de salud ($\beta = -0.53$) con un impacto negativo muy fuerte, seguido del apoyo familiar ($\beta = 0.25$) con un impacto positivo importante, apoyo de vecinos ($\beta = 0.13$) con un impacto positivo perceptible y ámbito económico y ámbito relacional interacción social ambos con un impacto negativo ($\beta = -0.06$) clasificado como imperceptible. En cuanto al género, se reportó un impacto negativo, clasificado como imperceptible, pero altamente significativo (0.001).

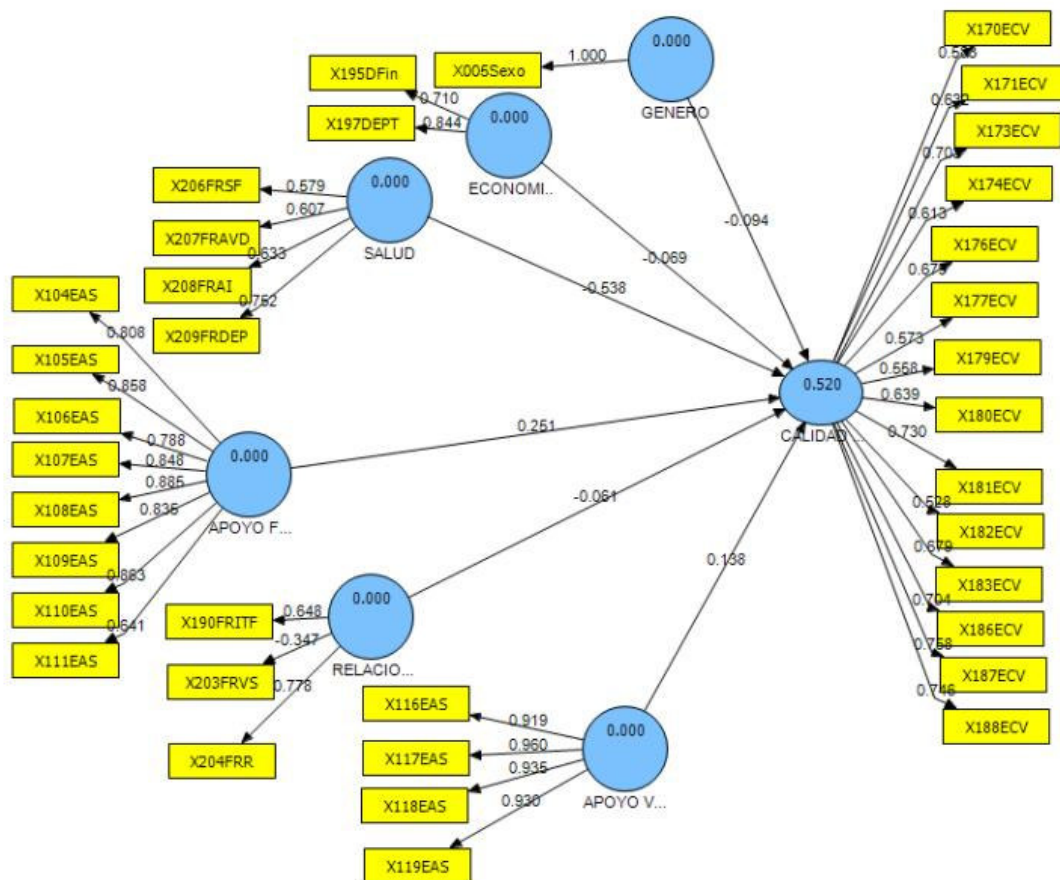


Figura 12. Modelo ajustado por género

En la tabla 56 se presentan los resultados del modelo estructural ajustado por género:

Tabla 56
Resultados del modelo estructural ajustado por género

Calidad de vida	Efecto Propuesto	Coefficiente β	Estadística t	Valor de α
Género	Negativo	-0.094	2.82	0.01
Ámbitos				
Económico	Negativo	-0.069	2.17	0.05
Salud	Negativo	-0.538	12.40	0.001
Apoyo familiar	Positivo	0.251	5.82	0.001
Relacional interacción	Negativo	-0.061	1.96	0.05
Apoyo de vecinos	Positivo	0.138	3.26	0.001
Formativo	Negativo	-0.201	1.64	+0.05 NS
Vivienda	Negativo	-0.082	1.66	+0.05 NS
Apoyo de amigos	Positivo	0.102	1.52	+0.05 NS
Edad	Negativo	-0.090	1.58	+0.05 NS

$$R^2 = 0.52$$

c) Evaluación del modelo

Posterior a la estimación de los parámetros del modelo, se evaluó la bondad de ajuste del modelo, es decir, el grado en que los datos se han ajustado al modelo propuesto (Luque, 2000). La medición de estos criterios de calidad son importantes porque permiten demostrar que las mediciones usadas son válidas y que reflejan los constructos teóricos.

Primeramente se evaluó la validez discriminante a nivel de reactivo (divergente), se verificó que los reactivos que miden cada uno de los constructos cargaran al máximo en su respectivo constructo para verificar que realmente miden el constructo y no otro. Se encontró que los reactivos cargaron de acuerdo a su constructo, los valores de las cargas fueron mayores en los reactivos correspondientes al constructo y menor en los otros.

En seguida se evaluó la exactitud del modelo a través de la validación convergente la cual indica el grado en el cual los reactivos de cada escala que de acuerdo a la teoría

están relacionados, cuanto realmente lo están. Se examinó la Varianza Promedio Extraída (AVE) la cual estima la cantidad de la varianza latente capturada de los indicadores en relación a la cantidad debida al error de medición. La validez convergente de los constructos debe ser mayor a 0.50, esto significa que cada constructo contabiliza más del 50% de la varianza explicada, excediendo el error de medición (Chin & Newsted, 1999).

Para medir la confiabilidad y la consistencia de las variables latentes estimadas se utilizó la confiabilidad compuesta (Composite Reliability, CR) la cual mide la consistencia interna de los reactivos que miden los constructos. Los valores menores a 0.70 indican que los reactivos pueden no estar relacionados o pueden medir más de un constructo (Chin, 1998).

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la evaluación del modelo, como puede observarse únicamente el ámbito relacional interacción reportó valores de AVE y Composite Reliability por debajo de lo esperado, lo cual pudiera atribuirse al efecto contrario encontrado respecto al factor de riesgo de vivir solo; el resto de los ámbitos reportó valores aceptables.

Tabla 57
Criterios de calidad del modelo

Constructo	AVE	Composite Reliability	Communality	R^2
Calidad de vida	0.50	0.92	0.50	0.52
Ámbito económico	0.61	0.76	0.61	
Ámbito salud	0.51	0.73	0.51	
Ámbito relacional interacción	0.49	0.50	0.49	
Apoyo familiar	0.67	0.94	0.67	
Apoyo de vecinos	0.88	0.97	0.88	

Una vez identificados los factores de riesgo así como los ámbitos que afectan la calidad de vida a través de la interacción global de los indicadores latentes exógenos y

endógenos, de las variables latentes exógenas y la variable endógena y ajustado el modelo por las variables de control, mediante el programa Smart PLS, se procedió a realizar el mismo procedimiento a través de regresión lineal múltiple con el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Como se señaló previamente, este análisis se realizó complementario al de ecuaciones estructurales, mientras que el primero permitió conocer en forma global los coeficientes de correlación y de determinación de los ámbitos de exclusión social en la calidad de vida; el análisis a través de regresión lineal múltiple permitió identificar los coeficientes de correlación de cada uno de los factores de riesgo incluidos en los ámbitos. Esto ayudó a tener información más precisa para dar respuesta al planteamiento de que los factores de riesgo difieren respecto al género y poder determinar cuáles son los factores de riesgo que afectan en forma diferente la calidad de vida de acuerdo al género.

A continuación se presentan en la tabla 58 sólo los factores de riesgo de los diferentes ámbitos de exclusión social que afectan la calidad de vida del adulto mayor. Se introdujeron al modelo de regresión lineal múltiple todos los factores por ámbito, todos aquellos que no aportaron significativamente al modelo se fueron eliminando a través de la metodología backward la cual consiste en ir eliminando uno a uno los factores que no reportan efecto significativo y regresarlo en caso de que su interacción con el resto de factores modifique su significancia.

De los factores de riesgo y protectores estudiados, sólo ocho aportaron significativamente a la calidad de vida en el modelo global. Los ámbitos que explican la calidad de vida en un 51% corresponden al de salud principalmente, seguido del relacional y vivienda. Los ámbitos económico, laboral y formativo no reportaron efecto significativo. Contrario a lo reportado a través de ecuaciones estructurales el ámbito económico no aportó significativamente al modelo y si la pertenencia de una vivienda.

Un hallazgo que vale la pena destacar es que el vivir solo reportó un efecto positivo para la calidad de vida (efecto protector), resultado coincidente con lo reportado a través de

ecuaciones estructurales. Si bien, tradicionalmente en la literatura se señala éste aspecto como un factor de riesgo, los adultos mayores que reportaron vivir solos en el presente estudio no presentaron dificultad financiera, problemas de salud, depresión ni dependencia para realizar AVD e instrumentales lo cual puede explicar su efecto protector.

Tabla 58
Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor

Factores	Beta	Beta estandarizada	Estadística <i>t</i>	Valor de α
Apoyo familiar	0.14	0.20	4.94	0.0001
Apoyo de vecinos	0.05	0.13	3.28	0.001
Vivir solo	3.54	0.08	2.16	0.03
Percepción de estado de salud negativo	-5.74	-0.19	-5.16	0.0001
Dependencia en AVD	-3.78	-0.09	-2.23	0.02
Dependencia en AI	-7.92	-0.28	-7.38	0.0001
Depresión	-11.86	-0.31	-7.64	0.0001
Vivienda propia	-3.70	-0.08	-2.33	0.02
$R^2 = 0.51$		Error Estándar= 9.96		
$F = 51.39$		$\alpha = 0.0001$		

Una vez identificados los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida se procedió a ajustar el modelo por edad y género, como se observa en la tabla 59, sólo el género aportó significativamente al modelo lo cual indica que estos factores afectan en forma diferente de acuerdo al género de los adultos mayores. Este hallazgo es similar a lo reportado a través de ecuaciones estructurales (PLS).

Tabla 59
Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor ajustados por edad y género

Factores	Beta	Beta estandarizada	Valor de <i>t</i>	Valor de α
Apoyo familiar	0.15	0.22	5.32	0.0001
Apoyo de vecinos	0.05	0.14	3.54	0.0001
Vivir solo	3.39	0.07	2.09	0.03
Percepción de estado de salud negativo	-5.41	-0.18	-4.90	0.0001
Dependencia en AVD	-4.15	-0.09	-2.47	0.01
Dependencia en AI	-8.12	-0.28	-7.65	0.0001
Depresión	-11.38	-0.29	-7.38	0.0001
Vivienda propia	-3.73	-0.08	-2.38	0.01
*Género	-3.26	-0.11	-3.21	0.001
$R^2 = 0.53$		Error Estándar= 9.84		
$F = 47.93$		$\alpha = 0.0001$		
*Se ajustó el modelo por edad y género. La edad no fue significativa				

Como se puede apreciar en las tablas previas, el ámbito de salud es relevante para la calidad de vida y principalmente los factores asociados con la dependencia funcional y con la salud mental (percepción negativa de salud y depresión). Considerando este aspecto y que la funcionalidad se afecta en virtud del tipo de problemas de salud, se incorporaron al modelo de regresión lineal múltiple todos los factores de riesgo significativos más los tipos de padecimientos crónicos, esto con la finalidad de identificar cuáles de ellos son prioritarios por su efecto negativo en la calidad de vida.

En la tabla 60 se reporta que los factores de riesgo identificados previamente como prioritarios mantuvieron su significancia; en relación con los padecimientos crónicos, el padecer osteoporosis fue el diagnóstico que aportó un efecto significativo a la calidad de vida y contrario a los resultados previos donde la dificultad financiera no había aportado un efecto significativo, cuando los adultos mayores tienen este problema de salud, la dificultad financiera adquiere un efecto negativo significativo y afecta la calidad de vida. Esto pudiera

atribuirse de acuerdo a los hallazgos cualitativos a que la incapacidad financiera de los adultos mayores no les permite buscar otras alternativas de atención a su salud, sobretodo cuando el servicio de salud no puede brindar la atención necesaria. Los participantes con problemas de salud como osteoporosis y artritis argumentaron que el tratamiento que se les otorga en las instituciones de seguridad social a las que acuden muchas de las veces no es efectivo para disminuir el dolor; además, los exámenes de control se programan muy espaciados y no permiten el ajuste adecuado del tratamiento y en otros casos se requieren cirugías que son muy costosas y no se programan.

Tabla 60
Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor ajustados por género y problema de salud crónico

Factores	Beta	Beta Estandarizada	Valor de <i>t</i>	Valor de α
Dificultad financiera	-1.93	0.06	-1.97	0.04
Percepción de estado de salud negativo	-4.58	-0.15	-4.14	0.001
Dependencia en AVD	-4.06	-0.09	-2.48	0.01
Dependencia en AI	-7.82	-0.27	-7.43	0.001
Depresión	-11.16	-0.29	-7.33	0.001
Apoyo familiar	0.15	0.21	5.25	0.001
Apoyo de vecinos	0.06	0.15	4.10	0.001
Vivir solo	3.61	0.07	2.25	0.02
*Género	-3.31	-0.11	-3.31	0.001
*Diagnóstico Osteoporosis	-6.71	-0.08	-2.29	0.02
$R^2 = 0.53$		Error Estándar= 9.84		
$F = 47.93$		$\alpha = 0.0001$		

En virtud de que los factores de riesgo afectan en forma diferente la calidad de vida de acuerdo al género, se procedió nuevamente a introducir al modelo de regresión todos los factores por ámbito, pero seleccionados los casos por género.

Se dividieron los casos de acuerdo al género, se introdujeron al modelo de regresión lineal múltiple todos los factores significativos por ámbito, todos aquellos que no aportaron significativamente al modelo se fueron eliminando a través de la metodología backward la cual consiste en ir eliminando uno a uno los factores que no reportan efecto significativo y regresarlo en caso de que su interacción con el resto de factores modifique su significancia.

En la tabla 61 se presentan los factores que determinan el 59% de la calidad de vida de los adultos mayores masculinos. Sólo los ámbitos de salud y el relacional aportaron significativamente. Es importante destacar que el padecer artritis afecta negativamente la calidad de vida de los hombres.

Tabla 61
Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor del género masculino

Factores	Beta	Beta estandarizada	Valor de t	Valor de α
Apoyo familiar	0.14	0.23	4.19	0.0001
Apoyo de vecinos	0.08	0.21	3.95	0.0001
Percepción de estado de salud negativo	-5.20	-0.18	-3.62	0.0001
Dependencia en AVD	-5.91	-0.15	-3.10	0.002
Dependencia en AI	-8.32	-0.32	-6.27	0.0001
Depresión	-9.87	-0.26	-5.06	0.0001
Diagnóstico de Artritis	-7.06	-0.09	-1.99	-0.04
$R^2 = 0.59$		Error Estándar= 8.46		
$F = 5.61$		$\alpha = 0.0001$		

El modelo global obtenido para el género femenino (Tabla 62) explica el 47% de su calidad de vida, como puede observarse los factores determinantes se reducen. Para las mujeres, el apoyo de vecinos, la dependencia en AVD y un problema específico de salud no aportaron significativamente. Sin embargo, la dificultad financiera aportó un efecto negativo significativo.

Tabla 62

Factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor del género femenino

Factores	Beta	Beta estandarizada	Valor de t	Valor de α
Apoyo familiar	0.18	0.22	4.02	0.0001
Percepción de estado de salud negativo	-5.38	-0.17	-3.29	0.001
Dependencia en AI	-8.68	-0.28	-5.60	0.0001
Depresión	-13.21	-0.34	-5.73	0.0001
Dificultad financiera	-3.11	-0.10	-2.07	0.03
$R^2 = 0.47$		Error Estándar= 11.00		
$F = 38.24$		$\alpha = 0.0001$		

Para dar respuesta a la hipótesis 11 donde se señala que el apoyo familiar que recibe el adulto mayor es una variable mediadora entre los factores de riesgo de exclusión social y la calidad de vida, se utilizó nuevamente el paquete Smart PLS 2.0. Se realizaron los siguientes pasos:

a) Especificación del modelo

1. Primeramente se construyó el modelo gráfico de relación de variables. Se introdujeron al modelo todos los ámbitos de exclusión social propuestos con sus respectivos factores de riesgo, se ubicó el apoyo familiar como variable mediadora entre los ámbitos de exclusión social y la calidad de vida.
2. Se verificaron los ámbitos que tuvieron un efecto positivo o negativo, pero significativo en el apoyo familiar considerado la variable mediadora. Se encontró que únicamente el ámbito de salud y el relacional aportaron un efecto significativo al apoyo familiar.
3. Se depuró el modelo de los indicadores exógenos y variables latentes exógenas que no aportaron significativamente al modelo. En relación con los indicadores latentes exógenos se eliminaron también los que reportaron significancia pero con cargas menores a 0.5 como fue el caso en el ámbito de salud de dependencia en AVD y AI

y en el ámbito relacional la no reciprocidad. En la figura 13 se observa el modelo gráfico de interacción de entrada.

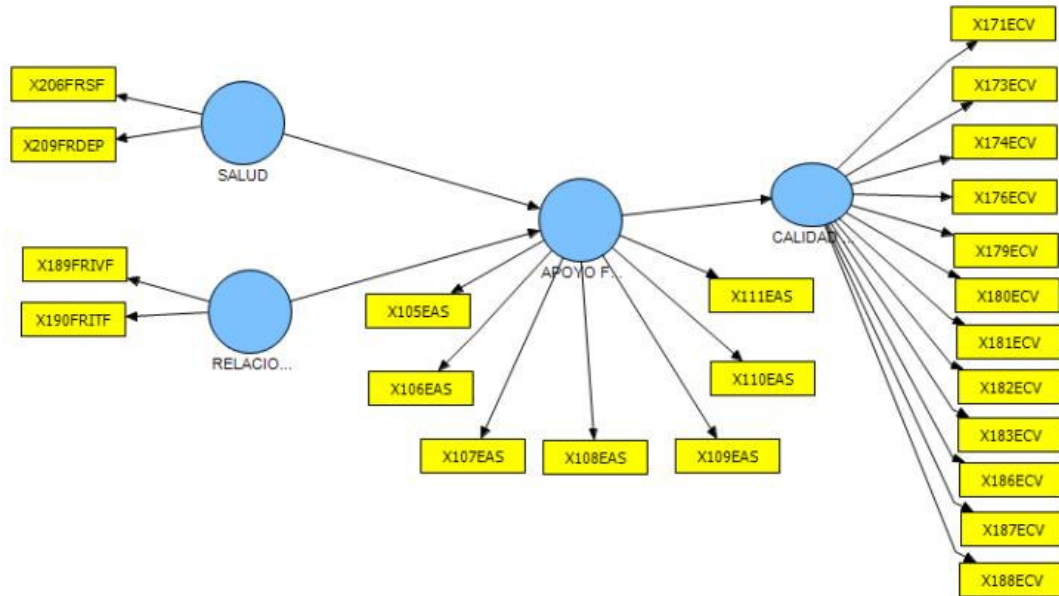


Figura 13. Modelo de entrada con variable mediadora

b) Estimación del modelo

Posteriormente se procedió a estimar el modelo, como puede observarse en la figura 14, el apoyo familiar es una variable que ejerce un rol mediador sólo entre los ámbitos de salud y relacional interacción social con la calidad de vida. El ámbito de salud reportó un valor de $\beta = -0.30$ al apoyo familiar, mientras que el ámbito relacional interacción social reportó una $\beta = -0.32$, explicando estos ámbitos el apoyo familiar en un 22%. El apoyo familiar reportó un valor de $\beta = 0.50$ respecto a la calidad de vida y un coeficiente de determinación de 0.25.

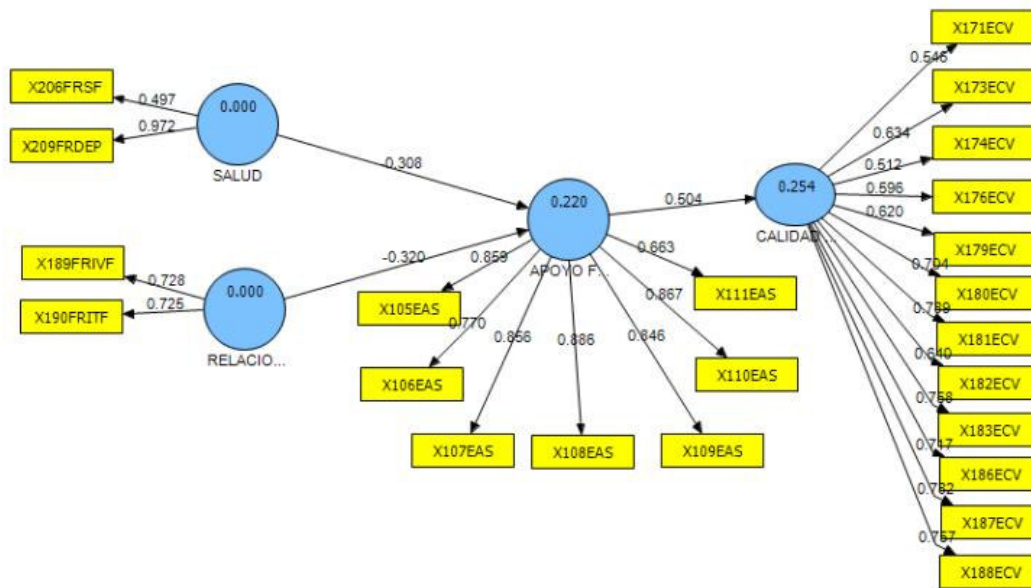


Figura 14. Modelo con variable mediadora con coeficientes de correlación y de determinación

En la figura 15 se observan los valores de t calculados, el ámbito de salud, relacional interacción social y el apoyo familiar como variable mediadora reportaron valores altamente significativos (0.001).

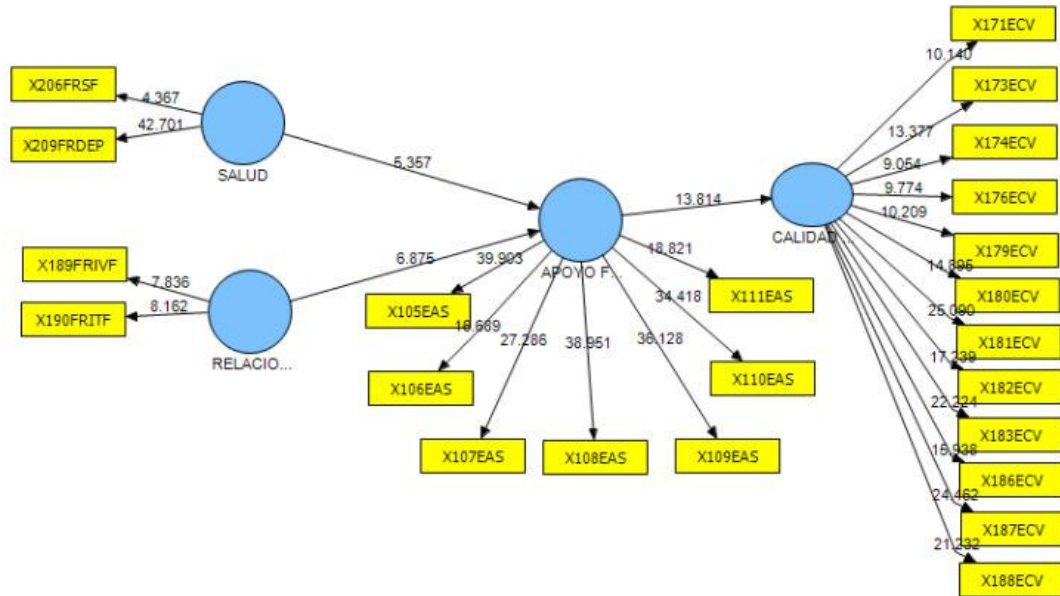


Figura 15. Modelo con variable mediadora y valores t

En la tabla 63 se resumen los resultados del modelo estructural con variable mediadora.

Tabla 63
Resultados del modelo estructural con variable mediadora

Apoyo Familiar	Coficiente β	Estadística t	Valor de α
Ámbito de Salud	-0.308	5.99	0.001
Ámbito relacional interacción	-0.320	7.22	0.001
$R^2 = 0.22$			
Calidad de vida			
Apoyo familiar	0.504	13.88	0.001
$R^2 = 0.25$			

c) Evaluación del modelo

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la evaluación del modelo, los valores obtenidos se consideran aceptables.

Tabla 64
Criterios de calidad del modelo con variable mediadora

Constructo	AVE	Composite Reliability	Communality	R^2
Apoyo familiar	0.68	0.94	0.68	0.22
Ámbito salud	0.60	0.73	0.60	
Ámbito relacional interacción	0.53	0.69	0.53	
Calidad de vida	0.52	0.91	0.52	0.25

De acuerdo a los hallazgos presentados previamente se puede señalar que el apoyo familiar se constituye en una variable mediadora sólo respecto a los ámbitos de salud y relacional interacción social. El apoyo familiar es una consecuencia de la salud, específicamente de la percepción de salud y de la depresión. Así mismo, es consecuencia de la interacción que tiene el adulto mayor con los integrantes de la familia. Mientras que la calidad de vida es una consecuencia del ámbito de salud y relacional interacción social y el efecto que generan éstos en el apoyo familiar. Estos hallazgos son importantes de considerar debido a que el apoyo familiar que reciben los adultos mayores se ve afectado cuando los adultos mayores presentan depresión y perciben su salud como deficiente y esto generalmente es así cuando tienen alteraciones funcionales para realizar AVD e instrumentales, esto aunado a la deficiente interacción con la familia.

9.10.5 Comprobación de Hipótesis

A continuación se presenta la comprobación de las hipótesis planteadas de acuerdo a la interpretación de los modelos propuestos:

Hipótesis 1:

Los factores de riesgo del ámbito económico: dificultad financiera y dependencia económica total afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor

Se acepta, el modelo de interacción de variables reportó que tanto la dificultad financiera como la dependencia económica afectan negativamente la calidad de vida. Al analizar el efecto de estos factores de riesgo ajustados de acuerdo al género, se encontró que la dificultad financiera afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres.

Hipótesis 2:

Los factores de riesgo del ámbito formativo: analfabetismo y un nivel formativo bajo de primaria o inferior afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor

Se rechaza, en el modelo de interacción de variables el ámbito formativo no reportó un efecto significativo a la calidad de vida del adulto mayor. Sin embargo, no se descarta su efecto indirecto; si bien, el ámbito formativo corresponde a las primeras etapas de la vida, tiene repercusiones en la vida adulta en la situación laboral, financiera y de salud.

Hipótesis 3:

Los factores de riesgo del ámbito de salud: no acceso a seguridad social, padecimientos crónicos, pluripatologías, percepción de estado de salud negativo, dependencia en actividades de la vida diaria e instrumentales y depresión afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor

Se acepta parcialmente, el no acceso a seguridad social y las pluripatologías no reportaron un efecto significativo. De los factores que afectan negativamente el prioritario es la depresión, seguido de la dependencia en AI, en AVD y percepción de estado de salud negativo. En relación a los padecimientos crónicos la osteoporosis y la artritis afectaron

negativamente la calidad de vida, esto se asocia con que ambos padecimientos afectan la funcionalidad.

Hipótesis 4:

El factor de riesgo del ámbito vivienda: no acceso a una vivienda propia afecta negativamente la calidad de vida del adulto mayor

Se acepta, el no tener una vivienda propia reportó un efecto negativo significativo en la calidad de vida de los adultos mayores.

Hipótesis 5:

Los factores de riesgo del ámbito relacional: no tener pareja, vivir solo, no reciprocidad, no pertenencia a grupos sociales y la deficiente interacción con familia, vecinos y amigos afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor

Se acepta parcialmente, los factores de riesgo que reportaron un efecto negativo significativo a la calidad de vida fueron la deficiente interacción telefónica con la familia y la no reciprocidad. El vivir solo reportó un efecto significativo a la calidad de vida, pero contrario a lo planteado, el efecto fue positivo, esto se atribuye a que los adultos mayores que reportaron vivir solos en el presente estudio no presentaron dificultad financiera, depresión ni dependencia para realizar AVD e instrumentales lo cual puede explicar su efecto protector. El no tener pareja, la no pertenencia a grupos sociales, la deficiente interacción con vecinos y amigos (telefónica y reuniones) y la deficiente interacción (reuniones) con la familia no reportaron un efecto significativo en la calidad de vida.

Hipótesis 6:

Los factores de riesgo de exclusión social que afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor difieren respecto a edad

Se rechaza, al ajustar el modelo de interacción de variables por edad, no se reportó efecto significativo. El efecto de los factores de riesgo en la calidad de vida es independiente de la edad.

Hipótesis 7:

Los factores de riesgo de exclusión social que afectan la calidad de vida del adulto mayor difieren respecto al género

Se acepta, al ajustar el modelo de interacción de variables por género, se reportó un efecto negativo significativo, lo que indica que existe diferencia en el efecto de los factores de riesgo en relación con el género. El análisis por género reveló que los principales factores de riesgo para los hombres son: depresión, dependencia en AI, diagnóstico de artritis, dependencia en AVD y percepción de un estado de salud negativo. El apoyo proporcionado por la familia y vecinos son factores protectores de su calidad de vida. Respecto a las mujeres, los factores de riesgo prioritarios son: depresión, dependencia en AI, percepción de un estado de salud negativo y dificultad financiera. El apoyo proporcionado por la familia tiene un efecto protector para su calidad de vida.

Hipótesis 8:

Los factores de riesgo del ámbito de salud tienen mayor efecto negativo en la calidad de vida del adulto mayor

Se acepta, si bien no todos los factores de riesgo del ámbito de salud fueron significativos, los que si reportaron un efecto negativo significativo como la depresión, percepción de un estado de salud negativo y dependencia en AI y AVD fueron los principales factores determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores.

Hipótesis 9:

El apoyo social que recibe el adulto mayor por parte de la familia, vecinos y amigos tiene un efecto positivo (protector) en la calidad de vida del adulto mayor

Se acepta parcialmente, el apoyo proporcionado por los amigos no reportó un efecto significativo. Sólo el proporcionado por la familia y vecinos.

Hipótesis 10:

El apoyo familiar que recibe el adulto mayor se constituye en el principal factor protector de su calidad de vida

Se acepta, el apoyo familiar reportó mayor efecto positivo significativo en comparación con el proporcionado por vecinos y amigos.

Hipótesis 11:

El apoyo familiar es una variable mediadora entre los factores de riesgo de exclusión social y la calidad de vida del adulto mayor

Se acepta parcialmente, el apoyo familiar es una variable que media sólo respecto a los factores del ámbito de salud y relacional. El apoyo familiar es una consecuencia de la salud, específicamente de la percepción negativa de salud y de la depresión. Así mismo, es consecuencia de la interacción que tiene el adulto mayor con los integrantes de la familia. Mientras que la calidad de vida es una consecuencia de la interacción entre el ámbito de salud y relacional con el apoyo familiar.

A continuación se resumen en la tabla 65 los resultados de las hipótesis.

Tabla 65
Comprobación de las hipótesis planteadas

Hipótesis	Aceptación / Rechazo
1. Los factores de riesgo del ámbito económico: dificultad financiera y dependencia económica total afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor	Se acepta
2. Los factores de riesgo del ámbito formativo: analfabetismo y un nivel formativo bajo de primaria o inferior afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor	Se rechaza
3. Los factores de riesgo del ámbito de salud: no acceso a seguridad social, padecimientos crónicos, pluripatologías, percepción de estado de salud negativo, dependencia en actividades de la vida diaria e instrumentales y depresión afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor	Se acepta parcialmente
4. El factor de riesgo del ámbito vivienda: no acceso a una vivienda propia afecta negativamente la calidad de vida del adulto mayor	Se acepta
5. Los factores de riesgo del ámbito relacional: no tener pareja, vivir solo, no reciprocidad y la deficiente interacción con familia, vecinos y amigos afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor	Se acepta parcialmente
6. Los factores de riesgo de exclusión social que afectan negativamente la calidad de vida del adulto mayor difieren respecto a edad	Se rechaza

7. Los factores de riesgo de exclusión social que afectan la calidad de vida del adulto mayor difieren respecto al género	Se acepta
8. Los factores de riesgo del ámbito de salud tienen mayor efecto negativo en la calidad de vida del adulto mayor	Se acepta
9. El apoyo social que recibe el adulto mayor por parte de la familia, vecinos y amigos tiene un efecto positivo (protector) en la calidad de vida del adulto mayor	Se acepta parcialmente
10. El apoyo familiar que recibe el adulto mayor se constituye en el principal factor protector de su calidad de vida	Se acepta
11. El apoyo familiar es una variable mediadora entre los factores de riesgo de exclusión social y la calidad de vida del adulto mayor	Se acepta parcialmente

Capítulo X

Conclusiones y Propuestas

Introducción

En el presente capítulo se incluyen las conclusiones generales del estudio respecto a la pregunta de investigación, objetivos e hipótesis planteadas, así como en relación a los principales hallazgos obtenidos con el abordaje cualitativo. Se plantean algunas propuestas en relación con los factores de riesgo identificados, tres grandes retos que se visualizan de acuerdo a los resultados del estudio que deben considerarse para lograr el bienestar de los adultos mayores de hoy y de los del futuro, fortalezas y limitaciones del estudio. Finalmente se plantean futuras líneas de investigación que permitan ampliar el conocimiento en torno a los factores que afectan la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey, N.L.

10.1 Conclusiones Generales

Los resultados del presente estudio permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación, objetivos planteados, así como a las hipótesis propuestas. Se identificó la prevalencia de factores de riesgo de exclusión social en el adulto mayor del área metropolitana de Monterrey, N.L. y su efecto en la calidad de vida.

La mayor prevalencia de factores de riesgo se atribuyó a deficiente interacción telefónica con vecinos y amigos, seguido de niveles formativos bajos, no participación en grupos sociales, no tener pareja, contar con padecimientos crónicos, deficiente interacción (reuniones) con amigos y dificultad financiera. Al analizar por género, se observó que en el ámbito económico la dificultad financiera es similar para ambos sexos, mientras que la dependencia económica es mayor para las mujeres. En el ámbito laboral y formativo las mujeres presentan mayor prevalencia de factores de riesgo, en el ámbito de vivienda el

riesgo es muy similar para ambos géneros; sin embargo, es importante destacar que fue uno de los factores de riesgo con menor prevalencia.

En el ámbito de salud las mujeres presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo. Respecto a la dependencia en las ADV y AI, aparentemente los hombres presentan mayor riesgo, sin embargo, al analizar por nivel de dependencia, una mayor proporción de mujeres presenta dependencia moderada o total, mientras que en los hombres predomina la dependencia leve. En cuanto al ámbito relacional, los hombres presentaron mayor prevalencia en la mayoría de los factores de riesgo, con excepción de no tener pareja, no reciprocidad y deficiente interacción con amigos, factores que predominaron en las mujeres. Fue evidente la deficiente interacción social de los participantes, básicamente su interacción se da con los integrantes de la familia con la que habitan, lo cual habla de que los adultos mayores tienen una escasa o débil red social.

Conforme se incrementa la edad se observa un aumento en la prevalencia de la mayoría de los factores de riesgo; se incrementa considerablemente la dependencia en AVD y AI, el no tener pareja, vivir solo y la menor interacción (reuniones) con familia, amigos y vecinos.

A pesar de la alta prevalencia de factores de riesgo en los diferentes ámbitos señalados previamente, se encontró que los adultos mayores perciben un nivel de bienestar aceptable; llama la atención, además, que al analizar los dominios de la calidad de vida el placer fue la dimensión que destacó, lo que indica que los adultos mayores muestran felicidad respecto a su vida, pudiera decirse que se han adaptado a vivir con sus condiciones sociales. El dominio que reportó la menor media fue el control – autonomía y esto se relaciona con las demandas funcionales principalmente en las actividades de tipo instrumental reportadas por los participantes. Al analizar por género, los hombres calificaron más alto el puntaje global de calidad de vida, así como los dominios de control – autonomía y autorrealización. Las mujeres reportaron un ligero incremento en el dominio de placer.

Respecto a la edad, conforme se incrementa, los adultos mayores perciben menor calidad de vida. Esto puede atribuirse a que se incrementan también las demandas funcionales y esto afecta la calidad de vida global, pero principalmente el dominio de control – autonomía.

Los factores de riesgo determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores corresponden a los ámbitos económico, vivienda, salud y relacional. En el ámbito económico los factores de riesgo determinantes son la dificultad financiera y la dependencia económica; en el ámbito de vivienda, el no disponer de una vivienda propia; en el ámbito de salud, la presencia de depresión, percepción de un estado de salud negativo, la dependencia para realizar AVD y AI, así como tener problemas de salud crónicos como osteoporosis y artritis los cuales tienen un efecto directo sobre la funcionalidad.

Respecto al ámbito relacional, los factores de riesgo son la deficiente interacción telefónica con la familia y la no reciprocidad. El vivir solo reportó un efecto positivo significativo, contrario a lo reportado en la literatura; sin embargo, esto se atribuye a que en el presente estudio los participantes que vivían solos no presentaron dificultad financiera, depresión, dependencia en AVD y AI y percibían su estado de salud como bueno. Por lo anterior es importante destacar que el vivir solo es un factor protector cuando no están presentes los factores de riesgo señalados previamente. En este mismo ámbito, el apoyo social reportó un efecto protector, pero sólo respecto al apoyo que proporciona la familia y los vecinos, los amigos no fueron una fuente de apoyo importante para los adultos mayores, sólo una escasa proporción de los participantes refirió tener amigos.

El efecto de los factores de riesgo difiere respecto al género, pero no respecto a la edad. En los hombres los factores que determinaron su calidad de vida en un 59% corresponden a apoyo familiar, de vecinos, percepción de estado de salud negativo, dependencia en AVD y AI, depresión y diagnóstico de artritis. Para las mujeres, la calidad de vida se explicó en un 47% por el apoyo familiar, percepción de un estado de salud negativo, dependencia en AI, depresión y dificultad financiera.

Como puede observarse, algunos factores difieren como es el apoyo de vecinos, la dependencia en AVD y el padecer artritis los cuales afectaron la calidad de vida de los hombres, pero no la de las mujeres, mientras que un factor importante para las mujeres y no para los hombres fue la dificultad financiera, lo cual se atribuye a su mayor vulnerabilidad en éste ámbito. Los resultados reflejan que la salud es uno de los ámbitos más preocupantes por su mayor impacto negativo en la calidad de vida.

Se pudo constatar que la familia es la principal fuente de apoyo para los adultos mayores; sin embargo, un hallazgo relevante fue que al analizar el efecto mediador del apoyo familiar, se encontró que éste es un mediador entre los factores de riesgo del ámbito de salud y el relacional y la calidad de vida. La percepción de un estado de salud negativo y la presencia de depresión, así como la deficiente interacción con la familia tienen un efecto negativo en el apoyo familiar. El apoyo familiar es consecuencia de la situación de salud de los adultos mayores así como de la interacción social y antecede a la calidad de vida. Este hallazgo es importante de considerar por las implicaciones que tiene en la calidad de vida, los adultos mayores con un esquema de salud más comprometido son los que requieren mayor interacción y apoyo; sin embargo, sus demandas de salud afectan negativamente el apoyo familiar que reciben. Así mismo, la deficiente interacción de los adultos mayores con su familia afecta negativamente el apoyo familiar, lo cual afecta la calidad de vida.

Considerando lo anterior, es evidente que el ámbito de salud y el relacional son los principales determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores, aunque se reconoce que el ámbito económico y de vivienda, también son aspectos importantes para los adultos mayores. Si bien, estadísticamente el ámbito formativo no reportó un efecto significativo, esto puede atribuirse a que se encuentra alejado de esta etapa de la vida; sin embargo, de acuerdo a los hallazgos cualitativos los adultos mayores señalaron que la falta de escolaridad limitó sus oportunidades laborales e ingresos económicos.

Desde el punto de vista cualitativo, el bienestar de los adultos mayores depende de su estado de salud, su independencia funcional, relación familiar, reciprocidad,

cumplimiento de metas y seguridad relacionada principalmente con tener una familia como fuente de apoyo, una vivienda propia y una fuente de ingresos segura. Como puede observarse, existen similitudes entre los factores identificados en los abordajes cuantitativo y cualitativo, ambos aportaron información valiosa, por un lado se pudo cuantificar el fenómeno de estudio y por otro entender el fenómeno desde el punto de vista de los participantes.

Los resultados permiten tener evidencia empírica para señalar que el envejecimiento de la población representa un problema emergente para nuestro país sobretodo por las condiciones de vulnerabilidad en las que se llega a esta etapa de la vida. Si se considera que de acuerdo a la OMS, un país cuyos habitantes de 60 años a más representan más del 10% es una sociedad envejecida, en el caso específico de Nuevo León su población de este grupo de edad es de 7.9%, podemos decir que no tenemos una sociedad envejecida, pero estamos muy cerca de estarlo. Es el momento de tomar conciencia acerca de la situación real de este sector de la sociedad y tomar medidas efectivas en relación con los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida en busca de mejorar el nivel de bienestar de los adultos mayores.

Se requiere además, buscar estrategias que permitan a las futuras generaciones de adultos mayores llegar a esta etapa de la vida con una menor prevalencia de factores de riesgo de exclusión social que les impidan desarrollarse como ciudadanos. Es importante considerar que envejecer representa un privilegio, pero envejecer activamente y saludable representa un gran desafío.

10.2 Retos

El análisis de la información presentada previamente, plantea tres grandes retos que se consideran fundamentales de acuerdo a los resultados obtenidos:

a) Inclusión social de todos los adultos mayores: se requiere garantizar que todos los adultos mayores gocen de los derechos y garantías de la vejez. Entre sus derechos se

consideran de acuerdo a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002) aspectos relacionados con vivienda, alimentación, agua, vestido, servicios de salud, oportunidad de trabajo, vivir en entornos seguros, adaptables a sus preferencias y a sus capacidades en continuo cambio, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afectan su bienestar, disfrutar de los cuidados y de la protección de la familia y la comunidad, contar con espacios libres de barreras arquitectónicas para el fácil acceso y desplazamiento, servicios de salud preventivos y de tratamiento, recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza, discapacidad y otras condiciones y finalmente, vivir con seguridad, libre de explotación, maltrato físico y mental

b) Fortalecimiento de las redes familiares y en especial donde habitan los adultos mayores con alteraciones en la funcionalidad, en su salud mental y que carecen de recursos para satisfacer sus necesidades. Es necesario contar con leyes efectivas que fortalezcan y apoyen en el ámbito económico, social y en las demandas de salud a las familias donde habitan los adultos mayores.

Si bien actualmente las familias juegan un rol fundamental en el soporte de la población adulta mayor y tienden a subsanar los servicios que debería ser prestados por instituciones de salud, gobierno, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, es importante considerar que los adultos mayores con esquemas de salud complicados y que no cuentan con una red familiar fortalecida tienen mayor riesgo de que se vea afectado el apoyo familiar que reciben. Aunado a esto, es importante considerar los cambios en la estructura familiar, las futuras generaciones tendrán una red familiar con menos integrantes que puedan apoyar.

c) Garantía para las futuras generaciones de contar con las condiciones necesarias para un envejecimiento activo y saludable, se requiere asegurar desde las etapas tempranas de la vida la salud (acceso a los servicios de salud y garantizar una atención de calidad),

educación (considerar que un nivel formativo bajo tiene repercusiones en el ámbito laboral, económico y de salud), acceso al mercado laboral, competencias laborales (desarrollo profesional, competitividad), garantía de pensiones dignas y acceso a vivienda propia, aspectos importantes que les permitan envejecer con un panorama más alentador, con menos factores de riesgo que afecten su calidad de vida.

Los retos para lograr el bienestar de la población adulta mayor son diferentes a los que enfrentan otros sectores de la población y podríamos decir que además de diferentes, si se consideran las características específicas de los adultos mayores y factores de riesgo señalados previamente, son prioritarios. En la medida que los actores sociales (adultos mayores, familia, sociedad civil y gobierno) participen y se comprometan para superarlos, se podrá lograr mejorar sus condiciones de vida y por ende la calidad de vida de este importante sector de la población.

10.3 Aportaciones Teóricas y Prácticas de la Investigación

Los resultados del presente estudio tienen implicaciones importantes para la teoría y para la práctica. La principal aportación teórica corresponde a la medición de un modelo de exclusión social específico para adultos mayores donde se integraron factores de riesgo derivados de un modelo de exclusión social (Subirats & Goma, 2003), de investigación previa realizada en adultos mayores, así como de los resultados cualitativos del presente estudio. La amplia revisión de literatura así como los hallazgos cualitativos permitieron la incorporación al modelo de exclusión social de factores de riesgo específicos para los adultos mayores e importantes para ser considerados en estudios posteriores, que permitan validar el efecto de estos factores en adultos mayores que habiten en diferentes contextos sociales. Esta información aporta conocimiento al área de la gerontología en relación con los principales factores de riesgo que afectan a los adultos mayores.

En cuanto a las aportaciones prácticas los hallazgos permiten tener una mayor claridad en el contexto social de los adultos mayores. Se cuenta con un panorama general del perfil de los adultos mayores del área metropolitana de Monterrey, el cual pone de manifiesto las necesidades reales de este grupo poblacional y la evidencia empírica como soporte para el diseño y rediseño de políticas sociales y de salud que respondan a estas necesidades y contribuyen a mejorar el nivel de bienestar de los adultos mayores.

A continuación se plantean propuestas de políticas públicas acordes a la realidad del adulto mayor con el objetivo de desarrollar planes, programas y acciones efectivas tendientes a reducir los principales factores de riesgo de la población geriátrica y lograr una mayor inclusión de este grupo en la sociedad y favorecer su calidad de vida.

10.4 Propuestas

Ámbito de salud

1. Establecer políticas de salud que contribuyan a adaptar el sistema de salud a los nuevos requerimientos de la sociedad y a la modificación de los modelos de atención que respondan a las necesidades reales de los usuarios. Entre los modelos de atención que se han implementado en algunos países como Estados Unidos, Canadá y Argentina y que han demostrado ser efectivos en relación con la atención al adulto mayor se puede señalar el Modelo de Manejo de Casos (Case Management).

Este modelo está orientado a la coordinación de todas las instancias y actores involucrados en el cuidado del adulto mayor. La atención se dirige a través de un plan de atención individualizado el cual permite identificar incidentes claves o críticos que ponen en riesgo la salud de los adultos mayores. Este modelo ha demostrado ser efectivo en poblaciones especiales como en el caso de los adultos mayores dependientes, pero también en poblaciones saludables donde el objetivo del cuidado es la promoción y preservación de la salud.

Otro recurso que ha sido de utilidad para asegurar la atención a este grupo de población sobretodo a los que tienen demandas de salud específicas como en el caso de los adultos mayores dependientes y con trastornos cognitivos es la creación del Hospital de Día como metodología de inserción social para el adulto mayor. Esta metodología utiliza un Modelo de Gestión basado en el cuidado participativo y coordinado entre los profesionales de la salud, la familia, los cuidadores y el propio adulto mayor; la concentración de los adultos mayores y de los principales involucrados en la atención permite lograr resultados de calidad así como una reducción notable de los costos de la atención, evaluados a través del costo – beneficio.

2. Generar propuestas de comunicación y coordinación intersectorial entre las variadas instituciones involucradas en la atención al adulto mayor de tal forma que se garantice la organización, interrelación y coordinación entre las instituciones y se evite la duplicidad de acciones entre los diferentes sectores. Por ejemplo, establecer medidas de coordinación entre Secretaría de Salud, IMSS, SNDIF, de tal forma que no dupliquen sus acciones, pero si sean complementarias.

3. Mayor asignación del Producto Interno Bruto (PIB) destinado a la salud, México invierte el 6.5%, proporción inferior a la reportada por países donde las condiciones de salud de los adultos mayores son más favorable como es el caso de Estados Unidos, Canadá, Francia, entre otros.

4. Fortalecer los programas de salud preventivos que permitan identificar oportunamente los problemas de salud en los adultos mayores, sobretodo en relación a los principales problemas de salud que caracterizan a este grupo poblacional.

5. Garantizar el acceso a los servicios de salud y una atención de calidad, cobertura total y servicios geriátricos especializados que les permitan recibir una atención diferenciada, acorde a sus necesidades.

6. Diseñar políticas institucionales que establezcan que la atención a los adultos mayores debe ser proporcionada por personal profesional con especialidad en geriatría o gerontología, certificados para proporcionar una atención de calidad.

7. Establecer programas de vigilancia farmacológica en el hogar, los adultos mayores son los principales consumidores de fármacos por sus padecimientos crónicos y pluripatologías. El inadecuado manejo farmacológico es un factor de riesgo que incrementa el riesgo de caídas, una de las principales causas de hospitalización en este grupo. Las caídas afectan la funcionalidad tanto en las AVD como en las de tipo instrumental, aspectos importantes para la calidad de vida de los adultos mayores.

8. Valoración de la presencia de síntomas depresivos en toda interacción que tenga el adulto mayor con las instituciones de salud. Considerar que existe un subregistro de este diagnóstico, las prevalencias que se reportan, son inferiores a la realidad y de acuerdo a los hallazgos, la presencia de depresión es un importante factor de riesgo que afecta la calidad de vida de los adultos mayores y que además afecta el apoyo familiar.

9. Establecer en adultos mayores ambulatorios valoraciones sistemáticas de la capacidad funcional que permitan identificar oportunamente las pérdidas funcionales que afectan su independencia y autonomía. Integrar oportunamente a programas de rehabilitación a los adultos mayores identificados con alteraciones, de tal forma que se estimule su participación activa y lo desafíen a evitar el decline funcional.

10. Establecer medidas de aseguramiento de la calidad y seguridad de la atención en las instituciones del IMSS, por ser la dependencia responsable de brindar atención de salud al mayor número de adultos mayores del área metropolitana de Monterrey, N.L.

11. Diseñar propuestas de políticas públicas que permitan desarrollar en el adulto joven y en las etapas previas a la de adulto mayor, planes, programas y acciones efectivas tendientes a promover el envejecimiento activo a través del desarrollo de medidas preventivas (ejercicio, dieta, estilos de vida saludables, yoga, meditación, entre otras) que

permitan llegar a esta etapa de la vida saludables y con menores limitaciones funcionales las cuáles están directamente relacionadas con el nivel de bienestar.

Ámbito relacional

1. Generar redes sociales efectivas integradas por actores sociales de los diferentes grupos de edad: niños, adolescentes, adulto joven, adulto maduro y adultos mayores que interactúen con los adultos mayores y se constituyan en fuente de apoyo ante las demandas que se les presenten. Considerar que si bien, en nuestro país la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo, esto puede modificarse en respuesta a los cambios en la estructura familiar.

2. Establecer políticas claras que especifiquen el compromiso de la sociedad en general para contribuir a mejorar el bienestar de los adultos mayores. Es necesario establecer alianzas con la sociedad en general donde la meta este enfocada a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores con participación de todos los involucrados: el propio adulto mayor, la familia, la sociedad en general y el sistema político, de tal forma que en conjunto contribuyan a mejorar la calidad de vida y lograr el mayor bienestar.

3. Fortalecer los lazos familiares y la interacción entre los miembros de la familia; el deterioro de la relación familiar puede ser un detonante de determinados procesos de exclusión social con impacto en la calidad de vida.

4. Revalorizar el papel social y familiar de los adultos mayores. En los hallazgos cualitativos los participantes refirieron que se ha deteriorado la imagen social de los adultos mayores. El llegar a esta etapa de vida es sinónimo de inutilidad y estorbo, es importante transformar socialmente la imagen negativa de la vejez.

5. Mantener vigentes programas que favorezcan por un lado la interacción social (uno de los principales factores de riesgo reportados en el presente estudio) y por otro, la

actividad física: baile, yoga, aerobics, aquaerobics, etc. Es importante fortalecer la interacción social de los adultos mayores, existe evidencia de que el aislamiento está relacionado con sentimientos de tristeza y la presencia de síntomas depresivos.

6. Establecer programas de apoyo a cuidadores vinculados con programas de atención domiciliaria. Los responsables del cuidado a los adultos mayores, sobretodo de los que tienen importantes demandas funcionales presentan un desgaste o carga importante ante las demandas de los adultos mayores y esto puede alterar su estado de salud físico y emocional.

Ámbito económico:

1. Considerando que existen adultos mayores que no disponen de ingresos lo que los convierte en dependientes, principalmente de la familia y que los adultos mayores que si perciben ingresos reportan que éstos son insuficientes, es importante un mayor esfuerzo político en relación al sistema de jubilaciones y pensiones que existe en nuestro país. Se requieren políticas adecuadas de jubilaciones y pensiones que faciliten su adaptación a esta etapa de la vida y garanticen que los adultos mayores sean independientes económicamente de la familia y la sociedad.

Ámbito laboral:

1. Oportunidad laboral en el mercado formal a los adultos mayores que se encuentre física y mentalmente en condiciones para desempeñar la actividad laboral. Considerar que los adultos mayores que trabajan en el mercado informal perciben ingreso más bajos, esporádicos y se enfrentan a riesgos laborales.

2. Adaptar las condiciones de la estructura organizacional a las características y demandas funcionales de los adultos mayores.

3. Establece en forma permanente una bolsa de trabajo para los adultos mayores, si bien algunas empresas comerciales han iniciado esfuerzos, es importante ampliar las oportunidades y garantizar un ingreso seguro.

4. Generar en las instituciones laborales equipos de trabajo integrados por personal joven con dominio de las nuevas tecnologías y adultos mayores con experiencia en los procesos. Potencializar los resultados del trabajo uniendo juventud con destrezas y madurez con experiencia en la resolución de problemas.

Ámbito formativo:

1. Mantener como nivel de exigencia en las generaciones en etapa de formación un nivel mínimo de técnico superior universitario como una medida que tenga beneficios a futuro en el ámbito económico, laboral, vivienda y salud.

Ámbito de vivienda:

1. Establecer programas de vigilancia a las viviendas donde habiten adultos mayores con la finalidad de identificar oportunamente factores de riesgo de lesiones. De acuerdo a la literatura, el hogar es el sitio donde se presenta la mayor ocurrencia de lesiones sobretodo por ser el lugar donde pasan la mayor parte del tiempo.

2. Garantizar el acceso a una vivienda propia, establecer medidas que permitan al adulto joven contar con este patrimonio. En los hallazgos fue común encontrar de dos a tres hijos casados viviendo con los adultos mayores por no disponer de vivienda propia.

Género

1. Los hallazgos en relación a las diferencias en el bienestar de acuerdo al género son importantes de considerar, la perspectiva de género debe ser considerada en el

desarrollo de políticas, sobretodo por la mayor vulnerabilidad de las mujeres quienes presentan mayores dificultades económicas, mayor morbilidad y mayores limitaciones funcionales y en general, de acuerdo a la evidencia empírica mayor prevalencia de factores de riesgo en los diferentes ámbitos de exclusión social, lo cual coloca a las mujeres respecto a los hombres en mayor desventaja social y de salud. Esta situación de salud de las mujeres tiene un impacto económico a nivel individual, familiar e institucional debido a la demanda de mayores cuidados especiales, mayor uso de servicios de salud y un mayor costo en la atención por los requerimientos de atención especializada.

2. Generar propuestas de políticas públicas diferenciales para hombres y mujeres (equidad de género) que respondan a los requerimientos y necesidades específicas para cada grupo.

10.5 Limitaciones del Estudio

Los resultados del presente estudio sólo pueden generalizarse al adulto mayor del área metropolitana de Monterrey y no a los adultos mayores del estado de Nuevo León, esto debido a que los participantes habitan en el área urbana, no se consideró el área rural donde las condiciones de los adultos mayores pueden ser diferentes. De acuerdo a lo reportado en la literatura las características y el significado del envejecimiento adquieren formas específicas de acuerdo al contexto social en donde se produce.

10.6 Futuras Líneas de Investigación

- Profundizar en el análisis cualitativo, este acercamiento permite identificar aspectos importantes para grupos específicos de adultos mayores que pueden posteriormente ser medidos cuantitativamente y ayudar a identificar otros aspectos importantes que expliquen la calidad de vida de los adultos mayores.

- Desarrollar estudios de evaluación del impacto real de programas y líneas de acción que se han desarrollado hasta el momento a favor del adulto mayor sobretodo en cuanto al ámbito de salud y relacional. Identificar qué aspectos requieren ser reestructurados y considerados en el rediseño de políticas debido a que no están contribuyendo a mejorar las condiciones de vida y de salud de este importante sector de la población.

- Ampliar la investigación en relación a la reciprocidad, cumplimiento de metas, pérdidas y espiritualidad o religión como aspectos importantes para la calidad de vida de los adultos mayores. En el abordaje cualitativo estos aspectos fueron destacados por los adultos mayores participantes.

- Realizar una réplica del estudio en áreas rurales donde las condiciones de vulnerabilidad son diferentes y demandas acciones específicas que respondan a sus verdaderas necesidades.

Referencias

- Aberg, A.C., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K. & Lithell, H. (2005). Quality of life. A quality study of patient's perceptions. *Journal American Community Psychology*. 14 (4), 1111-1125.
- Albalá C., Lebrano, M.L, León, E.M., Ham, R., Hennis, A.J., Palloni, A., et al. (2005). Encuesta salud, bienestar y envejecimiento. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5), 307-322.
- Alvarez, R.A. & Rodríguez, A.R. (2002). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor en un área de salud. *Revista Internacional Psiquiatria.com*. 2002, 1-4.
- Ávila-Funes, J., Melano-Carranza, E., Payette, H. & Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factores de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*. 49(5), 367-375.
- Avlund K., Damsgaard, M.T. & Holstein, B., Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70 –year-old men and women in Denmark. (1998). *Social Science Medical*. 47(5), 635-643.
- Avlund K., Damsgaard, M.T., & Osler, M. (2004). Social position and functional decline among non-disabled old men and women. *European Journal of Public Health*. 14 (2), 212-216.
- Avlund, K., Due, P., Holstein, B.E., Sonn, U., & Laullanen, P. (2000). Changes in household composition as determinant of changes in functional ability among old men and women. *Aging Clinical and Experimental Research*. 14(3), 65-74.
- Avlund, K., Holm-Pedersen, P., Morse D.E., Viitanen, M., & Winblad, B. (2003). Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. *Community Dent Oral Epidemiol*. 31, 454-462.
- Avlund, K., Holstein, B., Heikkinen, R-L., & Schroll, M. (1997). Social relations and functional ability: a comparative study of 75-year-old men and women in three Nordic localities. *Facts, Research and Intervention in Geriatrics*. 1-14.

- Avlund, K., Holstein, B., Osler, M., Damsgaard, M.T., Holm-Pedersen P., & Rasmussen, N.K. (2003). Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. *Scandinavian Journal Public Health*. 31, 126-136.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B.E., & Due, P., (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 38, 85-99.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B.E., Due, P., Sakira-Rantala, R. & Heikkinen, R-L. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 59B (1), S44-S51.
- Azpiazu, G. M., Cruz, J.A., Villagrasa, F. J., Abanades, H. C., García, M.N. & Alvear, V. F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*. 76(6), 683-699.
- Bardach, E. (1998). Los ocho pasos para el análisis de Políticas Públicas. Un manual para la práctica. México, Centro de Investigación y Docencia Económicas: Porrúa.
- Barros, C. (1994). Aspectos Sociales del Envejecimiento. En: La atención a los ancianos, un desafío para los años noventa. *Publicación Científica*, 546. Washington: OPS.
- Breeze, E., Jones, D., Wilkinson, P., Latif, A., Bulpitt, Ch. & Fletcher, A. (2004). Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position: baseline data from a randomized controlled trial. *Journal Epidemiology. Community Health*, 58, 667-673.
- Bond, J., Coleman, P. & Peace, S. (1996). *Ageing in Society*. London: Sage Publications.
- Bott, E. (1990). *Familia y red social. Roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Madrid: Taurus Humanidades.
- Cardona, A. D., Estrada, R. A. & Agudelo, G. H. (2002). Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Investigación y Educación en Enfermería*. 21(2), 80 – 91.

- Casado, J.M., González, N. Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J. & Gómez-Calcerrada, R.M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria*. 28(3), 167-174.
- Castro, L.M., Ramírez, Z.S., Aguilar, M.L., & Díaz de Anda V. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurol Neurocir Psiquiat*. 39(4), 132-137.
- Consejo Estatal de Población. COESPO, (2006). Informe Oficial. Recuperado de ww.coespomor.gob.mx
- Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos (2004). Ley de Asistencia Social
Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos (2004). La ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México.
- Consejo Nacional de Población (2005). Informe de Ejecución 2001 – 2003 del Programa Nacional de Población 2001 – 2006. Recuperado de www.conapo.gob.mx
- Congreso Nacional de Población. CONAPO, (2000). Informe Oficial. Recuperado de www.conapo.gob.mx
- Corrales, F. E., Tardón, G. A. & Cueto, E. A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*. 2(12), 171-175.
- Cox & Bottoms (2004). Public Health and the Older Person. *Journal of Community Nursing*. 18(12), 10-22.
- Chappel, N. (1992). *Social Support and Aging*. Butterworths Perspectives on Individual and Population Aging Series.
- Chin, W. W. (1998). The Partial Least Squares Approach for Structural Equation Modeling. *Modern Methods for Business Research* , 295 - 336.
- Chin, W., & Newsted, P. (1999). Structural equation modeling analysis with small samples using partial least squares. *Statistical Strategies for Small Sample Research* , 307-341.

- Drummond, M., O'Brien, B., Stoddart, G. & Torrance, G. (2001). *Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). *nQuery Advisor Program*, Versión 4.0.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Society Scientific Medical*. 41(10), 1439-1446.
- Ferrado, J., Nebot, M., Borell, C. & Egea, L. (1996). Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de 60 años a más. *Gaceta Sanitaria*. 10, 174-182.
- Flórez, L. J. (2003). Las crisis del envejecer. *JANO Extra*. LXV (1495): 1474-1463.
- Freedman, V.A., Crimmins, E., Schoeni, R.F., Spillman, B.C., Aykan, H., Kramarow, E. et al. (2004). Resolving inconsistencies in trends in old-age disability: report from a technical working group. *Demography*. 41(3), 417-441.
- Fuentes, M.L.(1998). Vulnerabilidad y Asistencia Social en México. *La asistencia social en México. Historia y perspectivas*. México: Milenio. 327.
- Geerling, S.W., Beekman, A.T., Deeg, D.S., Twisse, J.W. & Van T.W. (2001). The longitudinal effect of depression on functional limitations and disability in older adults: an eight wave prospective community based study. *Psychology Medical*. 31(8), 1361-1371.
- Gutiérrez, R. L. M. (2004). Bases epidemiológicas y fuentes de información para el diseño de políticas de atención a la salud de los adultos mayores en México. En O. Muñoz, P. C. García & A. L. Durán. (Eds), *La salud del adulto mayor* (pp. 105-115). México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS].
- Hallberg, I. & Kristensson, J. (2004). Old People and support family. *International Journal of Older People Nursing*. 13(6b), 112-120.
- Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México.

- Salud Pública*, 38, 409 – 413.
- Hao, Y. (1997). Old –Age support and care in China in the early 1990´s. *Journal Asia Pacific Viewpoint*. 38 (3).
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R. & Blane, D. (2003). Researching Quality of Life in Early Old Age: The Importance of the Sociological Dimension. *Journal Social Policy & Administration*. 37(3), 239-252.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México, D.F. :INEGI, 2001.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). II Conteo de Población y Vivienda 2005. *Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos Tomo I*. México, D.F. :INEGI
- Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP), 2003. *Procesos de exclusión social y nuevas políticas para la inclusión*. Informe realizado en convenio con el Institut d'Estudis Autòmics de la Generalitat de Catalunya.
- Kane, R. , Ouslander, J. & Abrass, I. (2001). *Geriatría Clínica*. 4 a ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 3-16.
- Kington, R., Lilliard, L. & Rogowski, J. (1997). Reproductive History, Socioeconomic Status and Self –Reported Health Status of Women aged 50 years or older. *American Journal of Public Health*. 87(1), 33-37.
- Koukoulis, S., Vlachonikolis, I.G. & Philalithis, A. (2002). Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Services Research*. 2(20).1-13.
- Lara M.C., Ramos-Cerqueira, A., Pereira, L.M. & Rodrigues, T. A. (2008). Depressive symptoms among elderly inpatients of a Brazilian university hospital: prevalence and associated factors. *International Psychogeriatrics*. 20(5), 1028-141.
- Lawton, P. & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontology*. 9, 179-186.

- Levi & Anderson (2001). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>.
- Lévy, J. P. & Varela, J. (2003). *Multivariate Analysis for Social Science*. (D. Fayerman, Ed.) Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
- Liao, Y., McGee, D., Cao, G. & Cooper, R. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. (2001). *Journal American Geriatric*. 49(4), 443-449.
- Lindley, P. & Noble, W.S. (1993). Theoretical and Methodological Differentiation of Moderation and Mediation. *Nursing Research*. 42(5), 276-279.
- Lomnitz, L. (2001). Redes sociales, cultura y poder. *Ensayos de Antropología Latinoamericana*. México: Flacso: Porrúa.
- López, F. (2004). La Investigación en Políticas de Salud. *Salud Pública de México*. 35(4), 354-357.
- Low, G. & Molzahn, A. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*. 30(2), 141-151.
- Luque, M. T. (2000). *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*. España: Ediciones Pirámide.
- Machinea, J. L. (2005). Seguridad social: el próximo desafío. *Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas: CEPAL.
- Maguire, L. (1980). The Interface of social workers with personal networks. *Social work with groups*. 3, 39-49.
- Manton, K.G. (2008). Recent declines in chronic disability in the elderly. U.S. population: risk factors and future dynamics. *Annual review of public health*. 29, 91-113.
- Meléndez, J. & Zarco, F. (2003). Ingresos por pensiones y condición de ocupación laboral de los adultos mayores de México. En Muñoz O. García, C. & Durán, L. (Eds.). La salud del adulto mayor (255-266). México, D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, D. E., Marín, C. & Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17(5-6), 1-15.
- Mendoza, N. V. M. (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. as personas de 50 y más años. En V. N. Salgado & R. Wong. (Eds.), *Envejeciendo en la pobreza* (pp. 57-80). México D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Merck, S. (2005). *Manual Merck de Información Médica para el hogar*. (2ª. ed). España: Dohme.
- Miedema, B. & De Jong, J. (2005). Support for very old people in Sweden and Canada: the pitfalls of cross-cultural studies; same words, different concepts?. *Health & Social Care in the Community*. 13(3), 231-238.
- Montes de Oca, Z. (2005). Redes Comunitarias, género y envejecimiento. *Cuadernos de Investigación*. 31. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM: México.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa. *Revista MHSalud*. 1(1), 1-11.
- Moragas, R. (1991). Gerontología Social. *Envejecimiento y Calidad de Vida*. Barcelona: Herder.
- Muñoz, O., García, P.C. & Durán, A.L. (2004). *La salud del adulto mayor*. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS].de México.
- Murria, C.J. & Frenk, N.J.(2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organization*. 78, 717-731.
- Natalicio, J.C. (2000). Calidad de Vida en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica*. 3(9), 12-20.

- Neupert, R. (2002). Envejecimiento y vulnerabilidad: Los adultos mayores que viven solos. *Estadística y Economía*. 22, 34-57.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Departamento de Promoción de la Salud. *Salud y Envejecimiento*. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial. España.
- Organización de Naciones Unidas (2002). Advanced Unedited copy of international Plan of Action on Ageing. Recuperado el 12 de Mayo de 2005, de:
<http://www.onu.org/documentos/documen.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. *Educación Médica y Salud*. 26(3), 295-407.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). Perfil de las condiciones de salud de los adultos mayores de América Latina y el Caribe. *Boletín Epidemiológico*, 18(2).
- Organización Panamericana de la Salud (2000). Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. *Revista Panamericana Salud Pública*. 7, 60-67.
- Patrick, D.L., Kinne, S., Engelberg, R.A. & Pearíman, R.A. (2000). Quality of life. *Journal Clinical Epidemiology*. 53(8), 779-785.
- Peláez, M. (2005). La vejez debe mirarse con un enfoque familiar. *Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas: CEPAL.
- Peláez, M., Palloni, A. & Ferrer (1999). *Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe*. OPS/OMS.
- Peláez, M., Pratts, O., Palloni, A., Hennis, A.J., Ham-Chande, R., León Díaz, E.M., Lebrao, M.L. & Albala, C. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5-6), 307-322.
- Pelcastre, V.B. & Márquez, S.M. (2006). El significado de la vejez en adultos mayores que viven en condiciones de pobreza extrema en de cuatro ciudades del país. En V. N.

- Salgado & R. Wong. (Eds.), *Envejeciendo en la pobreza* (pp. 135-152). México D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª ed). México: McGraw – Hill Interamericana.
- Programa Nacional de Población, 2001 - 2006. Recuperado en Mayo del 2005 de:
<http://www.conapo.gob.mx/pnp-pdf/>
- Rappaport, A. M. & Parikh, A. (2003). Living to 100 and Beyond. Implications of Longer Life Spans. *Benefits Quarterly*, 2, 27-36.
- Requena, S. & Avila - Muñoz, F. (2002). Redes sociales y sociolingüística. *Estudios de Sociolingüística*. 3(1). 71-90.
- Resano, P. E. & Olaiz, F. G. (2003). Las personas de 50 y más años. En V. N. Salgado & R. Wong. (Eds.), *Envejeciendo en la pobreza* (pp. 23-36). México D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ribeiro, F.M. (2002). Vejez, Familia y Política Social. *Perspectivas Sociales*. 4(1). Monterrey, N.L.: Facultad de Trabajo Social, UANL, The University of Texas at Arlington y School of Social Work, The University of Texas at Austin. 147-167.
- Ringle, C.M., Wende, S. & Will, S. (2005). *Smart PLS 2.0 (M3)*. Beta, Hamburg.
<http://www.smartpls.de>
- Rositas, J. (2005). Factores críticos de éxito en la gestión de calidad y su grado de presencia e impacto en la industria manufacturera mexicana. Disertación doctoral no publicada, Universidad Autónoma Nuevo León, Monterrey.
- Rubio, H.R., Aleixandre, R.M. & Cabezas, C.J. (1997). Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. *Geriatrka*. 13, 271-281.
- Salgado, S. V. N. (2003). Envejecimiento, género y pobreza en México rural. Las personas de 50 y más años. En V. N. Salgado & R. Wong. (Eds.), *Envejeciendo en la pobreza* (pp. 37-56). México D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Salgado, S.V.N.& Wong, R. (2004). *Envejeciendo en la pobreza*. México D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Salgado, S.V.N. & Wong, R. (2006). *Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana*. México D.F. : Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sanhueza, P. M., Castro S. M.& Merino, E. J. (2005). Adultos Mayores Funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería XI*. 2, 17-21.
- Schwab, A. J. (2007). *Solving Homework Problems in Data Analysis II*. Recuperado el Monday de September de 2008, de www.utexas.edu:
http://www.utexas.edu/courses/schwab/sw388r7_spring_2007/SolvingProblemsInSPSS/Solving%20Principal%20Components%20Analysis%20-%20Complete%20Analysis.ppt
- Secretaría de Salud (2000). *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Fundamentos*. México: Subsecretaría de Innovación y Calidad.
- Secretaría de Salud. (1994). *Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Leyes y Códigos de México: Ley General de Salud (11 ed.) México.: Porrúa. pp. 414-438.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncá, S., Rué, M. & Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*. 15(3), 217-223.
- SIGMA (2000). *Mercados Potenciales 2000. El Mercado de los Consumidores Mexicanos por Niveles Socioeconómicos*. *Estudios de Mercado y Consultoría de Negocios*. México, Centro América & Caribe.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2005). *Marco Referencial sobre Perspectiva Familiar y Comunitaria*. México, D.F.
- Slingerland, A.S., Frank, J.L., Lenthe, F.J., Wouunter, J.J., Kamphuis, C.B., Looman, C., et al. (2007). Aging, retirement and changes in physical activity: prospective cohort

- findings from the globe study. *American Journal Epidemiology*. 165(12), 1356-1363.
- Sorensen, L.V., Axelsen, U. & Avlund, K.(2002). Social participation and functional ability from age 75 to age 80. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 9, 71-78.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Procedures and Techniques*. Thousand Oaks, Sage.
- Subirats, J. (2002). Dimensiones de la exclusión social. Los factores territoriales y comunitarios en las políticas de inclusión en Área Social. *Revista Semestral del Colegio Oficial de diplomados en trabajo social y asistentes sociales de Castilla*, (2).
- Subirats, J. & Goma, R. (2003). *Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social*. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas. España: Edición Plataforma de ONGs de Acción Social.
- Tavares, A. (1994). Enfermedades Mentales. En: La atención a los ancianos, un desafío para los años noventa. *Publicaciones Científicas 546*. Washington: OPS.
- Turner, G., Robert, J., Hagan, H. C., Denny, C. & Buchwald, D. (2006). Determinants of Health –Related Quality of Life Among Older American Indians and Alaska Natives. *Journal of Applied Gerontology*. 25(1), 73-83.
- Varela, P., Ortíz S. & Chávez, J. (2003). Características de los trabajos científicos nacionales en geriatría y gerontología, 1980 – 2001. *Revista Médica Herediana*, 14 (1), 1-7.
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*. 44(4), 349-361.
- Vera, N. J., Sotelo, Q. T. & Domínguez G. M. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*. 7(002), 57-78.

- Villanueva, L.A.(2000). Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. *Revista Hospital General Doctor Manuel Gea González*. 3 (3), 18-26.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D.M., & Gandek, B. (2002). *How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey (With a Supplement Documenting Version 1)*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A. (2007). Adultos mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento . *Salud Pública de México*. 49(4), 437-447.
- Zimet, G.(1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.

Apéndices

Apéndice A

Ámbitos, Espacios y Factores de Exclusión Social.

Una propuesta de Operacionalización del Concepto

Ámbito	Espacio	Factor
Económico	Renta	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza económica - Dificultades financieras del hogar - Dependencia de la protección social - Sin protección social
Laboral	Acceso al mercado laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Desempleo - Subempleo - Imposibilitación
	Condiciones Laborales	<ul style="list-style-type: none"> - Precariedad
Formativo	Capital Formativo	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabetismo - Niveles formativos bajos - Fracaso escolar - Abandono del sistema educativo - Barrera lingüística
Sociosanitario	Morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades que provocan exclusión social: Padecimientos Crónicos, padecimientos que generan discapacidad - Enfermedades que sufren los colectivos excluidos: enfermedades infectocontagiosas, sida, VIH, sífilis, etc.
Vivienda	Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso en precariedad

	Condiciones de la Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - No acceso - Malas condiciones de la vivienda - Malas condiciones de la habitabilidad
Relacional	<p>Redes familiares</p> <p>Redes Sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia o maltrato - Deterioro de las redes familiares - Escasez o debilidad de las redes familiares: núcleos familiares encabezados por una persona con otros dependientes a su cargo, personas que no viven en un núcleo familiar (propio), núcleos familiares unipersonales (personas que viven solas) - Escasez o debilidad de las redes sociales: escasez de espacios de contacto interpersonal, escasa red de amistades, escasez de contactos interpersonales

Fuente: Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (2003).

Apéndice B

Factores de Riesgo de Exclusión Social en el Adulto Mayor

Factor	Espacio	Factor de Riesgo
Económico	Renta	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades financieras del hogar - Dependencia económica (familiar o de la protección social)
Laboral	<p>Acceso al Mercado Laboral</p> <p>Condiciones Laborales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desempleo - Subempleo - Imposibilitado para laborar - No jubilación ni pensión - Adultos mayores que trabajan en el mercado informal en condiciones de Precariedad (vendedor ambulante, vendedor de crucero)
Formativo	Capital Formativo	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabetismo - Niveles formativos bajos
Sociosanitario	Morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> - No acceso a seguridad social - Padecimientos crónicos - Pluripatologías - Percepción de estado de salud negativo - Nivel funcional dependiente - Dependencia funcional parcial - Depresión

		- Deficiente o nulo apoyo proporcionado por la sociedad: vecinos, amigos, personas cercanas al adulto mayor
--	--	---

Fuente: Elaboración Propia

Apéndice C

Carta de Consentimiento Informado

Título del Estudio

Factores de Riesgo de Exclusión Social Determinantes de la Calidad de Vida del Adulto Mayor del Área Metropolitana de Monterrey, N.L.

Introducción y Propósito

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación titulado “Factores de Riesgo de Exclusión Social Determinantes de la Calidad de Vida del Adulto Mayor del Área Metropolitana de Monterrey, N.L.”. Se me ha explicado que el propósito del estudio es conocer mi opinión acerca de los aspectos que considero afectan mi bienestar. Sé que voy a contestar dos cuestionarios y que me harán una entrevista.

Procedimiento

Comprendo que los participantes seremos adultos mayores, se me explicó que es necesario grabar las entrevistas, a lo cual accedo, pues se me señaló que se mantendrán en privacidad.

Riesgos

Se me ha explicado que este estudio no tendrá riesgos, ya que únicamente se me harán preguntas relacionadas con mis condiciones de vida y los aspectos que considero afectan mi bienestar.

Participación Voluntaria/Abandono

Tendré derecho a terminar mi participación en cualquier momento, si así lo decido sin que se tomen represalias en mi persona o en algún miembro de mi familia

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con

la maestra María Guadalupe Moreno Monsiváis, al teléfono 83 48 18 47 en un horario de lunes a viernes de 9:00 AM a 6:00 PM.

Confidencialidad

Se me explicó que los datos sobre mi participación se tomarán de manera anónima por lo que serán confidenciales.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio; así mismo, me informó que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento si así lo deseo.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador

Fecha

Apéndice D

Cédula de Datos de Identificación

Número de entrevista _____

Domicilio _____

Dirección

Colonia

Municipio

Estado

Teléfono _____

1. Edad: _____ años**2. Sexo**Masculino Femenino **3. Estado Civil:**Soltero Separado Casado Divorciado Viudo Unión Libre **4. Lugar de Origen:** _____

Apéndice E

Instrumento de Factores de Riesgo de Exclusión Social en el Adulto Mayor

Indicación para el entrevistador: Marque alguna de las opciones que se proporcionan y en las preguntas abiertas conteste lo que se solicita.

I. Ámbito Económico

1. Fuentes de ingreso

Sueldo	<input type="checkbox"/>	Aportes familiares	<input type="checkbox"/>
Pensión	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>
Jubilación	<input type="checkbox"/>		

Otras fuentes de ingreso: _____

2. Ingreso Económico Mensual:

Sueldo \$ _____

Pensión \$ _____

Jubilación \$ _____

Aporte Familiar \$ _____

Otro aporte \$ _____

Ninguno _____

3. ¿Cómo distribuye su ingreso económico mensual?

Vivienda (renta o mensualidad) \$ _____

Servicios \$ _____

Alimentación \$ _____

Diversión \$ _____

Salud \$ _____

Otro \$ _____

II. **Ámbito Laboral**

4. Ocupación u oficio:

Empleado	<input type="checkbox"/>	Obrero	<input type="checkbox"/>
Pensionado	<input type="checkbox"/>	Jubilado	<input type="checkbox"/>
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Desempleado	<input type="checkbox"/>
Vendedor ambulante	<input type="checkbox"/>	Otro	_____

5. Ocupación Previa

Empleado	<input type="checkbox"/>	Obrero	<input type="checkbox"/>
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Otro	_____
Vendedor ambulante	<input type="checkbox"/>		

III. **Ámbito Formativo**

6. Escolaridad (educación formal) _____ (años)

IV.- **Ámbito Sociosanitario**

Información sobre Seguridad Social

7. Institución que le proporciona los servicios de salud

IMSS	<input type="checkbox"/>	Seguro Popular	<input type="checkbox"/>
ISSSTE	<input type="checkbox"/>	Servicio Particular	<input type="checkbox"/>
Secretaría de Salud	<input type="checkbox"/>	Servicio Médico UANL	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>		
Otro	_____		

8. La cobertura del servicio de salud corresponde a:

Afiliado

Beneficiario

Particular

Atención a población abierta

Otro _____

9. Quién paga la afiliación al sistema de salud

Usted y la empresa

Sólo usted

Sólo la empresa

Tiene Pensión o Jubilación

Familiar del afiliado

No paga

Información sobre condiciones de salud

10. ¿Durante los últimos doce meses tuvo usted que asistir a solicitar atención a alguna institución de salud?

Si

No

11. Motivo de consulta:

12. ¿Actualmente sufre de alguna enfermedad?

Si

No

13. ¿Qué enfermedad(es) presenta usted actualmente?

Hipertensión Fecha de Diagnóstico: _____

Diabetes Fecha de Diagnóstico: _____

Artritis Fecha de Diagnóstico: _____

Problemas respiratorios Fecha de Diagnóstico: _____

Ninguna

Otra enfermedad: _____ Fecha de Diagnóstico: _____

14. ¿Consulta usted periódicamente por esta enfermedad?

Si

No

No aplica

Si la respuesta es afirmativa, especifique la frecuencia:

15. ¿Requiere algún tipo de tratamiento para su padecimiento?

Farmacológico Ninguno

Psicológico No aplica

Rehabilitación

Otro tipo de tratamiento _____

16. El servicio médico le proporciona el tratamiento requerido:

Si

No

No aplica

17.- Satisfacción con el Servicio médico al que asiste:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1. Muy satisfecho | <input type="checkbox"/> | 4. Poco satisfecho | <input type="checkbox"/> |
| 2. Satisfecho | <input type="checkbox"/> | 5. Nada satisfecho | <input type="checkbox"/> |
| 3. Moderadamente satisfecho | <input type="checkbox"/> | 6. No aplica | <input type="checkbox"/> |

18.- Utiliza algún otro tipo de tratamiento: SI NO

Ejemplos: aromaterapia, naturista, homeopatía (chochos), etc.

Especifique cuál: _____

V. **Ámbito relacionado con la Vivienda**

19. ¿La casa en la que habita es propia?

Si

No

20. En caso de que no sea propia, a quién corresponde: _____

Condiciones de la Vivienda

21. Tipo de Construcción de la vivienda

Techos: Lamina Concreto

Paredes: Lámina Concreto (blocks)

Pisos: Mosaico Concreto (firme)

22. Infraestructura de los servicios básicos en el hogar:

Agua dentro del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Energía Eléctrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Servicio Sanitario (WC) Completo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Gas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

23. En la vivienda dispone de:

Refrigerador	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Radio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Televisión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Teléfono	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Carro propio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

24. Dispone de un cuarto exclusivo para usted en la vivienda?

Si

No

VI. Ámbito Relacional (Redes de Apoyo)

25. Número de hijos: _____

26. Personas con las que vive (composición del hogar)

Familiares Amigos

Pareja Cónyuge

Solo

Otro _____

En caso de vivir con algún familiar, especifique el parentesco

27. ¿Cuándo usted se enferma quién lo cuida?

Familia Vecinos

Cónyuge o pareja Amigos

Nadie

Otro _____

En caso de que lo cuide un miembro de la familia, especifique el parentesco

28. ¿Qué tipo de apoyo recibe por parte de su familia?

Para desempeñar actividades de la vida diaria

(bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse, comer)

Actividades Instrumentales

(usar el teléfono, ir de compras, cocinar, cuidado del hogar, lavandería, transporte, medicación y finanzas)

Apoyo Económico

(Aporte en dinero, despensa)

Apoyo Emocional

(escuchar, conversar, orientar, mostrar interés, consolar, compañía)

Ninguno

Frecuencia con la que ve a los miembros de su familia (personas con las que no habita)

Frecuencia con la que habla por teléfono con los miembros de su familia:

29. ¿Qué tipo de apoyo recibe por parte de su cónyuge o pareja?

Para desempeñar actividades de la vida diaria

Actividades Instrumentales

Apoyo Económico

Apoyo Emocional

Ninguno

No aplica

30. ¿Qué tipo de apoyo recibe por parte de sus amigos?

Para desempeñar actividades de la vida diaria

Actividades Instrumentales

Apoyo Económico

Apoyo Emocional

Ninguno

No aplica

Frecuencia con la que ve a sus amigos:

Frecuencia con la que habla por teléfono con sus amigos:

31. ¿Qué tipo de apoyo recibe por parte de sus vecinos?

Para desempeñar actividades de la vida diaria

Actividades Instrumentales

- Apoyo Económico
- Apoyo Emocional
- Ninguno

Frecuencia con la que ve a sus vecinos:

Frecuencia con la que habla por teléfono con sus vecinos:

32. Recibe apoyo de otra persona, dependencia o institución? SI NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique de quién _____

33. ¿Qué tipo de apoyo recibe?

- Para desempeñar actividades de la vida diaria
- Actividades Instrumentales
- Apoyo Económico
- Apoyo Emocional
- Ninguno

Otro tipo de apoyo: _____

34. Usted apoya de alguna manera a su familia, cónyuge o pareja, amigos, vecinos u otra persona, especifique cómo:

Familia _____

Cónyuge (pareja) _____

Amigos _____

Vecinos _____

Otros _____

No apoya _____

35. ¿Participa en algunos de los siguientes grupos sociales?

Oración

Grupo de la Tercera Edad

Ninguno

Otro _____

Apéndice F

Escala de Apoyo Social

Reactivos	Nunca	Casi Nunca	Raras Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Cuando necesita algo, sabe que hay alguien de su familia que le puede ayudar					
2. Puede compartir con su familia sus penas o alegrías					
3. Tiene la seguridad de que su familia tratará de ayudarlo en caso necesario					
4. Su familia le da la ayuda y apoyo emocional cuando lo necesita					
5. Hay alguna persona de su familia que le ofrece consuelo cuando lo necesita					
6. Puede conversar de sus problemas con su familia					
7. Hay alguna persona de su familia que se interesa por lo que usted siente					
8. Su familia le ayuda a tomar decisiones					

9. Tiene la seguridad de que sus amigos pueden ayudarle en caso necesario					
10. Puede contar con sus amigos cuando tiene problemas					
11. Puede compartir con sus amigos sus penas o alegrías					
12. Puede conversar con sus amigos de sus problemas					
13. Tiene la seguridad de que sus vecinos pueden ayudarle en caso necesario					
14. Puede contar con sus vecinos cuando tiene problemas					
15. Puede compartir con sus vecinos sus penas o alegrías					
16. Puede conversar con sus vecinos de sus problemas					

Apéndice G

Cuestionario de Salud SF-12 Versión 2

Instrucciones

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica: si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca mas cierto.

Marque una sola respuesta

1. En general usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuánto le limita?

Actividades	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar el trapeador o la aspiradora?			
3. Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?			

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas como resultado de su salud física y de algún problema emocional

Problemas en el trabajo o en actividades cotidianas	Siempre (Todo el tiempo)	Casi siempre (La mayor parte del tiempo)	Algunas veces (Alguna parte del tiempo)	Raras Veces (Un poco del tiempo)	Nunca (Nada del tiempo)
4. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?					
5. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su					

trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
6. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?					
7. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?					

8. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Extremadamente

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted

¿Cómo se ha sentido?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Raras Veces	Nunca
9. Durante las 4 últimas semana ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?					
10. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?					
11. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?					
12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?					

Apéndice H

Escala de Depresión

Pregunta	Si	No	Respuesta correcta
1. ¿Se siente satisfecho con su vida?			Si
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?			No
3. ¿Piensa que su vida está vacía o sin provecho?			No
4. ¿Se encuentra de buen humor, alegre, optimista la mayor parte del tiempo?			Si
5. ¿Frecuentemente se encuentra aburrido?			No
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo pronto?			No
7. ¿Se encuentra feliz la mayor parte del tiempo?			Si
8. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de realizar alguna cosa?			No
9. ¿Prefiere permanecer en su casa que salir a la calle y pasear?			No
10. ¿Piensa que tiene problemas con su memoria?			No
11. ¿Cree que es bonita la vida o que es bello el vivir?			Si
12. ¿Tiene la sensación de que no tienen valor las cosas que hace?			No
13. ¿Tiene la sensación de tener toda su energía?			Si
14. ¿Piensa que su situación es angustiosa, desesperada?			No
15. ¿Cree que las demás personas tienen mejor suerte que Usted?			No
Respuestas incorrectas			

Interpretación

0 a 5 respuestas incorrectas	Normal
6 a 10 respuestas incorrectas	Depresión moderada
Más de 10 respuestas incorrectas	Depresión severa

Apéndice I

Escala de Actividades de la Vida Diaria

Instrucciones para encuestadores: En cada una de las actividades de la vida diaria, marque con una “X” la demanda de ayuda requerida por el adulto mayor.

Actividades	Puntos
1. Bañarse	
No recibe ayuda	0
Recibe ayuda para lavarse una parte del cuerpo	0.5
Recibe ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo	0.5
No se baña	1
2. Vestirse	
Se viste solo y coge la ropa solo	0
Requiere sólo ayuda para los zapatos	0.5
Recibe ayuda para el vestido	0.5
No se viste	1
3. Ir al baño	
Va solo, se arregla solo, usa el urinal o cómodo solo	0
Recibe ayuda para ir al baño o para limpiarse	0.5
No va al retrete	1
4. Levantarse	
Se levanta y se acuesta solo, puede usar bastón	0
Se levanta y acuesta con ayuda	0.5
Es incapaz de levantarse aún con ayuda	1

5. Comidas	
Come solo sin ayuda, usa los cubiertos	0
Requiere ayuda para cortar la carne	0.5
Requiere ayuda total para comer	1
Se alimenta por sonda	1
6. Continencias	
Continencia día y noche	0
Incontinencia ocasional nocturna	0.5
Incontinencia permanente	1

Puntaje Total: _____

Interpretación del Puntaje

0 Puntos	Normal
1 Punto	Muy levemente dependiente
2 Puntos	Levemente dependiente
3 Puntos	Moderadamente dependiente
5-6 Puntos	Dependiente

En caso de requerir apoyo
¿Quién se lo proporciona?

Apéndice J

Escala de Actividades Instrumentales

Instrucciones para encuestadores: en cada una de las actividades instrumentales señaladas a continuación, marque con una “X” la capacidad del adulto mayor para realizarlas.

Actividades	Puntos
A. Usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Marca algunos número bien conocidos	1
Contesta pero no marca números	1
No usa el teléfono	0
B. Compras	
Realiza todas sus compras	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita compañía para cualquier compra	0
Incapaz de realizar compras	0
C. Cocina	
Planea, prepara, sirve los alimentos correctamente	1
Prepara alimentos y se le provee lo necesario	0
Calienta, sirve y prepara pero no lleva dieta adecuada	0
Necesita que le preparen los alimentos	0
D. Cuidado del Hogar	
Mantiene la casa solo o con ayuda mínima	1
Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente	1
Efectúa trabajo ligero sin eficiencia	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
E. Lavandería	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava solo pequeñas prendas	1

No lava	0
F. Transporte	
Viaja sólo en cualquier medio de transporte	1
Se transporta solo en taxi	1
Viaja en transporte público acompañado	1
Viaja en taxi o auto acompañado	0
No viaja	0
G. Medicación	
Es capaz de tomar sus medicamentos a la hora y dosis correctas	1
Toma sus medicamentos si se los preparan previamente	1
No es capaz de administrarse sus medicamentos	0
H. Finanzas	
Maneja sus asuntos en forma independiente	1
Sólo maneja lo necesario para compras mínimas	1
Incapaz de manejar su dinero	0
CALIFICACION	

Interpretación del Puntaje

0 Puntos	Normal
1-2 Puntos	Muy levemente dependiente
3-4 Puntos	Levemente dependiente
5-6 Puntos	Moderadamente dependiente
7-8 Puntos	Dependiente

En caso de requerir apoyo
¿Quién se lo proporciona?

Apéndice K

Escala de Calidad de Vida

Instrucciones para el entrevistador: Marque la opción que sea más acorde con lo que exprese el participante, no hay opciones buenas o malas, únicamente nos interesa su punto de vista. Sólo marque una opción.

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Raras veces	Casi Siempre	Siempre
Control					
1. Su edad le limita para hacer algunas cosas que a usted le gusta hacer					
2. Siente que lo que le sucede esta fuera de su control					
3. Siente libertad para planear el futuro					
4. Se siento excluido o no considerado para algunas cosas					
Autonomía					
5. Puede hacer las cosas que usted desea hacer					
6. Las responsabilidades familiares le limitan a hacer cosas que desea hacer					
7. Puede hacer por sí mismo las cosas que usted puede hacer					
8. Su estado de salud le limita para hacer algunas cosas que usted desea					

hacer					
9. Sus recursos económicos le limitan a hacer algunas cosas que usted desea hacer					
Placer					
10. Busca ver hacia delante cada día (pensar en el mañana)					
11. Siente que su vida tiene significado					
12. Disfruta las cosas que hace					
13. Disfruta estando en compañía de otros					
14. Busca vivir su vida con un sentido de felicidad					
Autorrealización					
15. Siente suficiente energía en estos días					
16. Usted decide hacer cosas que nunca antes había hecho					
17. Se siento satisfecho con el camino que su vida ha tomado					
18. Siente que su vida esta completa de oportunidades					
19. Siente que el futuro es bueno para usted					

Apéndice L

Análisis del Contenido Cualitativo

Categoría: Ámbito Económico**Subcategoría: Sin Dificultad Económica**

Códigos Vivos

Me siento bien, me alcanza bien, no me estoy atorando, todo va bien, la estoy pasando bien (E01, Masculino de 67 años, casado).

En este momento me siento bien, me alcanza bien con la pensión y con lo que gano en la limpieza (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Con el apoyo que nos da Nati (Gobernador del Estado de Nuevo León) son 500 pesos en bonos de despensa y con lo que saco de la venta de las paletas y de los churros alcanzo muy bien, me llevo el mandado de Soriana y con lo poquito que saco voy juntando para los recibos y completo bien (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Ha esta edad gracias a Dios me siento bien económicamente porque mis hijos mal que bien nunca me han dejado, me apoyan con dinero (E09, Femenino de 68 años, casada).

Me dan 1580 al mes por la pensión, ese dinero me ayuda para los gastos de la casa, pago los servicios, la luz, el gas, el agua. Además trabajo enfrente de donde era el Colegio Zertuche, junto dos tambos de basura diariamente, el que me paga es el ingeniero, me da 1250 mensuales nada más por recoger la basura, con eso la hago bien (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Yo en lo personal me siento bien, tengo lo suficiente para tener una vida holgada, no me siento muy presionada, pienso que con lo que gano puedo organizarme, soy metódica, yo misma me controlo, organizo mi presupuesto de tal manera que no tengo problema (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Categoría: Ámbito Económico**Subcategoría: Dificultad Económica**

Códigos Vivos

Me preocupa la falta de dinero, que salgo apenas, estirando y estirando el dinero, aunque siempre he estado así pero ahora son menos entradas de dinero, me falta la entrada de mi hija (hija que se casó y se fue a vivir a otro país) y la de mi marido (esposo fallecido), pero más o menos hay la llevo, más mal que bien, pero hay voy saliendo. Cundo necesito dinero porque no me alcanza para pagar los recibos le pido a mi hijo, pero trato de no hacerlo, el también tiene sus gastos (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Pues me pagan poquito, soy ayudante de albañil, me pagan 1,100 pesos por semana. Yo pago todo con el dinero que gano, luz, comida, todo, tengo que estirar bien el dinero para que alcance (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

No tengo ningún apoyo fijo, sólo la despensa. Mis hijos me ayudan a pagar los servicios. La luz me la paga una hija, a veces cuando ella no tiene, pues sacamos todos, todos cooperan, yo les digo, haber quien va a cooperar. Ya le digo también con el teléfono ellos me ayudan, con el agua, a veces me la veo muy apenas, porque ellos también tienen sus obligaciones y a veces si me la veo muy apuradilla (E07, Femenino de 75 años, viuda).

No tengo pensión, no tengo nada, no tengo ninguna ayuda fija, para vivir me ayudo con una despensita, estoy apadrinada por una persona de Estados Unidos, el no me da dinero, pero el paga el mandadito que me dan, me lo entregan cada mes, la despensa está bien surtida, me dan dos kilos de frijol, un kilo de azúcar, un kilo de arroz, tres sopitas, dos atunes, un litro de aceite, harina y maseca (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Me siento muy aplanada económicamente, siempre he batallado. Mi marido trabaja, pero como quiera se batalla, bueno yo si he batallado mucho, con lo que ganamos sólo nos alcanza para la comida y los servicios (E08, Femenino de 61 años, casada).

Me siento limitada económicamente, son muchos gastos, mi esposo es pensionado, pero ya

ve lo que les dan, 1200 al mes, pues no alcanza, yo no tengo ingresos, siempre me dediqué al hogar. Mi esposo todavía trabaja, es jardinero, le pagan 600 pesos por semana, con eso nos ayudamos un poco (E11, Femenino de 80 años, casada).

Antes todo estaba más barato, ahora esta todo muy caro, si se trata de agua ahora son cientos y si es la luz yo he pagado miles, 2,000 pesos o 2,500 y entonces dice uno pues hay que limitarse, yo ahorita la estoy limitando, ya no pongo mucha música, ya no pongo mucha televisión (E20, Masculino de 82 años, casado).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Ámbito Económico

Subcategoría: Ahorro

Códigos Vivos

Capacidad de ahorro:

Ahorita tengo mis ahorros en la caja popular, voy juntando los 300, los 500 y voy y los dejo y los deposito (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Yo junto mi dinerito, ahorita traigo 6,000 pesos en la bolsa, de ahí les presto a los vecinos (E10, Masculino de 84 años, viudo).

No capacidad de Ahorro:

Yo de juntar pues tampoco, de donde junto si salgo muy apenas (E02, Femenino de 71 años, viuda).

No alcanza, ahorrar es difícil, apenas salgo con lo que tenemos (E11, Femenino de 80 años, casada).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Ámbito Laboral**Subcategoría: Jubilación más Incorporación al Mercado Laboral Informal**

Códigos Vivos

Soy jubilado y estoy como intendente, la persona que me contrata me conoce de muchos años, cuando vine a dar aquí me dijo vengase para acá yo lo conozco y yo me sentí bien, que bueno que le tengan a uno confianza, eso es de lo más valioso. Cuando ella me diga ya no hay trabajo no hay problema (E01, Masculino de 67 años, casado).

Trabajo en la limpieza, ya estoy jubilado (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Ya estoy jubilado. Pero trabajo enfrente de donde era el Colegio Zertuche. El ingeniero me paga 1250 pesos mensuales nada más por recoger la basura todos los días, me paga porque tengo muchos años trabajando para él. Ya con la pensión y con el dinerito que me paga la hago bien (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Ámbito Laboral**Subcategoría: No Jubilación**

Códigos Vivos

No tengo pensión, no tengo nada, para vivir me ayudo con una despensita que me da el gobierno. Mis hijos me dan y el gobierno me da una ayudadita con mandado, aunque sea poquito pero me da mandadito, todo es dinero. El gobierno me da 500 pesos a mí y a mi esposa. Trabajé muchos años de velador, pero me enfermé y jamás volví ya, perdí mis derechos, no me alcancé a jubilar. Anduve para allá y para acá, de un trabajo a otro, pero no arreglé mi pensión a tiempo, una vejez sin pensión es dura (E05, Masculino de 98 años, casado).

No, no soy jubilado, yo me he mantenido de eso (de la venta de paletas y venta de churros), de eso hice mi casa y los gastitos que tenía con mi esposa durante todo el tiempo que estuvo enferma de diabetes (E04, Masculino de 75 años, viudo).

No estoy jubilado, se me pasó el tiempo, tengo trabajando desde el 92, por edad si me puedo jubilar, pero se me pasó, si puedo hacer los trámites, pero ahorita no puedo, estoy haciendo una casa, ya se me pasó. Con siete años seguidos que uno tenga trabajando ya se puede jubilar, pero también uno toma mucho y tiraba los sobres, trabajé 28 años en la fábrica, yo pensé que no iba a durar tanto pero si, pero luego me salí, perdí los papeles y no arreglé (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

A mi marido no le faltó trabajo desde que llegó, empezó en la obra, un día llegamos y al otro día se fue a trabajar, y de ahí en adelante gracias a Dios no le ha faltado el trabajo, pero lo malo es que en esos trabajos no se jubilan (E11, Femenino de 80 años, casada).

Categoría: Ámbito Laboral**Subcategoría: Cuidado a Nietos**

Códigos Vivos

Participantes femeninas:

No trabajo, cuido a tres nietos, mi nuera me da 400 pesos por quincena (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Nunca trabajé, pero un día mi hija le dijo a mi hijo, me prestas a mi mamá para que me cuide a los niños porque voy a empezar a trabajar. Cinco años duré con ella. Yo le ayudé mucho, le dí mucho la mano para que ella trabajara (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Yo nunca he trabajado. Cuido a mis nietos, cuido tres nietos a esta edad, un bebito de cuatro meses, lo empecé a cuidar desde que nació, siempre los he cuidado, son hijos de un hijo, viene en la mañana y los recoge en la tarde, las otras nietas que cuido una tiene 8 y la otra 5. También a ellas las he cuidado desde los 40 días. También a mi nieta mayor yo la cuidé, ahorita tiene 26 años, ya está casada, la cuidé desde los cuarenta días, pero a ella la cuidé día y noche, nunca se la llevaban sus papás, a veces sábados o domingos. Cuidé a mis seis hijos y he cuidado a mis nueve nietos (E09, Femenino de 68 años, casada).

Nunca he trabajado, siempre me he dedicado al hogar. Yo cuidé cuatro nietos, desde chiquitos, unos cuatro años, mientras ellos trabajaban (se refiere a su hijo, nuera, hija y yerno) (E11, Femenino de 80 años, casada).

Categoría: **Ámbito Formativo**

Subcategoría: **Impacto de la Educación en la Vida Adulta**

Códigos Vivos

Limitaciones por falta de estudios:

Yo estudié hasta quinto año. Esto me ha limitado, yo tuve mucha ambición a ser otra cosa, yo aspiraba a ser un maestro, pero no se pudo, mi jefe era de bajos recurso y no le alcanzaba, yo estudié en una escuelita de ejido, antes las escuelitas eran hasta quinto y vuélvele a empezar, de ahí no pasabas (E01, Masculino de 67 años, casado).

No sé leer ni escribir, nada, yo siempre me la he llevado a pura punta de memoria (E04, Masculino, 75 años, viudo).

Escribir no sé, pero leer ahí batallando pero si leo un poquito, es difícil, pero antes casi nadie estudiaba (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Yo estudié sólo hasta sexto año, nada más, toda mi vida ha sido trabajar y trabajar, así es cuando uno no estudia (E08, Femenino de 68 años, casada).

Yo estudie hasta tercer año, era todo lo que había en el rancho, aunque uno quiera hacer más el lugar donde vives te limita (E11, Femenino de 80 años, casada).

No limitaciones por falta de Estudios:

El no haber estudiado no me ha limitado, será porque nunca he trabajado (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Estudie hasta cuarto año, no había otros grados, pero eso no me ha limitado porque mi trabajo ha sido en el aseo y ahí no te piden papeles, en el aseo no se necesitan los estudios (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Categoría: Ámbito Salud**Subcategoría: Problemas de Salud (padecimientos crónicos y pluripatologías)**

Códigos Vivos

Yo me siento muy bien, tiene uno problemitas, le pega a uno la gripa, le duele la rodilla, fui con el médico porque me dolía una rodilla y me dijo que ahorita mucha gente arriba de los sesenta les duele, pero es por el tiempo, esta última vez que fui a consultar me dijeron que tengo alta presión (E01, Masculino de 67 años, casado).

Tengo hipertensión y alergia (al frío, a lo helado). Me siento muy bien, siempre he tenido la presión alta, pero yo me siento muy bien, la doctora siempre me dice que hago con usted?, nunca le puedo controlar la presión y yo le digo que yo me siento muy bien (E02, Femenino de 71 años, viuda).

El problema es ese aire en la cabeza, el doctor dice que es la presión, pero no es eso, es el catarro, como tipo sinusitis, siempre me siento mal, todos los días tengo ese aire en la cabeza, aunque tengo la presión alta también, pero la tengo controlada con pastillas, me tomo una diaria, las pastillas me las da el IMSS (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Tengo una pierna dormida, ya tengo años, pero no ha habido medicina que le llegue, pero eso consiste en que una vez me caí, se me dobló la planta del pie y ya la coyuntura ya no se acomoda como debe de ser (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Me siento bien de salud, nada más mi rodilla, mire tente (su rodilla está edematizada), me duele, camino muy poco, yo no voy para abajo, ya ves como esta la bajadita.

Me falla la vista, sabe que quedé ciego, no miraba y luego sabe que me dieron y empecé a ver, ahorita no veo como a de ser, veo empañado, pero mire también los años.

Me está fallando el corazón, me duele, debo de tomar pastillas todos los días pero hay veces que me acuerdo y otras no y ya con las pastillas más o menos (E05, Masculino de 98 años, casado).

Me duelen las piernas, el tobillo, abajo, me duele para trabajar, no ando a gusto, me duele (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

Ahorita me siento mal, tengo un subidazo de cabeza y de los sentidos que ando a veces muy sorda, un subidazo de cabeza. Hay veces que el cerebro no lo aguanto, eso es lo que me duele, el cerebro, también tengo alta presión (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Había estado muy bien, pero últimamente que fui al seguro me dijo la doctora que traía muy alta la presión, me dio tratamiento, dure unos varios días que me sentía mareadilla y me dolía la cabeza, pero eso era todo, me tomaba un diclofenaco y se me quitaba, pero la doctora me dijo que llevaba la presión muy alta, que necesitaba cuidarme (E08, Femenino de 61 años, casada).

Siempre he padecido de unos callos en los pies, me duelen mucho, de lo demás nada, nada, mi único problema son los pies, en tiempo de calor no soporto el dolor, tengo que tomar pastillas al diario, ha de ser artritis, pero no sé no me la han diagnosticado, porque no voy, no quiero que me digan nada malo (E09, Femenino de 68 años, casada).

Estoy bien de salud, me siento muy bien, no tengo achaques, sólo me han operado de una hernia, tengo un dolorcito en la rodilla, una vez me caí y desde entonces no se me arregló (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Me duelen muchas las piernas para caminar, como que no tengo fuerza. Todo el tiempo había estado muy bien hasta ahora en este año en junio, me sacaron diabetes, presión y artritis (E11, Femenino de 80 años, casada).

Tengo diabetes, tengo 14 años de ser diabética, pero desde entonces yo he llevado una vida sana, estoy en la clínica del diabético, no fallo, soy constante, cuido mi calzado, cuido mis pies, voy regularmente al podólogo, me doy mi masaje, los cuido muy bien.

A finales del 2005 al 2007 inicio yo estuve muy mal de salud, era un dolor muy fuerte el que tenía, tipo migraña, el servicio médico no me resolvía mi dolor, yo tuve que buscar otros apoyos por fuera, fui con el Otorrino, y todo lo económico yo lo solventaba, finalmente resultó que era alergia. Además tengo problemas de audición, me pusieron una

prótesis auditiva (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Ámbito Salud

Subcategoría: Acceso a la Atención

Códigos Vivos

Tengo servicio médico de la UANL (E01, Masculino de 67 años, casado).

Tengo seguro social, mi hija me puso en el seguro (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Las pastillas me las da el IMSS (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Ya le digo ayer arreglé el seguro popular y mientras me activan la credencial me van a atender en el centro de salud, ya me dieron todos los papeles (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Si, mis hijos me tienen en el seguro (IMSS) (E05, Masculino de 98 años, casado).

Yo tengo ahora seguro social, mi hijo me arregló, el que vive aquí, antes yo puro centro de salud, pero antes cobraban más barato, ahora yo ya no voy pero dicen que cobran mucho (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Lo bueno es que tengo seguro social por parte de mi marido, me dan cita cada mes y me dan el tratamiento (E11, Femenino de 80 años, casada).

Dos de mis hermanas no tienen seguro social, cuando se enferman hay que pagar medicamentos y consulta, una si tiene IMSS y yo el servicio médico de la UANL.

A partir de este año, ellas dos cuentan con el seguro popular, cuando se enferman van a un centro de salud y de ahí las canalizan al metropolitano, quieras que no es una ayuda, de perdido en cuanto a la atención o en caso de una cirugía (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Ámbito Vivienda**Subcategoría: Disposición de Vivienda**

Códigos Vivos

Mi casa es propia, sólo pago predial, y pues no pago más. Mi casa yo la hice con mis propias manos, luego me dijo la señora, oye hazme un cuartito haya arriba y me puse a fincar, no un cuartito, sino todo arriba, todo la casa la acondicioné como yo quise, tengo cochera y ahí mis dos carros (E01, Masculino de 67 años, casado).

La casa es propia, sin embargo, el terreno es mío sólo en la parte del frente, la mitad del terreno (lugar donde esta construida la casa), la otra mitad del terreno, la de atrás es de mi cuñada, nunca he tenido dinero para pagarle su parte y eso me inquieta, quiero poder decir este terreno es mío, pero no es así, yo creo que primero me voy a morir que poder pagarlo (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Mi casa es propia, sólo se paga el catastro, luz, agua y gas (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Mi casa es propia, yo pagué todo el dinero (95,000 pesos) y para la construcción yo nada más pagué el material, no pagué ni un peso de construcción, mi hijo la hizo y luego yo entonces pague todos los impuestos, lo del predial, todo, ya le digo, todo está en orden (E04, Masculino de 75 años, viudo).

La casa es propia, la compré cuando estaba trabajando (E05, Masculino de 98 años, casado).

Pues como me divorcié de la señora, tuvimos que vender la casa para repartir los bienes, ya nos repartimos, ya nos dieron el dinero y con mi parte voy a comprar la otra casita (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

La casa es propia, una hija vive conmigo, pero yo tengo mi cuarto para mi solo (E10, Masculino de 84 años, viudo).

La casa es propia, aquí tengo 43 años viviendo, antes vivíamos en el rancho (E11, Femenino de 80 años, casada).

La casa es propia, es herencia de mis padres (E13, Femenino de 68 años, viuda).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Ámbito Relacional**Subcategoría: Interacción Familiar (Estructura de la Red Familiar)**

Códigos Vivos

No tenemos problemas, al contrario hay que reunirse, en sábados, domingos, tenemos buena relación, siempre me habla mi hijo, todo esta bien gracias a Dios (Apoyo de hijo, casado, profesionista) (E01, Masculino de 67 años, casado).

Ya me di cuenta que yo estorbo ahí, cuando se pelean y les digo que esta mal eso, veo que no estamos de acuerdo, no me integran como familia, no me quieren (E03, Masculino de 71 años, soltero, vive con dos hermanos solteros, cuarto independiente).

Tengo tres hijos, pero dos no se paran porque creen que les voy a pedir un centavo, desde que falleció mi esposa, tiene 8 años que falleció, desde entonces si me ven hacen como que no me vieron, así son ellos, es que ellos tienen buen dinero. Yo por eso me hago valer yo solo, porque ellos de plano no (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Ya le digo, desde que falleció ella (esposa), fue puro sufrirle porque las cosas ya no son igual, ella era mi compañera, las cosas no son iguales pero yo de todas formas no me doy (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Tengo siete hijos y con todos estoy muy bien, todos me frecuentan, si no vienen me hablan por teléfono, me dicen mamá como amaneciste. Tengo cuatro nueras, para mí son como mis hijas, nos llevamos muy bien (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Tengo seis hijos, dos mujeres y cuatro hombres, tengo una relación a todo dar con mis hijos, con los seis, con las nueras también (E09, Femenino de 68 años, casada).

Tengo 10 hijos, no me visitan mucho, las que me apoyan son las dos hijas que viven aquí conmigo (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Tengo 10 hijos, 8 casados y dos solteras, 20 nietos y cuatro bisnietos. Lo más importante en mi vida a sido mi familia, mis hijos, todos mis hijos conviven muy bien, gracias a Dios, he tenido mucha suerte, tengo cinco nueras y tres yernos, pero no digo que son nueras, ni

ernos son hijos, todos se portan muy bien, nunca he tenido una mala respuesta de mis nueras, una mala mirada. Nos reunimos todos aquí en la casa (E11, Femenino de 80 años, casada).

Somos 10 hermanos, vivo con mis cuatro hermanas solteras, la relación con los hermanos casados es buena, si nos hablamos, con dos o tres de ellos estamos más o menos, tu sabes por cuestiones de herencias, cuando mis padres estuvieron enfermos, nosotras cuatro fuimos las que los cuidamos, lo bueno es que cuando mi padre enfermó yo tuve la precaución de decirle que hiciera su testamento, afortunadamente lo hizo, si no hubiera estado peor la cosa, papá dijo como ven si les dejamos la casa a las muchachas, porque aunque estemos viejitas, para el estábamos jóvenes, si pero que nos den la parte que nos corresponden de la otra propiedad. Eso como quiera causa fricción, si nos saludamos pero hasta ahí (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Ámbito Relacional

Subcategoría: Apoyo Familiar (Función de la Red Familiar)

Códigos Vivos

El siempre esta pendiente (hijo casado, profesionista), me dice que te falta y yo le digo no me falta nada, que te falta de despensa, vamos a surtirla, no estás a gusto aquí te vas conmigo. Yo ahorita no estoy preocupado por nada, se que ahí está él, mi hija no me apoya mucho porque ella se quedó en Matamoros. Yo estoy tranquilo porque si me pasa algo entre todos me entierran y están al tanto de mi esposa, no nos falta nada, me habla al celular y me dice estás bien y yo le digo si, aquí ando trabajando, el es un gran apoyo para mí (E01, Masculino de 67 años, casado).

Tengo cuatro hijos, todos me pueden ayudar en caso necesario (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Eso es lo malo, no siento apoyo, nada de apoyo. No sabría a quién recurrir en caso de una enfermedad, ya tratándose de cosas serías esta de pensarse, son palabras mayores, tal vez si hay alguien que pueda ayudarme, tal vez una sobrina, en una ocasión que me operaron ella me cuidó, pero mis hermanos no, claro que no (E03, Masculino de 71 años, soltero).

La mera verdad yo creo que mi hijo es el único que me ayudaría (hijo casado, viven en la misma casa), los otros dos de plano no, a los otros no les hace fuerza, a mi nuera tampoco, hay veces que me habla a almorzar y a comer, pero generalmente voy al comedor. Vivimos juntos, pero ella no me prepara de comer, ella se la pasa para allá y para acá (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Tengo 10 hijos, dos de ellos solteros son los que me apoyan, ellos son los que pagan aquí los servicios y todo eso y luego ahora que están cobrando doble, los recibos vienen muy altos de luz y agua, pero ellos se encargan de pagar todo (E05, Masculino de 98 años, casado).

La familia es lo más importante, si no te ayudan ellos quién (E05, Masculino de 98 años, casado).

El apoyo de mi familia es sólo el cariño, nada más. Me quieren tres cuatro, nada más una no, la chiquilla no, ella apoya a su mamá, siempre de todos tiene que haber una, no todos son iguales (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

Mi familia me apoya, mire, la luz me la paga una hija, a veces cuando ella no tiene, pues sacamos todos, todos cooperan, yo les digo, haber quien va a cooperar. Ya le digo también con el teléfono ellos me ayudan, con el agua, a veces me la veo muy apenas, porque ellos también tienen sus obligaciones y a veces si me la veo muy apurada, para pagar el teléfono y el gas. No tengo ningún apoyo fijo, si no fuera por mi familia que sería de mí (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Tengo tres hijos un hombre y dos hijas, pero yo espero más de mis hijas, un poco más porque son mis hijas, de mi hijo yo no creo que me ayude, ellos mantienen y a veces las esposas no se prestan para que vayas a ayudar a tu mamá (E08, Femenino de 68 años,

casada).

Hay familias muy numerosas y cuando los padres necesitan no se arrima nadie, yo te digo por experiencia, nosotros lo vivimos con mamá, somos 11 hermanos y de todos nada más un hombre ayudó y tres mujeres, fíjate de 11, de que sirve tanta familia. Mucha gente tiene muchos hijos y que ganaste con tener muchos hijos, cuando se necesita el apoyo nadie se para, hay familias muy numerosas y cuando los padres necesitan no se arrima nadie (E19, Femenino de 74 años, viuda).

Mis hijos mal que bien nunca me han dejado, me apoyan con dinero, mi hijo el que vive aquí paga los servicios, que es lo más pesado, ya con eso es muchísima ayuda, otros llegan con despensa y lo que falta para comer pues con lo de mi marido y ya como somos nada más los dos con poquito tenemos (E09, Femenino de 68 años, casada).

Tengo 10 hijos, no me visitan mucho, las que me apoyan son las dos hijas que viven aquí conmigo. De mis dos hijas tengo una que me atiende mejor, ella me atiende como si fuera mi mamá, cuando me llevo a enfermar me lleva a consultar y me trae de un lado para el otro, me cuida mejor que todos (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Mis hijos me apoyan mucho, no me olvidan, vienen y me visitan, económicamente no todos me apoyan porque no todos pueden, las que más me apoyan son dos hijas, las mayores, me ayudan económicamente. Mis hijas solteras pagan los servicios, ellas se acomodan, nosotros nos acomodamos con ellas, también un hijo se junta con ellas y les ayuda en los pagos (E11, Femenino de 80 años, casada).

Éramos cuatro hermanas y dos hermanos y de todos, nada más yo cuidé a mi papá, ni mis hermanas me apoyaron, ya ve, generalmente son las que ayudan, pero no, sólo iban a verlo, de visita, pero no lo cuidaban, yo gracias a Dios no tengo remordimiento, porque siempre cuidé a mis padres y los ayudé (E11, Femenino de 80 años, casada).

Cuando he necesitado el apoyo mis tres hermanas son mis ángeles. El apoyo de tu familia es lo que te hace salir de los problemas (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Categoría: Ámbito Relacional**Subcategoría: Interacción con Vecinos, Amigos y Conocidos**

Códigos Vivos

Yo no tengo amigos, tengo conocidos. He tenido buena relación con mis vecinos, nunca hemos tenido ningún problema, ya tenemos ahí viviendo como 30 años (E01, Masculino de 67 años, casado).

Uno tiene que portarse bien con la gente, porque el día que se ofrezca ni agua le dan, yo con nadie de mis vecinos me he portado mal (E05, Masculino de 98 años, casado).

Aquí en la colonia no tengo amigas, no salgo mucho, sólo relación de vecinas. Los jueves nos juntamos a rezar el rosario, ya tenemos 16 años juntándonos, las vecinas no vienen, son personas de otras cuadras o colonias, ya tenemos un grupo (E08, Femenino de 61 años, casada).

Tengo muchos amigos, niños, jóvenes, viejos, de todas las edades, eso me ayuda mucho el convivir con gente joven, vienen y se sientan aquí a platicar conmigo. Me dan juventud (E18, Masculino de 82 años, viudo).

Panchita, mi vecina de enfrente es mi amiga, no me olvida, siempre viene a verme desde que caí yo aquí (E11, Femenino de 80 años, casada).

Dios ha sido tan bueno conmigo, tengo muy buenas amistades, hay gente que me quiere y se preocupa por mí, pero el principal apoyo es la familia (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Interacción en grupos religiosos:

Yo voy a reuniones a la iglesia, cada semana (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Los jueves nos juntamos a rezar el rosario ya tenemos bastantitos años juntándonos como 16 años. Aquí lo rezamos y en diciembre hacemos las posadas (E08, Femenino de 61 años,

casada).

Voy al grupo del rosario, una vez por semana (E09, Femenino de 68 años, casada).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Ámbito Relacional

Subcategoría: Apoyo de Vecinos, Amigos y Conocidos

Códigos Vivos

Bueno, yo creo que ahora los vecinos son muy diferentes a los de antes, antes eran buenos y ahora yo creo que son diferentes, a lo mejor puedo tener más de mi familia que de un vecino, cada quien tiene sus problemas, aunque uno viva cerca y se salude no es igual, más que los familiares son los que te pueden ayudar, ya si no lo ayudan a uno ni la familia ni los vecinos entonces pues si esta mal (E01, Masculino de 67 años, casado).

Tengo buena relación con conocidos, pero a la hora de tener un problema quien sabe si me apoyen, no puedo decir nada, amigos no tengo (E03, Masculino, 73 años, soltero).

Me llevo bien con mis vecinos, muy bien con todos, todos me aprecian, hay veces que ya me ven destanteado y me llevan la comida y me dicen, el día en que usted necesite algo usted nada más hablemos, yo no me meto con ellos ni para bien ni para mal, yo con todos tengo buena relación (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Si tengo compañeros de trabajo, pero buenos amigos dos, cuando necesito algo me apoyan y yo les he ayudado también a ellos cuando se ha ofrecido, con mis vecinos con todos me llevo bien (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

En cuanto a los vecinos yo ni un sí ni un no, sólo los buenos días, no hay apoyo (E07, Femenino de 75 años, viuda).

No siento apoyo de mis vecinos, en caso necesario no me apoyarían. Mi único apoyo es la familia (E09, Femenino de 68 años, casada).

Cuando falleció mi señora, yo le dije, oiga ingeniero, yo nunca lo he molestado, pero ahora quiero pedirle que me preste una quincena y me dio el dinero y no me lo cobró (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Fíjese, para amueblar mi casa el pueblo nos ayudo (se les quemó su casa), Dios nos socorrió, la humanidad, todos mis vecinos nos dieron la mano tanto en muebles como en dinero, tengo un sobrino en Chiapas, pues desde allá vino a vernos y nos trajo 20,000 pesos, todos los sobrinos ayudaron, nos ayudaron de todo. Un señor, fíjese, un licenciado que no sé ni de donde salió nos trajo una despensa para un mes y me regaló un niño Dios, porque me vio en la tele que yo lloraba mucho por mis niños y me lo trajo para que lo recuperara (E11, Femenino de 80 años, casada).

Categoría: Ámbito Relacional**Subcategoría: Otros Apoyos (social y de gobierno)**

Códigos Vivos

El padre Roberto Infante puso comedor allá en el Pedregal y ahí nos ayuda con lo poquito que pueden, como ahora nos dieron dos kilos de frijol, ayer me dieron una bolsita con 6 a 7 piezas de pan y dos bolsitas de tostadas, ahí mismo en el comedor. Me ayudan con la despensa, cada dos a tres meses, no me la dan mensual. También me ayudan con los servicios, me salían 400 pesos de luz porque como quiera tienen varios aparatitos, yo no ellos (se refiere a hijo casado que vive con él), pero ahora pago de luz la mitad 200, de agua salen 40 ahora pago 20. Del predial pago 246 pesos y me descuentan la mitad, yo les agradezco todo este apoyo (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Me apoyan con los 500 pesos mensuales, a mí y a mi esposa, eso ayuda mucho (E05, Masculino de 98 años, casado).

No, no tengo ningún apoyo de gobierno (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

El gobierno me da 500 pesos y una despensa cada dos a tres meses (E10, Masculino de 84 años, viudo).

El DIF me apoya con una despensa cada mes (E11, Femenino de 80 años, casada).

Categoría: Ámbito Relacional /Apoyo del Adulto Mayor a la Familia**Subcategoría: Reciprocidad en el Apoyo (cuidado a nietos)**

Códigos Vivos

Yo cuido a mis nietos, mi hijo y mi nuera trabajan (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Yo le ayudé mucho a mi hija, le di mucho la mano para que ella trabajara, cinco años duré con ella cuidando a los niños (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Mi nuera anterior, la que le digo que murió me ayudó los 10 años que mi esposa estuvo enferma, tengo tres nueras y ella fue la única. Por eso cuando ella se enfermó (nuera) yo ayude a cuidarla, ya le digo igual, le correspondí de la misma manera, así de esa forma nos la llevamos nosotros (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Cuido tres nietos. Trato de ayudar a mis hijos para que ellos salgan adelante y como ellos se portan bien conmigo, yo de alguna forma tengo que devolverles la copa (E09, Femenino de 68 años, casada).

Yo cuidé cuatro nietos, desde chiquitos, unos cuatro años, mientras ellos trabajaban. Cuidé tres hijos de una hija y una niña de mi hijo los cuidé desde chiquitos, en la mañana me los traían y en la tarde los recogían (E11, Femenino de 80 años, casada).

Categoría: Ámbito Relacional /Apoyo del Adulto Mayor a la Familia**Subcategoría: Apoyo Económico**

Códigos Vivos

Mi hija sólo me da 300 pesos por quincena y surte el mandado, es toda la ayuda de ella, cuando el teléfono sale muy alto, no me da ni un peso, y eso que su hijo es el que lo usa, toda la familia me dice que yo no debo pagar eso, pero mi hija no tiene, cómo le hace, tiene buen trabajo, tanto que trabaja, pero no le alcanza, nunca tiene dinero. A mi nieto no le da dinero para la escuela y yo tengo que darle, me da cosa que no tenga ni para una coca (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Allá arriba vive un hijo mío, él paga la luz y el agua que consume, no me paga renta y come con nosotros acá abajo, pero no aporta. Aquí en la casa Yo pago todos los servicios, mi yerno no paga nada, al contrario, me debe la renta desde hace muchos meses. Para la comida, yo le doy a mi hija (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Yo ayudo a mi hija con dinero para sus gastos, pues como no le voy a ayudar si ella me cuida, ella no quiere, pero yo le digo, como no, tanto que tu me ayudas E10, Masculino de 84 años, viudo).

Yo pago los servicios o lo que se requiere y luego me pagan y yo recupero mi dinero, descartamos a mi hermana la que te digo que no esta bien su situación. En cuanto a los alimentos yo absorbo ese gasto, yo compro la despensa (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Categoría: Bienestar, Felicidad, Satisfacción con la Vida**Subcategoría: Salud**

Códigos Vivos

Si estás con salud, no te falta nada, vives tranquilo, pero si te pega alguna enfermedad, tienes que parar y ya no venir a trabajar. La salud es fundamental, más que nada, si uno se siente bien y puedes hacer las cosas no pierdes el ánimo (E01, Masculino de 67 años, casado).

Me siento muy feliz ahorita, porque hay personas que ha esta edad andan muy apenas, otros están tullidos, por eso aunque salga poquito (se refiere a la venta de paletas, gana poco pero le sirve porque camina) no dejo de caminar (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Yo le pido a mi Dios, que me de salud para seguirlo logrando, en eso yo me siento muy satisfecho y el estar bien con mi familia, eso me ha dado una satisfacción total (E17, Femenino 73 años, viuda).

La salud es lo más importante porque yo no soy padeciente, soy muy sano, yo creo que voy a vivir varios años más, unos 80 años, hay que darnos ánimos nosotros mismos, porque hay otros de a tiro se dejan (E18, Masculino de 82 años, viudo).

Categoría: Bienestar, Felicidad, Satisfacción con la Vida

Subcategoría: Independencia Funcional

Códigos Vivos

Mi principal motivo de felicidad es que siempre he podido trabajar y todavía puedo, soy independiente para hacer mis cosas (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Mi felicidad es mi calidad de vida, para mi la muerte va a ser cuando yo sea dependiente de alguien, tengo diabetes desde hace muchos años, pero toda mi vida he sido muy independiente y he tomado mis propias decisiones, buenas o malas, pero las tomo (E12, Femenino de 63 años, soltera).

El valerme por mi misma me hace sentir feliz, no dependo de nadie (E15, Femenino de 68 años, casada).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Bienestar, Felicidad, Satisfacción con la Vida

Subcategoría: Familia

Códigos Vivos

Lo que me hace más feliz es el tener mi familia, saber que estamos bien (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Mi familia y el que Dios me haya permitido vivir hasta estos años (98 años) (E05, Masculino de 98 años, casado).

Me hacen sentir feliz mis hijos, mis niñas, mis hermanos también, pero principalmente mis hijos, me siento realizada por tenerlos (E08, Femenino de 61 años, casada).

Lo que me hace sentirme más feliz, es que siempre he vivido feliz con mi familia. Yo he sido muy feliz en mi matrimonio (E11, Femenino de 80 años, casada).

El haber cumplido con mis padres, yo siento que cumplí con ellos hasta el último, estoy cumpliendo con mis hermanos y he mantenido a mi familia unida, por el recuerdo de mis padres (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Mi familia es mi mayor felicidad, que sería mi vida sin ellos (E16, Masculino de 75 años, casado).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Bienestar, Felicidad, Satisfacción con la Vida

Subcategoría: Reciprocidad en el Apoyo

Códigos Vivos

Me hace sentirse bien, feliz, el cuidar a mis nietos, cuido tres nietos a esta edad, uno de 4 meses, 5 y 8 años, les puedo ayudar a mis hijos y eso me hace sentir bien, soy útil para ellos (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Me hace feliz el que trato de ayudar a mis hijos cuidando a mis nietos para que ellos salgan adelante y como ellos se portan bien conmigo, yo de alguna forma tengo que devolverles la copa (E09, Femenino de 68 años, casada)

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Bienestar, Felicidad, Satisfacción con la Vida

Subcategoría: Cumplimiento de Metas

Códigos Vivos

Yo he hecho mucho, me siento muy satisfecho (E01, Masculino de 67 años, casado).

Mi principal meta era ver a mis hijos como los estoy mirando, esa es mi mayor satisfacción, son buenas personas y eso me da mucha tranquilidad, me siento a todo dar (E09, Femenino de 68 años, casada).

Mi principal meta es vivir, vivir con la juventud (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Mi satisfacción es el cumplimiento de metas en mi vida (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Me siento muy feliz con mi vida, he alcanzado muchas cosas (E18, Masculino de 82 años, viudo).

Mi satisfacción era tener un carro nuevo y lo hice, tener mi casa y ya últimamente tener mi otro carro, pues yo me dije quiero un carro nuevo para el trabajo y lo hice, era una meta en mi vida y se cumplió (E20, Masculino de 82 años, casado).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Bienestar, Felicidad, Satisfacción con la Vida

Subcategoría: Seguridad

Códigos Vivos

El tener mi casa y un trabajo me hace sentirme seguro, te sientes bien, es motivo para estar feliz (E01, Masculino de 67 años, casado).

El tener mi familia me da seguridad (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Mi familia, es lo más importante, con ellos estoy segura (E11, Femenino de 80 años, casada).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Categoría: Preocupaciones y tristezas**Subcategoría: Pérdidas**

Códigos Vivos

Pérdida de la Salud del Adulto Mayor:

En primer lugar el no estar bien de salud, porque sano nunca voy a estar, la presión no se me va a quitar, siempre la voy a tener, entonces parte de eso me impide a que yo no sea feliz, no tengo la salud que yo quisiera (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Lo que más me preocupa es la salud, es de los más importante que se pueda tener en esta vida (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

Lo que me hace sentirme triste son las enfermedades, si pierdes la salud, es difícil, yo quisiera estar sanita para apoyar a mis hijos porque hay veces que los veo que tienen un compromiso y yo no puedo ayudarlos, me siento limitada, por ejemplo aquí trapear yo no puedo, cuando no puede una hija, viene otra, una nieta, o mis hijas solteras lo hacen en la noche (E11, Femenino de 80 años, casada).

Pérdida de la Salud de Algún Miembro de la Familia:

Ahorita tengo una hermana muy mala en el hospital, a la mejor nos deja pronto, esto me tiene muy triste (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Tengo una hija que ya está entregando, esta enferma, ya no habla ni nada, tiene más o menos igual que mi hijo, 60 años y algo (llora) (E05, Masculino de 98 años, casado).

Pérdidas Económicas:

Me falta la entrada de mi hija y de mi esposo, pero más o menos hay la llevo. Desde que mi hija se fue yo empecé a batallar (su hija, principal sustento de la familia se casa y se va a vivir a otro país), ella iba al mandado y me surtía muy bien la despensa, ahora eso ya no lo tengo, me da dinero de vez en cuando, pero esto no es seguro, yo me preocupo mucho

(E02, Femenino de 71 años, viuda).

Me preocupa no tener dinero para las cosas necesarias como comer y pagar servicios (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Me preocupa lo económico, si es una preocupación, los recibos te llegan muy altos y apenas me alcanza (E08, Femenino de 61 años, casada).

Pérdidas Materiales:

Ya vé yo tuve que vender mi casa, por el divorcio, me tuve que ir hasta la Estanzuela porque acá cerca no hay casas, puro cerro, allá arriba en el cerro si hay casas baratas, pero ni para qué, se cae uno, esta peligroso (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

Hace dos años se me quemó mi casa, de ahí para acá ha sido mi atraso, todas las fotografías de mis hijos cuando se casaron se perdieron y las de nosotros, todo se acabó, eso cuando se recupera?, eso me duele, no lo he podido superar (E11, Femenino de 80 años, casada).

Pérdidas por Defunción:

Desde que falleció mi esposa ya después fue puro sufrirle porque las cosas ya no son igual, no son iguales (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Con la muerte de mi esposa y de mi nuera nos embolamos todos, ya nada es igual. La primera nuera era diferente, ella me procuraba, la que tengo ahora no, ella no se ocupa de mí (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Se me murió mi hija mayor y luego se me murieron dos más, hombres, eso me duele, uno piensa que se va a morir primero que sus hijos (E05, Masculino de 98 años, casado).

Ya se me acabó mi señor (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Mi esposa me dejó (murió), tuvimos un matrimonio muy bonito. Me hace sentirme triste el no tener a mi señora (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Deterioro en las Relaciones Familiares:

Que estemos distanciados un poco de algunos de mis hermanos, por problemas de herencia de mis padres, eso me pone triste (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Me pone triste la relación con mis hermanos, no me quieren, yo estorbo (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Desintegración Familiar:

Perdí mi matrimonio, ya no nos entendíamos. Yo ahorita no me siento feliz, me siento infeliz por el problema que traigo, pues a estos años salir con eso (se refiere al divorcio), está difícil a estos años, hay que superarlo, poco a poco (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

Categoría: Preocupaciones y Tristezas**Subcategoría: Deterioro en la Imagen Social de los Adultos Mayores**

Códigos Vivos

Unas personas se conduelen de uno y otras no, unas dicen este señor es un estorbo y otras no. Cuando se muere un viejo dicen ya tenía muchos años, no hay problema.

Fíjese cuando yo venía en el camión a trabajar, si el camión viene y el chofer me ve dice: a este señor paga medio pasaje y ya no me levanta. A mí así me pasaba, le hacía la parada al camión y me veían el pelo blanco y decían, a no pues este señor paga medio pasaje y si había gente joven esperando el camión si se paraban y ahí aprovechaba yo y me subía (E01, Masculino de 67 años, casado).

No, ya no hay respeto como antes, ahora le dicen a uno hágase a un lado viejo asqueroso, yo le digo porque me ha pasado, con los muchachos (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

Más antes había mucho respeto, ahora no ya no hay respeto para los viejos (E07, Femenino de 75 años, viuda).

En la sociedad algunas personas tratan bien a los viejos, pero a las personas de bajos recursos no siempre se les trata bien, hay mucha desigualdad, no se les apoya mucho (E08, Femenino de 61 años, casada).

Ahorita ya no toman en cuenta los consejos de los abuelos, ya no hay respeto, ya se perdieron todos los valores. Ya no hay respeto por los adultos, eso es triste (E09, Femenino de 68 años, casada).

En la sociedad algunos te respetan y otros no, hay de todo, pero hay más de los que no te respetan (E10, Masculino de 84 años, viudo).

Mucha gente se queja de que les faltan el respeto (E11, Femenino de 80 años, casada).

Veo mucha discriminación hacia el anciano. Sobretudo con los choferes de los camiones y sobretudo porque uno saca su tarjetita, te dejan tirado y no te levantan, ya que subes, parece

que llevan animales, les gritan “ande abuela(o) bájese”. Veo mucha insensibilidad de los jóvenes al dolor, te dan el aventón cuando vas en la calle, ni siquiera te dicen con permiso. A pero si ven una cara bonita hasta se quitan el sombrero y eso es en todos lados, no nada más en el camión (E12, Femenino de 63 años, soltera).

No Condiciones Óptimas de Infraestructura para los Adultos Mayores:

No tenemos aditamentos específicos para los adultos mayores, no hay suficientes rampas, elevadores, yo no utilizo el metro porque no puedo subir la escalera y eso es que puedo caminar imagínate las personas que tienen discapacidad, pues menos, eso es preocupante porque cada vez hay más viejos (E15, Femenino de 68 años, casada).

Categoría: Espiritualidad**Subcategoría: Fe en Dios**

Códigos Vivos

Todo esta bien gracias a Dios. Yo le pido a mi Dios, que me de salud para seguir adelante (E01, Masculino de 67 años, casado).

Si Dios quiere voy a vivir muchos años (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Mi principal preocupación es pedirle a Dios que me siga dando fuerza, haber hasta donde llego (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Bendito sea Dios, le doy gracias por vivir éstos años, él es el mero bueno (E05, Masculino de 98 años, casado).

Quien quite y Diosito nos ayude más adelante. Yo sólo le pido a Dios licencia de terminar el año, sólo Dios sabe si voy a terminar el año (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Estoy puesta para todo, gracias a Dios (E08, Femenino de 61 años, casada).

No me canso de darle gracias a Dios por mi familia (E11, Femenino de 80 años, casada).

Creo mucho en Dios, pero uno debe hacer algo para ayudar a Dios, tengo fe en Dios y la tendré hasta mi muerte (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Categoría: Visión a futuro**Subcategoría: Incertidumbre**

Códigos Vivos

Sabrás Dios qué me depara el destino. Yo pienso que los años están pasando sobre uno, a tu edad no los sientes, si estás con salud, no te falta nada, vives tranquilo, si no me pega ninguna enfermedad yo voy a estar muy bien, pero si me pega alguna enfermedad yo tengo que parar o ya tendría que no venir a trabajar, entonces las cosas cambiarían (E01, Masculino de 67 años, casado).

Dentro de cinco años a la mejor ya no estoy, sabrás Dios. Yo seguiré tratando de ser el mismo, haber que me deparan los siguientes cinco años (E03, Masculino de 71 años, soltero).

Quien sabe cuanto más viviré, anoche soñé que me había muerto, fíjese cuál será mi futuro, de repente no amezco (E05, Masculino de 98 años, casado).

A esta edad está difícil pensar en el futuro, en que va a pasar en los siguientes años, porque a esta edad ya me duele una pierna, me duele la otra y ya no puedes estar tanto parada ya no, ya se cansa uno como quiera (E07, Femenino de 75 años, viuda).

Sabrás Dios como iré a estar en los siguientes años, es repentino, ya ve, de un día a otros las cosas se acaban (E11, Femenino de 80 años, casada).

Categoría: Visión a futuro**Subcategoría: Optimismo**

Códigos Vivos

Me visualizo muy viejita, y creo que yo me voy a morir de rápido (no visualiza un periodo largo de enfermedad), creo que voy a ser una viejita que anda toda chueca pero paradita, no me voy a morir ahorita, tengo que durar para la quinceañera de mi única nieta, Dios me de licencia, tiene 8 años (E02, Femenino de 71 años, viuda).

Muy bien, yo creo que voy a vivir varios años más, unos 80 años, hay que darnos ánimos nosotros mismos, porque hay otros de a tiro se dejan, hay uno que tiene la edad mía y le dice la licenciada usted de que vive y el dice yo haciendo mandaditos, yo no hago mandados yo agarro mi carro de paletas y allá me la divierto (E04, Masculino de 75 años, viudo).

Yo creo que nada más completando los 100 y ya (E05, Masculino de 98 años, casado).

Por metas, de aquí a dos años, me visualizo jubilada, a cinco años, feliz, descansando, quiero ir al teatro, asistir a asilos si estoy en la condición de ayudar, ir a museos, leer, tejer, yo no creas que me voy a poner a trabajar, yo voy a descansar (E12, Femenino de 63 años, soltera).

Categoría: Visión a futuro**Subcategoría: Con Problemas de Salud**

Códigos Vivos

No, yo no voy a vivir muchos años como mi papá (98 años), no es la misma madera, como fuma uno mucho y toma mucho, ya no es igual, eso se lo acaba a uno, el vicio, tomo cada tercer día y mi salud no es muy buena (E06, Masculino de 62 años, divorciado).

Pues no muy sanita porque ya le digo, tengo mis problemas en los pies, en tiempo de calor no soporto el dolor, tengo que tomar pastillas al diario, ha de ser artritis, pero no sé no me la han diagnosticado, porque no voy, no quiero que me digan nada malo (E09, Femenino de 68 años, casada).

Fuente: Entrevistas a Profundidad

n=20

Resumen Autobiográfico

ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Filosofía
con Especialidad en Administración

Título de la Tesis Doctoral: FACTORES DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL
DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, N.L.

Campo de Estudio: Administración

Biografía: Nació en Monterrey, N.L. México, el 3 de Febrero de 1971, hija del Señor José Guadalupe Moreno García y de la Señora Esperanza Monsiváis Leal.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el título de Licenciada en Enfermería en el año de 1993, Maestría en Enfermería con Especialidad en Administración de Servicios en el año 1998.

Experiencia Profesional: Auxiliar de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León de 1993 a 1999. Enfermera Obstétrica del Hospital San José Tec de Monterrey de 1993 a 1996. Supervisora de Enfermería del Hospital San José Tec de Monterrey de 1997 al 2000. Maestra de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la UANL del 2000 a la fecha. Coordinadora del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería del 2005 al 2007.

E-mail: mgmoreno@hotmail.com