



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA Y LA PRESENCIA
DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS MAYORES DE MÉXICO.

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS

PRESENTA:
DAVID ESQUER BOJORQUEZ

TUTORA:
D. EN C. MARÍA FERNANDA CARRILLO VEGA
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

COMITÉ TUTOR:
D. EN. C. RICARDO RAMÍREZ ALDANA
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA
D. EN C. GILBERTO ISAAC ACOSTA CASTILLO
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA

CIUDAD UNIVERSIDATARIA, CDMX, FEBRERO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

1. Marco contextual.....	1
2. Problema de salud.....	2
2.1 Depresión y condición de actividad económica en las personas mayores.....	5
3. Necesidad de políticas públicas en materia laboral desde la perspectiva del envejecimiento saludable.....	6
3.1 Políticas públicas y los derechos de las personas mayores.....	9
3.2 Estrategias de políticas públicas para el envejecimiento en el mundo.....	9
3.3 Estrategias de políticas públicas para el envejecimiento en México.....	11
4. Antecedentes científicos.....	12
5. Planteamiento del problema.....	14
6. Justificación.....	15
7. Objetivo de investigación.....	16
8. Hipótesis.....	16
9. Metodología.....	16
9.1 Diseño de estudio.....	16
9.2 Descripción de la fuente de información.....	16
9.3 Población de estudio.....	19
9.3.1 Criterios de selección.....	19
9.4 Definición de variables.....	20
9.4.1 Variable dependiente.....	20
9.4.2 Variable independiente.....	22
9.4.3 Variables de control.....	23
9.5 Plan de análisis.....	26
10. Consideraciones éticas.....	27
11. Resultados.....	28
11.1 Características generales.....	28
11.2 Modelo de regresión logística.....	32
12. Discusión.....	38
13. Conclusiones.....	44
Referencias.....	47
Anexos.....	53

Glosario de términos

ONU. Organización de las Naciones Unidas.

AVD. Años de Vida Asociados a Discapacidad

AVISA. Años de Vida Saludables

ENSANUT. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento.

ENASEM. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

OCDE. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.

CAE. Condición de Actividad Económica.

PEA. Población Económicamente Activa.

PENA. Población Económicamente No Activa

INAPAM. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

SD. Sintomatología Depresiva.

PSD. Presencia de Sintomatología Depresiva

ASD. Ausencia de Sintomatología Depresiva.

1. Marco contextual

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre los años 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%.¹ Dicho aumento en la edad de la población crea nuevas problemáticas en aspectos de salud y de desarrollo social.

Para la mayoría de los países desarrollados la edad cronológica mayor a 65 años se usa para definir a una persona mayor.² Esta definición puede ser algo autoritaria y comúnmente asociada con la edad a la que una persona puede comenzar a recibir beneficios de pensión. El límite acordado por la Organización Mundial de La Salud (OMS) es de más de 60 años para referirse a la población mayor.² En México según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) se establece que una persona mayor es aquella que cuenta con sesenta años o más de edad.³⁴

A nivel global, la población mayor de 65 años crece a un ritmo más rápido que el resto de los segmentos poblacionales. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Se estima que el número de personas del subgrupo de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050.¹ Según datos del informe "Perspectivas de la población mundial 2019"¹, en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en este 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más.¹

El crecimiento de esta población obedece al fenómeno de la transición demográfica, en el que se observa un predominio en la población adulta joven y un gran cúmulo en la cantidad de

personas mayores de 60 años. En México, este último grupo ha incrementado su tamaño a un ritmo superior al de la población total del país. De acuerdo con registros del INEGI 2020⁵, la población total en México es de 126,014,024 habitantes, de los cuales 15.1 millones tiene 60 años y más, lo que representa alrededor del 12% de la población general.⁶ Se prevé que para el año 2050 las personas mayores representarán casi 20% de la población nacional. Para este mismo año las proyecciones muestran que las mujeres de 60 años y más constituirán el 23% del total de la población femenina y los hombres 19.5% del total de la masculina.⁷

Lo anterior no necesariamente significa que el vivir más tiempo se relacione con un mayor nivel de bienestar para las personas que envejecen, sino todo lo contrario. El proceso de envejecimiento en hombres y mujeres mayores se encuentra condicionado por una serie de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que les posicionan como grupo en situación de vulnerabilidad.⁸⁻¹⁰

De la mano con la transición demográfica, el panorama epidemiológico actual muestra un cambio hacia las enfermedades no transmisibles como las principales morbilidades que afectan a la población.¹¹ Dentro de ellas, las enfermedades mentales van en aumento, llegando a ocupar uno de los primeros lugares de prevalencia junto con las enfermedades cardiovasculares, para el caso de las personas mayores en salud mental se destaca la depresión.¹¹

2. Problema de salud

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la

incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas.¹² En las personas mayores se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad.⁹

Esta enfermedad está asociada a diversos factores de riesgo, dentro de los cuales se encuentran ser mujer, responsabilidad de cuidar a algún enfermo, tener un bajo nivel socioeconómico, aislamiento social y escolaridad baja. También destacan las morbilidades como los accidentes cerebrovasculares, el infarto agudo al miocardio y el cáncer, por su fuerza de asociación con la depresión.^{9,10,13} Otros factores descritos son una mayor edad, la presencia de discapacidad, el ingreso económico, el estado civil, el nivel de integración social, el apoyo emocional y algunas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y diabetes.¹⁴⁻¹⁶

La estimación de la prevalencia de esta enfermedad depende en gran medida del instrumento que se utilice para diagnosticarla. Este es uno de los factores por los que los datos de prevalencia en personas mayores son escasos, además de que los rangos de las cifras reportadas muy amplios. La depresión se encuentra como uno de los síndromes geriátricos más importantes.⁸ Para 2011 los episodios depresivos en personas mayores oscilaron al 30%.⁸

En un análisis del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizado en 2012 y cuyo objetivo fue estimar las asociaciones entre tener un hijo adulto migrante y síntomas depresivos entre los adultos mayores y de mediana edad en México, se estimó una prevalencia de 42.8% de sintomatología depresiva. De este porcentaje, el 25.4% fueron mujeres y 17.4% hombres.¹⁷

En un estudio realizado con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, 2012, 2018-19 y 100k (ENSANUT), se buscó estimar los cambios en la prevalencia de síntomas depresivo y la cobertura de detección y tratamiento. Se encontró que para las personas mayores en el año 2006 la prevalencia de síntomas depresivos fue de 16.3%; en 2012 de 15.1%; en 2018-19 de 13.3%, mientras que en ENSAUT 100k fue de 14.6%.¹⁸

El análisis realizado *ex profeso* para el presente trabajo a partir de los datos de Carga Global de la Enfermedad y las proyecciones de Población en México del Consejo Nacional de Población (CONAPO), arrojó que la prevalencia de depresión en personas mayores es de 4.7% para los hombres y 6.4% para las mujeres.^{19,20}

La depresión es un problema de salud pública. En las personas mayores supone una preocupación aún más grave debido a sus implicaciones en la calidad de vida, el aspecto económico y psicosocial, además de representar retos para la sociedad y los servicios de salud.^{21,22} Adicionalmente, es frecuente que los síntomas de este trastorno en las personas mayores se pasen por alto, sean subidentificados y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimenta esta población. Lo anterior en conjunto con el estigma propio de los padecimientos de salud mental produce la falta de búsqueda de atención generando aún más problemas de identificación de sintomatología depresiva y problemas de salud mental.^{10,23}

La depresión causa sufrimiento innecesario para la persona mayor y su familia. Se ha documentado que un cuadro depresivo con una duración de 6 a 8 semanas, es más severo e incapacitante que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los trastornos respiratorios, la artritis y otras enfermedades cardíacas.^{13,22} Esto se debe a la persistencia de síntomas de

grado intenso, lo que genera dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, deterioro significativo y afectaciones en las funciones físicas, mentales y sociales. Las personas que padecen síntomas de depresión tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, así como sus complicaciones.¹³ Por sí sola, la depresión se asocia con mayor riesgo de muerte prematura, agravándose con ideas de suicidio y otros intentos de autolesiones con frecuencia.²²

Dentro de los determinantes poco estudiados para presentar depresión en las personas mayores se encuentra la condición de actividad económica.

2.1 Depresión y condición de actividad económica en las personas mayores

En la edad mayor se acentúan las necesidades y disminuyen los recursos para hacer frente a ellas, pues la situación laboral cambia y en muchos casos cesa. Las personas mayores sobrellevan los mitos y estereotipos de la edad. Se considera que su funcionalidad física y mental no permite el mismo rendimiento para la vida productiva que una persona joven, por lo que se cree que no podrán cumplir con las expectativas de lo que exige el trabajo moderno. En consecuencia, las personas mayores enfrentan mayor dificultad para acceder a un empleo, esto puede llevar a la disminución de los ingresos y consecuentemente inseguridad económica, lo que puede llevar a efectos negativos en salud.^{24,25}

En un estudio con datos del ENASEM 2012, donde se pretendía determinar la prevalencia de depresión en personas mayores de México y sus factores de riesgo, se señaló que hasta en el 91% de las personas mayores la principal fuente de ingresos está representado por las transferencias familiares/apoyos informales.⁸ La dependencia económica altera la esfera psicosocial de los individuos con sentimientos de inutilidad y desánimo, aumentando el riesgo

de padecer depresión en las personas mayores.⁸ Al no tener un empleo formal y con ingresos se genera una sensación de inseguridad económica. Al respecto existen hallazgos que indican que la inseguridad económica tiene efecto negativo sobre la presencia de sintomatología depresiva en personas mayores.²⁴

Es necesario promover el envejecimiento saludable a través del empleo con el fin de que las personas mayores continúen en algún ámbito laboral que las haga sentirse útiles y productivas, beneficiando sus estados anímico, mental, de salud, económico y social. Aunque el adulto mayor no conserva la misma fuerza y vigor de una joven, tiene en sí la experiencia para realizar sus labores de forma óptima.²⁵

Se reconoce que la salud mental de las personas mayores está incluida en la agenda de salud pública y se han logrado avances. Sin embargo, el desafío aún se encuentra lejos de ser vencido. Las políticas públicas necesitan tener de forma equilibrada acciones de prevención y promoción. Es imperativo que dichas acciones se realicen de manera coordinada con los diferentes sectores públicos para lograr un uso más eficiente de los recursos disponibles.¹³

3. Necesidad de Políticas Públicas en materia laboral desde la perspectiva del Envejecimiento saludable

El Envejecimiento Saludable es *el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*. El término a menudo se utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables. Esta distinción es problemática en las personas mayores debido a que muchas de ellas presentan una o más afecciones que si están bien controladas tienen poca influencia en su capacidad de funcionamiento. Por lo tanto, al plantear la meta de una estrategia de salud

pública sobre el envejecimiento, la OMS considera el Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales.²⁶

A partir de este contexto, las acciones en materia de política pública para el envejecimiento se han guiado por dos referentes principales:

- La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.²⁶
- Envejecimiento activo: un marco político, de la Organización Mundial de la Salud.²⁶

Estos documentos se inscriben en el marco jurídico internacional conformado por las normas internacionales de derechos humanos. En este marco se define el envejecimiento activo como *el proceso de optimización de las oportunidades de salud.*²⁶ Celebran el aumento de la esperanza de vida y el potencial de las poblaciones de edad avanzada como recursos importantes para el desarrollo futuro. Destacan las habilidades, la experiencia y la sabiduría de las personas mayores, así como las contribuciones que hacen. Indican una amplia variedad de ámbitos en que las políticas pueden favorecer estas contribuciones y garantizar la seguridad en la edad avanzada.

Para lograr los objetivos de los instrumentos no basta con hacer más de lo que actualmente se está realizando o con hacerlo mejor. Es necesario que se realice un cambio sistémico. Para esto se debe hacer un abordaje integral de salud pública para el envejecimiento de la población, el cual deberá modificar los sistemas actuales que ya no responden a las nuevas características de las poblaciones que atienden. Es importante para su funcionamiento saber más sobre la salud en la edad avanzada y definir lo que se puede hacer para mejorarla.²⁶

Existen desafíos a vencer para lograr buenos resultados en la respuesta integral de salud pública al envejecimiento. Uno de ellos es la enorme diversidad de los estados salud y estados funcionales que presentan las personas mayores. El amplio espectro de funcionamiento físico es mayor en la vejez que en edades más jóvenes. De hecho, algunas personas de 80 años de edad tienen niveles de capacidad, tanto física como mental, similares a los de muchos jóvenes, mientras que otras presentan dependencia para realizar sus actividades de la vida diaria. Por lo tanto, la política pública en materia de envejecimiento debe orientarse a aumentar al máximo el número de individuos que presentan trayectorias positivas de envejecimiento. La barreras por motivos de edad limita la forma en que se conceptualizan los problemas, las preguntas que se hacen y la capacidad para aprovechar oportunidades innovadoras.²⁶

Si las políticas lo permitieran, la combinación de una mayor edad con una buena salud puede posibilitar una gran variedad en las etapas tradicionales del curso de la vida. Estos cambios pueden beneficiar no solo a los individuos, sino también a la sociedad, al ofrecer mayores oportunidades de que las personas mayores contribuyan con su participación en el mercado laboral. Por ejemplo, la idea de vivir más tiempo podría permitir a las personas criar a sus hijos y luego comenzar una carrera a los 40 años o incluso a los 60, cambiar de trayectoria profesional en cualquier etapa de la vida o, tal vez, elegir retirarse durante un tiempo a los 35 y luego reincorporarse al mercado laboral. En Estados Unidos, por ejemplo, las encuestas señalan que la mayoría de las personas cercanas a la edad de jubilación, en realidad, no quieren jubilarse. Sin embargo, las personas no dijeron querer más de lo mismo. Quieren flexibilidad, la posibilidad de cambiar de carrera o trabajar a tiempo parcial.²⁶

3.1 Políticas públicas y las personas mayores

Un enfoque basado en los derechos para promover el envejecimiento saludable puede ayudar a superar los obstáculos legales, sociales y estructurales para la buena salud de las personas mayores.

Las políticas y los programas deben empoderar a las personas mayores para que contribuyan a la sociedad y sigan siendo miembros activos de sus comunidades durante el mayor tiempo posible, en función de su capacidad.

Actualmente la salud de las personas mayores no coincide con el ritmo con el que aumenta la longevidad. Las estrategias de salud pública frente al envejecimiento han sido ineficaces. Se debe realizar un nuevo marco de acción global, que contemple la gran diversidad de la población de personas mayores, su interés por formar parte activa de la sociedad y la fuerza laboral, y además que enfrente las desigualdades de fondo. Para esto es necesario, dejar atrás las maneras obsoletas de concebir a las personas mayores, fomentar un cambio en el entendimiento del envejecimiento y la salud e inspirar las creaciones de enfoques transformadores en políticas de salud pública.²⁶

3.2 Estrategias de políticas públicas para el envejecimiento en el mundo

En la actualidad, los países desarrollados han implementado estrategias para hacer frente al acelerado proceso de envejecimiento de la población y su interés por participar en la contribución del mercado. Entre las estrategias se encuentra el aumento a la edad de jubilación, reducción del monto de las jubilaciones, restricciones a la jubilación anticipada y los incentivos fiscales a la participación laboral de las personas mayores. En Europa y Estados

Unidos, se ha reportado que las personas mayores que siguen trabajando están más satisfechas y felices con su vida que las jubiladas. A diferencia de muchos países desarrollados, las políticas para promover una permanencia más extendida de este segmento poblacional en el mercado laboral y desincentivar la jubilación temprana no han sido ampliamente desempeñadas en América Latina.²⁷

El informe Golden Age Index realizado por Pricewaterhouse Coopers²⁸, compara la situación de empleo en la población de personas mayores entre los diferentes países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), situando a Islandia, Nueva Zelanda e Israel como los países con un mayor índice de empleo en esta población. Estos países implementaron políticas como el incremento a la edad de jubilación, trabajos más flexibles, mejora en las pensiones, educación y capacitación para personas mayores. La evidencia demuestra que si los demás países de la OCDE igualaran las tasas de empleo al incluir a este segmento poblacional, como lo hizo Nueva Zelanda, podrían generar un aumento del 2% hasta el 23% (según las variaciones alrededor del mundo) de su Producto Interno Bruto (PIB). Para el caso de México el crecimiento puede llegar a ser de alrededor 4.8% del PIB.²⁸

En los países desarrollados con mayor empleo entre la población mayor de 60 años, destaca la mayor aceptación y la facilidad para poder continuar o reintegrarse al mercado laboral. En contraste, se sitúan países como México donde este grupo de población encuentra dificultades por motivos de rechazo y falta de oferta laboral.²⁸

3.3 Estrategias de políticas públicas para el envejecimiento en México

Para afrontar el impacto en los cambios de la condición de actividad económica, en México existe La Ley de los derechos de las personas mayores, que en el capítulo II “De los derechos”, artículo 5º. Sección V. Del trabajo y sus capacidades económicas menciona (el derecho): A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral. A ser sujetos de acciones y políticas públicas de parte de las instituciones federales, estatales y municipales, a efecto de fortalecer su plena integración social.³

Aunado al marco legal, México cuenta con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) quien coordina políticas públicas enfocadas a esta población. En materia de oferta laboral cuenta con el programa “*Vinculación Productiva para Personas Adultas Mayores*”, el cual busca asegurar que las personas mayores de México puedan ejercer sus derechos promoviendo empleos remunerados, así como actividades voluntarias que generen un ingreso conforme a su oficio, habilidad o profesión. Mediante este programa, el INAPAM opera como un mediador entre los empleadores y la población para encontrar oportunidades de trabajo. Además, el INAPAM cuenta con el programa “*Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre*” buscando el beneficio económico para las personas mayores. Mediante este, se desarrollan alternativas de enseñanza en la producción de artículos de diversa índole, para el autoconsumo o la producción a pequeña escala, con los cuales además de ocupar su tiempo libre, las personas mayores pueden obtener un ingreso.²⁹

A pesar de la existencia de programas destinados a promover el ingreso de esta población en el mercado laboral, de acuerdo con la Encuesta Nacional Sobre Discriminación del año 2017, 22.5% de la población mayor de 60 años indica falta de oportunidades para encontrar trabajo y 44.9% percibe que sus derechos se respetan poco o nada.³⁰ Por otra parte, de la población total de adultos mayores, 66.6% es económicamente no activa y 33.3% económicamente activa. De este porcentaje 49.4% trabajan por cuenta propia, 36.9% son asalariados y 6.1% trabaja sin pago.⁶ La elevada proporción de empleo independiente estaría relacionada con las preferencias de los empleadores por personas más jóvenes.²³

Si se compara la información de México con Nueva Zelanda, uno de los países con mayor inclusión de personas mayores en la fuerza laboral por sus cambios en las políticas²⁸, se observa que en México solo la tercera parte se encuentra en el sector laboral formal, mientras que en el 2016 Nueva Zelanda reportó que 71.7% de las personas mayores de 60 años y 20% de las personas mayores de 65 años fueron empleadas en el sector formal.³¹ Cabe destacar que en Nueva Zelanda la prevalencia de depresión en personas mayores es apenas de 2% para hombres y 5% en mujeres.³²

4. Antecedentes científicos

En el año 2008 Pérez et al. ²² llevaron a cabo un estudio transversal en una población de 230 personas mayores de Cuba, a quienes se les aplicó el cuestionario Hamilton para depresión. Los resultados evidencian que un 64.8% de la muestra presentó depresión. De este número, 56.4% fueron jubilados económicamente inactivos y solo 21.4% se mantenía económicamente activo. Dentro de la discusión se señala que los participantes indicaron que haberse jubilado es uno de los factores exógenos que influyó en su estado actual de

depresión. Esto puede deberse a la pérdida del rol social laboral, acontecimiento vital negativo señalado por el 30.2 % como el comienzo de una vida de aburrimiento, carente de metas y objetivos, que conduce al aislamiento y la monotonía que genera un vacío existencial.²²

Salazar A. et al.³³ llevaron a cabo un estudio en una muestra de 839 personas mayores en Colombia. Mediante la escala abreviada de tamizaje para depresión geriátrica Yesavage, determinaron la prevalencia de depresión. Para la medición de factores de riesgo asociados se utilizaron preguntas modificadas del cuestionario Predict. La prevalencia total de depresión fue del 37.6%. De este total 18% se encontró económicamente activo, 15% pensionado y 23% económicamente inactivo. Se reportó una fuerza de asociación (OR) entre el factor de riesgo no trabajar la presencia de depresión de 1.26 ($p < 0.05$).³³

En 2010 Gómez y cols.²⁵, realizaron en México un estudio transversal analítico con el objetivo de identificar las características demográficas, económicas y condiciones de salud en empacadores voluntarios adultos mayores de tiendas comerciales. A una población de estudio de 416 individuos se le aplicaron diferentes cuestionarios dentro de los cuales la escala de depresión Yesavage en su forma abreviada con 15 preguntas. Los resultados muestran que 81.7% de los hombres y 63.3% de las mujeres tuvieron puntuaciones que no indican depresión en la escala Yesavage. Además destacan dentro de los motivos para ser trabajadores voluntarios en primer término la necesidad económica en 77.7% de los hombres y 83.7% de las mujeres; en segundo lugar el deseo de sentirse productivos y contar con una terapia ocupacional en 44% de los hombres y 39.7% de las mujeres.²⁵

La revisión sistemática hecha por Jin et al.³⁴, tuvo por objetivo fortalecer la evidencia entre la asociación del desempleo y los resultados adversos en salud usando bases epidemiológicas de causalidad. La evidencia sugiere una asociación entre el desempleo y varios resultados adversos en salud, reportando 1.14 veces más el riesgo de problemas de salud en población sin empleo.³⁴

Fernández-Niño et al.¹⁶, realizaron un estudio sobre la asociación entre el estatus de empleo y la presencia de síntomas depresivos en hombres y mujeres en México, entre los 20 y 59 años de edad. Utilizando datos del ENASEM 2012, se encontró que aquellos hombres desempleados tenían 1.66 veces el riesgo de presentar síntomas depresivos (IC 95% 1.08-2.55) que aquellos con empleo.¹⁶

5. Planteamiento del problema

En México las personas mayores se encuentran con una barrera de falta de oportunidades para integrarse al sector laboral. Este problema está tomando mayor magnitud debido a las proyecciones de la transición demográfica, y de no tomarse las medidas necesarias, en los próximos años habrá un aumento de personas mayores las cuales podría enfrentarse con dificultades para ser económicamente activos.

México desaprovecha una vía de crecimiento económico potencial al ignorar las recomendaciones de la OCDE de aumentar la fuerza laboral con una mayor inclusión de las personas mayores. Aunado a esto, las tasas altas de desempleo contribuyen al deterioro de la calidad de vida, el aumento en las morbilidades físicas y mentales a nivel individual, además del aumento en los factores de riesgo mortalidad general.

Con la evidencia actual se identifican dos problemas; la falta de oportunidades de trabajo para personas mayores y el aumento de la sintomatología depresiva, así mismo se puede observar una conexión entre ellos. En la literatura encontrada no queda claro y de manera específica, el comportamiento de la sintomatología depresiva respecto condición de actividad económica por lo que es necesario indagar en este tema y poder establecer su efecto en la población Mexicana para fomentar políticas que mejoren el panorama actual.

Teniendo en cuenta lo precedente con atención sobre la falta de políticas públicas para la inserción de personas mayores en el sector laboral se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre la condición de actividad económica y la sintomatología depresiva en las personas mayores Mexicanas?

6. Justificación

Se pretende describir la asociación de la sintomatología depresiva en las personas mayores mexicanas según la condición de actividad económica, pues se considera relevante aportar información científica sobre estos dos factores atendiendo el marco económico y la relevancia para la mejora de la calidad de vida. Adicionalmente, se considera que la información permita consolidar nuevas líneas de investigación sobre el tema en un mediano plazo, debido a que es necesario llevar a cabo estudios sobre los determinantes de la sintomatología depresiva y de la misma manera el impacto en salud de la condición de actividad económica, por la ausencia de estudios e instrumentos que permitan su análisis. Se espera que los datos que la presente investigación aporte sean relevantes para apoyar la toma de decisiones en materia de políticas públicas destinadas a incrementar las posibilidades de inserción al campo laboral

de las personas mayores, asegurando con ello su economía, la inclusión social y la salud mental y física, además de aportar información relevante para la literatura sobre el objeto de estudio.

7. Objetivo de investigación

Describir la asociación entre la condición de actividad económica y la presencia de sintomatología depresiva en las personas mayores mexicanas.

8. Hipótesis

Las personas mayores de la población económicamente no activa tienen 1.2 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación a la población económicamente activa.

9. Metodología

9.1 Diseño de estudio

Análisis secundario, de diseño transversal analítico, del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018.

9.2 Descripción de la fuente de información

El ENASEM es un estudio nacional longitudinal de adultos de 50 años y más en México. Es representativo a nivel nacional de 13 millones de mexicanos nacidos antes de 1951. El estudio tiene representatividad nacional y urbana/rural. Es un esfuerzo colaborativo de investigadores de la Universidad de Texas Medical Branch (UTMB), el Instituto Nacional de Estadística y

Geografía (INEGI, México), la Universidad de Wisconsin, el Instituto Nacional de Geriátría (INGER, México), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, México), y la Universidad de California Los Ángeles (UCLA).³⁵

En 2001 se llevó a cabo la encuesta basal, en adultos nacidos en 1951 o antes, y las encuestas de seguimiento se hicieron en 2003, 2012, 2015 y 2018. En 2012, se agregó una nueva muestra de adultos nacidos entre 1952 – 1962.

Durante la ronda 2015 se incluyó una entrevista de seguimiento con todos los entrevistados sobrevivientes que habían completado por lo menos una entrevista desde 2001. Además, el protocolo incluyó los de la nueva muestra añadida en 2012 que no pudieron ser contactados en ese año. Adicionalmente, se completó una entrevista a familiares del entrevistado fallecido para aquellos que formaron parte de la muestra pero murieron entre 2012 y 2015. Las entrevistas se realizaron persona a persona. Se buscaron entrevistas directas con todos los informantes, pero se completaron entrevistas por sustituto para aquellos que no pudieron completar su propia entrevista. De la misma manera, en 2018 se agregó una nueva cohorte de adultos nacidos entre 1963 y 1968 para refrescar la muestra. Actualmente, se planean una ronda adicional en 2021.³⁵

La edición de la ENASEM 2018, da continuidad al estudio para el seguimiento longitudinal de las personas que se han entrevistado en los levantamientos anteriores, incluyendo entrevistas por informante sustituto en caso de enfermedad, lenguaje o ausencia temporal, y en el caso de sujetos de estudio fallecidos, entrevista a personas cercanas para conocer las condiciones de salud y causas de su deceso. En este levantamiento, se adicionó

una muestra de aproximadamente 4 500 personas, de 50 a 55 años (cumplidos en 2018), para mantener representatividad de personas de edad 50 o más.³⁵ (Figura 1)

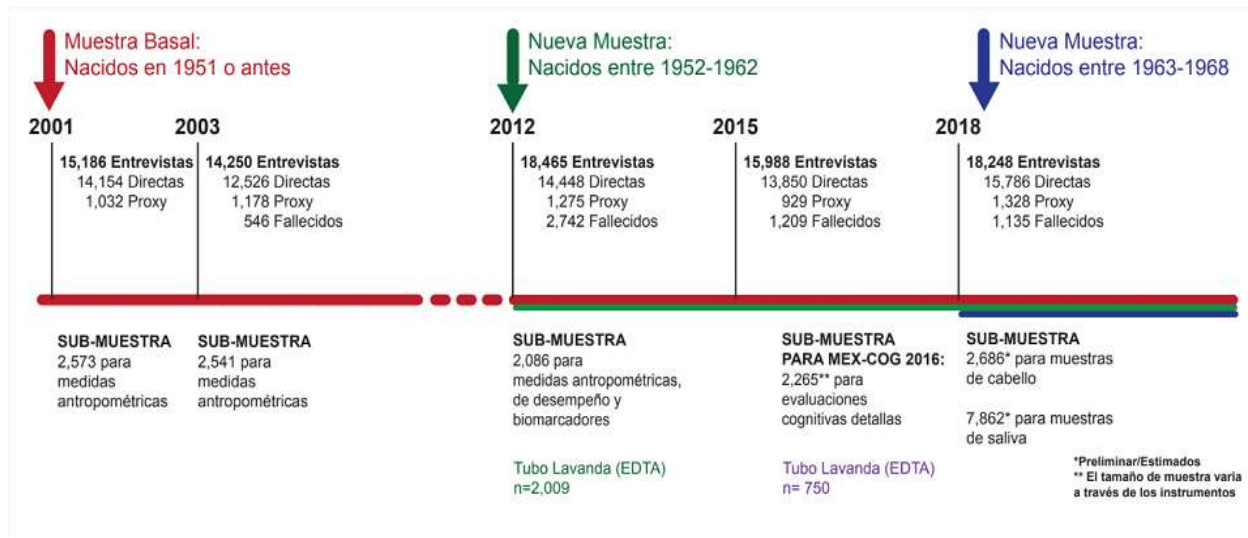


Figura 1. Tabla cronológica de las rondas realizadas del ENASEM. (Tomada de la página oficial del ENASEM. URL: http://www.enasem.org/StudyDescription_Esp.aspx)

Dentro del ENASEM se encuentra el cuestionario para detectar sintomatología depresiva, el cual se originó a partir de un panel de expertos conformado por personal del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por investigadores de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin de Estados Unidos de América. Estudios científicos sobre el tema, así como experiencias previas en México, constituyeron el marco de referencia. Consiste en nueve reactivos, con respuestas “sí” o “no”; se aplicó a través de entrevista directa y tomando en cuenta si el participante había sentido, en la última semana, algunos de los síntomas asociados a depresión.³⁶

9.3 Población de estudio

Para el presente análisis se integraron los datos de la población encuestada en el ENASEM 2018; la población fue de 17 114 personas al final del levantamiento.³⁵ De este total, se seleccionaron aquellos individuos que cumplieran con los siguientes criterios de selección:

9.3.1 Criterios de selección

- Inclusión
 - Personas que en el levantamiento del 2018 contaban con 60 años o más de edad.
 - Personas con datos completos en las secciones del cuestionario
- Exclusión
 - Haber respondido “Busca trabajo” en la sección I. Empleo.
 - Haber respondido “No responde” y “No sabe” en la sección I. Empleo.
 - Personas con menos de 5 respuestas en la escala de sintomatología depresiva.
 - Respuesta “No responde” y “No sabe” en más de 1/3 parte de la escala para medir sintomatología depresiva.
 - Personas que refieran condiciones de salud que aumentan el riesgo de la presencia de depresión:
 - Cáncer
 - Haber padecido de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) en el último año
 - Haber padecido un Infarto Agudo al Miocardio (IAM) en el último año
 - Deterioro cognitivo severo, según la escala de medición de función cognitiva.^{37,38}

- Dependencia completa para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de acuerdo con el puntaje de la escala Katz modificada. (40). (Anexo 2)
- Dependencia completa para realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). (Anexo 3)

9.4 Definición de variables

9.4.1 Variable dependiente: Sintomatología Depresiva (SD)

- *Definición conceptual:* La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas.¹²
- *Definición operacional:* se definió la Presencia de Sintomatología Depresiva (PSD) o Ausencia de Sintomatología Depresiva (ASD) por medio del puntaje obtenido en el cuestionario de tamiz de la sección C. Salud, en su apartado C.49 (Tabla 1). El cuestionario de tamiz para sintomatología depresiva usando en el ENASEM es una versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)³⁹, la cual consiste en nueve reactivos, con respuestas “sí” o “no”; se aplicó a través de entrevista directa y tomando en cuenta si el participante había sentido, en la última semana, lo que en cada una de las preguntas se buscaba saber.³⁶

Tabla 1. Preguntas del cuestionario de la Sección C. Salud, apartado C.49 del ENASEM, para la detección de sintomatología depresiva.

Pregunta	Respuesta	Tipo de respuesta	Escala de medición
¿Se ha sentido deprimido?	1 = Sí 0 = No	Cualitativa	Nominal
¿Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?	1 = Sí 0 = No	Cualitativa	Nominal
¿Ha sentido que su sueño era intranquilo?	1 = Sí 0 = No	Cualitativa	Nominal
¿Se ha sentido feliz?	0 = Sí 1 = No	Cualitativa	Nominal
¿Se ha sentido solo?	1 = Sí 0 = No	Cualitativa	Nominal
¿Ha sentido que disfrutaba de la vida?	0 = Sí 1 = No	Cualitativa	Nominal
¿Se ha sentido triste?	1 = Sí 0 = No	Cualitativa	Nominal
¿Se ha sentido cansado?	1 = Sí 0 = No	Cualitativa	Nominal
¿Se ha sentido que tenía mucha energía?	0 = Sí 1 = No	Cualitativa	Nominal

Se establece presencia de sintomatología depresiva si la sumatoria de los puntos es ≥ 5 y ausencia de sintomatología depresiva si el total de la suma es ≤ 4 puntos refleja (Tabla 2). Este punto de cohorte junto con el cuestionario de detección fue evaluado para su validez y confiabilidad en 2007.³⁶

Tabla 2. Clasificación según la presencia o ausencia de sintomatología depresiva

Variable	Categoría	Tipo de variable	Escala de medición
Sintomatología depresiva	Presencia de sintomatología depresiva ≥ 5 respuestas afirmativas para síntomas depresivos	Categórica	Nominal
	Ausencia de sintomatología depresiva ≤ 4 respuesta positivas para síntomas depresivos	Categórica	Nominal

9.4.2 Variable independiente: Condición de Actividad Económica.

- *Definición conceptual:* situación que distingue a la población de 15 y más años según haya participado o no en la actividad económica en la semana de referencia. De acuerdo con la condición, la población se clasifica como población económicamente activa y población no económicamente activa.⁴
- *Definición operacional:* los participantes se dividieron en población económicamente activa (PEA) y población económicamente no activa (PENA), según su respuesta a la pregunta sobre la actividad laboral actual en el apartado I.16 “¿Actualmente usted...” (Tabla 3)

Tabla 3. Preguntas del cuestionario Sección I. Apartado I.16 del ENASEM. “¿Actualmente usted...”

“¿Actualmente usted...”	
...Trabaja?	1 = Sí
...No trabaja?	2 = Sí

La población se clasificó como económicamente activa o económicamente no activa según las respuestas a las preguntas del cuestionario. (Tabla 4)

Tabla 4. Clasificación de la condición de actividad económica.

Variable	Categoría	Tipo de variable	Escala de medición
Condición de actividad económica	<ul style="list-style-type: none"> • Población económicamente activa Respuesta afirmativa a la pregunta “¿Actualmente usted: Trabaja?” • Población económicamente no activa Respuesta afirmativa a las preguntas: “¿Actualmente usted: no trabaja?” 	Catógorica	Nominal

9.4.3 Variables de control

Debido a que el objetivo es analizar como la sintomatología depresiva se asocia con la condición de actividad económica, se incluyeron algunas variables de control sobre las características sociodemográficas obtenidas de las diferentes secciones del cuestionario del ENASEM.

Tabla 5. Variables de control

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Tipo de variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. ⁴⁰	Años vivido al momento de la entrevista al responder la pregunta A.2b ¿Cuál es su edad en años cumplidos? Se categorizan por grupos de edad para el análisis.	- 60-69 años. - 70-79 años. - Más de 80 años.	Categórica. Ordinal.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina. ⁴⁰	Condición de hombre o mujer observada por el entrevistador respondido en la pregunta A.2 “entrevistador registra si el informante es: hombre o mujer”	- Hombre. - Mujer.	Categórica. Nominal.
Estado civil	Condición de una persona en relación a filiación o matrimonio. ⁴⁰	Condición que distingue las relaciones de pareja del participante, según las respuestas a la pregunta A.3 “¿Actualmente usted...”.	- Casado (a) / Unión civil -Soltero (a) / Divorciado (a) / separado(a). - Viudo(a).	Categórica. Nominal.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento o docente. ⁴⁰	Número de años de estudio donde se categoriza por grupos, donde 0 años quienes no estudiaron; 1-6 años aquellos con educación primaria trunca o terminada; 7-9 años aquellos con educación secundaria trunca o terminada; 10-12 años aquellos con educación preparatoria trunca o terminada; 12 o más años aquellos que tienen estudios universitarios y de posgrado. Según se respuesta a la pregunta AA.4a” ¿Cuál es el último año o grado que usted aprobó en la escuela?”	- 0 años de estudios. - 1-6 años de estudio. - 7-9 años de estudio. - 10-12 años de estudio. - 13 y más años de estudio.	Categórica. Ordinal.
Hipertensión arterial sistémica	La hipertensión arterial sistémica es	Padecimiento que distingue a los participantes según si tienen presencia o no de Hipertensión arterial sistémica	- Presencia de Hipertensión arterial sistémica	Categórica. Nominal.

	un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras \geq 140/90 ml/Hg. ⁴¹	con la respuesta a la pregunta C.4 “¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que usted tiene hipertensión o presión alta?”	- Ausencia de Hipertensión arterial sistémica.	
Diabetes Mellitus	La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. ⁴²	Padecimiento que distingue a los participantes según si tienen presencia o no de Diabetes Mellitus con la respuesta a la pregunta C.6 “¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que usted tiene diabetes?”;	- Presencia de Diabetes Mellitus. - Ausencia de Diabetes Mellitus.	Categórica. Nominal.
Artritis	La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible	Padecimiento que distingue a los participantes según si tienen presencia o no de Artritis con la respuesta a la pregunta C.32 “¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que usted tiene artritis o reumatismo?”	- Presencia de Artritis. - Ausencia de Artritis.	Categórica. Nominal.

	compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución. ⁴³			
Autoreporte de situación económica	Se refiere al conjunto de bienes que integran el patrimonio de una persona (solvencia). La situación económica se refiere, por tanto, a lo patrimonial. Se tiene buena situación económica cuando el patrimonio es importante. El patrimonio es la diferencia entre activo y pasivo. ⁴⁴	Situación que distingue a los participantes por su percepción sobre su economía según su respuesta a la pregunta I.30 “¿Diría usted que su situación económica es...” Se utiliza la misma escala de autopercepción del cuestionario para la clasificación. (Anexo)	- Excelente. - Muy buena. - Buena. - Regular. - Mala.	Catógica. Ordinal.
Uso del tiempo	Actividades que una persona realiza en el curso de un día como comer, viajar, cuidar niños, trabajar formalmente como empleado o patrón en el sector público o privado, trabajar sin recibir pago alguno, conducir un vehículo, pasear, fumar o simplemente no hacer nada. ⁴⁵	Realización de actividades que no sean de trabajo. Se definieron 5 categorías de actividades las cuales corresponden a diferentes preguntas del apartado D.34 “Uso del tiempo”. (Anexo 1) Según su frecuencia en una semana según a las preguntas del cuestionario. Se considera que usa su tiempo en alguna de las categorías, si realiza alguna de las actividades 4 o más veces a la semana. Se considera que no usa su tiempo en alguna de las categorías, si realiza 3 o menos veces a la semana alguna de las actividades.	- Usa el tiempo en trabajo no remunerado para el propio y otros hogares, y para la comunidad. - Usa el tiempo en actividades de estudio. - Usa el tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva. - Usa el tiempo en trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar. - Usa el tiempo en actividades de autocuidado.	Catógica Nominal
Apoyo social	Red compuesta por	Características que distingue a los participantes según sus	- Cuenta con apoyo social.	Catógica. Nominal.

	familia, amigos, vecinos y miembros de la comunidad que está disponible para brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad. ⁴⁶	relaciones personales con sus hijos, otros familiares y amigos. Para la clasificación se utilizan 4 preguntas cuyas respuesta es “sí o no”, si el participante responde afirmativamente por lo menos a un pregunta, se considera como que tiene apoyo social. Si responde no en todas las preguntas se considera no cuenta con apoyo social. (Anexo 4a y 4b)	- No Cuenta con apoyo social.	
Red social	Estructura social formada por personas o entidades conectadas y unidas entre sí por algún tipo de relación o interés común. ⁴⁷	Características que distingue a los participantes según sus relaciones personales con sus hijos, otros familiares y amigos. Para la clasificación se utilizan 5 preguntas cuyas respuesta es “sí o no”, si el participante responde afirmativamente por lo menos a un pregunta, se considera como que tiene redo social. Si responde no en todas las preguntas sobre red, se considera no cuenta con red social. (Anexo 4a y 4b)	- Cuenta con red social. - No Cuenta con red social	Categórica. Nominal.
Compromiso social	Responsabilidad que un individuo tiene hacia sus semejantes y el entorno. ⁴⁸	Características que distingue a los participantes según sus relaciones personales con sus hijos, otros familiares y amigos. Para la clasificación se utilizan 3 preguntas cuyas respuesta es “sí o no”, si el participante responde afirmativamente por lo menos a un pregunta, se considera como que tiene compromiso social. Si responde no en todas las preguntas se considera no cuenta con compromiso social. (Anexo 4a y 4b)	- Cuenta con compromiso social. - No Cuenta con compromiso social.	Categórica. Nominal.

9.5 Plan de análisis

1. Limpieza de la base mediante aplicación de criterios de selección. Dentro de la base se identificaron los individuos que reunieran los criterios de exclusión para eliminarlos

de la base maestra. De igual forma, se identificaron datos incompletos o “missings”, que fueron eliminados. Los datos incongruentes fueron tratados para intentar mantener los casos en la base, evitando así la pérdida excesiva de sujetos de estudio.

2. Una vez concluida la limpieza de la base de datos, se estimó la prevalencia de sintomatología depresiva y las proporciones de población económicamente activa y la no activa.
3. Se obtuvieron las medias y desviaciones estándar y las frecuencias y porcentajes para las variables continuas y categóricas, respectivamente. Se realizó análisis de normalidad para elegir la prueba para las comparaciones de medias y porcentajes.
4. Se realizó análisis de regresión bivariado, para valorar la asociación simple entre la variable sintomatología depresiva, y la variable situación de actividad económica y el resto de variables secundarias.
5. Se realizó análisis de regresión logística probando modelos que establecieran la existencia de confusión, modificación de efecto e interacción entre la asociación de la condición de actividad económica y la presencia de sintomatología depresiva con las variables de control. Posteriormente, se eligió el modelo que explicara mejor la asociación entre la condición de actividad económica y la sintomatología depresiva.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa STATA 16 SE para Windows.

10. Consideraciones éticas

El ENASEM fue aprobado por el Institutional Review Boards and Ethics Committees of the University of Texas Medical Branch in the USA, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en México.

El presente análisis secundario se encuentra registrado ante los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Geriátría con el número de registro DI-PI-001/2021.

11. Resultados

11.1 Características generales

Se obtuvo una muestra final de 6,167 participantes (figura 1), cuya media de edad fue de 69 ± 6.8 . La población de 60-69 años representó el 52.73%, la de 70-79 el 37.86%, y la de 80 y más el 9.40%. Del total de la muestra, 55.73% ($n= 3,437$) fueron mujeres. El 66.37% ($n= 4,093$) de la muestra se distinguió como Población Económica No Activa (PENA). Se observó una prevalencia de sintomatología depresiva de 26.48% ($n= 1,633$) con una puntuación media de 3 ± 2.5 (Tabla 6).

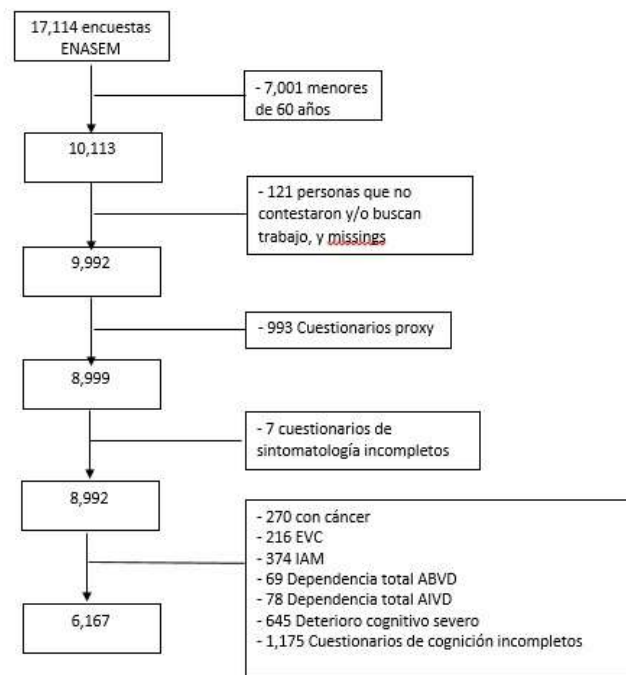


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de la muestra.

El 63.72% de la muestra (n= 3930) se definió como soltero/divorciado/separado de una unión civil, 24.11% (n= 1487) en viudez y 12.16% (n=750) reportó estar casado/unión civil. Para el caso la escolaridad medida en años de estudio, la media de la muestra fue de 6±4.6 años. La mayoría de los participantes reportó haber estudiado entre 1 y 6 años (56.18%), con la menor proporción representada por quienes estudiaron de 10 - 12 años (4.52%).

En lo que respecta a las morbilidades, la Hipertensión Arterial se reportó por 48.84% de la muestra (n=3010), la Diabetes Mellitus presente en 206.03% (n= 1604), y la Artritis en 13.44% de los participantes (n= 829).

La mayor proporción de la muestra (63.56%) reportó encontrarse en una situación económica regular, le siguieron quienes consideraban su situación buena (25.32%). Una menor parte (3.19%) reportó una situación muy buena o excelente.

En lo referente a uso del tiempo, 90.54% (n=5584) de la población reportó usar su tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva, seguido de actividades de trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar con el 33.03% (n= 2284). Solo una pequeña proporción de la muestra (0.84%) realiza actividades de estudio.

La mayoría de los participantes (79.37%) reportó tener apoyo social, 87.51% de los casos (n=5397) reportó contar con red social y 78.83% (n= 4862) con compromiso social.

Tabla 6. Características generales de la muestra.

	Total n= 6167	PEA n= 2074 (33.63%)	PENA n= 4093 (66.36%)	p
Puntuación de síntomas depresivos	3.08 (2.5)	2.72 (2.3)	3.26 (2.58)	<0.001 ^a
Presencia de síntomas depresivos	1633 (26.47)	432 (20.82)	1201 (29.34)	<0.001 ^b
Edad en años (por grupos de edad)	69.70 (6.80)	67.34 (5.8)	70.84 (6.96)	<0.000 ^a

60 - 69	3252 (52.73)	1396 (67.3)	1856 (45.34)	
70 - 79	2335 (37.86)	608 (29.31)	1727 (42.19)	
80 y más	580 (9.40)	70 (3.37)	510 (12.46)	
Sexo				<0.001 ^b
Hombre	2730 (44.26)	1409 (67.93)	1321 (32.27)	
Mujer	3437 (55.73)	665 (32.06)	2772 (67.72)	
Estado Civil				<0.001 ^b
Casado/Unión civil	750 (12.16)	303 (14.6)	447 (10.92)	
Soltero/Divorciado/Separado	3930 (63.72)	1395 (67.26)	2535 (61.93)	
Viudo	1487 (24.11)	376 (18.12)	1111 (27.14)	
Escolaridad (años de estudio)	6 (4.6)	6.5 (4.8)	6.08 (4.4)	0.009 ^a
0 años de estudio	647 (10.49)	216 (10.41)	431 (10.53)	
1-6 años	3465 (56.18)	1121 (54.05)	2344 (57.26)	
7-9 años	1131 (18.33)	399 (19.23)	732 (17.88)	
10-12 años	279 (4.52)	86 (4.14)	193 (4.71)	
13 y más	645 (10.45)	252 (12.15)	393 (9.6)	
Morbilidades				
Hipertensión Arterial Sistémica	3010 (48.84)	771 (37.17)	2241 (54.75)	<0.001 ^b
Diabetes Mellitus	1604 (26.03)	423 (20.39)	1186 (28.97)	<0.001 ^b
Artritis	829 (13.44)	215 (10.36)	616 (15.05)	<0.001 ^b
Autoreporte de situación económica				0.004 ^b
Excelente	84 (1.36)	37 (1.78)	50 (1.22)	
Muy buena	106 (1.71)	37 (1.78)	69 (1.68)	
Buena	1562 (25.34)	495 (23.86)	1067 (26.06)	
Regular	3921 (63.58)	1366 (65.86)	2552 (62.35)	
Mala	494 (8.01)	139 (6.7)	355 (8.67)	
Uso del tiempo				
Usa el tiempo en trabajo no remunerado para el propio y otros hogares, y para la comunidad	1566 (25.39)	435 (20.97)	1131 (27.63)	<0.001 ^b
Usa el tiempo en actividades de estudio	52 (0.84)	24 (1.15%)	28 (0.68)	0.055 ^b

Usa el tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva	5584 (90.54)	1817 (87.06)	3767 (92.03)	<0.001 ^b
Usa el tiempo en trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar	2284 (33.03)	706 (34.04)	1578 (38.55)	0.001 ^b
Usa el tiempo en actividades de Autocuidado	35 (0.56)	7 (0.33)	28 (0.68)	0.087 ^b
Cuenta con apoyo social	4895 (79.37)	1580 (76.18)	3315 (80.99)	<0.001 ^b
Cuenta con red social	5397 (87.51)	1817 (87.6)	3580 (87.46)	0.873 ^b
Cuenta con compromiso social	4862 (78.83)	1558 (75.12)	3304 (80.72)	<0.001 ^b

Los datos se presentan como frecuencia (porcentaje) para las variables categóricas y media (Desviación Estándar) para variables continuas.

a Diferencia de medias mediante la prueba t de Student; b Diferencia de porcentajes mediante χ^2 de Pearson.

PEA: Población Económicamente Activa. PENA: Población Económicamente No Activa

Se puede observar en la tabla 1 que en el grupo de personas clasificadas como PENA, se encontró una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (29.34%) en comparación con la población económicamente activa (20.82%, $p < 0.001$) (Tabla 6).

En la PENA hay una mayor proporción de personas entre 60-69 años 45.34% y de población económicamente activa (PEA, 67.3%), quienes tienen menor proporción son el grupo de 80 y más con 3.37% (70) en la PEA, y 12.46% (n= 510) en la PENA.

Las personas mayores con un Estado Civil Soltero/Divorciado/Separado forma la mayor proporción de PENA (61.93%) y es este mismo grupo quien representa la mayor proporción de PEA (67.26%).

La mayor proporción de la PENA con significancia estadística tiene entre 1 - 6 años de estudio (57.26%), seguido de la PEA (54.05%). A pesar del aumento de los años de estudio la proporción de PEA disminuyó (12.15%).

Para el caso de las morbilidades la hipertensión arterial sistémica tiene mayor proporción en la PEA con 54.75% (n= 2241), seguido por la diabetes mellitus con 28.97% (n= 1186) y artritis con 15.05% (616). En la PEA las morbilidades disminuyen su prevalencia a menos del doble.

La mayor parte de la PEA reportó tener una situación económica regular (65.86%), este reporte se repite en la PENA (62.35%).

Las personas mayores tienen más uso de su tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva, quienes son económicamente no activos tienen 92.03% (n= 3767), y los económicamente no activos 87.06% (n= 1817). En segundo lugar las actividades de trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar tienen mayor proporción en la PENA (38.55%) y en la PEA (34.04%).

El contar con apoyo social tiene mayor proporción en las personas mayores económicamente no activas siendo el 80.99% (n= 3315), en la PEA se reduce al 75.18% (n= 1580). El compromiso social se encontró mayormente en la PENA 80.72% (n= 3304), con una reducción en la PEA 75.12% (n= 1558).

11.2 Modelo de regresión logística.

Mediante el análisis de regresión bivariada (Tabla 7) se encontró que tomando como referencia a la PEA, la PENA tuvo 1.578 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva ($p < 0.001$; IC 95% 1.392-1.789).

En el análisis por edad, el grupo de 60-69 años de edad tuvo 0.82 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva ($p < 0.05$; IC 95% 0.675-0.996) en comparación con el grupo de 80 y más años de edad. Las mujeres tuvieron 2.13 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con los hombres ($p < 0.001$; IC 95% 1.887 - 2.399).

Las personas mayores que se definieron como casadas/unión civil y las solteras/divorciadas/separadas de una unión civil, tuvieron menor riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con quienes reportaron ser viudos (OR= 0.693; $p < 0.001$; IC 95% 0.569 - 0.845 y OR =0.625; $p < 0.001$; IC 95% 0.546 - 0.714, respectivamente).

Se observó que el riesgo de presentar síntomas depresivos disminuye conforme aumentan los años de escolaridad. En comparación con quienes tienen 0 años de estudio las personas mayores que estudiaron entre 1 - 6 tuvieron un OR= 0.801 ($p = 0.014$; IC 95% 0.670 - 0.956), siendo las personas que estudiaron 13 y más años de edad quienes tuvieron el OR más bajo (OR= 0.290; $p < 0.001$; IC 95% 0.219 - 0.383).

En comparación con no presentar las siguientes morbilidades, la presencia de Diabetes Mellitus (OR= 1.381; $p < 0.001$; IC 95% 1.219 - 1.566), de Hipertensión Arterial Sistémica (OR= 1.614; $p < 0.001$; IC 95%) y de Artritis (OR= 2.267; $p < 0.001$; IC 95% 1.948 - 2.638), incrementan el riesgo de presentar sintomatología depresiva.

Comparado con quienes reportaron tener una situación económica mala, la probabilidad de presentar sintomatología depresiva disminuye conforme se reporta una mejora de la situación económica ($p < 0.001$).

En lo que respecta al uso del tiempo, únicamente se observó significancia estadística en la categoría trabajo no remunerado para el propio y otros hogares, y para la comunidad (OR= 1.190; $p= 0.008$; IC 95% 1.047– 0.1352) y en la categoría de actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva (OR= 0.702; $p<0.001$; IC 95% 0.584 - 0.842); en ambos casos, comparando contra quienes no realizan esa actividad

Las personas mayores que cuentan con apoyo social tienen menor riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con quienes no tienen apoyo social (OR= 0.762; $p<0.001$; IC 95% 0.665 - 0.872). Los participantes que cuentan con compromiso social tienen 1.181 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con quienes no cuentan con dicho compromiso ($p= 0.022$; IC 95% 1.024 - 1.361).

Tabla 7. Regresión logística bivariada entre la presencia de sintomatología depresiva y las variables de control

Presencia de sintomatología depresiva	O.R.	p	I.C. 95%	
			Min	Max
Población económicamente no activa	1.57	<0.001	1.39	1.78
Edad (Categoría de referencia "80 y más")				
Edad 60 - 69	.82	0.046	0.67	.99
Edad 70 - 79	.83	0.069	0.67	1.01
Sexo (Categoría de referencia "Hombre")				
Mujer	2.12	<0.001	1.88	2.39
Estado civil (Categoría de referencia "Viudo")				
Casado/Unión Civil	.69	<0.001	.56	.84
Soltero/Divorciado/Separado de una Unión Civil	.62	<0.001	.54	.71
Años de escolaridad (Categoría de referencia "0 años")				
1 - 6 años	.80	0.014	.67	.95
7 - 9 años	.48	<0.001	.39	.60
10 - 12 años	.40	<0.001	.28	.57
13 y más años	.29	<0.001	.21	.38
Hipertensión Arterial Sistémica	1.61	<0.001	1.44	1.80

Diabetes Mellitus	1.38	<0.001	1.21	1.56
Artritis	2.26	<0.001	1.94	2.63
Autoreporte de situación económica (Categoría de referencia "Mala")				
Excelente	.11	<0.001	.06	.23
Muy buena	.03	<0.001	.01	.09
Buena	.16	<0.001	.13	.20
Regular	.34	<0.001	.28	.42
Uso del tiempo				
Trabajo no remunerado para el propio y otros hogares, y para la comunidad	1.19	0.008	1.04	1.35
Actividades de estudios	1.02	0.942	.34	.38
Actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva	.70	<0.001	.58	.84
Trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar	.95	0.41	.84	1.07
Autocuidado	1.11	0.779	.53	2.31
Apoyo Social	.76	<0.001	.66	.87
Red Social	.91	0.291	.77	1.08
Compromiso Social	1.18	0.022	1.02	1.36

Dados los resultados del análisis anterior, se decidió partir de las variables que fueron estadísticamente significativas para elaborar un modelo de regresión logística múltiple que pudiera explicar con un coeficiente mayor la presencia de sintomatología depresiva en la muestra analizada. El modelo de regresión logística fue depurado hasta obtener el mejor coeficiente global (Tabla 8).

El modelo de regresión logística ($\text{logit } p = \ln(p/(1-p)) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$) contiene quince variables predictoras las cuales fueron seleccionadas por su plausibilidad biológica y al eliminar aquellas que no presentaban significancia estadística. El modelo final fue probado por su valor de máxima verosimilitud y bondad de ajuste. (Tabla 8)

Se encontró que en comparación con la población económicamente activa, aquellos que se encontraban económicamente no activos tenían un riesgo de presentar sintomatología depresiva 18% mayor ($p=0.023$; IC 95% 1.02 - 1.36)

Las mujeres tuvieron 84% más riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con los hombres ($p<0.001$; IC 95% 1.59 - 2.12).

Las personas mayores que reportaron ser solteras, divorciadas o separadas de una unión civil presentaron 0.85 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con quienes reportaron ser viudos ($p= 0.015$; IC 95% 0.74 - 0.96).

Se observa que con respecto a la escolaridad 0, el aumento en los años de estudio reduce el riesgo de presentar sintomatología depresiva; la población con 7 - 9 años de estudio tuvo un OR = 0.65, ($p<0.001$, IC 95% 0.55 - 0.77), la de 10 - 12 años de estudio OR = 0.69 ($p= 0.034$, IC 95% 0.49 - 0.97), y el grupo con 13 y más años de estudio una OR = 0.58 ($p<0.001$, IC 95% 0.44 - 0.75).

Los individuos que reportaron padecer Hipertensión Arterial Sistémica tienen 1.28 veces el riesgo de tener sintomatología depresiva en comparación con quienes reportaron no tener el padecimiento ($p<0.001$; IC 95% 1.12 - 1.45). Padecer Diabetes Mellitus representa 1.22 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con quienes no padecen la enfermedad ($p= 0.003$; IC 95% 1.07 - 1.40). De igual manera, quienes tienen Artritis presentan 1.82 veces el riesgo de tener sintomatología depresiva en comparación de quienes no padecen dicha enfermedad ($p<0.001$; IC 95% 1.5 - 2.14).

El reporte de situación económica mostró que en comparación con quienes dijeron tener una situación económica mala, quienes reportan una mejor situación económica presentaron menor riesgo de presentar sintomatología depresiva. Quienes reportaron una situación regular tuvieron un OR = 0.34 (p= 0.000, IC 95% 0.28 - 0.42), quienes reportaron que dicha situación era buena un OR = 0.18 (p= 0.000, IC 95% 0.14 - 0.23); en quienes es considerada como muy buena el OR fue 0.04 (p= 0.000, IC 95% 0.01 - 0.12); y en quienes se reporta como excelente el OR = 0.11 (p= 0.000, IC 95% 0.05 - 0.23).

Las personas mayores que utilizaron su tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva, tuvieron 0.74 veces el riesgo de presentar sintomatología en comparación con quienes no utilizan su tiempo en dichas actividades (p=0.004; IC 95% 0.60 - 0.90).

Los participantes que informaron contar con apoyo social tienen 0.73 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con quienes reportan no contar con apoyo social (p<0.001, IC 95% 0.63 - 0.85).

Tabla 8. Regresión Logística Final de la Sintomatología Depresiva y las variables de control.

Variable	OR	p	Intervalo de confianza al 95%	
			Min	Max
Población Económicamente No Activa	1.18	0.023	1.02	1.36
Mujer	1.84	<0.001	1.59	2.12
Soltero/Divorciado/Separado	0.85	0.015	0.74	0.96
7-9 años de estudio	0.65	<0.001	0.55	0.77
10-12 años de estudio	0.69	0.034	0.49	0.97
13 y más años de estudio	0.58	<0.001	0.44	0.75
Hipertensión Arterial Sistémica	1.28	<0.001	1.12	1.45
Diabetes Mellitus	1.22	0.003	1.07	1.40
Artritis	1.82	<0.001	1.54	2.14
Excelente	0.11	<0.001	0.05	0.23

Muy buena	0.04	<0.001	0.01	0.12
Buena	0.18	<0.001	0.14	0.23
Regular	0.34	<0.001	0.28	0.90
Usa el tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva	0.74	0.004	0.60	0.90
Apoyo social	0.73	<0.001	0.63	0.85

Máxima verosimilitud Pseudo R²= 0.0940, LR X²(15)= 669.96, Prob X²= 0.000.

Bondad de ajuste X² de Pearson = 0.1203

12. Discusión

El presente estudio utilizó datos de una muestra de representación nacional de personas mayores de 60 y más años pertenecientes al ENASEM 2018, para investigar la asociación entre la condición de actividad económica y la presencia de sintomatología depresiva.

La prevalencia de sintomatología encontrada en las personas mayores de 60 y más años de edad fue de 26.47%, esta cifra es cercana al 36.6% reportado por ENSANUT 2012⁴⁹ y al 30% reportado por la OMS 2011.⁸ Se encontró un gran aumento en la prevalencia en comparación con los datos de la Carga Global de la Enfermedad.¹⁹ Las diferencias en las cifras depende en gran parte de los instrumentos y criterios utilizados para medir la sintomatología depresiva.³³

Se observó que la mayor parte de la población (66.4%) se encuentra en la PENA y en ellos la prevalencia de sintomatología depresiva es mayor (29.34%). Mediante el modelo de regresión logística se confirmó que el encontrarse económicamente no activo representa un mayor riesgo para presentar sintomatología depresiva (OR 1.18). A lo largo de su vida, las personas mayores experimentan cambios en su condición de actividad económica. Estos cambios

suelen ser inesperados, lo que genera alteraciones en su esfera biopsicosocial. Por otra parte, según los estereotipos, las personas mayores se encuentran en una condición que no permite el mismo rendimiento en el sector laboral que una persona joven; en consecuencia las personas mayores enfrentan mayor dificultad para acceder a un trabajo remunerado y así ser parte de la población económicamente activa (PEA).²⁵ La pérdida del rol social laboral conduce a efectos negativos en la salud de las personas mayores, en este caso en la salud mental, aumentando el riesgo de la presencia de sintomatología depresiva.²⁴ El encontrarse económicamente activo genera felicidad en las personas y aumenta la confianza en sí mismos. Los hallazgos del presente estudio van en consonancia con la literatura que señala que el trabajo aumenta la calidad de vida de las personas.^{50,51}

De acuerdo con nuestros resultados, las mujeres presentan más veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con los hombres (OR 1.84). Estos resultados concuerdan con los antecedentes que señalan que las mujeres se encuentran en mayor riesgo de efectos negativos a la salud que los hombres. En general, esta disparidad es secundaria a prácticas y valores culturales en México.⁵² Más allá de las solas diferencias en la prevalencia de síntomas depresivos, en nuestro estudio encontramos que el mayor porcentaje de PENA son mujeres ($p < 0.001$); en este grupo también ellas son quienes tienen mayor presencia de sintomatología depresiva, superando por más de dos veces la proporción en los hombres. Al respecto sabemos que sin importar la edad, las mujeres tienen menor participación en el sector laboral pues comúnmente son las responsables del cuidado de la familia y del hogar. De hecho, la evidencia apunta que los hombres son quienes consiguen trabajos mejor remunerados,⁵² lo que aumenta el estado de dependencia y los sentimientos de

inutilidad en las mujeres que las condiciona al aumento en el riesgo de presentar sintomatología depresiva.²⁵

En el presente estudio la edad no representó un factor de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva. Este hallazgo contrasta con lo encontrado en estudios previos que reportan que al aumentar la edad se aumentan el grado de riesgo de efectos adversos a la salud y los trastornos emocionales como la sintomatología depresiva.^{8,25} Este hallazgo podría ser explicado por las características de la muestra en la cual la mayor parte se concentró en el primer categoría de edad (60 - 69), mientras que los dos siguientes (70 - 79 y 80 y más) representan una cantidad mucho menor en proporción con la primera. Sería necesario realizar el análisis en una muestra donde las categorías tengan una cantidad de participantes similar para poder inferir cómo se comporta la asociación de interés.

Las personas mayores que se encontraban solteras, divorciadas y separadas de una unión civil tuvieron menor riesgo de presentar sintomatología depresiva (OR 0.85) que quienes reportaron ser viudos. Este hallazgo es similar a lo reportado por otros estudios que señalan que las personas mayores viudas tienen puntuaciones más altas en las escalas de depresión¹⁴, esto debido a que la pérdida de un ser querido incrementa la sensación de soledad, aislamiento, abandono, frustración y descuido personal.⁸

Los resultados del presente análisis muestran que el aumento en los años de estudio juega un papel protector contra la presencia de sintomatología depresiva. Este hallazgo concuerda con la literatura previa.⁸ Al respecto se sabe que el nivel educativo determina el grado de tolerancia de las personas mayores a eventos que puedan ser estresantes de la vida.

Adicionalmente, mejora las condiciones de salud física y mental, y puede contribuir al desarrollo de actividades de la vida diaria y la autonomía de las personas mayores.⁸

En el presente trabajo, la Hipertensión Arterial Sistémica (OR 1.28), la Diabetes Mellitus (OR 1.22) y la Artritis (OR 1.82) representan un mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva. La sintomatología depresiva podría ser una reacción al estrés ocasionado por las morbilidades.²² De hecho, la evidencia previa demuestra que un menor número de enfermedades reduce la probabilidad de padecer sintomatología depresiva.⁸ Por otra parte, la literatura señala que la presencia de morbilidades influye de manera importante en la condición de actividad económica de las personas mayores. Estudios previos han reportado una mayor prevalencia de estas tres enfermedades en quienes están económicamente no activos. Esto puede deberse a que la presencia de enfermedades crónicas condiciona la participación en el ámbito laboral, reduciendo la productividad, incrementando el desempleo y el retiro temprano, e impactando negativamente en el deseo de las personas mayores de reinsertarse en el sector laboral.⁵¹

En la muestra estudiada, el reporte de situación económica se asoció con la presencia de sintomatología depresiva; mientras mejor fue el reporte de situación económica, el riesgo de padecer sintomatología depresiva fue menor. La mayor prevalencia de sintomatología depresiva se encontró en personas mayores que reportaron tener una situación regular y en este grupo también encontramos la mayor proporción de PENA. Estos hallazgos están en armonía con la literatura científica que muestra que los ingresos en el hogar juegan un papel importante en las condiciones de salud de las personas mayores.⁵³ De hecho, la situación económica influye en la decisión de las personas mayores de incorporarse al sector laboral. Esto evidencia la importancia de contar con algún tipo de seguridad social en la población de

personas mayores.⁵³ Por otro lado, se ha demostrado que un mejor nivel socioeconómico se asocia con mejor salud, particularmente de la salud mental, así como con menor morbilidad y mortalidad.²⁵ La evidencia previa denota que la inestabilidad en la situación económica se asocia con la presencia de sintomatología depresiva ^{8,25,53}, por lo que se puede concluir que la estabilidad económica podría ser un factor protector para la sintomatología depresiva.

En las personas mayores el usar su tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva disminuye el riesgo de sufrir sintomatología depresiva (OR 0.74). La proporción de personas mayores que realizan esta actividad es mayor en la PENA (92.04%). Este tipo de actividades tiene influencia en la reducción de la sintomatología depresiva, jugando un papel protector contra la vulnerabilidad. En contraste se ha revisado que las personas mayores que no realizan este tipo de actividades son más propensas al aislamiento social y por lo tanto, a padecer sentimientos de soledad, aumentando su irritabilidad, ansiedad, quejas somáticas y deterioro cognitivo.⁸ En nuestro estudio la frecuencia con la que se reporta realizar estas actividades es mayor en la PENA, por lo que podría pensarse que al tener más tiempo libre las personas mayores puede aprovechar y realizar estas actividades, mientras que quienes trabajan deben de adaptar su día a cumplir con sus horarios laborales. Por otro lado la situación económica puede tener cierto grado de influencia, ya que si esta situación es mala las personas mayores no se encontrarían en oportunidades de invertir su dinero en estas actividades dado que deben primero cumplir con sus necesidades básicas. Sería necesario entonces poder establecer la razón por la cual las personas mayores trabajan o no, y bajo qué condiciones deciden o no utilizar su tiempo en distintas actividades.

El apoyo social se traduce en ayuda monetaria, de cuidados a la persona, y en los gastos inesperados derivados de situaciones que puedan encontrarse fuera del alcance resolutivo de las personas mayores. Esto puede explicar por qué hubo una mayor proporción de personas mayores económicamente no activas que tenían apoyo social (53.75%). En el presente análisis, el apoyo social fue un factor protector contra la sintomatología depresiva (OR 0.73). Esto concuerda con estudios previos que revelan que en las personas mayores mexicanas, el apoyo emocional puede estar ligado a una reducción de la sintomatología depresiva.¹⁴.

En consideración de que estudios futuros puedan beneficiarse, se abordan las siguientes limitaciones. Mediante el presente análisis no es posible establecer asociación causal entre las dos variables principales. En primer lugar porque no es posible decir que la condición de actividad económica se comporta como única variable independiente, pues la sintomatología depresiva tiene múltiples factores de riesgo. Por otra parte, no es posible determinar con claridad la temporalidad de las asociaciones debido a que las personas mayores podrían presentar sintomatología depresiva de forma previa a la condición de actividad económica, pudiendo esta última ser consecuencia de la presencia de sintomatología depresiva. Para disminuir el impacto de esta limitante, se utilizaron los criterios de exclusión eliminando las variables que en la literatura se consideran factores de riesgo indiscutibles para la sintomatología depresiva. Por otra parte, la elección de las variables de control se hizo con base en la evidencia previa sobre los determinantes de la sintomatología depresiva.

Al leer los resultados del presente trabajo, debe considerarse que con la información del ENASEM 2018 no es posible establecer si las personas de la PENA se encuentran en ese grupo como una decisión propia o cuales son las condiciones por la que forman parte de esa

población. Se recomienda entonces al grupo del ENASEM y a otros grupos interesados en el tema, que se estudien los factores que determinan el cese de la actividad laboral en las personas mayores.

Otra limitación importante es que el ENASEM tiene una gran cantidad de datos faltantes. Si bien es cierto que es posible utilizar datos proxy o imputar datos, este hecho dificulta el proceso de análisis de datos. Para limitar el efecto de los *missing data* en la variable principal, se decidió una cantidad mínima de respuestas necesarias para poder aplicar los criterios y puntos de corte para establecer la presencia de sintomatología depresiva.

13. Conclusiones

La sintomatología depresiva ha sido abordada desde varias perspectivas, pero pocos trabajos han enfocado sus esfuerzos en asociarla con la condición de actividad económica. La importancia de estudiar el fenómeno en las personas mayores radica en que esta población ve reducida su participación en el sector económicamente activo, generalmente por barreras de edad, al ser percibidos como individuos con capacidades reducidas y que no podrán tener el mismo rendimiento.

Para el propósito de este estudio encontramos que la condición de actividad económica incrementa el riesgo de presentar sintomatología depresiva en las personas mayores. Los modelos epidemiológicos sugieren que la dirección de causalidad desde la condición de actividad económica a la presencia de sintomatología depresiva es más grande que la dirección inversa, sin embargo esta relación es compleja.

En el estudio observamos también que algunos factores de riesgo para sintomatología depresiva, como la situación económica, se comporta de manera diferente dependiendo de la condición de actividad de económica. En este sentido se observó que las personas mayores desempleadas perciben que su situación económica es regular, lo que a su vez incrementa el riesgo de presentar sintomatología depresiva y efectos adversos a la salud.

Aun cuando hace falta realizar más estudios para explicar los mecanismos y factores que intervienen en la relación de las variables principales, existe suficiente evidencia para recomendar intervenciones para reducir los efectos adversos que produce el desempleo en la sintomatología depresiva, además de otros aspectos sociales y de salud de las personas mayores, y esto debe de realizarse de forma prioritaria.

Por lo anterior las políticas públicas deben de tener en cuenta la heterogeneidad de las personas mayores para generar una mayor inclusión en el sector laboral. El atender esta disparidad en el acceso al empleo abordaría implicaciones como el hacer cumplir los derechos de las personas mayores, equidad de género, igualdad de oportunidades, calidad de vida y acercarnos a la meta del envejecimiento saludable.

Un asunto relevante a resaltar es que mientras las personas mayores se encuentren dentro de la PENA, las políticas públicas deben proveer protección social, lo que permita tomar la decisión de su permanencia como individuos que contribuyen al sector productivo de la sociedad, y no como una necesidad; este espacio debe incluir condiciones equitativas de oportunidades entre hombres y mujeres, acceso a la capacitación y actualización.

Se debe promover el envejecimiento activo a través del empleo y la oportunidad de contratación de las personas mayores, este tipo de políticas públicas aumentará el sentimiento de utilidad y productividad, beneficiando su estado anímico, mental, de salud, económico y social.

Aunque el desempleo puede parecer un problema más allá de los límites habituales de la atención a la salud, los tomadores de decisiones, personas responsables de generar e implementar políticas públicas, entre otras partes interesadas, tienen la oportunidad de reconocer, tratar y posiblemente prevenir las consecuencias adversas del desempleo para las personas mayores. Sin embargo, más allá del cuidado del individuo, los investigadores y actores interesados de la salud, también pueden desempeñar un papel importante en la acción colectiva contra el desempleo al defender la calidad de vida de las personas mayores.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas. Perspectivas de la población mundial 2019 [Internet]. 2019. p. 1–4. Available from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf
2. Paul Kowal. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. [Internet]. 2001. Available from: https://www.researchgate.net/publication/264534627_Definition_of_an_older_person_Proposed_working_definition_of_an_older_person_in_Africa_for_the_MDS_Project
3. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión; Secretaria General; Secretaría de Servicios Parlamentarios. Ley de los derechos de las personas adultas mayores. Últimas Reformas Diario Oficial de la Federación. 2018. p. 2.
4. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Glosario de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad. 2019.
5. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Encuesta intercensal 2015 [Internet]. Población. 2019. Available from: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
6. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. México: INEGI; 2021.
7. Intituto Nacional de las Personas Adultas Mayores; Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. Dir estadística [Internet]. 2014;1–40. Available from: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
8. Perla Vanessa De los Santos; Sandra Emma Carmona Valdés. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamérica [Internet]. 2018;15(2). Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
9. Secretaria de Salud. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. 2011;
10. María Elena Medina Mora. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez. Tania Real Quintanar. La depresión y otros trastornos psiquiátricos [Internet]. Primera. Academia Nacional de Medicina; 2015. Available from:

- https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
11. Lozano R, Gómez-dantés H, Garrido-latorre F, C D, Jiménez-corona A, C D, et al. La carga de la enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. 2013;55(6).
 12. Organización Panamericana de la Salud. Depresión [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
 13. Shoshana Berenzo; María Lara; Rebeca Robles; María Elena Medica-MORA. Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(1):74–80.
 14. Monserud MA, Wong R. Depressive Symptoms Among Older Mexicans: The Role of Widowhood, Gender, and Social Integration. *Res Aging* [Internet]. 2015;37(8):856–86. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0164027514568104>
 15. García-Fabela L, Melano-Carranza E, Aguilar-Navarro S, García-Lara JMA, Gutiérrez-Robledo LM, Ávila-Funes JA. Hypertension as a risk factor for developing depressive symptoms among community-dwelling elders. *Rev Investig Clin.* 2009;61(4):274–80.
 16. Fernández-Niño JA, Bonilla-Tinoco LJ, Astudillo-García CI, Manrique-Hernández EF, Giraldo-Gartner V. Association between the employment status and the presence of depressive symptoms in men and women in Mexico. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(9):1–14. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ddm5fstwyMg97kcN7hry8pd/?format=pdf&lang=en>
 17. Torres JM, Rudolph KE, Sofrygin O, Maria Glymour M, Wong R. Longitudinal associations between having an adult child migrant and depressive symptoms among older adults in the Mexican health and aging study. *Int J Epidemiol.* 2018;47(5):1432–42.
 18. Diego Cerecero-García. Fernando Macías-González. Tania Arámburo-Muro. Sergio Bautista-Arredondo. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):840–50.
 19. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2019 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

20. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México y de las entidades Federativas 2016-2050 [Internet]. [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
21. Jesús Rivera Navarro; Julián Benito-León; Karla Pazzi Olazarán. La Depresión en la Vejez: Un Importante Problema de Salud en México. *Am Lat Hoy*. 2015;71:103–18.
22. Víctor T Pérez Martínez; Nora Arcia Chávez. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2008;1–20.
23. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
24. Salinas-Rodríguez A, Torres-Pereda MDP, Manrique-Espinoza B, Moreno-Tamayo K, Solís MMTR. Impact of the non-contributory social pension program 70 y más on older adults' mental well-being. *PLoS One*. 2014;9(11):1–10.
25. Gómez-lomelí ZM, Dávalos-guzmán JC, Jesús A De, Rosa C. Estado de funcionalidad de adultos mayores empacadores en tiendas de autoservicio. *Gac Méd Méx*. 2010;146(2):90–7.
26. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015;32. Available from: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
27. División de Desarrollo Económico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones. *Coyunt Labor en América Lat y el Caribe* [Internet]. 2018;18. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43603/1/S1800398_es.pdf
28. Hawksworth J. Cheung C. Goel S. Strubbing C. Utkarshini S. PwC. PwC Golden Age Index Unlocking a potential 3.5 trillion prize from longer working lives. PricewaterhouseCoopers. 2018;
29. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Sesenta y más ... Beneficios para los adultos mayores. 2016;34–6.
30. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Encuesta Nacional Sobre Discriminación. *Comun prensa* núm 346/18. 2018;
31. New Zealand's official employment and unemployment statistics. Employment rate by

age [Internet]. Labour Market Statistics. 2017. Available from:
https://www.stats.govt.nz/indicators/unemployment-rate?gclid=Cj0KCQjwo6D4BRDgARIsAA6uN18VbJ86CFQBy9knN__O5L0nEOyKezwxvLrLMZzJ12yWLHE2IFQi2oQaAg-HEALw_wcB

32. Harris R, Caswell M, Woods D, Gibbs M, Mackay J, Maloney-moni J, et al. Assessment and management of Depression in Older Adults. *Best Pract J.* 2011;(1177–5645).
33. Salazar AM, Reyes MF, Plata SJ, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colomb.* 2015;31(2):176–83.
34. Robert L JIN; Chandrakant P Shah; Tomislav J Svoboda. The impact of unemployment on health: A review of the evidence. 1995;153(5):529–40.
35. Archivos de Datos y Documentación (uso público). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento 2015 [Internet]. 2020. Available from: www.ENASEM.org
36. Aguilar-Navarro SG, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes JA, García-Mayo EJ. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Publica Mex.* 2007;49(4):256–62.
37. Alejandra Michaels-obregón; Rebeca Wong. The Mexican Health and Aging Study: Cognitive Functioning Measures Version 2 [Internet]. 2014. p. 1–27. Available from: [http://www.mhasweb.org/DiscussionForum/%0AFile Upload/Documents/Mexican Health and %0AAging Study \(MHAS\) - Cognition Battery \(v2\).pdf](http://www.mhasweb.org/DiscussionForum/%0AFile%20Upload/Documents/Mexican%20Health%20and%20Aging%20Study%20(MHAS)%20-%20Cognition%20Battery%20(v2).pdf)
38. Mejía-Arango S, Wong R, Michaels-Obregón A. Normative and standardized data for cognitive measures in the Mexican health and aging study. *Salud Publica Mex.* 2015;57:S90–6.
39. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982;17(1).
40. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. versión 23.4 en línea. 2021.
41. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión

- Arterial en el Primer Nivel de Atención. 2014.
42. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. 2018. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
 43. México: Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. 2010.
 44. Leonardo Yáñez. Diferencias entre situación económica y financiera [Internet]. Universidad de Alicante. Available from: <https://www.unniun.com/diferencias-entre-situacion-economica-y-financiera-leonardo-yanez-master-en-direccion-y-gestion-de-empresas-mde/>
 45. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Clasificación Mexicana de Actividades de Uso del Tiempo. Informe metodológico [Internet]. 2010. Available from: <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2014/>
 46. Instituto Nacional del Cáncer. Definición de apoyo social [Internet]. publicaciones educativas para pacientes. 2021. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/apoyo-social>
 47. Stanley Wasserman; Katherine Faust. Análisis de redes sociales: Métodos y aplicaciones. In 1994.
 48. Fundación ADRA. AdraHoy [Internet]. Revista de la agencia adventista para el desarrollo y recursos asistenciales. 2014. p. 1. Available from: <https://adra-es.org/wp-content/uploads/2017/10/ADRA-Hoy-2014-COMPROMISO-SOCIAL.pdf>
 49. V. Nelly Salgado-de Snyder; Rebeca Wong. Género y pobreza : determinantes de la salud en la vejez. *Salud Publica Mex.* 2007;49(1):515–21.
 50. Lixin Cai. The relationship between health and labour force participation: Evidence from a panel data simultaneous equation model. *Labour Econ* [Internet]. 2010;17(1):77–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.labeco.2009.04.001>
 51. González-González César. Wong Rebeca. Health impact: logitudinal analysis of employment at middle and old age in Mexico. *Bone.* 2008;23(1):1–7.
 52. Gutierrez S, Milani SA, Wong R. Is “Busy” Always Better? Time-Use Activities and Depressive Symptoms Among Older Mexican Adults. *Innov Aging.* 2020;4(5):1–12.

53. Ramos Elba. Análisis de la participación laboral de los adultos mayores con base en un modelo logit. La situación demográfica México 2016. 2016;87–107.

Anexos

Anexo 1

1a. Cuestionario de uso del tiempo⁴⁵

Actividad preguntada	Respuesta "sí o no"/No. de veces por semana para considerar como uso del tiempo
Trabajo no remunerado para el propio y otros hogares, y para la comunidad	
D.34 Cuidar a un adulto enfermo o discapacitado.	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34b Cuidar a niños menores de 12 años.	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34c Trabajo de voluntariado o apoyo a alguna organización civil sin pago o retribución.	1) Sí 2) 4,5,6,7
Actividades de estudio	
D.34d Asistir a algún curso de capacitación, plática informativa o clase.	1) Sí 2) 4,5,6,7
Actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva	
D.34e Asistir a un deportivo o club social.	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34f Leer algún libro, revista o periódico.	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34g Hacer crucigramas, rompecabezas, juegos de números (sudoku).	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34h Jugar juegos de mesa como cartas, dominó o ajedrez.	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34i Hablar por teléfono a familiares o amigos o usar una computadora para enviar mensajes o usar internet.	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34k Ver la televisión.	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34l Coser, bordar, tejer o realizar otras manualidades.	1) Sí 2) 4,5,6,7
Trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar	
D.34j Hacer actividades de mantenimiento del hogar, reparaciones, jardinería, etcétera.	1) Sí 2) 4,5,6,7
D.34m Hacer compras (mercado, tiendas, etcétera).	1) Sí 2) 4,5,6,7
Autocuidado	
D.34n Visitar al médico / farmacias.	1) Sí 2) 4,5,6,7

1b. Clasificación por uso del tiempo.

Nombre	Tipo	Escala de medición	Veces a la semana
Usa el tiempo en trabajo no remunerado para el propio y otros hogares, y para la comunidad.	Categorica	Nominal	4, 5,6 o 7 veces a la semana.

No usa el tiempo en trabajo no remunerado para el propio y otros hogares, y para la comunidad.	Categórica	Nominal	1, 2, o 3 veces a la semana.
Usa el tiempo en actividades de estudio.	Categórica	Nominal	4, 5,6 o 7 veces a la semana.
No usa el tiempo en actividades de estudio.	Categórica	Nominal	1, 2, o 3 veces a la semana.
Usa el tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva.	Categórica	Nominal	4, 5,6 o 7 veces a la semana.
No usa el tiempo en actividades culturales, de recreación, convivencia social y práctica deportiva.	Categórica	Nominal	1, 2, o 3 veces a la semana.
Usa el tiempo en trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar.	Categórica	Nominal	4, 5,6 o 7 veces a la semana.
No usa el tiempo en trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar.	Categórica	Nominal	1, 2, o 3 veces a la semana.
Usa el tiempo en actividades de autocuidado.	Categórica	Nominal	4, 5,6 o 7 veces a la semana.
No usa el tiempo en actividades de autocuidado	Categórica	Nominal	1, 2, o 3 veces a la semana.

Anexo 2

2a. Tabla de preguntas para clasificar actividades básicas de la vida diaria.

Se preguntó en el apartado H.15, 16, 17, 18 y 19 “Por favor dígame si tiene alguna dificultad con cada una de las actividades que le voy a mencionar. Si usted no hace ninguna de las siguientes actividades, simplemente dígamelo. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses”.

Capacidad	Respuesta/Valor
¿Para caminar de un lado a otro de un cuarto?	Sí.....1 No.....0
¿Para bañarse en una tina o regadera?	Sí.....1 No.....0
¿Al comer, por ejemplo para cortar su comida?	Sí.....1 No.....0
¿Al acostarse y levantarse de la cama?	Sí.....1 No.....0

¿Al usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas?	Sí.....1 No.....0
--	----------------------

Se utilizan los reactivos de la escala Katz modificada (40), que evalúan con 5 ítems la capacidad durante más de 3 meses de caminar, bañarse, comer, acostarse/levantarse y hacer de baño de forma independiente. Se procedió a sumar las actividades, y se categoriza en 3 niveles de funcionalidad: a) independencia, si no tiene respuesta afirmativas; b) dependencia parcial, si tiene 1 o 4 respuesta afirmativas; y c) dependencia completa, si tiene todas las respuestas afirmativas. (34)(35)

2b. Clasificación en incapacidad y capacidad de las actividades básicas de la vida diaria

Nombre	Tipo	Escala de medición	Respuesta/Valor
Dependencia completa	Categórica	Nominal	5 preguntas afirmativas
Dependencia parcial	Categórica	Nominal	1-4 respuestas afirmativas
Independencia	Categórica	Nominal	0 respuestas afirmativas

Anexo 3

3a. Actividades instrumentales de la vida diaria:

Capacidad de realizar actividades instrumentales de la vida diaria sin asistencia durante más de 3 meses.⁵² Preguntas para clasificar actividades instrumentales de la vida diaria. En la sección H. 26, 27, 28 y 29, se pregunta. “Ahora voy a mencionar otras actividades. Por favor dígame si tiene alguna dificultad con las actividades que yo le voy a mencionar. Si usted no hace ninguna de las siguientes actividades, simplemente dígamelo. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses”.

Capacidad	Respuesta/Valor
¿En preparar una comida caliente?	Sí.....1 No.....0
¿En hacer compras de víveres/mandado?	Sí.....1 No.....0
¿En tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno)?	Sí.....1 No.....0
¿Para manejar su dinero?	Sí.....1 No.....0

Se utilizó un cuestionario de 4 reactivos, los cuales preguntan sobre alimentación, compras, medicamentos y manejo de dinero. Se categoriza en 3 niveles de funcionalidad: a) independencia, si no tiene respuesta afirmativas; b) dependencia parcial, si tiene 1 o 3 respuesta afirmativas; y c) dependencia completa, si tiene todas las respuestas afirmativas

3b. Clasificación en incapacidad y capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.

Nombre	Tipo	Escala de medición	Respuesta/Valor
Dependencia completa	Categórica	Nominal	4 preguntas afirmativas
Dependencia parcial	Categórica	Nominal	1-3 respuestas afirmativas
Independencia	Categórica	Nominal	0 respuestas afirmativas

Anexo 4

4a. Cuestionario de apoyo social, red social y compromiso.

Pregunta	Respuesta
Apoyo social	

G.17 En los últimos dos años, ¿usted (o su cónyuge) ha recibido ayuda en dinero o en especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge)?	Sí No
G.32 Supongamos que en el futuro usted necesite ayuda en dinero para sus gastos. ¿Tiene parientes o amigos que podrían y estarían dispuestos a ayudarlo durante un periodo largo de tiempo?	Sí No
G.33 Supongamos que en el futuro usted necesite ayuda con el cuidado personal, tales como vestirse o comer. ¿Tiene parientes o amigos que podrían y estarían dispuestos a ayudarlo durante un periodo largo de tiempo?	Sí No
Red social	
G.28 (Además de las personas que viven aquí con usted), ¿tiene parientes que vivan en esta misma localidad, barrio o colonia?	Sí No
G.29 ¿Tiene usted buenos amigos que vivan en su mismo barrio o colonia?	Sí No
Compromiso social	
A.35a ¿Asiste usted a servicios religiosos?	Sí No
A.37 En los últimos 2 años, ¿ha hecho algún trabajo voluntario para organizaciones religiosas, educativas, de caridad o para la comunidad?	Sí No

4b. Clasificación por apoyo social, red social y compromiso social

Clasificación	Tipo	Escala de medición	Respuesta/Valor
Apoyo social			
Cuenta con apoyo social.	Categórica	Nominal	Más de una respuesta afirmativa en las preguntas sobre apoyo social.
No cuenta con apoyo social	Categórica	Nominal	0 respuestas afirmativas en las preguntas sobre apoyo social.
Red social			
Cuenta con red social.	Categórica	Nominal	Más de una respuesta afirmativa en las preguntas sobre red social.
No cuenta con red social.	Categórica	Nominal	0 respuestas afirmativas en las preguntas sobre red social.
Compromiso social			
Cuenta con compromiso social	Categórica	Nominal	Más de una respuesta afirmativa en las preguntas sobre compromiso social.
No cuenta con compromiso social	Categórica	Nominal	0 respuestas afirmativas en las preguntas sobre compromiso social.

Anexo 5

Función cognitiva³⁷³⁷

Dominio	Tarea	Puntuación
Memoria verbal	Aprendizaje Verbal	Cero palabras = 0

		1 a 8 palabras = 8 Rehusó = 9
Habilidad Visomotriz	Habilidad Visomotriz	De 1 a 6 puntos = 1-6 Rehusó = 8
Recorrido Visual	Recorrido Visual	Cero = 00 1 a 60 puntos = 01-60 Rehusó = 80 No lo pudo hacer por problemas visuales = 88
Memoria Visual	Memoria Visual	1 a 6 = 1-6 Rehusó = 8
Memoria verbal	Memoria verba	Cero palabras = 0 1 a 8 = 1-8 Rehusó = 9
Total		
Solo las tareas básicas		0-80