



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA SOCIAL

POSGRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**ENVEJECIMIENTO, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y CUIDADOS INFORMALES. UN ACERCAMIENTO
A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO (ENASEM)
2012**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN DEMOGRAFÍA SOCIAL

PRESENTA
FRIDA GONZÁLEZ DÍAZ

TUTORA
DRA. VERÓNICA ZENAIDA MONTES DE OCA ZAVALA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

COMITÉ SINODAL

DRA. VERÓNICA ZENAIDA MONTES DE OCA ZAVALA

Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM

DRA. MARÍA DEL PILAR ALONSO REYES

Facultad de Ciencias, UNAM

DR. JOSÉ LUIS CASTREJÓN CABALLERO

Escuela Nacional de Antropología e Historia, ENAH

DRA. MIRNA HEBRERO MARTÍNEZ

Secretaría de Salud, SSA

DR. TELÉSFORO RAMÍREZ GARCÍA

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, CRIM-UNAM

DEDICATORIA

A mis padres por impulsar mis alas hacia nuevos horizontes.

A mis profesores José Luis Castrejón y Verónica Montes de Oca, por permitirme crecer a través de cada una de sus enseñanzas, generosidad y conciencia social.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a la UNAM por permitirme realizar un posgrado a través del apoyo brindado por el Programa de Becas de Posgrado, a la Coordinación del Programa de Maestría en Demografía Social y al proyecto “Envejecimiento activo y calidad de vida desde una perspectiva comparada: México, España, Argentina” UNAM-DGAPA-Papiit IG300414 (2014-2016).

A Norma y Marcos por el apoyo y las facilidades en cada uno de los trámites.

A Alejandra Santiago por su calidad humana y palabras de aliento.

A los profesores que me acompañaron en el transcurso de la maestría, en especial a Sandra Murillo, Catherine Menkes, Verónica Montes de Oca, Irene Casique, Marina Ariza, Maritza Caicedo, Yvon Angulo, Karina Videgaín, Laura Gloria, Carlos Galindo y Carlos Lemus.

A mis compañeros unamos, por hacer el tiempo de la maestría más amena, en especial a Nayeli, Selene, Diana, Francisco, Miriam y Alma. Gracias por su amistad y apoyo incondicional.

A mis amigos por acompañarme de manera incondicional en cada uno de mis proyectos, gracias a Tina, Paulina, Adriana, Daniela M., America, Yanet, Sandra L., Ixchel, Pamela, Águeda, Natalia F., Rosa, Andrea, Montzerrat, Laura T., Laura B., Dunaxhi, Alfredo, Mónica, Héctor, Alejandro y Aradid.

A Karina y Mariana Y., por su amistad de toda la vida y creer en mí.

A mis tías Susana y Gris por el cariño y apoyo incondicional.

A la familia Préstamo Millán por su calidad humana.

Al comité sinodal por su paciencia y pertinentes comentarios que fortalecieron mi trabajo de investigación.

A la juventud, que en unas décadas seremos adultos mayores.

Finalmente, y no menos importante, agradezco el apoyo y la confianza brindada del Dr. Enrique Ruelas B., la Dra. Anabella Barragán S., la Dra. Martha Rebeca Herrera y el Dr. Lauro González Q.

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. ASPECTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES DEL ENVEJECIMIENTO	11
INTRODUCCIÓN	11
1.1- ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	12
1.2- TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....	13
1.2.1- Transición demográfica en América Latina y el Caribe	16
1.2.2- Transición demográfica en México	17
1.3- TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL	20
1.3.1- Transición epidemiológica en América Latina y el Caribe	21
1.3.2- Transición epidemiológica en México	22
1.4- ENFOQUES Y TEORÍAS QUE EXPLICAN EL ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL	23
1.4.1- Enfoque biológico	24
1.4.1.1- Teoría del desgaste natural	24
1.4.1.2- Teoría de la sustancia vital	25
1.4.1.3- Teoría del ritmo de vida	25
1.4.1.4- Teoría del entrecruzamiento	26
1.4.2- Enfoque psicológico.....	26
1.4.2.1- Teoría del envejecimiento satisfactorio	26
1.4.2.2- Teoría del rompimiento o desligamiento	27
1.4.2.3- Teoría de la continuidad	27
1.4.3- Enfoque social	27
1.4.3.1- Teoría sobre la economía política del envejecimiento.....	28
1.4.3.2- Teoría funcionalista estructural sobre el envejecimiento	28
1.4.3.3- Teoría del desenganche o desvinculación	29
1.4.3.4- Teoría de la actividad.....	30
1.4.3.5- Teoría de la dependencia estructurada.....	30
1.4.3.6- Teoría del ciclo de vida	31
1.4.3.7- Teoría del envejecimiento con éxito	31
1.4.3.8- Teoría generacional	32
1.4.3.9- Teoría del curso de vida	32
1.4.3.10- Perspectiva de género en el envejecimiento	33
1.4.4- Enfoque sociocultural	34
1.4.4.1- Teoría del interaccionismo simbólico	35
1.5- ENVEJECIMIENTO A NIVEL MUNDIAL.....	35
1.5.1- Construcción social del envejecimiento en la discusión científica en América Latina y el Caribe	36
1.5.2- Envejecimiento en México	45
1.5.2.1- Visión médica	45
1.5.2.2- Visión económica.....	48
1.5.2.3- Visión sociocultural	50
CAPÍTULO 2. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA.....	55
INTRODUCCIÓN	55
2.1- ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA	55
2.2- ASPECTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES DE LA DEPENDENCIA	56
2.2.1- Concepto de dependencia	57
2.2.2- Sinónimos de dependencia.....	60
2.3- ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA	62
2.3.1- Katz	63

2.3.2- Barthel.....	63
2.3.3- Lawton-Brody	64
2.3.4- Escalas de Incapacidad Funcional física y mental de la Cruz Roja (EFCR y EMCR)	65
2.3.5- Valoración Gerontológica Integral.....	66
2.3.6- Cuestionario de salud SF-36	67
2.4- ANTECEDENTES FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA. PERSPECTIVA MÉDICA Y SOCIAL	68
2.4.1- Perspectiva médica	68
2.4.2- Perspectiva social.....	70
2.5- MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA.....	73
2.6- EVIDENCIA PREVIA SOBRE LA DEPENDENCIA.....	77
2.6.1- Factores asociados a la dependencia.....	77
2.6.2- Magnitud y nivel de dependencia.....	81
2.7- EVIDENCIA PREVIA SOBRE DEPENDENCIA Y APOYOS	85
CAPÍTULO 3. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS.....	89
INTRODUCCIÓN	89
3.1- APOYOS: EL INICIO DE LOS CUIDADOS	89
3.2- CONCEPTO CARE	92
3.3- CONCEPTO SOCIAL CARE	96
3.4- CLASIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS	96
3.4.1- Cuidados de larga duración	97
3.4.2- Cuidado Formal	97
3.4.3- Cuidado Informal	98
3.4.4- Lugar en el que es otorgado	98
3.5- ESTADO, FAMILIA Y MERCADO	99
3.6- PERSPECTIVAS DEL CUIDADO	102
3.6.1- Economía del cuidado	102
3.6.1.1- Economía política	103
3.6.2- Sociología.....	104
3.6.2.1- Género-feminismo	104
3.6.3- De Derecho	105
3.7- RAZONES POR LAS QUE SE PROPORCIONAN CUIDADOS	106
3.8- INTENSIDAD DEL CUIDADO	107
3.9- TIEMPO EN EL CUIDADO	108
3.10- CUIDADORAS	109
3.11- EVIDENCIA PREVIA SOBRE CUIDADOS	111
3.11.1- Sobrecarga	111
3.11.2- Trabajo, cuidado y género	113
3.11.3- Uso del tiempo y cuidado.....	113
3.11.4- Visibilización de los cuidados	115
3.11.5- La subjetividad en el cuidado.....	116
3.11.6- Cuidadores	118
3.11.7- Espacio residencial del cuidado a adultos mayores	123
3.11.8- Maltratos y violencia en los cuidados.....	124
3.11.9- Migración y cuidado.....	124
3.11.10- Adultos mayores cuidadores de otros	125
CAPÍTULO 4. ESTRATEGIA TÉCNICO-METODOLÓGICA: ESTUDIO NACIONAL DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO (ENASEM)	127
INTRODUCCIÓN	127
4.1- ENCUESTAS SOBRE ADULTOS MAYORES EN MÉXICO	127

4.1.1- Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE), 1994 ..	128
4.1.2- Cross-cultural Research on Nutrition of Older Subjects (CRONOS), 1995.....	128
4.1.3- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1995	128
4.1.4- Evaluación de la calidad de vida en las instituciones de albergue para las personas de edad avanzada en el Distrito Federal, 1995.....	129
4.1.5- Encuesta sobre Envejecimiento Cognoscitivo en la Ciudad de México (ESEC), 1999	129
4.1.6- Encuesta sobre la Salud y el Bienestar en el Envejecimiento (SABE), 1999	130
4.1.7- Censos de Población y Vivienda.....	130
4.1.8- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM).....	132
4.1.9- Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF), 2006	134
4.2- FUENTE DE INFORMACIÓN	134
4.2.1- Justificación del porqué se elige la ENASEM 2012.....	138
4.2.2- Potencialidades y limitaciones	138
4.3- ASPECTOS TÉCNICO-METODOLÓGICOS	139
4.3.1- Dependencia funcional	140
4.3.1.1- Construcción de variables e indicadores.....	141
4.3.2- Cuidados	151
4.3.2.1- Construcción de variables e indicadores.....	152
CAPÍTULO 5. ENVEJECIMIENTO, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y CUIDADOS INFORMALES. UN ACERCAMIENTO A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO (ENASEM) 2012	155
INTRODUCCIÓN	155
5.1- DEPENDENCIA FUNCIONAL	155
5.1.1- Análisis descriptivo	156
5.1.2- Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria	159
5.1.2.1- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	159
5.1.2.2- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD)	165
5.1.2.3- Índices de dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.....	169
5.1.3- Asociación entre diferentes características sociodemográficas y de salud con la dificultad para realizar las AVD.....	171
5.1.3.1- Factores relacionados a la dificultad para realizar las AVD: modelos de regresión logística.....	176
5.2- DEPENDENCIA FUNCIONAL Y APOYOS.....	186
5.2.1- Actividades Básicas de la Vida Diaria y apoyos	186
5.2.2- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y apoyos	189
5.3- CUIDADOS INFORMALES	191
5.3.1- Análisis descriptivo	191
5.3.2- Vínculo entre el dependiente funcional y el cuidador	194
5.3.3- Frecuencia y tiempo en el cuidado	197
CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES	201
BIBLIOGRAFÍA	207
ABREVIATURAS.....	229
ANEXO	231

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL	158
CUADRO 2. ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD CON LA DIFICULTAD PARA REALIZAR LAS ABVD	174
CUADRO 3. ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD CON LA DIFICULTAD PARA REALIZAR LAS AIVD	175
CUADRO 4. MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA AJUSTADOS, VARIABLE DEPENDIENTE: ÍNDICE DE DIFICULTAD PARA REALIZAR LAS ABVD	181
CUADRO 5. MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA AJUSTADOS, VARIABLE DEPENDIENTE: ÍNDICE DE DIFICULTAD PARA REALIZAR LAS AIVD	185
CUADRO 6. DIFICULTAD PARA REALIZAR ALGUNA DE LAS ABVD Y RECIBE AYUDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.....	187
CUADRO 7. DIFICULTAD PARA REALIZAR ALGUNA DE LAS ABVD Y RECIBE AYUDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.....	188
CUADRO 8. DIFICULTAD PARA REALIZAR ALGUNA DE LAS ABVD Y RECIBE AYUDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.....	188
CUADRO 9. DIFICULTAD PARA REALIZAR ALGUNA DE LAS AIVD Y RECIBE AYUDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO	190
CUADRO 10. DIFICULTAD PARA REALIZAR ALGUNA DE LAS AIVD Y RECIBE AYUDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.....	191
CUADRO 11. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES INFORMALES	194
CUADRO 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE HORAS QUE CUIDA AL DÍA A LA PERSONA CON DEPENDENCIA FUNCIONAL (HOMBRE) SEGÚN PARENTESCO	197
CUADRO 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE HORAS QUE CUIDA AL DÍA A LA PERSONA CON DEPENDENCIA FUNCIONAL (MUJER) SEGÚN PARENTESCO.....	198
CUADRO 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE DÍAS QUE AYUDÓ EL MES PASADO A LA PERSONA CON DEPENDENCIA FUNCIONAL (HOMBRE) DE ACUERDO AL PARENTESCO.....	199
CUADRO 15. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE DÍAS QUE AYUDÓ EL MES PASADO A LA PERSONA CON DEPENDENCIA FUNCIONAL (MUJER) DE ACUERDO AL PARENTESCO	200
CUADRO 16. CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES AVD	231
CUADRO 17. CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES SOBRE LOS CUIDADORES.....	232
CUADRO 18. DIFICULTAD PARA REALIZAR ABVD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO	233
CUADRO 19. DIFICULTAD PARA REALIZAR AIVD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.....	233
CUADRO 20. ÍNDICES DE DIFICULTAD PARA REALIZAR AVD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.....	233

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.....	14
FIGURA 2. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO (1900-2050).....	18
FIGURA 3. ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO POR SEXO (1900-2050).....	19
FIGURA 4. ÁREAS QUE CONSIDERA LA VALORACIÓN GERONTOGERIÁTRICA INTEGRAL (VGI).....	67
FIGURA 5. PREGUNTAS SOBRE DISCAPACIDAD CONTENIDAS EN EL CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 2000	131
FIGURA 6. ASPECTOS GENERALES DE LA MUESTRA UTILIZADA.....	137
FIGURA 7. ESTADO DE ÁNIMO DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS	146
FIGURA 8. PREGUNTAS ASOCIADAS A LA DIFICULTAD PARA REALIZAR AVD.....	148
FIGURA 9. PRESUNTAS ASOCIADAS A LA DIFICULTAD PARA REALIZAR ABVD	149
FIGURA 10. PREGUNTAS ASOCIADAS A LA DIFICULTAD PARA REALIZAR LAS AIVD	150
FIGURA 11. PREGUNTAS ASOCIADAS AL ACCESO A SERVICIO MÉDICO	151

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD PARA CAMINAR DE UN LADO A OTRO DE UN CUARTO.....	160
GRÁFICA 2. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD PARA BAÑARSE EN UNA TINA O REGADERA	161
GRÁFICA 3. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD AL COMER O CORTAR COMIDA.....	162
GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD PARA ACOSTARSE Y LEVANTARSE DE LA CAMA.....	163
GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD PARA USAR EL EXCUSADO, INCLUYENDO SUBIRSE Y BAJARSE O PONERSE EN CUCLILLAS.....	164
GRÁFICA 6. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD PARA PREPARAR UNA COMIDA CALIENTE.....	166
GRÁFICA 7. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD PARA HACER COMPRAS DE VÍVERES O MANDADO	167
GRÁFICA 8. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD EN TOMAR SUS MEDICAMENTOS (SI TOMA ALGUNO O TUVIERA QUE TOMAR ALGUNO).....	168
GRÁFICA 9. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTAD PARA MANEJAR SU DINERO.....	169
GRÁFICA 10. PORCENTAJE DE INDIVIDUOS CON DIFICULTADES PARA REALIZAR AL MENOS UNA ABVD	170
GRÁFICA 11. PORCENTAJE DE INDIVIDUOS CON DIFICULTADES PARA REALIZAR AL MENOS UNA AIVD	171
GRÁFICA 12. PORCENTAJE DEL VÍNCULO ENTRE LOS HOMBRES DE 50 AÑOS Y MÁS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LOS CUIDADORES INFORMALES.....	196
GRÁFICA 13. PORCENTAJE DEL VÍNCULO ENTRE LAS MUJERES DE 50 AÑOS Y MÁS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LOS CUIDADORES INFORMALES.....	196

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un logro para la humanidad y a la vez un reto que enfrenta la mayoría de los países en términos de previsión social, salud, trabajo, educación, transporte, entre otros aspectos que deberán modificarse para atender las nuevas necesidades que requiera dicho fenómeno poblacional. No es mucho el tiempo con el que se cuenta para el diseño de estas modificaciones debido a que el envejecimiento demográfico es acelerado, particularmente en el caso de México, muestra de ello es que para el año 2050 se espera un hecho inédito a nivel mundial: las personas de 60 años y más superarán en número a los niños y adolescentes (Ceminari y Stolkiner, 2016).

En el caso de México las personas, cada vez más, alcanzan mayores edades de vida aunado a deficientes condiciones de salud, en particular con algún problema de funcionalidad para realizar las actividades de la vida diaria. Lo anterior se percibe a partir de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012 (citada en D'Hyver, 2015: 93), la cual demostró que uno de cada cuatro adultos mayores (26.9%) tiene limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria, lo que indica que la dependencia funcional es uno de los factores físicos a considerar y evaluar.

Estas cifras se enmarcan en un contexto en el cual se carece de instituciones preparadas para cubrir las necesidades de la demanda creciente que se generará con el crecimiento de la población de edad avanzada. Por lo que los cuidados informales cobran relevancia para llevar a cabo el apoyo a la población adulta mayor que lo requiera.

De esta manera, los objetivos van en el sentido de conocer el comportamiento de la dependencia, específicamente física, y los cuidados informales en el contexto del envejecimiento en México. Para ello, se lleva a cabo un análisis desde la demografía social, donde la parte cuantitativa es fundamental, sin embargo, no se deja de lado la explicación social. Para cumplir con todo lo anterior, se utiliza la ENASEM del año 2012, la cual es una herramienta idónea para permitirnos acercarnos al tema en cuestión. Es así que se llevan a cabo pruebas de asociación, estadística descriptiva y modelos de regresión logística.

En el caso de la muestra utilizada para desarrollar la investigación se tiene que de los 20 542 casos que pertenecen a las personas de seguimiento, se eliminaron los casos cuya edad era menor a los 50 años, de tal forma que partimos de una muestra de 14 832 individuos a los cuales se les aplicó toda la batería de preguntas del cuestionario, de tal forma que 56.6% son mujeres y 43.4% son hombres. A partir de ello, se identificó a la población con dependencia funcional por medio de la pregunta sobre si el individuo tiene o no alguna dificultad para realizar cada una de las AVD, resultando un total de 2 926 casos con dependencia funcional,

representando 24.8% del total. Además, en el caso de los cuidadores, estos se identificaron a partir de la pregunta sobre quiénes ayudan a realizar las AVD, de tal forma que se tiene una muestra de cuidadores de 2 526 donde 65.3% son mujeres en tanto que 27% son hombres.

A partir del análisis de la dependencia funcional y los cuidados informales dentro del fenómeno del envejecimiento se desprenden diversas conclusiones, entre ellas, y tal vez la más importante es que, a partir de la ENASEM 2012 se puede confirmar que existe mayor dependencia funcional en mujeres, así como una feminización del cuidado, sin olvidar la presencia masculina en los cuidados de acuerdo a la referida encuesta.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los escritos sobre el fenómeno del envejecimiento, empiezan con diversas cifras catastrofistas proporcionadas por censos y encuestas realizadas por instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en el caso de México, se hace eco del aumento de dicho fenómeno en el año 2050. Sin embargo, ¿cuál es el problema en que la población viva más tiempo, si sabemos que envejecer es un proceso que se cultiva en el día a día?. El problema no está en envejecer sino en las condiciones en las cuales se está dando y lo que ello implica, principalmente, en términos de salud, donde dicha población requiere nuevas necesidades de atención ante el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas¹, lo que conlleva vivir más años pero con afectaciones en el aspecto físico para poder llevar a cabo las diferentes actividades de la vida diaria, en dos palabras, dependencia funcional.

En este sentido, el proceso de envejecimiento de la población en México se hizo evidente a partir de la última década del siglo XX y en poco tiempo el número y proporción de población de edades avanzadas aumentará con respecto a los otros grupos de edad, en un proceso ineludible que finalmente supone una perenne estructura envejecida (CONAPO, 2011).

En esta tesitura, González (2010) a partir de las proyecciones elaboradas por CONAPO, refiere que la población en México pasará de casi 104 millones en 2005 a 122 millones en 2050, la edad mediana se duplicará de 23.2 años en 2000 a 46.3 años en 2050. En el mismo periodo, los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico: su monto se multiplicará más de cuatro veces, su participación porcentual pasará de 7.6 a 27.7%, es decir, en 2050 uno de cada cuatro mexicanos tendrá 60 años o más.

A lo anterior se suma el proceso epidemiológico que en combinación con el rápido envejecimiento y las condiciones socioeconómicas del país, convierten al envejecimiento en México en un caso científicamente único (Wong *et al.*, 2014).

Con el incremento de la esperanza de vida, los cambios en el régimen epidemiológico en el que las enfermedades crónicas degenerativas juegan el papel principal, se prevé una reconfiguración de las necesidades de salud en la población general. Se esperan necesidades de mayor atención ante el incremento en el porcentaje de población con dependencia funcional. Es claro que el aumento de la población en edades avanzadas conlleve en mayor o menor medida al incremento de enfermedades crónicas degenerativas. El deterioro funcional de los

¹ Muchos de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónicas degenerativas, entre las que destacan: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del hígado y las enfermedades hipertensivas; en conjunto, estas seis causas concentran 54.8% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional (INEGI, 2013).

adultos mayores se traduce en incapacidades o impedimentos para la realización de las actividades cotidianas, en especial para las mujeres, debido a aspectos relacionados con su fisiología, su historia sexual y reproductiva, así como la calidad y el tipo de atención de salud reproductiva recibida durante embarazos y partos. Por lo tanto, las insuficiencias del sistema público de atención médica del país para enfrentar tal situación, hoy se reflejan fácilmente entre el sector femenino envejecido, pues en la etapa de la senectud se hacen evidentes las consecuencias de los patrones reproductivos desfavorables y las situaciones derivadas del rol social de las mujeres, centrado en la reproducción y el cuidado de los miembros de la familia (Cantú, 2009).

Si bien es cierto que en México las personas, cada vez más, alcanzan mayores edades de vida, también lo es que, en términos generales, ello lo hacen en deficientes condiciones de salud, en particular con algún problema de funcionalidad para realizar las actividades de la vida diaria. Ello se percibe a partir de los datos proporcionados por el Censo 2010 (citado en López, 2013: 222) donde se indica que 5,739,270 personas reportaron tener una dificultad permanente para realizar actividades diarias o tener problemas sensoriales, lo que representa 5.1% de la población total. De este total, 23% reportó tener esta limitación como consecuencia de la edad avanzada y, del universo de personas que reportan condición de limitación en distintas actividades, 2,078,540 adultos de 60 años y más, reportaron tener dificultad en por lo menos una actividad. Es decir, aproximadamente 26% de personas en este rango de edad, tienen dificultades derivadas de una limitación funcional o en alguno de los sentidos.

Este aumento de las discapacidades y la pérdida de funcionalidad en edad avanzada provoca que las personas de avanzada edad requieran de ayuda de otras personas para poder desempeñar sus actividades cotidianas (Wong y Lastra, 2001).

Las incapacidades pueden ir desde realizar pagos de diversos servicios hasta requerir ayuda para bañarse, comer y vestirse. Estas ayudas no son necesariamente de carácter financiero, sino que requieren que los parientes o amigos contribuyan con tiempo para sustituir a la persona mayor en dichas actividades. Contar con apoyo físico y emocional provoca que mejore la condición mental de la persona en edad avanzada y se realice un intercambio de bienes en el interior de la familia. Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyo importantes ya que los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas (Castrejón, 2010).

Las cifras, antes mencionadas, se enmarcan en un contexto en el cual se carece de instituciones preparadas para cubrir las necesidades de la demanda creciente que se generará

con el crecimiento de la población de adultos mayores (Ruelas y Concheiro, 2010)². Por lo que los cuidados informales cobran relevancia para llevar a cabo el apoyo a la población adulta mayor que lo requiera.

Ello, ha ocasionado que gran parte de la responsabilidad y de la atención directa en salud y en cuidados personales para los adultos mayores recaiga sobre la familia y que, al igual que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, dentro del hogar la responsabilidad recae en las mujeres. Ante los cambios demográficos y el aumento en la participación de la mujer en el mercado laboral, el número de cuidadoras potenciales disminuye y al mismo tiempo crece la demanda de personas que requieren cuidado debido al aumento de padecimientos crónicos. Lo anterior puede ocasionar una sobrecarga para los cuidadores. Por una parte, en los hogares extendidos hay una creciente presión sobre hijos y nietos para que cuiden a los adultos mayores y, por otra, existe un incremento de los hogares personales de adultos muy mayores que viven solos, sin apoyo institucional que les brinden cuidado (Wong *et al.*, 2014).

Por lo que los cuidados informales asumen el cuidado a personas con dependencia física donde es indiscutible que el peso de la cultura y la forma tradicional de concebir a la familia provoca que, al menos en la realidad latinoamericana, ésta asuma de manera prioritaria el cuidado de los ancianos vulnerables. No obstante, al igual que no podemos pensar a los adultos mayores como un grupo homogéneo, tampoco lo podemos hacer con la familia. Aunque en México distintos estudios muestran que el apoyo familiar aumenta en cuanto surge una mayor dependencia de los ancianos, también es cierto que tiende a aumentar la proporción de familias que por su reducido número de integrantes, por conflictos económicos, de movilidad social o cualquier otro, suele dejar de participar en las tareas de cuidado. En este sentido la falta de una política social para la familia, que atienda las necesidades que sus miembros enfrentan ante el cuidado de los mayores, deja al descubierto la satisfacción de necesidades emocionales de ancianos y cuidadores. En la vejez avanzada, cuando al deterioro físico se agrega el aislamiento social, la familia juega un papel que no puede ser transferido a ninguna

² El Sistema Nacional de Salud actual está lejos de ser un sistema equitativo. No lo es ni geográficamente, ni por niveles de ingreso, ni por condición laboral, ni institucionalmente. Para empezar, las condiciones sanitarias de distintos segmentos de la población nacional (rural –urbana, periferia urbana- centro de las ciudades) son muy dispares. La dotación de infraestructura y recursos humanos para la atención de la salud muestra grandes diferencias entre estados y regiones del país. Existen también diferencias importantes entre los servicios cubiertos por la seguridad social para la población abierta y aquéllos a los que tienen derecho quienes trabajan en la economía formal. Los recursos destinados a la salud per cápita en las distintas instituciones del sector público encargadas de la atención a la salud no son equitativos. La calidad de los centros de atención médica, públicos y privados, es dispar y las desigualdades en los tiempos de acceso a los servicios de atención médica son enormes (Ruelas y Concheiro, 2010: 407).

institución, pues uno de los principales problemas de los ancianos dependientes es el profundo sentimiento de soledad y la sensación de ser personas inútiles (Ribeiro, 2004 citado en Arroyo *et al.*, 2011: 48).

La familia se enfrenta, a veces repentinamente, con un padre, madre, abuelo o abuela, profundamente deteriorado(a). La familia debe entonces afrontar una tarea nueva, desconocida y mayor aún, atemorizante. Se produce un cambio de roles. Los padres necesitan ser cuidados por sus hijos. Los hijos se ven sobre demandados, ya que a su vez tienen hijos de quienes ocuparse. Esta situación puede ser muy natural, especialmente cuando se dan las condiciones materiales, como por ejemplo una casa grande y disponibilidad de tiempo para ocuparse de los padres (SENAMA, 2009).

Sin embargo, la cuestión no sólo es la necesidad de cubrir las necesidades de las personas con dependencia física sino que los cuidadores también requieren de políticas de apoyo, necesitan ser visibilizados.

Es por esto que en el caso de los cuidados de la dependencia, que generalmente son cuidados de largo plazo, es una necesidad absoluta a las políticas de vejez, pues el grupo de adultos mayores más envejecidos está más lejos de acceder a la protección del Estado (Arroyo *et al.*, 2011).

Es así que este trabajo surge de la necesidad de relacionar el aumento de personas con menor capacidad funcional (dependientes funcionales) con el cambio en la estructura social y familiar (cuidadores informales) en virtud de que la transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad de la persona de edad, y una redefinición de sus necesidades que apunta al aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano en las actividades de la vida diaria.

La manera más apropiada de aproximarse a la evaluación global de la salud de las personas de edad es a través de su estado funcional. Se trata de un enfoque sobre las repercusiones de la enfermedad y los accidentes en la forma de funcionalidad y calidad de vida. Son además motivos de requerimientos asistenciales y objeto de la planeación de servicios médicos, cuidados a largo plazo, apoyo a la familia y programas de prevención (Ham, 2011).

Además, hace falta investigar las tendencias cambiantes de este fenómeno (Wong *et al.*, 2014). En México, la investigación sobre el impacto del envejecimiento y de las necesidades de atención a la salud de los adultos mayores es reciente.

También, es necesario contar con información que permita elaborar políticas que permitan adecuar las instituciones ante el nuevo panorama poblacional que se avecina.

Aunado a ello, es evidente la necesidad de desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo de afecciones geriátricas e indicadores funcionales, y de trabajar en el desarrollo de una normatividad y un sistema de información, por ahora inexistentes, respecto a este tema (Gutiérrez, 2004).

Es por todo lo anterior que el *objetivo general* es analizar la dependencia funcional en personas con 50 años y más, y los cuidados informales que reciben a partir del Estudio Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México en el año 2012. La razón del por qué se elige a la población de 50 años y más radica, en primer lugar, en que la fuente de datos a utilizar considera desde la edad antes mencionada. En segundo, porque son pocos los trabajos que abordan el envejecimiento desde los 50 años³ ya que la mayoría lo realiza desde los 60 años (adultos mayores). En tercero, porque se considera al envejecimiento como un proceso biológico, natural del ser humano; aspecto que si la fuente de datos considerara desde menor edad, se tomaría desde menos edad. Finalmente, de acuerdo al punto anterior, el grupo de 50 años sirve para comparar el proceso de envejecimiento con dependencia funcional⁴.

Los *objetivos particulares* son; en *primer lugar*, identificar a las personas de 50 años o más que tienen dependencia funcional, así como sus características sociodemográficas y económicas; en *segundo lugar*, identificar por medio de modelos logísticos binomiales los factores que determinan dicha dependencia, ello por hombres y mujeres. En *tercer lugar*, describir las características sociodemográficas y económicas de quién(es) cuida(n) a la(s) personas con dependencia funcional. En *cuarto lugar*, determinar a los cuidadores (primario y secundario) de la población dependiente en términos funcionales a partir de la frecuencia y número de horas empleadas en realizar la tarea de cuidado.

Por lo que respecta a las interrogantes que orientan la investigación, así como las explicaciones tentativas a dichas interrogantes se tiene lo siguiente:

1.- ¿Cuál es el perfil de las personas con dependencia funcional y los cuidadores?

El perfil de las personas con dependencia funcional, es diferente entre hombres y mujeres, ya que en el caso de los primeros se espera que tengan las siguientes características: edad entre los 70 y 80 años, casados, 4 hijos en promedio, escolaridad baja, trabajan, viven en zonas más urbanizadas, tienen acceso a algún servicio de salud, estado de salud autopercebido como regular, con malas condiciones de salud (hipertensión, diabetes) y con problemas de

³ Entre los trabajos que estudian el envejecimiento a partir de las personas con 50 años son: Hebrero (2004), González (2011), González y Ham (2007).

⁴ La literatura señala que la dependencia funcional es mayor conforme aumenta la edad (SENAMA, s/a; Solís, 1999; Casado y López, 2001; Gutiérrez, 2004; Otero *et al.*, 2004; Barrantes *et al.*, 2007; Dorantes *et al.*, 2007; Abellán y Esparza, 2010; Zavala y Domínguez, 2011; Carrascosa, 2011; Manrique *et al.*, 2011; ENSANUT, 2012; Gómez *et al.*, 2014).

salud a causa de actividad laboral. En el caso de las mujeres se espera que tengan entre 60 y 70 años, unidas, con 5 hijos en promedio, baja escolaridad, no trabajan de forma remunerada, viven en zonas más urbanizadas, carecen de acceso a servicio de salud, perciben su estado de salud como malo y tienen malas condiciones de salud (hipertensión, diabetes, han sufrido caídas de forma recurrente y padecen de dolor físico).

Por lo que respecta al perfil de los cuidadores informales, se espera que en el caso de los hombres tengan una edad entre los 40 y 50 años, que estén casados, escolaridad baja, que trabajen de forma remunerada y que su situación económica sea regular. Mientras que en las mujeres, se espera que tengan edad entre los 50 y 60 años, casadas, con escolaridad baja, que se dediquen a las labores domésticas y su situación económica sea baja.

2.- ¿Qué tipo de factores (estado de salud, institucionales y sociodemográficos) predominan para que una persona de 50 años o más sea dependiente funcional?

En el caso de los factores que determinan que una mujer de 50 años o más sea dependiente funcional, se esperan las siguientes variables: mayor edad, estar unida, tener mayor número de hijos, tener baja escolaridad, vivir en zonas más urbanizadas, autoperibirse con estado de salud malo, tener hipertensión, diabetes, artritis, haber sufrido caídas, padecer depresión y no contar con acceso a servicios de salud. Mientras que en el caso de los hombres, se esperan las siguientes variables: mayor edad, estar unido, tener baja escolaridad, vivir en zonas más urbanizadas, tener hipertensión, diabetes, haber sufrido caídas, padecer depresión y no contar con acceso a servicios de salud.

Por todo lo antes referido, se espera que predominen los factores relacionados con el estado de salud.

3.- ¿Cómo se estructuran los cuidados informales de acuerdo a la dependencia funcional en las personas de 50 años y más?

Se espera que las mujeres, en términos generales, presenten mayor dificultad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)⁵ respecto a los hombres y las personas que las cuidan son sus hijas (cuidador primario) e hijos (cuidador secundario). En el caso de los hombres, se espera que tengan mayor dificultad para realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)⁶ respecto a las mujeres debido a la condición de ser mujeres y las personas que los cuidan son sus esposas (cuidador principal) e hijos (cuidadores secundarios).

⁵ ABVD son dificultad para; caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar el excusado.

⁶ AIVD son dificultad para; preparar comida, hacer compra de víveres o mandado, tomar medicamentos y manejar su dinero.

Además se espera que las mujeres brinden mayor frecuencia y tiempo de cuidado a las personas de 50 años y más con dependencia funcional, es decir, que exista una feminización de los cuidados sin olvidar la presencia de los hombres aunque en menor medida.

De esta manera, los objetivos, las preguntas de investigación e hipótesis van en el sentido de conocer el comportamiento de la dependencia, específicamente física, y los cuidados informales en el contexto del envejecimiento en México. Para ello, se lleva a cabo un análisis desde la demografía social, donde la parte cuantitativa es fundamental, sin embargo, no se deja de lado la explicación social. Para cumplir con todo lo anterior, se utiliza la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) del año 2012, la cual es una herramienta idónea para permitirnos acercarnos al tema en cuestión. Es así que se llevan a cabo pruebas de asociación, estadística descriptiva y modelos de regresión logística.

En el transcurso de la investigación se toman en cuenta los siguientes aspectos; 1) el envejecimiento es un comportamiento propio que surge en el día a día, aspecto que es natural en toda persona sin importar situación económica, sexo, ubicación geográfica, por mencionar algunos. Además, es heterogéneo, es decir, que cada persona lo vive de distinta manera de acuerdo a su condición física y cultural en el contexto donde vive. 2) la dependencia funcional depende de cada cual, no así los apoyos o cuidados, los cuales, en su mayoría, recaen en el ámbito informal, es decir, en la familia o amigos ya que las políticas públicas necesarias por parte del Estado están ausentes y, por último, 3) la dependencia funcional conlleva a la necesidad de recibir cuidado del otro, en miras a realizar sus actividades de la vida diaria. Esta necesidad obedece al tipo de dependencia o cuidados que cada persona requiera.

Por lo que se refiere a la estructura de la investigación, en el *primer capítulo*, se hace una revisión de los principales enfoques y teorías que explican el fenómeno del envejecimiento, empezando por la transición demográfica y epidemiológica, así como la exposición de los principales estudios realizados tanto en América Latina y el Caribe como en México.

El *segundo capítulo* contiene una exploración teórica sobre el concepto de dependencia, además se brinda un panorama sobre los principales modelos que la explican, también sus escalas de valoración y, finalmente, se proporciona *grosso modo* algunos de los estudios realizados tanto a nivel mundial como nacional sobre la dependencia.

El *tercer capítulo* aborda los aspectos teórico conceptuales del cuidado, pasando por la construcción del concepto de cuidados, por la conceptualización del cuidado, por los tipos de cuidados, por el papel que juega el estado, la familia y el mercado en el cuidado, las principales perspectivas que se han acercado a la temática, las razones por las que se brindan los cuidados, así como la intensidad, el tiempo y el trabajo en los cuidados. Un último apartado de

este capítulo, se exponen algunos trabajos realizados a nivel mundial y nacional sobre el fenómeno del cuidado.

En el *cuarto capítulo* se describe la metodología que se utilizó para obtener la muestra, así como la justificación y construcción de cada una de las variables incluidas en la investigación.

En el *quinto capítulo* se muestran los resultados obtenidos a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) del año 2012.

Finalmente, se presentan las conclusiones generales y algunas reflexiones finales y, posteriormente, se recoge la bibliografía citada a lo largo del trabajo, se incluye un breve índice de abreviaturas utilizadas en el transcurso del trabajo y un apartado anexo.

CAPÍTULO 1. ASPECTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES DEL ENVEJECIMIENTO

Llegará un día en que todos ustedes se van a percatar de que envejecer no tiene mérito, es algo que a uno le sucede y que uno ha de aceptar pasivamente. Pero no es esto lo que cuenta, lo que cuenta no es lo que a uno le sucede [...] sino lo que uno hace que suceda.

Nicol, 1997: 7.

Introducción

A lo largo de éste capítulo se expone la parte teórica y conceptual del envejecimiento, así como algunos de los trabajos realizados por la comunidad científica. Para brindar una mejor exposición de cada uno de ellos, el capítulo se segmenta en cuatro rubros. El primero corresponde al envejecimiento, donde se parte del concepto de envejecimiento a nivel individual y poblacional. Posteriormente, se proporciona un panorama sobre la transición demográfica, pasando por América Latina hasta situarlo en el caso de México. Una vez expuesta la transición demográfica, se describe la transición epidemiológica tanto en América Latina como México y, se exponen algunas de las teorías que explican al envejecimiento desde diferentes enfoques, tales como el biológico, psicológico, social y sociocultural.

Finalmente, en un cuarto rubro, se proporciona un panorama general sobre las investigaciones que se han realizado en México y en otros países en torno al fenómeno del envejecimiento. En primera instancia se expone el tema del envejecimiento en el ámbito internacional donde se proporcionan estadísticas en aras de tener un mejor panorama de las condiciones en las que está inmerso. Posteriormente se desarrolla la construcción social del tema en cuestión a nivel regional (entendiendo por éste los países de América Latina y el Caribe) con base en convenciones, tratados e investigaciones en las cuales se ha contemplado el tema del envejecimiento, se describen los diversos temas abordados en cada uno de ellos, enfatizando aquellos en los que su temática ha contribuido en forma evidente tanto a la visibilidad como a la comprensión de la temática misma. Es el caso, por ejemplo, del Primer Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, celebrado en Santiago de Chile en el año 1999, donde se promueve un estudio integral, centrado la construcción de una sociedad para todas las edades.

En el ámbito nacional se exponen algunos trabajos cuantitativos y cualitativos sobre el tema en cuestión, para tal efecto, fueron clasificados en los siguientes rubros: médico, económico y sociocultural.

1.1- Envejecimiento y vejez

El concepto de envejecimiento alude a dos procesos distintos pero relacionados entre sí (Chackiel, 2000; Arroyo *et al.*, 2011). Estos procesos son, por un lado, a nivel individual donde el envejecimiento se ha definido de diferentes maneras, entre ellas se encuentra la definición de Chackiel (2000) quien la define como una prolongación de la vida de los individuos. Sin embargo, hay otras como la de Arroyo *et al.*, (2011), quien define al envejecimiento en términos negativos al considerarlo como un proceso bio-psico-social que corresponde a alcanzar una edad avanzada en donde éste no se define por parámetros cronológicos, sino por el riesgo en la disminución de la salud y por presencia de deterioro físico, mental y/o social.

En este sentido, Gómez *et al.*, (2014), definen al envejecimiento como un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. El envejecimiento no es una condición *per se* que se asocia con enfermedad y dependencia, pero sí es un hecho en el que el efecto acumulativo de múltiples exposiciones y las condiciones psicológicas, físicas y sociales, a menudo desfavorables, incrementan el riesgo de enfermar en los ancianos.

A estas definiciones se agrega una positiva, como es la proporcionada por la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos para las Personas Mayores (2015) la cual, en su artículo 2, define al envejecimiento como un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida e implica cambios a nivel biológico, fisiológico, psico-social y funcional de distintas consecuencias, asociadas a interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.

Por otro lado, se encuentra el nivel poblacional donde la literatura coincide, en términos generales, en definirlo como el incremento en la proporción de personas adultas mayores con respecto al resto de la población (Chesnais, 1990a; Chackiel, 2000; González, 2011 y Partida, 2005).

Aunado al concepto de envejecimiento se encuentra el de vejez, aspectos que en ocasiones se manejan como sinónimos (Arroyo *et al.*, 2011). Sin embargo, vale la pena

distinguirlos, pues la vejez se refiere a la etapa final del curso de vida del individuo (artículo 2 de la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos para las Personas Mayores, 2015; Arroyo *et al.*, 2011) o a una construcción sociocultural (Simone de Beauvoir, 1970 citada en Arroyo *et al.*, 2011: 63; Bazo, 1990).

Una vez expuestos algunos de los conceptos sobre vejez y envejecimiento, para fines de nuestro estudio, entendemos al envejecimiento como un proceso inevitable que se lleva a cabo desde el nacimiento y ello conlleva una serie de cambios en diferentes aristas como son biológica, fisiológica, psicosocial y funcional. Aspectos que al ser moldeados por la interacción del individuo con su entorno, generan múltiples formas de envejecer.

1.2- Transición demográfica y envejecimiento poblacional

La transición demográfica es un proceso histórico que se explica por el paso de altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad, cuya repercusión recae en la estructura por edad de la población (Partida, 2005).

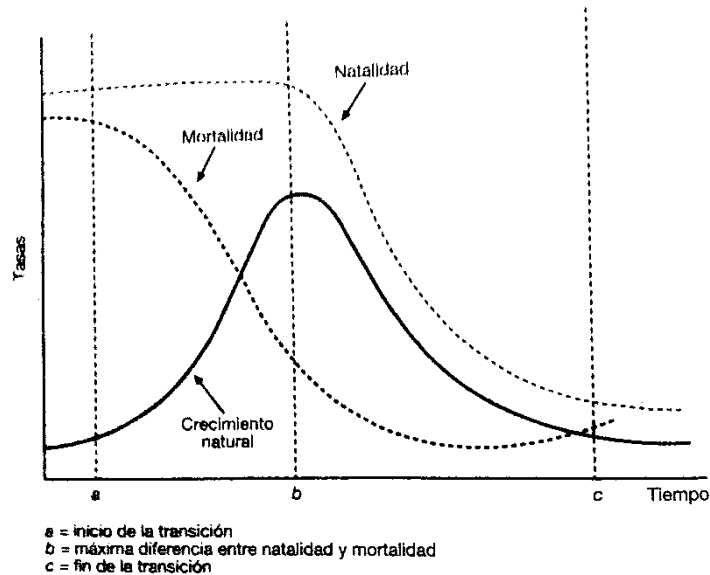
De acuerdo a Camposortega (1997 citado en González, 2011: 18), este proceso se divide en cuatro fases que son consecuencia de las combinaciones entre los niveles de mortalidad, fecundidad y migración. Dichas fases son: incipiente, moderada, plena y avanzada. La *primera* se caracteriza por una mortalidad en descenso, mientras que los niveles de fecundidad son altos y constantes, esto provoca un aumento rápido y sostenido de la población. Otra de sus características es que la disminución de la mortalidad tiene mayor presencia en edades tempranas, cuya consecuencia es que rejuvenezca la población. La *segunda* inicia cuando la fecundidad baja más rápido que la mortalidad, lo cual genera una disminución en el número de nacimientos y, por ende, un envejecimiento por la base de la pirámide. En cuanto a la *tercera*, ésta se caracteriza por el paso de altos a bajos niveles de fecundidad y mortalidad. Es aquí donde el proceso de envejecimiento empieza a notarse. Finalmente, la *cuarta* fase se explica por una fecundidad muy baja y una disminución en la mortalidad en edades superiores, aspectos que reflejan un envejecimiento poblacional muy notorio.

A este interés por explicar el proceso, se suma también el de Livi-Bacci (2012: 149) quien lo describe de la siguiente manera (ver figura 1):

La transición demográfica inicia con la disminución de la mortalidad, la cual precede, en general, a la disminución de la fecundidad; en esta fase, la separación entre los dos componentes (el incremento natural) se acrecienta hasta alcanzar un máximo; al

acelerarse la disminución de la natalidad y al suavizarse la de la mortalidad, las dos curvas tienden a juntarse nuevamente y el incremento natural se comprime para retornar a unos niveles bajos (parecidos a los iniciales). Implícita en este modelo se encuentra la hipótesis de que, una vez puesta en marcha, tanto la disminución de la natalidad como de la mortalidad prosiguen sin interrupciones hasta alcanzar unos niveles finales bajos; hipótesis por lo general verificada en la experiencia europea. La duración de la transición, la velocidad de la disminución de las dos curvas y la distancia entre ellas adquieren una variabilidad notable en los diferentes países. El aumento de la población está en función de estos parámetros durante la fase de transición (que implica una aceleración del crecimiento); la relación entre población al final y al inicio del crecimiento puede llamarse “multiplicador” de la transición.

Figura 1. Transición demográfica



Fuente: Livi-Bacci, 2012: 148.

Desde el punto de vista académico, Adolphe Landry, en 1909, es el primero que intenta aproximarse teóricamente a explicar la disminución tanto de la mortalidad como de la fecundidad. Posteriormente, Thompson en 1929 lo retoma y lo denomina evolución demográfica. Es hasta 1945 que Notestein define la teoría de la transición demográfica⁷ (Chesnais, 1990a).

⁷ La transición demográfica se teoriza, en un primer momento, como si fuera universal (Chesnais, 1986 citado en Zavala, 2014: 80). Sin embargo, los diferentes procesos que tienen lugar durante el siglo XX (en Asia, América Latina y África) muestran diferencias significativas con la primera transición (Zavala, 1992).

A pesar de la heterogeneidad en dicha transición, el concepto de transición demográfica sigue siendo válido, en virtud de que su principal riqueza es, principalmente, de índole epistemológico ya que consiste en la proposición analítica de explicar las dinámicas demográficas a la luz de sus interrelaciones con las estructuras de las sociedades. Desde ese punto de vista, la mortalidad, la nupcialidad, la movilidad espacial y la fecundidad forman un sistema de reproducción demográfica, en el cual cada una de las variables poblacionales determina y responde a la vez a parámetros económicos, sociales y culturales. Las dinámicas demográficas de cualquier tipo de sociedad se pueden analizar como diferentes modelos de reproducción, cuyas características varían considerablemente según los contextos históricos y espaciales. La transición demográfica es un cambio en la composición del modelo (Zavala, 1993 citada en Zavala, 2014: 80-114; Zavala, 1992: 14).

Con relación al fenómeno del envejecimiento, se tiene que una de las expresiones de la transición demográfica es el proceso de envejecimiento de la población, como resultado de los descensos de la mortalidad y la fecundidad. Este fenómeno se manifiesta de dos formas: por un lado, las personas viven en promedio más años que antes, y por otro, hay un cambio en la estructura por edades de la población que se caracteriza fundamentalmente por la disminución de la proporción de niños y el mayor crecimiento del número de personas en edades avanzadas. Si bien ambos enfoques están relacionados, constituyen conceptos diferentes. El primer caso se refiere a la prolongación de la vida de las personas, lo que se relaciona con su mayor esperanza de vida, y el segundo se corresponde con los cambios que afectan a la distribución relativa por edades de la población como resultado de las tendencias de la mortalidad, la fecundidad y las migraciones (Chackiel, 2006).

Es de mencionar que la primera transición demográfica surge en Francia a partir de 1750. Un siglo antes de los demás países europeos, las parejas francesas empiezan a controlar su descendencia al retrasar de manera importante su edad al primer matrimonio y al usar métodos tradicionales de limitación de los nacimientos (retiro, abstinencia periódica). La fecundidad disminuye poco tiempo después de que empiece la reducción de la mortalidad, la cual se debe a una mejor higiene, antes de la revolución médica ocurrida con los descubrimientos de Pasteur. En todos los otros países de Europa del Norte y del Oeste, la transición de la fecundidad empieza a partir de 1870, cuando, varias décadas después del inicio de la disminución de la mortalidad, la fecundidad se empieza a reducir de manera lenta y constante (Festy, 1979 en Zavala, 2014: 80-114).

Finalmente, las causas de la atenuación de las grandes crisis de mortalidad son de naturaleza biológica, económica y social. La primera, porque no se puede excluir que el efecto del proceso de adaptación mutuo entre agentes patógenos y huéspedes, sostenido por la mayor densidad de población y la mayor movilidad, haya conducido a la disminución de la virulencia de algunas patologías. En tanto que la segunda, atribuible no sólo al progreso técnico, sino también a la mejora del sistema de transporte y, por consiguiente, de la redistribución de alimentos entre regiones con abundancia y regiones con escasez y, por último, la tercer causa, la cual concierne a la atenuación de la transmisibilidad de las infecciones, como consecuencia de una mayor higiene privada y pública (Livi-Bacci, 2012).

1.2.1- Transición demográfica en América Latina y el Caribe

Desde finales del siglo XIX, y sobre todo a partir de 1930, la mortalidad se reduce en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños (Zavala, 2014). A partir de 1970, fue la fecundidad la que disminuyó rápidamente. Sin embargo, en el subcontinente latinoamericano se observa una gran diversidad de situaciones demográficas estrechamente relacionada con las condiciones socioeconómicas. En su conjunto, las transiciones demográficas son a la vez tardías y sumamente rápidas en todos los países, pero se dan en periodos diferentes (Cosío-Zavala, 2014).

Gracias al progreso médico y sanitario, desde los inicios del siglo 20 la mortalidad disminuyó en Argentina, en Cuba y en Uruguay, los países de mayor inmigración europea. Luego, a partir de 1930 la mortalidad bajó en toda América Latina. Por consiguiente, el crecimiento demográfico se aceleró durante tres a cuatro décadas antes de que la fecundidad disminuyera a su vez a partir de los años 1960 (Cosío-Zavala, 1998 en Cosío-Zavala, 2014: 146).

El descenso tan acelerado de la mortalidad en América Latina tuvo un impacto en la natalidad: por un lado, porque el rejuvenecimiento de las poblaciones reduce la proporción de mujeres en edades reproductivas; por otro lado, porque el patrón de fecundidad envejece con la mayor sobrevivencia de las parejas. Estos cambios estructurales tienen efectos negativos en la natalidad (Zavala, 1992).

En América Latina, frente al aumento de la fecundidad desde mediados del siglo XX, no se registró un control de la nupcialidad, similar al de las poblaciones tradicionales europeas, para limitar el tamaño de las familias, sino una tendencia contraria: aumento de la nupcialidad y mayor precocidad de las uniones. El uso del control de la nupcialidad

como mecanismo de regulación demográfica nunca fue, en el contexto latinoamericano, un patrón socialmente aceptable (Zavala, 1992).

No hay una sino varias transiciones demográficas, por lo que las poblaciones se encuentran en situaciones muy diferentes en países como Argentina, Cuba y Uruguay cuyo crecimiento es bajo, o en países como Bolivia (3.5 niños por mujer) o Guatemala (4.2 niños por mujer) que aún están en pleno crecimiento demográfico. Por consiguiente el bienestar social y la pobreza atañen a las poblaciones de manera muy diferenciada. En los países de bajo crecimiento y de baja fecundidad hay un envejecimiento de la población, los de fuerte crecimiento y fuerte fecundidad aún están en la fase de rejuvenecimiento de su población (Cosío-Zavala, 2014).

Bajo estas circunstancias, Schkolnik (2004 citado en Cosío-Zavala, 2014: 148) clasifica a los países de la región dependiendo de su etapa transicional: en la denominada *incipiente* se encuentran Bolivia, Guatemala y Haití entre 3.5 y 4.2 hijos por mujer en 2005-2010; en la *moderada* están Honduras, Nicaragua y Paraguay (entre 2.8 y 3.3 hijos por mujer en 2005-2010); en cuanto a la *plena* se ubica Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana, El Salvador y Venezuela (entre 2.3 y 2.6 hijos por mujer en 2005-2010); mientras que la *avanzada* se ubica en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay (entre 1.9 y 2.3 hijos por mujer en 2005-2010) y, finalmente, considera una *muy avanzada* en Cuba (1.5 hijos por mujer en 2005-2010).

De modo que las transiciones demográficas tienen una gran importancia en términos de crecimiento y de estructura de la población. Es un fenómeno universal e ineluctable con grandes consecuencias económicas y sociales (Cosío-Zavala, 2014), aún cuando América Latina y el Caribe se caracteriza por la existencia de múltiples transiciones demográficas, las cuales se han dado en diferente momento y circunstancia (Zavala, 1992). Por lo que el envejecimiento es heterogéneo en la región, aunado a una constante desigualdad social.

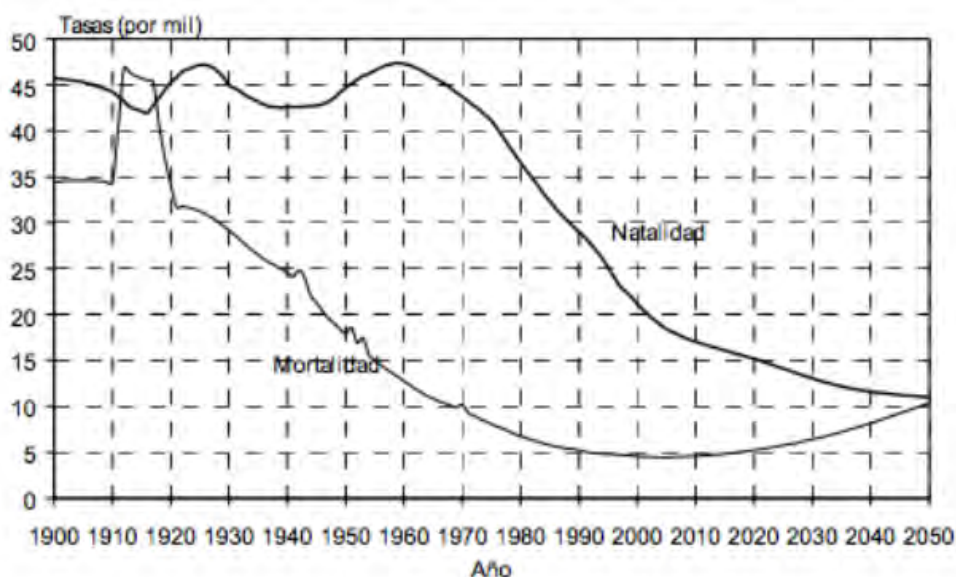
1.2.2- Transición demográfica en México

En el caso de México, de acuerdo a Partida (2005), se puede observar una fase pretransicional y tres fases transicionales (ver figura 2) donde en la pretransicional existe un evidente e irregular comportamiento demográfico derivado de la lucha armada de la Revolución Mexicana (1910-1921), provocando que el número de habitantes del país se redujera de 16.2 millones en 1912 a 16.0 en 1921. Una vez restaurada la paz, inició la primera etapa de la transición demográfica, caracterizada por tasas de mortalidad en

rápido descenso y tasas de natalidad relativamente constantes e incluso ascendentes entre 1945 y 1960. La segunda fase puede ubicarse a partir de 1970, cuando el descenso de la fecundidad se acentuó, habiendo empezado en los años sesenta. La tercera etapa del proceso (cuando los niveles de natalidad y mortalidad convergen) tendrá lugar durante la primera mitad del presente siglo.

Además, la población mexicana atraviesa por una fase de plena y acelerada transición demográfica y no podrá sustraerse en el futuro a la dinámica del envejecimiento demográfico. Dicha transición se inició en la década de los años treinta, con el descenso paulatino de la mortalidad, y se acentuó posteriormente a mediados de los años sesenta, con la declinación de la fecundidad (ver figura 2). Estos cambios han representado profundas transformaciones en la distribución por edades de la población (Partida, 2005). En este sentido, la población mexicana está pasando de una población “joven a otra más entrada en años” (Tuirán, 2000: 16).

Figura 2. Transición demográfica en México (1900-2050)



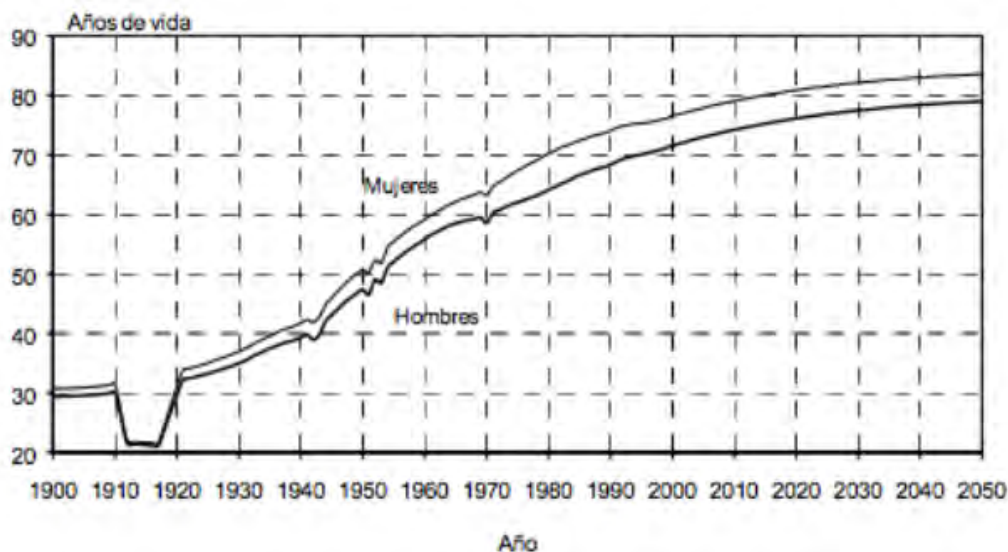
Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), basadas en estimaciones de Collver (1965) y Zavala (1989) tomado de Partida (2005: 11).

Entre los principales determinantes del descenso de la mortalidad se encuentran la expansión de los servicios educativos y de instituciones sanitarias a partir de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1942 y la transformación del Departamento de Salud en la Secretaría de Salud en 1943 (Partida, 2005).

Por lo que se refiere a la esperanza de vida al nacimiento se tiene que en 1921, de acuerdo a Partida (2005: 11), la esperanza de vida al nacimiento ascendía a 32.9 años

(32.1 para los hombres y 33.8 para las mujeres), mientras en el año 2000 era de 74.0 años (71.6 años para los hombres y 76.5 para las mujeres). Donde el mayor incremento tuvo lugar de 1942 a 1960 (ver figura 3).

Figura 3. Esperanza de vida al nacimiento por sexo (1900-2050)



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Conapo; 1900-1929 basadas en estimaciones de las tasas brutas de mortalidad de Collver tomado de Partida (2005: 13).

Según las proyecciones proporcionadas por CONAPO y Partida, (ambos citados en Partida, 2005: 13), la esperanza de vida aumentaría de 74.0 años en 2000 (71.5 para los hombres y 76.5 para las mujeres) a 76.6 (74.2 para los hombres y 79.1 para las mujeres) en 2010, 79.8 (77.5 para los hombres y 82.1 para las mujeres) en 2030 y, finalmente, a 81.3 años (79.0 para los hombres y 83.6 para las mujeres) en 2050, es decir, que la vida media en México al final de la proyección será similar a la observada recientemente en Japón (77.2 para los hombres y 84.0 para las mujeres en 1998), el país que registra el nivel más bajo de mortalidad en la actualidad en el mundo.

Es así que las condiciones en las cuales se está dando el proceso de envejecimiento en México, en comparación con otros países de la región, así como de otros países en desarrollo y desarrollados como el contexto europeo, tiene la característica de ser a alta velocidad (Riosmena *et al.*, 2012) y se ubica en una etapa transicional plena (Schkolnik, 2004 citado en Cosío-Zavala, 2014: 148). Por lo que éste fenómeno demográfico plantea nuevas necesidades no sólo a las instituciones gubernamentales sino a la sociedad en general en virtud de que la población adulta mayor, en su mayoría tiene bajos ingresos; insuficiente cobertura de la seguridad social;

deterioro de su salud y demanda de cuidados físicos y afectivos, entre otros aspectos (Tamez y Ribeiro, 2014).

1.3- Transición epidemiológica y envejecimiento poblacional

Si bien la transición demográfica visibiliza el envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica intenta caracterizar la serie de cambios en los patrones de mortalidad, al pasar de un predominio de las pandemias y las enfermedades infecciosas, a un patrón dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles (Reyes, 2013).

Aun cuando el envejecimiento es “un proceso que afecta por igual a todos los organismos vivos, en el caso de las poblaciones humanas, no todos los individuos envejecen homogéneamente” (Garrido *et al.*, 1999: 269). Donde el aumento en la esperanza de vida no necesariamente repercute en la calidad de vida y en la salud (Zetina, 1999). Sin embargo, el proceso de envejecimiento expone a las personas a crecientes riesgos de enfermedad y discapacidad. Dado que los trastornos de la edad avanzada tienden a ser de tipo crónico y progresivo, surge una creciente demanda de servicios de salud, los cuales, en caso de no haberlos, o de no contarse con seguridad social, incrementan o complejizan los trastornos ya existentes (Arroyo *et al.*, 2011).

En este sentido Garrido *et al.*, (1999) postula siete aspectos que determinan el perfil epidemiológico de los adultos mayores: 1) la mayor expectativa de vida; 2) los cambios biológicos asociados con la edad; 3) el capital genético heredado y moldeado en el transcurso de la vida; 4) la acumulación de riesgos, en particular los asociados con los estilos de vida y los ocupacionales; 5) la oportunidad de expresión de los periodos de latencia de las enfermedades; 6) el contexto ecológico y las características socioeconómicas; y 7) el acceso y uso de los servicios de salud.

El término transición epidemiológica fue acuñado por Omran en 1971 (citado en Kuri, 2011: 452), el cual hace alusión a los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, por lo general, se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias. Se trata de un concepto dinámico que se centra en la evolución del perfil predominante de mortalidad y morbilidad. Específicamente, la transición epidemiológica implica un cambio en una dirección predominante: de las enfermedades infecciosas asociadas con carencias primarias (por ejemplo, de nutrición, suministro de agua, condiciones de vivienda), a las enfermedades crónicas y degenerativas, lesiones y padecimientos mentales, todos estos relacionados con factores genéticos y carencias

secundarias (por ejemplo, de seguridad personal o ambiental, afecto u oportunidades para la plena realización de la potencialidad individual) (Frenk *et al.*, 1991).

La transición epidemiológica propuesta por Omran en 1971 (citado en Reyes, 2013: 12), consideraba tres etapas de transición. La primera se caracterizaba por existir pestilencia y hambrunas; la segunda por un descenso y desaparición de las pandemias y, finalmente, una tercera donde predominaban las enfermedades degenerativas y las producidas por el hombre. Sin embargo, 27 años después añade dos etapas, que son por un lado, la declinación de la mortalidad cardiovascular, el envejecimiento, la modificación de los estilos de vida y las enfermedades emergentes y, por otro, la etapa que se caracteriza por la longevidad con persistente inequidad (Reyes, 2013).

La teoría de la transición epidemiológica ha sido reconocida y aceptada por la comunidad científica en virtud de que permite comprender las condiciones de salud en las que se encuentra la población y, por ende, permite planificar los servicios de salud requeridos (Reyes, 2013). Sin embargo, dicha teoría ha sido criticada desde sus orígenes, en dos aspectos. El primero, se centra en los aspectos formales donde Mackenbach (1994 citado en Reyes, 2013: 17) resalta la delimitación ambigua de las etapas, lo cual es insuficiente para explicar la mortalidad y la morbilidad.

En esta misma tesitura, Vera-Bolaños (2000 citado en Reyes, 2013: 17) cuestiona que la evidencia empírica se contrapone a las predicciones propuestas por la teoría en cuestión, de tal manera que la considera reducida al momento de explicar diversas realidades y, el segundo, en sus fundamentos e implicaciones de índole político e ideológico, en el entendido de que las críticas más importantes apuntan al trasfondo ideológico de dicha teoría, así como a las consecuencias políticas de su aplicación, entre las que destacan, la superficialidad en el enfoque de los determinantes sociales, el trasfondo conservador del modelo, su pretensión homogeneizante, su connotación colonialista, su valoración del proceso como progreso, su irreversibilidad, su hipótesis de que se trata de un proceso largo y lento, y su desconocimiento de la inequidad como elemento determinante de la situación analizada (Wilkinson 1994:61-67 y Martínez-Salgado 2003:539-50 citados en Reyes, 2013: 17).

1.3.1- Transición epidemiológica en América Latina y el Caribe

En el marco de cambios socio-económicos, culturales y tecnológicos ocurridos en los países latinoamericanos a partir de la segunda mitad del siglo XX, el progreso de la transición demográfica ha sido acompañado a su vez por el avance de la transición

epidemiológica. Desde la década de 1950 el descenso de la mortalidad se generalizó en la región a expensas, fundamentalmente, del descenso de la mortalidad infantil y, más recientemente, del aumento de la longevidad debido a la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas (Gascón y Redondo, 2014).

De acuerdo con Frenk *et al.*, (1991: 485) América Latina y el Caribe, a diferencia de los países desarrollados, se caracteriza por tener un perfil de salud heterogéneo donde diferentes países se encuentran en distintas etapas de la transición epidemiológica.

Aunado a una serie de particularidades que acontecen en la región; en primer lugar, el aumento de la longevidad y el avance de la transición demográfica se están produciendo con notable velocidad, incluso en los países más rezagados. Ambos procesos demográficos se inscriben en un amplio espectro de transformaciones poblacionales que ocurren de manera simultánea, tales como la rápida urbanización, la reducción del tamaño de las familias, su tendencia hacia los arreglos unigeneracionales de residencia y las migraciones de los adultos jóvenes, entre las dimensiones que más afectan la capacidad del soporte familiar hacia sus integrantes de mayor edad. Por otra parte, el desarrollo de los sistemas de protección social a la vejez es diverso en la región. Mientras los países del cono sur del continente, con envejecimiento demográfico pronunciado, poseen extensos y antiguos sistemas de seguridad social, otros países con poblaciones muy numerosas de adultos mayores y rápido envejecimiento demográfico carecen todavía de cobertura aceptable (Redondo *et al.*, 2015).

Finalmente, bien se puede decir que en la región coinciden dos patrones epidemiológicos. Por un lado, el aumento de la longevidad provocó la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de comorbilidades; por otra parte, persisten todavía en algunas áreas las enfermedades infecciosas y parasitarias que han disminuido en su letalidad, pero frecuentemente dejan secuelas o evolucionan hacia la cronicidad. El resultado de este doble patrón es el aumento de los años de vida esperados con discapacidad y dependencia (Gascón y Redondo, 2014).

1.3.2- Transición epidemiológica en México

Durante la primera mitad del siglo XX el perfil epidemiológico de la población mexicana estuvo dominado por enfermedades transmisibles (el paludismo, la peste bubónica, fiebre amarilla, tifo, viruela y tosferina, entre otras), ligadas, indiscutiblemente, a las reinantes y desventajosas condiciones de vida. Dicho perfil comenzó a cambiar progresivamente a favor de uno sujeto a las enfermedades crónicodegenerativas (las enfermedades del

corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos, principalmente). Esto se logró gracias a la confluencia de diversos factores, entre los que sobresalen el aumento de los niveles de escolaridad de la población, particularmente de las mujeres, la mejoría del estado nutricional, el incremento en la cobertura de los servicios de agua potable y drenaje, el avance en el control sanitario de alimentos y bebidas, las constantes campañas sanitarias y el mayor acceso a los servicios de salud (Kumate, 2002 citado en Cantú, 2009: 65).

Cabe mencionar que este cambio paulatino en las causas de mortalidad de la población mexicana fue evidente hasta la década de 1970 y, desde entonces, ha sido identificado como el proceso de transición epidemiológica (Cantú, 2009).

Para el caso de México se han descrito tres fenómenos particulares de su proceso de transición epidemiológica: en primer lugar, la existencia de un mosaico epidemiológico donde, si bien como causa de muerte predominan las enfermedades no transmisibles como causa de enfermedad, siguen siendo las transmisibles las que generan la mayor demanda de atención; en segundo, la polarización epidemiológica condicionada por las grandes diferenciales en el desarrollo de las diversas regiones del país, donde hay importantes brechas entre los sitios con mayor desarrollo y aquellos con el menor, reflejadas en diferencias importantes en indicadores como la esperanza de vida al nacer, y en tercero, el de la contratransición, que implica que puede haber retrocesos en los logros sanitarios si se descuidan las acciones de salud pública como la vacunación, la educación para la salud o el saneamiento del medio, con el regreso o reemergencia de enfermedades consideradas bajo control, como puede ser el caso del paludismo u otras infecciosas (Kuri, 2011).

1.4- Enfoques y teorías que explican el envejecimiento individual

El envejecimiento es un tema complejo en virtud de ser heterogéneo, por ende, tiene diferentes maneras de ser abordado, de acuerdo a la disciplina que se trate, donde cada una de ellas tiene una forma particular no sólo de definirlo sino de ser investigado (Flores-Castillo, 2012).

Por ejemplo, dentro del enfoque biológico, se desprenden algunas teorías que la explican en términos de debilitamiento a nivel celular conforme pasa el tiempo, agravándose con la edad. En cuanto al enfoque psicológico, las teorías que engloba consideran al envejecimiento a nivel individual como en el biológico, sin embargo, toma en cuenta factores ajenos al individuo. El social que se basa principalmente en la sociología

para explicar la realidad social del adulto mayor y, finalmente, el enfoque sociocultural donde la perspectiva antropológica permea en los significados del tema en cuestión.

Si bien existe una vasta cantidad de teorías que ayudan a entender las distintas maneras de envejecer, en los siguientes puntos sólo se proporciona una pincelada de los principales enfoques y teorías sobre el envejecimiento en miras a ubicar de forma teórica dicho tema.

Cabe mencionar que para fines de la investigación no considero un único enfoque o teoría explicativa del envejecimiento debido a que como lo mencioné (ver página 13), el envejecimiento es un proceso que inicia desde que nacemos y es a partir de ese momento cuando surgen cambios en diferentes ámbitos, los cuales están determinados no sólo a nivel individual sino por el entorno en el que se vive y ello genera múltiples maneras de envejecer.

1.4.1- Enfoque biológico

Uno de los primeros enfoques que intenta explicar el envejecimiento es el biológico, el cual considera al envejecimiento como un proceso que consiste, en palabras de (Danner y Schroder, 1994: 96 citado en Lehr y Thomae, 2003: 75), en “una progresiva pérdida de funciones de todos los tejidos y que conducen finalmente a la muerte”. Además, dicho enfoque considera que a partir de la vejez existe un deterioro en las funciones a nivel orgánico y celular (Zetina, 1999: 28).

Al respecto, vale la pena definir este proceso en dos aspectos, por un lado, el envejecimiento primario y, por otro, el envejecimiento secundario. El primero se refiere a que el paso de los años permea inevitablemente el deterioro del individuo, independientemente del estrés, traumas o enfermedades que pudiera presentar la persona, en una palabra, es genético y, el segundo, hace énfasis a la falta de capacidades producto de traumas y enfermedades (Zetina, 1999).

En resumidas cuentas, las teorías biológicas intentan explicar por qué envejecemos y atribuyen el declive al deterioro de las funciones celulares o a la acción de determinados factores o sustancias sobre estas (Satorres, 2013).

1.4.1.1- Teoría del desgaste natural

En 1882, August Weismann (citado en Hayflick, 1999: 311) acuña la teoría del desgaste natural. En ella postula que la muerte surge porque un tejido desgastado ya no se puede renovar, es decir, que se envejece porque nuestro sistema vital acumula daños por el

desgaste natural, propio del día a día, donde dicho desgaste afecta las actividades bioquímicas normales que se llevan a cabo en células, tejidos y órganos del individuo.

En la misma tesitura, Satorres (2013) comenta que aunque la capacidad de reparación del ADN correlaciona positivamente con la longevidad, estudios animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación del ADN en los animales que envejecen, así que faltan aún más estudios para determinar si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

1.4.1.2- Teoría de la sustancia vital

Otra de las teorías con énfasis en lo biológico es la teoría de la sustancia vital. Según esta teoría los individuos nacen con una cantidad limitada de cierta sustancia vital y, a medida que se va consumiendo la sustancia antes referida, surgen cambios que llevan a una pérdida de fuerza hasta finalizar con la muerte (Hayflick, 1999).

Es de mencionar, empero, que en el siglo XVI Francis Bacon cuestiona esta teoría con el argumento de que el envejecimiento podía ser superado si los procesos de reparación que se producen en el hombre y en otros animales podían hacerse perfectos y eternos. Como ejemplo de proceso de reparación, citaba la curación de las heridas, la regeneración de tejido y la capacidad que tiene el cuerpo de recobrase de una enfermedad. Existen diferentes postulados en torno a dicha teoría, sin embargo, no existe común acuerdo. Uno de ellos es la de Bernard Strehler, quien considera que la pérdida de la sustancia vital es la principal causa de los cambios relacionados con la edad (Hayflick, 1999).

1.4.1.3- Teoría del ritmo de vida

La teoría del ritmo de vida es una de las más antiguas (Aparicio, 2013) y, fue formulada en 1908 por Max Rubner (citado en Hayflick, 1999: 315) quien descubrió que existe relación entre la tasa metabólica, el tamaño del cuerpo y la longevidad. Esta teoría, al igual que la del desgaste natural, postula que los individuos nacen con una cantidad limitada de sustancia, energía potencial o capacidad fisiológica, la cual se desgasta a diferentes velocidades, es decir, si se consume rápido el envejecimiento inicia pronto y, si se consume lento, el envejecimiento se retrasa. Por ejemplo, durante el ciclo vital, cada especie tiene un número determinado de pulsaciones cardiacas. Con el frío, las pulsaciones por minuto descienden y el periodo vital se prolonga; por el contrario, el calor

acelera el ritmo cardiaco y el tiempo de vida disminuye (Aparicio, 2013). Lo anterior se puede resumir en “vive deprisa, muere joven” (Hayflick, 1999: 315).

1.4.1.4- Teoría del entrecruzamiento

La teoría del entrecruzamiento o enlaces cruzados considera que algunas proteínas (sobre todo el colágeno presente en tendones, ligamentos, cartílagos y piel) y ácidos nucleicos del cuerpo se entrecruzan conforme avanza la edad y, ello puede impedir el proceso metabólico a través de la obstrucción del paso de nutrientes y residuos dentro y fuera de las células (Hayflick, 1999; Aparicio, 2013). Ejemplo de ello son “las cataratas, cuyas proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a la opacificación progresiva de éste” (Satorres, 2013: 20).

Esta teoría es similar a la del envejecimiento por acumulación de productos de desecho. La diferencia radica en que mientras que en esta última la obstrucción se produce a nivel intracelular, la teoría del entrecruzamiento refiere que el problema aparece a nivel extracelular (Aparicio, 2013).

1.4.2- Enfoque psicológico

El enfoque psicológico sobre el envejecimiento tiene su fundamento en el enfoque biológico (Curtis, 1966, Bischoff, 1969 y Palmore, 1970 citados en Zetina, 1999: 38). La perspectiva psicológica concibe al envejecimiento como un proceso personal de adecuación a los cambios que ocurren al envejecer no sólo del propio organismo, como lo considera el enfoque biológico, sino también del entorno social. Este enfoque es criticado principalmente porque pone énfasis en la búsqueda de generalizaciones a partir de ciertas características, que se supone son propias de todas las personas que pasan por determinados estadios de su ciclo vital (Redondo, 1990 citado en Huenchuan y Rodríguez, 2010: 18), y porque, al no tomar en cuenta debidamente las dimensiones sociales del envejecimiento, desarrolla una perspectiva que conceptualiza a las personas mayores como un grupo homogéneo, con necesidades, habilidades y comportamientos comunes (Huenchuan y Rodríguez, 2010).

1.4.2.1- Teoría del envejecimiento satisfactorio

La teoría del envejecimiento satisfactorio considera que si se conserva una actividad positiva en diferentes aristas de la vida, como son físico o mental, afectivo y social, el proceso de envejecimiento será más satisfactorio y pleno (Cifuentes, 2005).

1.4.2.2- Teoría del rompimiento o desligamiento

La teoría del rompimiento o desligamiento parte de la idea de que existe una mayor satisfacción a nivel personal en los adultos mayores cuando éstos aceptan la reducción inevitable de sus vínculos sociales y personales, debido a que al momento de retirarse, abandonan su rol social principal y, por ende, a una disminución en su interacción social, sin embargo, ello no siempre se cumple, sobre todo en México, donde las personas de edad avanzada dejan de ser partícipes socialmente hasta el momento de su muerte o debido a la presencia de alguna discapacidad (Zetina, 1999).

1.4.2.3- Teoría de la continuidad

La teoría de la continuidad fue propuesta por Atchley en 1989 (citado en Lehr y Thomaes, 2003: 99). Este autor sugiere que la conservación de las estructuras internas y externas representa el camino más seguro para dominar la transición de la edad mediana de adulto a la edad tardía de adulto. Para lograrlo, las personas que se encuentran en la fase de transición eligen la continuidad por medio de la aplicación de estrategias con las que están familiarizados, en escenarios de la vida que les resultan familiares.

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos: 1) el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado (y prácticamente la personalidad, así como el sistema de valores permanecen intactos) y 2) al envejecer, los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida (Fernández, 2009).

Es así que la adaptación social a la vejez, la jubilación u otros acontecimientos están determinados esencialmente por el pasado y por la biografía (Satorres, 2013: 25). Dicha teoría supone que el estilo de vida de la persona durante toda su vida, condiciona el tipo de vejez. Esta continuidad se da a través de las diferentes fases del ciclo vital (Zetina, 1999).

Su principal crítica es que se le da mayor importancia a la continuidad “interna” y se le resta importancia al ambiente familiar, contactos sociales e interacción con personas significativas (continuidad “externa”) (Fernández, 2009: 76).

1.4.3- Enfoque social

De acuerdo a Huenchuan y Rodríguez (2010), el enfoque social del envejecimiento tiene sus bases en la sociología del envejecimiento, la cual ha desarrollado áreas de trabajo

con miras a interpretar la realidad social de los adultos mayores. Dentro de este enfoque se desprenden diversas teorías, entre las cuales se encuentran la teoría funcionalista sobre el envejecimiento, la economía política del envejecimiento y, la teoría de la dependencia estructurada.

Las teorías sociológicas pretenden dar sentido a cómo envejecemos dentro de un marco social y se han centrado en explicar como los ancianos se adaptan durante la última etapa de su vida a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuestas a los problemas que se les presentan y cómo asumen las pérdidas y frustraciones que estos les generan (Satorres, 2013).

1.4.3.1- Teoría sobre la economía política del envejecimiento

La teoría de la economía política surge como reacción a las teorías de la desvinculación y la actividad, así como a la teoría generacional (Díaz-Tendero, 2012). Esta teoría “se caracteriza por considerar la parte de la economía política, la sociología y la gerontología social” (Díaz-Tendero, 2012: 41).

De tal manera que su principal aspecto para comprender la situación de las personas mayores en las sociedades capitalistas modernas es que la calidad de vida durante esta etapa se encuentra influenciada por la posición en el mercado de trabajo adulto al momento de la jubilación (Estes, 1986 citado en Huenchuan y Rodríguez, 2010: 19).

1.4.3.2- Teoría funcionalista estructural sobre el envejecimiento

De acuerdo con Bury (1995 citado en Huenchuan y Rodríguez, 2010: 19) la teoría funcionalista estructural tuvo su auge en los años 60 y 70, ésta considera a la vejez como una forma de ruptura social y como una pérdida progresiva de funciones. Además, postula que la edad es la que determina las diferencias de clase y estatus entre los adultos mayores (Kehl y Fernández, 2001).

Sobre esta teoría se desprenden dos aspectos críticos, en primer lugar, concibe al envejecimiento como herramienta ideológica, la cual justifica los argumentos sobre el carácter problemático de una población que envejece y que considera a las personas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad y, en segundo, a la insistencia en la importancia de la adaptación personal del sujeto, con la que se corre el riesgo de que se desarrolle un egocentrismo y aislamiento progresivo en la vejez (Bury, 1995 citado en Huenchuan y Rodríguez, 2010: 19).

Finalmente, la teoría funcionalista estructural se contrapone a la teoría de la economía política del envejecimiento. Dentro del funcionalismo estructural, se desprenden dos teorías, por un lado, la teoría del desenganche y, por otro, la teoría de la actividad (Kehl y Fernández, 2001).

1.4.3.3- Teoría del desenganche o desvinculación

Los primeros exponentes de la teoría del desenganche son Cumming y Henry quienes a partir de su obra intitulada "*Growing Old*" de 1961, consideran a éste como un proceso ineludible en donde "muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad resultan difíciles y la calidad de aquéllas que permanecen es alterada" (Cumming y Henry, 1961: 211 citados en Kehl y Fernández, 2001: 145).

En términos generales, la teoría del desenganche postula que el alejamiento de la persona con la sociedad y de sus posibilidades de interacción social en la vejez, son beneficiosas tanto para el individuo como para la sociedad en su conjunto. Ello es así, en virtud de que el envejecimiento es un proceso de adaptación y, entre más rápido se adecue el individuo, mejor se sentirá éste y podrá dejar un espacio a los demás. Donde se libere de roles y responsabilidades laborales, que por su condición física y psicológica ya no es capaz de llevar a cabo (Brandolin, 2005).

Esta teoría surge como crítica a la teoría de la actividad, pues esta última sólo se enfoca a la edad mediana de la vida, en la cual el hallarse activo a favor de otras personas constituye el sentido de vida durante esa fase (Lehr y Thomae, 2003).

Es interesante señalar que a esta teoría se le adjudican diversas críticas, entre ellas se encuentra que el desenganche no es inevitable y la falta de compromiso en la vejez refleja más bien el patrón de interacción social que algunas personas han seguido durante toda la vida y que los datos presentados en *Growing Old* han sido incorrectamente interpretados, ya que son más bien los valores culturales y la estructura económica los que al combinarse de un modo concreto crean una situación que favorece el retraimiento social de una gran proporción de la gente mayor (Rose, 1965; Rodríguez Ibáñez, 1979 citados en Kehl y Fernández, 2001: 145).

Otra de las críticas es que no explica la razón por la cual un alto porcentaje de personas mayores, a pesar de lo avanzado de su edad, no se desvinculan nunca de sus contactos en la esfera social. Tampoco aclara por qué algunos mayores disminuyen su participación en ciertas actividades comunitarias pero no en otras, o por qué se producen

desvinculaciones transitorias, sin que la persona mayor renuncie a mantener ciertos tipos de relación o compromiso social (Lehr, 1988 citada en Aparicio, 2013: 56).

1.4.3.4- Teoría de la actividad

La teoría de la actividad sostiene que si los adultos mayores se mantienen activos en la vida diaria, podrán tener diversas satisfacciones en su vida, entre ellas, autoestima, seguridad e independencia, en términos generales la prevalencia de un estado saludable (Zetina, 1999). Entre los defensores de dicha teoría, se encuentran Havighurst y Tartler (citados en Lehr y Thomae, 2003: 88), quienes en los años sesentas postulaban que las personas envejecidas sólo serían felices si se mantenían activas, capaces de realizar cosas útiles para los demás ya que en caso contrario, el individuo sería desdichado y estará descontento (Kehl y Fernández, 2001; Lehr y Thomae, 2003).

Esta teoría ha sido criticada principalmente por ser de carácter idealista, en el sentido de que no es de esperar que los adultos mayores puedan mantener un ritmo de actividad diaria similar al que tenían en su edad madura, aunque sólo sea por las limitaciones que imponen los cambios biológicos. Sin embargo, las limitaciones biológicas no son las únicas, ya que también las estructuras económicas, políticas y sociales le impiden al adulto mayor mantener un empleo “productivo” (Bond, Briggs y Goleman, 1993 citados en Kehl y Fernández, 2001: 146).

Además de la evidencia de que la actividad social no es necesaria ni suficiente para garantizar un buen nivel de satisfacción con la vida, la principal crítica que se hace a esta teoría es que parece más una teoría sobre la etapa de la jubilación que una teoría propia del envejecimiento (Fernández, 2009).

1.4.3.5- Teoría de la dependencia estructurada

La teoría de la dependencia estructurada surge en oposición a la perspectiva funcionalista, en virtud de que propone que se haga énfasis en el sistema social en general en lugar de encausarla a las características del individuo (Mouzelis, 1991 citado en Huenchuan y Rodríguez, 2010: 19).

En sentido estricto, plantea que la vejez consiste en una construcción social más que un fenómeno sociobiológico y, por ende, las situaciones sociales, económicas y políticas son las que determinan y conforman las condiciones de vida y la imagen social de las personas adultas mayores, es decir, tanto la estructura como la organización de la

producción son el origen de las características de la dependencia (Mouzelis, 1991 citado en Huenchuan y Rodríguez, 2010: 19; Brandolin, 2005).

1.4.3.6- Teoría del ciclo de vida

La teoría del ciclo de vida define al envejecimiento como un proceso que está inmerso en el ciclo vital con diferentes fases que parten de la infancia, después a la juventud hasta la vejez y, finalmente, culmina en la muerte. De tal manera que la posición social de la vejez está determinada por una serie de acontecimientos, decisiones y conductas ocurridas en las etapas antes mencionadas (Brandolin, 2005).

Díaz-Tendero (2012) destaca que esta teoría es criticada en dos aspectos, el primero, de acuerdo a la academia estadounidense, encabezada por Binstock, por ser un enfoque que se limita al nivel individual y, el segundo, desde la perspectiva europea a partir de George y V. Marshall, por ser una perspectiva socializante de los individuos, dejando de lado la parte individual.

1.4.3.7- Teoría del envejecimiento con éxito

En el año de 1963, Havighurst describe al envejecimiento con éxito como un “estado interno de contento y de felicidad” (Havighurst, 1963: 664 citado en Lehr y Thomae, 2003: 87). Esta concepción subjetiva del concepto de “envejecimiento con éxito” parte de la hipótesis de que la transición a una edad más avanzada desencadena una inestabilidad de la situación interna o externa. En este contexto, la satisfacción o contento de vivir se considera como indicador de que se ha conseguido una adaptación al proceso de envejecimiento. Se supone que al comenzar este proceso hay un estado relativamente estabilizado de la situación vital. Con el paso a la jubilación, con la marcha de los hijos que abandonar el hogar paterno, con la pérdida de personas allegadas, con la frecuencia cada vez mayor de las propias enfermedades, aparecen -según esta concepción- cambios más o menos duraderos de la situación vital, que son capaces de crear desequilibrio físico y psicológico. Por ende, este constructo se basa en una apreciación muy realista de los acontecimientos de la vida que están asociados con la realidad de “envejecer”. Sin embargo, se supone -como reacción “normal” del individuo- una regulación de ese desequilibrio, cuyo resultado se mide por la “satisfacción y gozo de vivir”. Desde este punto de vista, se atribuye a la persona mayor algunas competencias que equilibran trastornos, y que en esta forma no existían en edades anteriores de la vida (Lehr y Thomae, 2003).

1.4.3.8- Teoría generacional

La teoría generacional se basa en dos instrumentos demográficos, los cuales son el *cohorte* y la *generación*, para utilizarlos como herramienta a la hora de abordar la vejez desde un punto de vista sociológico. De tal forma que esta teoría postula que conforme transcurren los años, los individuos cambian sus roles en términos sociales, psicológicos y biológicos, además de acumular conocimiento, actitudes y experiencias. Donde a medida que van naciendo sucesivas cohortes, ellas envejecen en diferente tiempo y responden a experiencias históricas únicas hasta que desaparecen (Pérez Ortiz, 1997 citado en Olivares *et al.*, 2008: 5).

En resumidas cuentas, dicha teoría postula que “distintos individuos, que en un mismo momento del tiempo están expuestos a los mismos hechos históricos y sociales, los experimentan de formas diferentes en función a la edad” (Pérez Ortiz, 1997: 37 citado en Olivares *et al.*, 2008: 6).

Este modelo de vejez supone un claro avance respecto a las teorías de la desvinculación y la modernización, al introducir el papel del efecto generacional en el proceso de envejecimiento. Cuestiona la errónea creencia de que los cambios experimentados en esta etapa son causados exclusivamente por la edad del individuo y pone de relieve que un grupo de personas que nace en un mismo momento histórico y que envejece a la vez comparte valores y estilos de vida similares. El contrapunto negativo de la citada teoría radica en que no tiene en cuenta las variaciones interpersonales que aparecen dentro de un mismo grupo de edad (Aparicio, 2013).

Por su parte, Quadagno y Reid (1999: 347 citados en Díaz-Tendero, 2012: 34) consideran que esta teoría descansa en un concepto inherentemente estático de estructura social, ignora los procesos políticos inherentes a la creación de inequidad, y no toma en cuenta los patrones institucionalizados de inequidad.

1.4.3.9- Teoría del curso de vida

La teoría del curso de vida, de acuerdo a George (2006: 678 citado en Blanco, 2011: 9), surge en respuesta a problemas como el estudio del tiempo, en particular, para poder replantear las preguntas de investigación en términos de trayectorias y patrones.

El enfoque del curso de vida está basado en el individuo y su experiencia vital con relación a múltiples esferas como la familia, la educación, el trabajo, entre otros aspectos, desde su nacimiento hasta su muerte (Clark/Dieleman 1996 citado en Laínez, 2002: 56).

Es así que este enfoque constituye una alternativa adecuada para captar la interacción entre el individuo, las instituciones sociales y los procesos derivados de la existencia de cada persona en un entorno social particular. El curso de vida puede ser definido como un camino o carrera, marcado por secuencias de transición alrededor de acontecimientos relevantes. La experiencia de estos acontecimientos implica transformaciones que señalan un cambio de status (Laínez, 2002).

Con relación al tema del envejecimiento, las elaboraciones posteriores, de los años setenta y ochenta, que provienen básicamente de la sociología de la edad o del envejecimiento (White Riley, 1988 citado en Blanco, 2011:9), reconocen al envejecimiento (que no solo abarca a la llamada tercera edad sino a toda la vida humana) como un proceso social y, por lo tanto, lo que se busca es analizar la naturaleza dinámica y recíproca del cambio continuo de las macroestructuras y las vidas humanas. Fue en la década de 1970 que empezó a desarrollarse plenamente el enfoque del curso de vida, destacándose, desde entonces y hasta el momento actual, las contribuciones de uno de sus principales creadores, el sociólogo norteamericano Glen Elder, así como las valiosas aportaciones de la historiadora Tamara Hareven (citados en Blanco, 2011: 10).

El paso de la madurez a la vejez no se realiza a través de un único suceso sino que intervienen varios sucesos interconectados que pueden ser examinados según su calendario, su extensión y su orden, y que pueden aportar información sobre cómo una persona llega a ser "mayor". Las relaciones entre estos sucesos cambian a través del tiempo, del espacio y en función del posicionamiento relativo de cada persona al momento de atravesarlos (Laínez, 2002).

1.4.3.10- Perspectiva de género en el envejecimiento

El concepto de género, de acuerdo al Poder Judicial de la Federación (2006), alude a las características socialmente atribuidas a las personas de uno y otro sexo, por ende, los atributos de género son femeninos o masculinos. Entre los primeros atributos se encuentran la delicadeza en el comportamiento, la pasividad, el altruismo, la inclinación por las tareas domésticas y manuales, la menor capacidad de abstracción y la belleza. En tanto que en los segundos se ubican la brusquedad en el trato, la violencia, el egoísmo, la competitividad, una mayor capacidad de abstracción y la fealdad. Sin embargo, las características descritas respecto de ambos géneros no son del todo aplicables en su exacta dimensión a ambos sino que es la significación que culturalmente se les asigna a los atributos de uno u otro sexo.

Una vez expuesto el concepto de género se puede hablar de perspectiva de género, lo cual significa considerar las diferencias entre hombres y mujeres que adopta el proceso de desarrollo, y analizar, en cada sociedad y circunstancia, las causas y los mecanismos institucionales o culturales que estructuran la desigualdad de oportunidades y resultados entre ambos sexos. Además, representa trasladar el acento puesto hasta ahora en las mujeres como grupo particular, hacia una visión que permite ver cómo las diferencias entre ellas y los hombres constituyen un eje generador de la desigualdad social que atraviesa el conjunto de las relaciones sociales, y jerarquiza, en detrimento de ellas, oportunidades, habilidades, capacidades, funciones, méritos y recompensas para unas y otros (Poder Judicial de la Federación, 2006).

Es aquí donde la perspectiva de género en el envejecimiento cobra relevancia en virtud de que en los últimos años, a partir del descubrimiento de que el envejecimiento no es un fenómeno universal sino que existen itinerarios y modos de envejecer diferentes para cada cultura, sociedad e, incluso, grupos sociales, se ha renovado el interés por los estudios socio-culturales del envejecimiento. La noción de envejecimiento diferencial puso de manifiesto, entre otras cosas, que hombres y mujeres tienen modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, de afrontarlo y de significarlo. Las transformaciones contemporáneas del proceso de envejecimiento como acontecimiento social han llevado al reconocimiento de la heterogeneidad del envejecimiento individual y social (Yuni y Ariel, 2008).

Es de mencionar que dicha perspectiva en el envejecimiento surge de las investigaciones culturales llevadas a cabo por Gutmann en el año de 1975 (citado en Lehr y Thomae, 2003: 86), en las cuales encuentra que conforme las mujeres envejecen, presentan mayor tendencia a hacer frente a las exigencias de manera activa, mientras que en el caso de los hombres ocurre todo lo contrario.

1.4.4- Enfoque sociocultural

El enfoque sociocultural hace referencia a la perspectiva sociológica y, principalmente, a la antropológica. Postula que la posición social que ocupan los “viejos” se encuentra en relación inversa a la proporción de personas ancianas en la población. Ello quiere decir que las personas “viejas” adquieren mayor relevancia por ser menores, en términos numéricos, y este valor disminuye cuando su número es mayor. Ejemplo de ello son las sociedades antiguas, donde el promedio de vida era menor al actual (Zetina, 1999).

Es de mencionar que en el caso mexicano, aún “prevalece esta postura en las

zonas indígenas en virtud de que quienes alcanzan una edad mayor tienen un doble mérito de experiencia y de capacidad de superación a toda una serie de enfermedades” (Zetina, 1999: 32).

1.4.4.1- Teoría del interaccionismo simbólico

La teoría del interaccionismo simbólico, de acuerdo con Zetina (1999), postula que las personas adultas mayores acogen diversas conductas y que éstas dependen de la perspectiva que tienen sobre las distintas relaciones que mantienen con los demás y dentro de los grupos en los que forman parte.

Así, el interaccionismo simbólico postula que el ser humano se comunica por medio de símbolos y que a partir de ellos aprendemos los significados y las formas de actuar de las personas con las que convivimos en un entorno físico y social determinado (Brandolin, 2005).

1.5- Envejecimiento a nivel mundial

El fenómeno del envejecimiento poblacional es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI ya que tiene repercusiones en el ámbito económico, político y social. Dado que actualmente una de cada nueve personas es adulta mayor y, por otra parte, las proyecciones indican que la proporción será una de cada cinco en 2050, el tema del envejecimiento ya no puede ser ignorado (UNFPA y HelpAge, 2012). De ahí que se tenga que, desde las Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento en 1982 y 2002, hasta nuestros días, la Organización de las Naciones Unidas posicionó la temática desde varios planteamientos, pasando de ser visualizado en los países más desarrollados a los países en desarrollo, desde un enfoque descriptivo hasta uno más comprensivo, desde una dispersión en materia de política hasta un reconocimiento que protege los derechos humanos de las personas en este grupo de edad (Montes de Oca, 2003a; Huenchuan y Rodríguez, 2014).

Parte de este proceso constituye, por tanto, como expresa García Ramírez, “una preocupación mundial que cada región en particular tendrá que afrontar aprendiendo, simultáneamente, de otras experiencias a nivel mundial” (García, 2012: 13).

El aumento de la esperanza de vida es uno de los mayores logros de la humanidad. Actualmente, se vive más tiempo debido a las mejoras en la nutrición, el saneamiento, los adelantos médicos, la atención de la salud, la educación y el bienestar económico. La esperanza de vida al nacer, en el año 2012, era por encima de los 80 años

en 33 países; mientras que en el 2007 sólo llegaron a ese hito 19 países (UNFPA y HelpAge, 2012).

Así, bien se puede decir que “no hay idea más constante en las civilizaciones que la inmortalidad, entendida hoy en día como la lucha contra la muerte” (Montes de Oca, 2010: 160).

En 1950 había en todo el mundo 205 millones de personas adultas mayores, aspecto que contrasta con la cantidad de personas de edad que llegó a casi 810 millones en el año 2012. De acuerdo a proyecciones, ha de llegar a mil millones dentro de menos de diez años y, duplicarse en el 2050. Sin embargo, existen claras diferencias entre distintas regiones. Por ejemplo, en 2012, un 6% de la población de África tenía 60 o más años de edad, en comparación con 10% en América Latina y el Caribe, 11% en Asia, 15% en Oceanía, 19% en América del Norte y 22% en Europa. Se prevé para 2050 que un 10% de la población de África tendrá 60 o más años, en comparación con 24% en Asia, 24% en Oceanía, 25% en América Latina y el Caribe, 27% en América del Norte y 34% en Europa (UNFPA y HelpAge, 2012).

En este contexto, es de mencionar que a nivel mundial las mujeres adultas mayores son mayoría respecto a los hombres. En el 2012, a escala mundial, por cada 100 mujeres adultas mayores, hay 84 hombres en ese grupo de edad y, por cada 100 mujeres de 80 años o más, existen 61 hombres de la misma edad. Ello se debe a que hombres y mujeres experimentan la vejez de distinta manera, debido a que las relaciones entre los géneros estructuran todo el curso de la vida e influyen sobre el acceso a los recursos y las oportunidades, con repercusiones a la vez sostenidas y acumulativas (UNFPA y HelpAge, 2012). Esto significa que las mujeres y los hombres por mencionar específicamente a ellos, tienen relaciones de género que en nuestras sociedades modernas significan oportunidades diferentes para unos y otros, dotando de condiciones diferentes en el trayecto de sus vidas para lo cual se propicia envejecimientos diferentes y formas de envejecer diferentes. Esto se extiende en regiones, grupos étnicos, preferencias sexuales, clases sociales y género (UNFPA, 2010).

1.5.1- Construcción social del envejecimiento en la discusión científica en América Latina y el Caribe

El tema del envejecimiento a nivel mundial tiene su antecedente en la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año de 1948 (CEPAL, 2007c), la cual proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos y, dentro de ésta se incluye a la vejez como

un derecho a la igualdad y no discriminación en términos de salud y bienestar. Como se puede constatar en su artículo 25, el cual refiere, en su parte primera que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en Badeni, 2006: 1941).

A partir de lo antes referido el tema es estudiado por diversas organizaciones internacionales y desde diferentes perspectivas, entre ellas, se encuentra la creación en la década de los ochenta de la red denominada HelpAge International donde organizaciones de Canadá, Colombia, Kenia, India y el Reino Unido son las precursoras. Surge con la finalidad de ofrecer apoyo a las personas adultas mayores en todo el mundo para que tengan una vida digna, saludable y segura (HelpAge International, s/f).

Otra es la International Longevity Centre Global Alliance, cuyos orígenes se remontan a la década de los noventa con los primeros centros establecidos en Estados Unidos y Japón. Su objetivo ayudar a las sociedades para hacer frente a la longevidad y el envejecimiento de la población de una manera positiva y productiva, por medio de un enfoque de ciclo de vida y envejecimiento activo, destacando la productividad y contribuciones a la familia y la sociedad en su conjunto de las personas mayores (International Longevity Centre Global Alliance, s/f).

Dentro de América Latina y el Caribe destaca el International Longevity Centre de Brazil (CIT-Brasil), fundado en Río de Janeiro en el año 2012, con el objetivo de promulgar ideas y orientaciones normativas al envejecimiento de la población a partir de la investigación enfocada en el envejecimiento activo (CIT-Brasil, s/f).

Uno de los efectos inmediatos de la Asamblea de Naciones Unidas en 1948, fue la creación, en 1957, del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), mismo que a partir de entonces tiene un papel importante en el tema del envejecimiento en la región, al acumular experiencia sobre éste, y al dar asistencia técnica y capacitación a los diferentes países (CEPAL, 2007c).

En las décadas de los cincuenta y setenta, el estudio del envejecimiento era exclusivo de los países desarrollados (Kofi A. Annan, 2003), sin embargo, era evidente su presencia en la agenda de trabajo de la CELADE, en la cual se pone énfasis en los cambios de la estructura por edades de la población y su efecto en los procesos de desarrollo de los países latinoamericanos (CEPAL, 2007c). La noción de población y desarrollo que acompañó los trabajos publicados por CELADE muestran la postura institucional de un organismo que trabaja con los gobiernos directamente de la región, asumiendo la diferencia en capacitación y disposición a vincularse internacionalmente.

En la década de los ochentas CELADE se constituye en una división de la CEPAL, cuya función era dar seguimiento regional a las actividades de implementación de los acuerdos mundiales. Desde entonces asumió el reto de incorporar el tema del envejecimiento al programa de trabajo de la Comisión y sus Estados miembros (CEPAL, 2007c).

En 1982, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la cual se llevó a cabo en la ciudad de Viena, Austria. La importancia de este evento es que a través del mismo se buscó concientizar a la comunidad internacional, sobre todo a los países en desarrollo en virtud de que se les planteaba el problema más importante en materia de recursos, ya que se verían obligados a hacer frente al desarrollo y al envejecimiento de la población al mismo tiempo que a las repercusiones del fenómeno mismo y, por ende, se adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, en el se hizo un llamado a poner atención en distintos ámbitos como son: salud, nutrición, protección de los consumidores de edad, vivienda, medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad de ingreso, empleo y educación así como en la recopilación y análisis de datos derivados de investigaciones (ONU, 1982).

Para dicha asamblea CELADE presentó el documento regional de la CEPAL. En él expuso un análisis demográfico del envejecimiento, así como las condiciones de vida de las personas mayores (CEPAL, 2007c).

Este hecho, sumado por una parte a una serie de conferencias proporcionadas por Chesnais en 1987 en América Latina y el Caribe, donde hizo notar que en la región se debió hacer énfasis en las dimensiones demográficas del envejecimiento y en sus consecuencias socioeconómicas (Chesnais, 1990a; 1990b; 1990c; 1990d) y, por otra, a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se llevó a cabo en la ciudad del Cairo, Egipto en el año de 1994. Ésta última, en su Plan de Acción, menciona algunos objetivos específicos sobre las personas de edad avanzada, en el sentido de que

se desarrollen sistemas de cuidado a la salud y de seguridad social, y se fortalezcan los apoyos formales e informales por medio de instituciones gubernamentales, ONG's, familias e iniciativa privada (Naciones Unidas, 1995).

Lo anterior lleva a que en 1999 se establezca el Año Internacional de las Personas de Edad (CEPAL, 2007c), el cual es un parteaguas para que en Santiago de Chile en dicho año, CELADE, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realicen el Primer Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad, cuyo objetivo fue analizar no sólo el proceso de envejecimiento de la población sino de sus consecuencias en términos económicos y sociales para así promover la creación de políticas y programas encaminados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores por medio del trabajo multidisciplinario y multisectorial, centrado en el marco de la construcción de “una sociedad para todas las edades” (Naciones Unidas, 2000).

Ejemplo de lo anterior son los diversos estudios realizados en América Latina y el Caribe en los años 2000 y 2001, entre ellos, para el año 2000, se presenta el de Andrews, denominado *Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro*. La importancia de este estudio es la exposición que el autor hace sobre la situación socioeconómica de la población y plantea los problemas a los que se enfrentará la población en el futuro (2050) en términos económicos y de salud. Propone que se tomen medidas a largo plazo con enfoque holístico, es decir, que integre a todos los grupos etarios y a todos los sectores (una sociedad para todas las edades).

Está también el trabajo de Bravo, *Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina*, quien subrayó la necesidad de cobertura universal de la seguridad social, principalmente del sistema de pensiones.

Dos trabajos más resaltan en este año, por una parte, el de Chackiel con *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* donde a partir de indicadores, analizó las características sociodemográficas de los países de la región según su etapa de transición demográfica. Además exploró los impactos de la relación de dependencia, desde un enfoque socioeconómico. Visibilizó el proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe, donde el aumento de personas en edad avanzada es un hecho y, por ende, hizo un llamado al Estado para que tome en cuenta la heterogeneidad del proceso regional del envejecimiento en términos de empleo, jubilación, sistemas de salud y seguridad social. Puso énfasis en la reducción del tamaño

de la familia y lo que esto conlleva en términos de arreglos en los hogares y en las relaciones familiares.

Y, por otra, del Popolo en *Los problemas en la declaración de la edad de la población adulta mayor en los censos* analizó la calidad de la información censal con relación a la edad declarada por los adultos mayores; para ello seleccionó 8 países con distintas fases de transición demográfica (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Guatemala, México, Perú y Venezuela); en términos generales encontró que existe preferencia por los dígitos 0 y 5 aspecto que afecta principalmente a la población de mayor edad. Su trabajo aportó a la sociedad científica un método para obtener información fidedigna con datos censales sobre adultos mayores, principalmente en términos de cantidad, y poder caracterizar a dicha población.

En cuanto a los estudios realizados en 2001 se tiene el trabajo de Arenas de Mesa y Gana (2001) quienes analizaron el sistema de pensiones desde un enfoque de género, específicamente del caso chileno, en virtud de que hasta ese momento se analizaba desde una perspectiva económica y financiera. Encontraron que las mujeres perciben menor pensión que los hombres y, ello puede acentuarse en el futuro, por lo que concluyen que el género debe incluirse en el tema de los sistemas de pensiones.

Sin olvidar el de Viveros (2001) y del Popolo (2001). El primero enfatizó que las políticas públicas no sólo le competen a las instituciones gubernamentales sino a la sociedad en general y, para elaborar dichas políticas se debe tomar en cuenta el enfoque de vulnerabilidad social⁸. En tanto que la segunda estudió las *características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*, y proporciona una descripción comparativa sobre adultos mayores en la región, ve quiénes son y cómo viven con el fin de brindar un panorama para el diseño e implementación de programas dirigidos a la población adulta mayor. La heterogeneidad de los adultos mayores en América Latina y el Caribe dependen de la etapa transicional de cada país. En términos generales existe una feminización de adultos mayores en la región.

En este contexto, es de remarcar que en 2002 se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid. En ella se impulsó la constitución del Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento que reúne a diferentes organismos internacionales que trabajan el tema (CEPAL, UNFPA, OPS, OIT, Banco Mundial y el

⁸ La noción de “vulnerabilidad social” es un valioso instrumento teórico y descriptivo que informa de realidades sociales críticas y conflictivas en el contexto de los cambios políticos, económicos, sociales y culturales que han marcado el desarrollo de la región desde finales de la década de 1980 (Viveros, 2001: 21).

programa de Envejecimiento de las Naciones Unidas). En esta asamblea se estipuló que el envejecimiento debía estar contemplado por toda agenda internacional y, para ello, se promulgó el Plan de Acción Internacional de Madrid. Éste se centró en tres áreas prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y bienestar hasta llegada la vejez; y la creación de entornos propicios y favorables. Además, es la primera vez que se aceptó la vinculación del envejecimiento no sólo en el marco del desarrollo social y económico sino de los derechos humanos (Naciones Unidas, 2002 y 2004).

En este año surgió el trabajo realizado por Guzmán (2002) quien hizo un llamado a los países que componen la región para que mejoraran los ingresos de jubilaciones y pensiones. Además visibilizó la importancia de que los adultos mayores vivan en coresidencia para mejorar su calidad de vida ante las carencias institucionales.

Dada la importancia del Plan de Acción Internacional de Madrid en 2003 se llevó a cabo, en Santiago de Chile, la Primera Conferencia Regional sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, donde se adoptó la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (CEPAL, 2004). A partir de ello, las metas se resumen en tres aspectos: personas de edad y desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable (CEPAL, 2007a). Es decir, el tema del envejecimiento se empezó a abordar no sólo en términos económicos, como se pudo ver en los trabajos descritos párrafos arriba, sino desde la salud. Inició así una construcción del envejecimiento en términos sociales.

Una expresión de esta nueva visión son las reflexiones sobre la participación social entre los adultos mayores (Gujardo y Huneus, 2003); o el marco conceptual sobre redes de apoyo social y tipos de apoyo de las personas mayores en la región. El estudio de las redes es relevante, en términos de calidad de vida, debido a que los recursos públicos no son suficientes para responder a las nuevas demandas de un grupo etario en aumento y a alta velocidad (Guzmán *et al.*, 2003); y ni que decir de las características relativas a los arreglos residenciales y las transferencias informales de apoyo en las que participan los adultos mayores de América Latina y el Caribe (zonas urbanas de Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Uruguay, Chile y México). Con información de la encuesta sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento (SABE) Murad (2003) llegó a la conclusión de que en la región existe un proceso de transferencia informal de apoyo que involucra a los adultos mayores y, en general, las transferencias de apoyo y los arreglos residenciales son heterogéneos entre los países y ello depende de las

características, oportunidades, recursos y necesidades de los adultos mayores. Sin olvidar, los trabajos de Huenchuan en 2004 (2004a; 2004b) sobre políticas en la vejez en América Latina y el Caribe.

Entre los años 2005 y 2006, destacan los trabajos en la región con énfasis en políticas públicas y derechos para la población en edad avanzada (Villarreal, 2005 y 2006; Rodríguez y Magno de Carvalho, 2006; Huenchuan y Morlachetti, 2006; Morlachetti *et al.*, 2007; Huenchuan *et al.*, 2007; Huenchuan y Paredes, 2007).

Ahora bien, ante la evidente visibilidad del fenómeno del envejecimiento en América Latina y el Caribe en 2007, se llevó a cabo, en Brasilia, la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento con el objetivo de valorar los avances en la región a partir de la inclusión del citado Plan de Acción Internacional de Madrid, así como identificar desafíos y prioridades de acción para los próximos cinco años, principalmente se hizo un llamado a poner atención en dos aspectos, por un lado, en los efectos de las migraciones en la dinámica del envejecimiento de las comunidades de origen, tránsito y destino y, por otro, en la prevención y atención con miras a mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad con discapacidad (CEPAL, 2011).

No es casual en este sentido que CELADE fortaleciera el tema de las políticas públicas de los países de la región a partir de un enfoque de construcción de sociedades incluyentes, cohesionadas y que brinden seguridad y protección a todas las personas, con independencia de la edad o cualquier otra base de diferencia social (CEPAL, 2007a y CEPAL, 2007c).

En términos generales, los países que forman parte de la región coinciden en que la población está envejeciendo de forma rápida en comparación al registrado en los países desarrollados, lo cual preocupa debido a que se está produciendo en un contexto que se caracteriza por la persistente desigualdad, baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social, así como de una sobrecargada institución familiar, ya que cubre las carencias de las instituciones gubernamentales, principalmente de las necesidades de la población con más avanzada edad (CEPAL, 2007b).

Entre los trabajos realizados después de la declaración de Brasil, está el de Aguirre (2008) quien sostiene que es necesaria una construcción del cuidado como problema público objeto de políticas públicas. Busca que el cuidado adquiera visibilidad y que sea valorado por su contribución al bienestar social y al funcionamiento del sistema económico a través de la producción de conocimientos y de la discusión y difusión de

argumentaciones y propuestas. Además propone la perspectiva de equidad en virtud de que disminuya la desigualdad e injusta división del trabajo según sexo en el cumplimiento de las funciones familiares, a fin de promover la igualdad de oportunidades, el ejercicio efectivo de derechos y el logro del bienestar por parte de mujeres y hombres de distintas generaciones y estratos sociales.

Está también el de Putassi (2008) que plantea la necesidad de analizar o considerar el cuidado desde el enfoque de derechos, es decir, el cuidado como derecho universal y, no sólo individual. Donde exista una repartición de tareas no sólo en la familia (sobre todo por la carga de cuidado en las mujeres, que el cuidado no sea tarea exclusiva de las mujeres), sino en el ámbito público y del estado. Considera que al incluir el enfoque de derechos en los cuidados, los adultos mayores serán reconocidos como receptores de cuidados, de tal manera que sean considerados como sujetos de cuidados.

A los autores anteriores se suma el trabajo de Huenchuan (2009), donde se analiza los efectos del envejecimiento de la población en los sistemas de cuidados. Si bien la familia, el estado y la comunidad se encargan de cuidar al adulto mayor, es la familia, principalmente las mujeres, la que asume dicha tarea. Sin embargo, la entrada al mercado laboral de las mujeres, ponen en duda si las familias seguirán proporcionando los cuidados, por lo que la autora hace un llamado al estado y al mercado para que sean protagonistas y apoyen el cuidado de personas en edad avanzada mediante cuidados domiciliarios.

Finalmente, bien se pueden agregar dos investigaciones sobre el tema de cuidados. Valenzuela (2010), la cual analiza las transformaciones demográficas y las nuevas necesidades que surgen en el ámbito de las políticas públicas, debido a los cambios en la pirámide demográfica. Reflexiona sobre los desafíos que el creciente peso de la población adulta mayor impone a los sistemas de cuidado en la región, así como las implicaciones de la igualdad de género en el trabajo. Además, aborda las diferentes estrategias que desarrollan las familias para asumir el cuidado de las personas mayores, que son en su mayoría privadas y se basan en el trabajo gratuito de la mujer. La autora concluye que es necesario el papel del Estado para garantizar el derecho al cuidado.

La otra investigación es la de Huenchuan y Rodríguez (2010), estos autores enfatizan que los adultos mayores no cuentan con un instrumento jurídicamente vinculante que proteja sus derechos. Consideran que para hacerlos efectivos es preciso superar la dispersión normativa de los mismos. Una convención que proteja los derechos en la vejez sería, por tanto, útil en términos de sensibilización, educación, promoción y

ejercicio de los derechos humanos.

Cumplidos los cinco años de la citada Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento, y aunado a la celebración de los diez años de la adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, se llevó a cabo la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, en San José Costa Rica. Donde el tema central fue el "envejecimiento, solidaridad y protección social: la hora de avanzar hacia la igualdad". Su objetivo fue evaluar los avances en la aplicación de los compromisos internacionales contraídos por los países miembros de la CEPAL en la Declaración de Brasilia, adoptada en 2007. Además de identificar acciones para los próximos cinco años (CEPAL, 2012a). La Asamblea promulgó la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, en la cual ratificó los compromisos asumidos en la Declaración de Brasilia en el sentido de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas mayores, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas mayores para hacer efectivos sus derechos (CEPAL, 2012b; Huenchuan, 2013).

En este sentido, el tema de las investigaciones continuó en la atención a los derechos humanos del cuidado, es el caso de Flores-Castillo (2012), quien se detuvo en la construcción de una nueva economía del cuidado que incluya la dimensión psicológica y, por lo mismo, propuso fortalecer las políticas de protección social creando sistemas nacionales, sub-nacionales y regionales de cuidado domiciliar, tanto de corte social como médico, en coordinación con servicios de cuidados paliativos hospitalarios, que incluyan la atención psicológica, para los pacientes y sus cuidadores familiares y profesionales.

En 2013 se realizó la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe en Montevideo, Uruguay. Uno de los objetivos fue identificar las medidas fundamentales para reforzar su implementación después de 2014 y para enfrentar asuntos emergentes en materia de población y desarrollo en la región. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos (CEPAL, 2014).

Constató este objetivo, el trabajo de Gascón y Redondo (2014) quienes resaltaron la necesidad de estudiar alternativas aptas que permitan ampliar solidariamente las bases de sustento para el apoyo a las personas con dependencia, trasladando al Estado, a la sociedad y al mercado parte de la carga que en la actualidad recae exclusivamente sobre las familias latinoamericanas.

Asimismo, está la investigación de Huenchuan y Rodríguez (2015), los cuales hacen incapié en las necesidades de cuidado de las personas mayores en la ciudad de México y un llamado a que se construya una política pública de cuidados en virtud de que es importante y urgente. Sostienen que la obligación del Estado es brindar un acceso oportuno y de calidad a todas aquellas personas mayores que necesitan de la ayuda de otro para mantener su autonomía y dignidad. Ello es así en virtud de que el cuidado ya está reconocido como un derecho humano en la región, mediante la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada en 2015.

Concluimos el apartado sobre envejecimiento en la región con la Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de ALCA, llevada a cabo en la Ciudad de México en 2015. Reunión que además de hacer evidente la sistematicidad con la que se ha abordado el tema del envejecimiento en la región, hace notar la necesidad de formular políticas con perspectiva de género que garanticen un envejecimiento con calidad de vida, y enfatiza, por otra, una protección social y los desafíos socioeconómicos que ello implica.

1.5.2- Envejecimiento en México

La transición demográfica, como se pudo ver, visibilizó el proceso de envejecimiento poblacional en México, lo cual permitió que desde inicios de los años 90, diversos investigadores estudiaran dicho fenómeno con la debida rigurosidad académica, que permitiera comprenderlo con objetividad y ubicar sus tendencias en el corto, mediano y largo plazo. Sus estudios realizados bien pueden clasificarse en tres grandes visiones: médica, económica y sociocultural.

1.5.2.1- Visión médica

En cuanto a la visión médica, la geriatría y la demografía se conjugan para estudiar de forma cuantitativa las condiciones de vida y salud de la población de avanzada edad por medio de la creación y uso de encuestas, de esta manera, si bien los tratados y conferencias internacionales han regido la temática del envejecimiento de la región, incluido México, ahora con las encuestas se contaba con una fuente de información disponible de acuerdo a los intereses del momento y circunstancia.

Un primer acercamiento a la estructura demográfica de la población derechohabiente de 65 años y más, así como a su morbilidad y mortalidad, lo realiza Lara

et al., (1996), a partir de datos del Boletín Epidemiológico Anual de 1990 a 1994, editados por la Subdirección General Médica del IMSS, y de 1995 editados por la Dirección de Prestaciones Médicas. La información de mortalidad se obtuvo de los Boletines Anuales de Mortalidad para el periodo de 1985 a 1994, y la correspondiente a morbilidad hospitalaria de 1994 del Sistema Único de Información de Egresos Hospitalarios del Instituto.

En su estudio encontraron que la población adulta mayor derechohabiente, tiene un perfil de morbilidad en el que coexisten enfermedades infecciosas y crónicas, así como de mortalidad donde predominan las crónico-degenerativas. Por ello, consideran que este grupo etario representa un desafío para los servicios de salud institucionales, pues empieza a competir con otros grupos prioritarios y diversas necesidades emergentes. No es casual, por ende, que se resalte la importancia de la investigación epidemiológica en tanto brinde información para apoyar la toma de decisiones.

En esta misma perspectiva, surge la encuesta de Salud y Bienestar del Envejecimiento (SABE) de 1999, cuyo origen es valorar el estado de salud de las personas adultas mayores en algunas ciudades⁹ de América Latina y el Caribe. A fin de proyectar las necesidades de salud que en términos de probabilidad resulten del rápido crecimiento de la población adulta mayor. Como objetivo secundario, y no por ello menos importante, se buscó promover un intercambio entre la investigación en salud pública y los estudios del envejecimiento y, de esta manera, fortalecer el trabajo interdisciplinario entre epidemiólogos, demógrafos, sociólogos y geriatras (Albala *et al.*, 2005).

A partir de la encuesta antes referida, surgen investigaciones sobre salud-enfermedad en adultos mayores, tal es el caso de Menéndez *et al.*, (2005) quien identifica la relación entre la presencia de discapacidad (ABVD y AIVD)¹⁰ y de determinadas enfermedades crónicas no transmisibles en personas de 60 años y más en siete centros urbanos de la región.

En el año 2000 surge la Encuesta Nacional de Salud (ENSA), la cual es un parteaguas en el conocimiento sobre la salud de la población adulta mayor en virtud de que recoge información sociodemográfica, de utilización de servicios y condiciones de salud (Olaiz *et al.*, 2003).

⁹ Las ciudades son: Buenos Aires en Argentina, Bridgetown en Barbados, La Habana en Cuba, Montevideo en Uruguay, Santiago en Chile, México, D.F. en México y São Paulo en Brasil.

¹⁰ Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

A partir de esta encuesta, Lozano y Monterrubio (2001) describen los patrones de comportamiento de las personas de 65 años y más con respecto a los servicios de salud en términos de disponibilidad, utilización y necesidades. Encuentran que 53% de dicha población cuenta con seguridad social, siendo ligeramente superior en las mujeres con un 54%. Lo relevante de su estudio es que encuentran que más del 40% de la población estudiada no utiliza los servicios de salud, lo que podría deberse según los autores a que tienen un buen nivel de salud.

En el año 2001, surge la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en virtud de que hacía falta un estudio dedicado a la dinámica de la salud y el envejecimiento de la población mayor que combinara las diversas áreas que conforman el desarrollo de este sector, desde su niñez hasta su situación actual, así como las áreas que forman su bienestar en una variedad de dimensiones además de la salud (Wong *et al.*, 2007).

Esta encuesta fue utilizada por diversos investigadores. Aquí citaremos, por sus aportaciones, a cuatro de ellos. Hebrero (2004) que al evaluar la salud física y mental, por medio de la creación de un índice SF-36¹¹, de la población de 50 años y más, encuentra que las mujeres presentan un estado de salud más deteriorado y, este asciende conforme aumenta la edad. Situación que responde a que las determinantes de dicho estado están asociados a eventos del pasado e influenciados por situaciones del presente (alimentación en la niñez, condiciones de vida).

Ávila *et al.*, (2007) considera que los síntomas depresivos influyen en que una persona de 70 años y más presente dependencia funcional (ABVD y AIVD), así sus análisis multifactoriales probaron el nexo entre estos síntomas y el desarrollo de dependencia, por lo que es necesario su reconocimiento sistemático durante la evaluación clínica del adulto mayor.

Dorantes *et al.*, (2007), por su parte, manifiesta que los hábitos de vida y los antecedentes personales sociales, familiares y de salud desde la infancia están asociados con la dependencia funcional de las personas de 60 años y más para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD). Además, entre otros factores determinantes significativos se encuentran tener un miembro amputado, padecer un mayor número de enfermedades crónicas, presentar síntomas depresivos y dolor, y tener enfermedad cerebrovascular.

González y Ham (2007) analizan la situación actual del envejecimiento en México

¹¹ La SF-36 evalúa la calidad de vida en relación a la salud (Hebrero, 2004).

tomando en cuenta el estado de salud y los factores de riesgo que presenta la población mayor de 50 años, para ello realizan una tipología del envejecimiento: ideal, activo, habitual y patológico.

Dos años después, surge la ENASEM 2003, cuya finalidad es dar continuidad a la información obtenida sobre la población de 50 años y más que fue encuestada en el año 2001.

Uno de los autores que utiliza esta encuesta, sin dejar de retomar la de 2001 es González (2011) el cual al mantener como pregunta de investigación *¿cuáles son las implicaciones socioeconómicas y familiares de un cambio en el estado de salud de la población en edades avanzadas?* Concluye que las enfermedades parecen ser un estado primario de deterioro, con efectos principalmente en el ingreso por trabajo; que la capacidad funcional (ABVD y AIVD) tiene un mayor efecto y explican de mejor manera los cambios en el ingreso por transferencias familiares y arreglos residenciales. Además que el deterioro cognitivo sólo tiene efecto en el ingreso por trabajo.

Otro es Velasco (2010) quien señala diversos factores que influyen en la dependencia funcional (ABVD y AIVD) de una persona adulta mayor. Los cuales son, por ejemplo, padecer enfermedades pulmonares, presentar síntomas depresivos, haber tenido alguna caída que requiriera tratamiento médico y presentar más de cuatro síntomas relacionados con enfermedades crónico-degenerativas.

Años después, en 2012, aparece la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), cuyo propósito es cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes en la población mexicana. Además, incorpora información sobre discapacidad en adultos de 60 años o más (ENSANUT, 2012).

Uno de los trabajos que utilizan la encuesta es Manrique *et al.*, (2013), quien describe las condiciones de salud y el estado funcional de las personas de 50 años y más. Encuentra que ante el aumento de prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en éste grupo de edad, así como al aumento de su discapacidad y, por ende, dependencia. Concluye que es necesario un nuevo modelo de salud que les dé respuesta.

1.5.2.2- Visión económica

Con relación a la económica, donde la demografía formal se hace presente a partir de la construcción de indicadores y proyecciones, uno de los primeros demógrafos en investigarla es Ham, quien en forma sistemática desde 1993 a 1999 estudió el

envejecimiento en México a partir de los datos contenidos en el censo de población y vivienda de 1990; del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ambos de 1990 y 1996; proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de 1995-2050. Con estos datos realiza estimaciones por condición de actividad, cobertura y pensiones sobre la población adulta mayor, demostrando con ello la insuficiencia económica del Estado para cubrir la creciente demanda de seguridad social, específicamente por lo que se refiere a pensiones. Empero, sus estudios también ponen en evidencia la falta de instituciones para solventar el costo de la creciente demanda de la población antes referida y, sobre todo, constata la inminente tendencia del envejecimiento en México, así como sus consecuencias en términos económicos, por lo que hace un llamado al Estado para que éste considere a dicho grupo poblacional en las agendas públicas en cuestiones de salud y seguridad social (Ham, 1993; 1996 y 1999).

Otro de los investigadores es Tuirán, el cual, siguiendo la misma línea de investigación, particulariza los desafíos ante el aumento de la población adulta mayor, en términos económicos, sociales y de salud. Dicho de otra manera, en términos de pensiones, arreglos familiares y enfermedades crónico-degenerativas (Tuirán, 2000).

Tres investigadores se suman a la visibilización del fenómeno en cuestión: Robledo (2001), Partida (2001) y Canales (2001). El primero se detiene en el impacto del envejecimiento en el sistema de salud debido al aumento de enfermedades crónico-degenerativas. El segundo a partir de datos de CONAPO del año 2000, realiza proyecciones al año 2050 y, el tercero, considera que el envejecimiento va más allá de los montos, es decir, que es un fenómeno que involucra una serie de transformaciones en los demás grupos etáreos.

Ante la evidente población envejecida y sus repercusiones en términos económicos, inician investigaciones específicas sobre el tema, por ejemplo, Ordorica (2001) mantiene como objeto de estudio conocer las causas de longevidad humana y las causas de muerte. Ve la evolución de los niveles de mortalidad y de la esperanza de vida entre 1940 y 1999. Gomes (2001), por su parte, analiza las características socioeconómicas de las personas de 60 años y más, con miras a establecer prioridades en políticas públicas proyectadas al 2020. Mientras que Welti (2001) se enfoca a los costos en infraestructura, producto del aumento de la población de edad avanzada, en términos de vivienda, servicios, transporte y vialidad.

1.5.2.3- Visión sociocultural

Existen investigaciones con enfoque cualitativo que han hecho aportaciones, principalmente desde la antropología, sociología, psicología, trabajo social y una más que bien puede denominarse de perspectiva sociodemográfica, realizadas a través de entrevistas, historias de vida, entre otras. Son aportaciones valiosas en el conocimiento de la temática, ya que no sólo se enfocan al aspecto descriptivo y de salud sino a la parte subjetiva del envejecimiento, es decir, a las experiencias y vivencias que éste encierra.

Entre los trabajos realizados sobre envejecimiento desde la perspectiva *antropológica* se encuentran los siguientes:

Ortiz (1999), plantea la necesidad de estudiar el envejecimiento como un proceso biológico, sin dejar de lado las teorías sociales, ya que actúan como un complemento necesario.

En tanto que Reyes (2002 y 2003) lo plantea en el campo de la etnogerontología, es decir, desde una perspectiva donde los mismos actores expresan su proceso de vejez a partir de testimonios, sin dejar de lado su estatus socioeconómico. Cabe mencionar que sus estudios los sustenta en un grupo indígena específico y en ellos distingue la vejez indígena masculina de la femenina y los diversos tipos de vejez donde el estatus socioeconómico juega un papel importante en el trato dirigido a la población indígena envejecida, principalmente en el área rural.

Por otra parte, el estudio antropológico de Vázquez (2003) aborda la vejez no solamente con un enfoque demográfico y de salud sino que indaga experiencias, actitudes, sentimientos, condiciones de vida y expectativas de los ancianos en el ámbito rural, con la finalidad de conocer su forma de vivir, pensar y actuar y, de esta manera, conocer cómo se estructuran sus relaciones sociales y familiares.

Bajo esta misma perspectiva, en el año 2006, se reúnen varias exposiciones donde los autores (Robles, Vázquez, Reyes y Orozco, 2006) destacan la importancia que representa la participación de los actores sociales, ya que se considera relevante conocer, qué es ser viejo, para el propio viejo. El que los mencionados autores hayan realizado estudios en diferentes contextos, tanto rurales como urbanos en los estados de Jalisco, Chiapas, Veracruz y Guanajuato, nos permiten tener un acercamiento a la gran diversidad, en cuanto costumbres y estilos de vida se refiere y, con estos datos, los investigadores refuerzan la idea de que el envejecimiento es heterogéneo.

Uno de los primeros trabajos sobre envejecimiento que vinculan la parte social (fuentes de apoyo informal) con la salud (personas de 50 años o más con diabetes tipo II)

es el de Robles *et al.*, en (1995), quien realiza un estudio con personas diabéticas de 50 años o más en una zona marginal de Guadalajara donde las fuentes de apoyo (cónyuge o hijo(a)) de éstos son importantes para mejorar su calidad de vida. A partir de lo anterior, Robles (2003, 2005 y 2007), profundiza su investigación en términos de cuidado.

Así, en una de ellas (2003) se enfoca a el papel de la mujer en los cuidados, específicamente a las personas ancianas cuidadoras a quienes ubica como una actividad recurrente en su trayectoria de vida, de ahí que ésta actividad la ubique como una “carrera” de vida de estas y, determine una feminización del cuidado. En otra de sus investigaciones (2007) da cuenta de cómo se organiza el cuidado en el ámbito de la vida cotidiana y, al hacerlo, visibiliza la experiencia subjetiva de las que realiza dicha actividad.

En una tercera investigación Robles (2005) muestra que el cuidado tiene un doble significado, por una parte, es valorado ya que cubre las necesidades de cuidados y, por otra, constituye una categoría indeseable toda vez que es ubicado como sujetos devaluados socialmente.

Por último, es de citar la investigación de Arroyo y Salas (2013), en ella dan cuenta de la representación del cuerpo que tienen las personas de edad avanzada que se encuentran en condiciones de dependencia física y falta de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria. Concluyen que en la vejez no todo queda representado en el cuerpo, pues el contexto social también se materializa en él. Expresa creencias, sentimientos, ideas, estereotipos, mitos, todos ellos socialmente establecidos.

En el contexto del envejecimiento demográfico la perspectiva *sociológica* tiene un papel capital, en virtud de que da cuenta del contexto en el que se desarrolla dicho fenómeno, lo cual se traduce en hacer hincapié en el estudio del adulto mayor más que en el aspecto individual, en el hecho de que éste se encuentra inmerso en un contexto social, mismo que se explica de acuerdo con sus ingresos, género y redes de apoyo que tiene.

En esta perspectiva, Ruvalcaba (1999) da cuenta de que las mujeres adultas mayores perciben en su mayoría remesas mientras que los hombres obtienen ingresos a partir de las pensiones. Esto le lleva a esclarecer que los ingresos de las personas repercute directamente en la forma de vivir en sus hogares.

Montes de Oca (2003b y 2005), por su parte, analiza el envejecimiento desde la perspectiva de género y el papel de las redes de apoyo comunitario en la calidad de vida de las personas adultas mayores del Distrito Federal, donde encuentra que las mujeres tienen una mayor participación en las redes comunitarias de apoyo en comparación con los hombres. En esta línea, se puede ubicar el trabajo de Enríquez y Aldrete (2003) en un

contexto urbano de extrema pobreza en la ciudad de Guadalajara donde encuentran que el hecho de que los adultos mayores compartan el espacio doméstico no es garantía de que reciban protección, seguridad y compañía. Mientras que el trabajo de Enríquez (2005) en el mismo contexto encontró casos de alta vulnerabilidad económica y social en donde, aún con problemas graves de enfermedad, las redes de apoyo familiar no se activaron oportunamente debido al desempleo y la distancia.

Cabe señalar que ésta última autora realiza en el año 2014, un estudio sobre la construcción sociocultural de los nervios en adultos mayores que se encuentran en condiciones de pobreza extrema en el mismo contexto social. Utiliza el paradigma construccionista para ver cómo se construyen, significan y regulan las emociones, especialmente los nervios.

Por último, Tamez y Ribeiro (2014) estudian la solidaridad¹² familiar en adultos mayores de Monterrey. Analizan el tipo y nivel de solidaridad que los hijos muestran a los adultos mayores dependiendo de sus necesidades. Concluyen que existe una reciprocidad en el intercambio de bienes, servicios y cuidados entre adultos mayores y sus hijos.

Con relación a la visión de la *psicología* en el envejecimiento, dos de los autores que estudian el tema son Cerejido (1999) y Pando (2004). La primera señala que los cambios psicológicos que se experimentan durante la vejez depende de la particularidad de cada individuo, así como múltiples causas externas durante su ciclo de vida como el trabajo y su relación con el entorno. El envejecimiento por tanto, es concebido como un proceso de crecimiento, desarrollo, desgaste y reparación, se viven una serie de cambios que repercuten en la estructura psíquica y a pesar de que se experimenta una disminución en esta etapa.

En esta misma tesitura Pando (2004) considera a la persona de edad avanzada como un ser social que busca y tiene un sentido de vida, de ahí que exprese que el concepto de salud y enfermedad mental no se limite a su parte individual sino que involucra diversos factores del medio social y la interrelación de estos.

¹² El concepto de *solidaridad* alude a la presencia de ayuda que recibe el adulto mayor para cubrir sus necesidades, sean de transferencias de servicios y/o bienes. El tipo de solidaridad puede ser: económica (dinero, pago de renta), en especie (vivienda, víveres, vestido, servicio médico, medicamentos), funcional (cuidados especiales en actividades de la vida cotidiana), doméstica (apoyo para realizar quehaceres propios del hogar), instrumental (ayuda en actividades externas al hogar, por ejemplo, transporte y compras) y/o afectiva (interés en sus problemas y necesidades, contacto físico y/o telefónico) (Tamez y Ribeiro, 2014: 157).

Dentro de la visión sociocultural, se encuentran los trabajos realizados por Arroyo *et al.*, en el año (2011) y en (2009), desde el *trabajo social* en los cuales analiza la subjetividad de la dependencia y los cuidados, es decir, se enfoca en explorar las vivencias de los dependientes funcionales y sus cuidadores informales en la ciudad de Durango. Encuentra que la mayoría de los cuidadores son hijas y esposas y, en menor proporción, esposos e hijos. Concluye que la cultura sigue permeando los pensamientos y las conductas; de tal forma que el cuidado femenino sigue siendo aceptado, asumido y reconocido. Las mujeres cuidadoras desempeñan su rol de manera ambivalente y contradictoria, “pareciera que desean permanecer y huir al mismo tiempo”. La sociedad y la familia en particular visualizan al cuidado masculino como “menos adecuado”; esto contribuye a que los hombres se involucren poco en la responsabilidad de los ancianos. Todo ello cuestiona las identidades de género.

Por último, y no por ello menos importante, se exponen algunos estudios realizados por demógrafos desde la perspectiva *sociodemográfica* que dan cuenta tanto de las características sociodemográficas de la población en edad avanzada como de sus condiciones de vida. Es el caso de Montes de Oca (1998a, 1998b y 1999) quien a partir de la ENSE de 1994, analiza los apoyos sociales informales con una perspectiva de género. Uno de sus resultados es que el intercambio de ayudas es recíproco en el sentido de que las mujeres apoyan en quehaceres del hogar, cuidado físico y en la preparación de alimentos a los adultos mayores. Mientras que los hombres proporcionan dinero a los adultos mayores. Sin embargo, en este intercambio la población adulta mayor apoya con dinero a la población femenina mientras que las mujeres de avanzada edad ayudan a la población masculina con quehaceres propios del hogar. Lo anterior le lleva a concluir que la población adulta mayor no es plenamente dependiente, pues existe un intercambio entre género y generaciones.

Otra investigación sociodemográfica es la de Cantú (2009), el cual utilizando la ENASEM del año 2001, estudia los apoyos intergeneracionales (padres e hijos) de tipo económico y no económico, y encuentra que existe una reciprocidad entre éstos.

Finalmente, Giraldo (2014) sustenta su estudio de maltratos en adultos mayores en el Distrito Federal en la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF), realizada en el año 2006, y obtiene que el maltrato es un problema social y de salud pública que se da no solamente en el ámbito familiar sino también, en las instituciones públicas, cosa que repercute en la calidad de vida así como en la integridad física y mental del adulto mayor. Sus otras conclusiones son que el

maltrato se presenta en su mayoría en mujeres con la particularidad de que se da en forma constante, el cual inicia en su relación conyugal y termina por el ejercido por sus hijos u otros familiares debido a la muerte de su cónyuge producto de una menor esperanza de vida. Finalmente, encuentra que en adultos mayores no institucionalizados, los responsables de ejercer maltrato son sus familiares cercanos, donde los hombres abusaron física, psicológica y sexualmente de las mujeres adultas mayores, mientras que las mujeres la mayor parte de las veces cometieron el psicológico y, en menor medida, el económico.

CAPÍTULO 2. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

No tengo la fortuna de conocer a una persona que no requiera del otro. Dependemos unos de otros, tanto como de nosotros mismos.

González, 2016a: 4.

Introducción

En este capítulo se expone la complejidad que permea al concepto de dependencia, de tal manera que encierra múltiples significados o sinónimos al ser estudiado, entre ellos, la discapacidad, autonomía, capacidad funcional, deterioro funcional y funcionalidad.

Otro aspecto que se desarrolla son los cuestionamientos para el término de dependencia, sin embargo, se deja ver que pese a sus críticas es útil para abordar las actividades de la vida diaria, la parte física de las personas, en este caso, de nuestro objeto de estudio, los adultos mayores.

Además, se brinda el debate médico y social en el tema de la discapacidad y la dependencia, donde se exponen algunos de los principales modelos explicativos.

Posteriormente, se describen algunas de las escalas de medición de la dependencia funcional más importantes y utilizadas a nivel mundial. Finalmente, se exponen algunos trabajos sobre la temática, donde la sociodemografía y la medicina predominan en su estudio, en miras a determinar la cantidad de personas dependientes funcionales, así como sus factores explicativos de dicho fenómeno.

2.1- Envejecimiento y dependencia

La construcción del envejecimiento, en este caso como proceso biológico, es permeado desde el nacimiento por una serie de cambios en distintas aristas (ver capítulo 1) y una de ellas tiene que ver con la dependencia funcional, la cual aunque es referida al ámbito de las ciencias médicas o de la salud, es un proceso íntegramente condicionado por el ambiente social, laboral, cultural e institucional. En ese sentido la biología de los individuos se transforma a partir de las condicionantes ambientales a las que está expuesto (Montes de Oca *et al.*, 2013).

Es decir, el envejecimiento no es una condición *per se* que se asocia con enfermedad y dependencia, pero sí es un hecho en el que el efecto acumulativo de

múltiples exposiciones y las condiciones psicológicas, físicas y sociales, a menudo desfavorables, incrementan el riesgo de enfermar en los ancianos (Gómez *et al.*, 2014).

Es así que los adultos mayores afrontan de manera cotidiana situaciones de riesgo que amenazan su integridad y pueden alterar las funciones y estructuras de su cuerpo; cuando esto ocurre, enfrentan su entorno de modo distinto y, con frecuencia, los factores ambientales y personales pueden obligar a limitar las actividades que realizan cotidianamente. Por lo que, el funcionamiento y la discapacidad de un individuo deben verse como el resultado de la interacción entre su condición de salud y su ambiente. Aunque diferentes factores geográficos, sociales y económicos contribuyen a que un adulto mayor presente dependencia funcional, las enfermedades crónicas son uno de los principales factores que impactan en dicha funcionalidad e incluso pueden ser causa directa de dependencia (Gómez *et al.*, 2014).

Si bien es cierto que el aumento en la esperanza de vida no necesariamente repercute en la calidad de vida y en la salud, también lo es que, en algunas ocasiones, los años ganados corresponden a un alargamiento de la vejez en los que se pueden presentar factores de deterioro y dependencia (Zetina, 1999).

El conocimiento sobre el alcance y circunstancias de la dependencia, y de la discapacidad que la provoca, es importante por ser una forma de analizar el bienestar global de una sociedad. Los diferentes avances en el ámbito de la biomedicina, el aumento de la esperanza de vida y el estado de bienestar han contribuido a que en el mundo occidental uno de los valores más preciados sea la independencia y autonomía personal (Satorres, 2013).

2.2- Aspectos teórico-conceptuales de la dependencia

Al analizar la dependencia en el envejecimiento, la primera dificultad que se presenta es la referente al concepto mismo. Su complejidad lleva a las fuentes que lo abordan a definirla de diversas maneras, todas ellas con la peculiaridad de responder al objeto de estudio del que se trate (Montes de Oca *et al.*, 2013). Esto significa que, en realidad, no se proporciona un concepto genérico de dependencia, sino, más bien, una definición parcial de este, dependiendo, del objeto de estudio y perspectiva de la que se parta.

Es así que la universalidad e importancia que tienen las situaciones de dependencia en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial, por mencionar algunas, ha hecho que sean múltiples disciplinas y profesionales las que se encarguen de su estudio desde un punto de vista concreto. Sin

embargo, las perspectivas más recurrentes son desde el área de la salud, la demografía y la psicología. Esta pluridisciplinaridad ha aportado (y lo sigue haciendo) una importante e inagotable fuente de datos y definiciones que profundizan y enriquecen su estudio. Pero también ha sido, frecuentemente, fuente de confusión, desarrollándose paralelamente múltiples terminologías, escalas o métodos de clasificación (Querejeta, s/f).

2.2.1- Concepto de dependencia

Hay diversas formas de conceptualizar la dependencia, entre las definiciones más representativas a nivel mundial están la del Congreso de Europa, la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la del Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España. El primero define a la dependencia como aquel estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (Congreso de Europa, 1998) y, particularmente a los referentes al cuidado personal (Díaz, 2006). Mientras que el segundo hace referencia a que la situación de dependencia de la persona se explora a través de seis actividades fundamentales ejercidas por todo ser humano, independientemente de su contexto social (tareas de supervivencia): la orientación, la independencia física, la morbilidad física, las ocupaciones, la integración social y la suficiencia económica. Es decir, la dependencia se sitúa en el nivel funcional de la discapacidad/capacidad (García, Rabadán y Sánchez, 2006 citados en Arroyo *et al.*, 2011: 66). Finalmente, el último, entiende a la dependencia como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Cuando esta limitación no puede compensarse con la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de terceras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana (El libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España, 2005).

Desde el área de la salud, principalmente en los estudios epidemiológicos, se ha considerado a la dependencia desde el aspecto físico, cuestión que definen como dependencia física o funcional con relación a las actividades de la vida diaria¹³ (Baltes y

¹³ El origen del término de las actividades de la vida diaria (AVD), surge principalmente en el ámbito de la salud. Su primer uso estaba relacionado con una lista de comprobación de treinta y siete actividades, en la obra titulada *Physical demands of daily life* (Deaver y Brown, 1945 citados

Wahl, 1990), misma se refiere a la dificultad que tiene un individuo, en este caso, de edad avanzada para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana¹⁴. Ante tal dificultad, necesitan de otra persona para poder llevarlas a cabo (Kittay, 1999 citada en Robles, 2007: 91; Pérez y Yanguas, 1998; Querejeta, 2003; Otero *et al.*, 2004; Abellán y Esparza, 2010; Casado y López, 2011; Manrique *et al.*, 2011 y 2013; ENSANUT, 2012; Carretero *et al.*, s/a; Eamon O' Shea, 2003).

El área demográfica ha definido la dependencia en términos económicos, a partir de la relación de dependencia demográfica (Chackiel, 2000), la cual se refiere a la relación entre la población en edades potencialmente inactivas y la población en edades potencialmente activas (Arroyo Rueda *et al.*, 2011).

El área de la psicología, retoma la definición de dependencia funcional y, se enfoca en los trastornos que pudieran asociarse a dichas limitaciones en las actividades, aspectos como “la pérdida de la conservación cognitiva de las personas dependientes, el impacto psicológico y la sobrecarga que puede generar el cuidado de una persona dependiente sobre su cuidador principal” (Carretero *et al.*, s/a: 9).

Con relación al concepto de dependencia, se desprenden diversos tipos de dependencia, entre los que se encuentran, de acuerdo a Montorio y Losada (2004) y Villar (2009) cuatro tipos, que son:

1.- Dependencia económica: aparece en dos aspectos, la primera, cuando la persona deja de cotizar en el mercado laboral y pasa de ser un miembro «activo» de la sociedad a formar parte de la población «inactiva» «pasiva» o «dependiente» o, la segunda, cuando necesitamos de otros para obtener y comprar los bienes y servicios que consideramos necesarios para nuestra vida.

2.- Dependencia emocional o mental: a medida que el individuo pierde su

en Satorres, 2013: 51), no obstante estos médico y fisioterapeuta no llegaron a definir qué eran las actividades de la vida diaria. Habrá que esperar a finales de los 70 y principios de los 80 para encontrar las primeras definiciones formales de las actividades de la vida diaria. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AATO), elaboró en 1978 la primera definición de actividades de la vida diaria como aquellos componentes de la vida cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio (Moruno, 2006 citado en Satorres, 2013: 51).

¹⁴ A raíz de las escalas de medición propuestas por Katz y Lawton y Brody en la década de los 60, la literatura aborda las actividades de la vida cotidiana a partir de las denominadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD). Donde las primeras se refieren a aquellas actividades destinadas al autocuidado, las cuales son necesarias para sobrevivir, entre ellas se encuentran: el poder comer, caminar, ir al baño, bañarse y acostarse y levantarse de la cama. Las segundas van en función de poder mantener el ámbito doméstico e implican una mayor destreza a nivel funcional, por ejemplo, realizar la compra de víveres, el poder tomar un transporte, realizar algún pago, poder manejar el dinero, preparar una comida, tomar los medicamentos, entre otros (Trigas *et al.*, 2011).

capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias es necesario contar con la presencia o apoyo de ciertas personas para conservar el bienestar psicológico.

3.- Dependencia social: se asocia con la pérdida de las personas y relaciones significativas para el individuo.

4.- Dependencia física: tiene lugar cuando el individuo pierde el control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente por lo que recurre a la ayuda de otras personas para llevar a cabo alguna o varias actividades cotidianas esenciales, tales como asearse, comer, vestirse, entre otras.

A partir de lo anterior, se puede ver que el concepto de dependencia no sólo se desenvuelve en el ámbito de la salud sino también en el aspecto social, tan es así que las personas que se encuentran en alguna situación de dependencia necesitan del apoyo para mantener cierta autonomía en el hogar y en su entorno (Díaz, 2006). Por lo cual, es importante tener en cuenta que el concepto de dependencia es de naturaleza compleja, con diversas caras, en el que influyen otras aristas como son variables biológicas, psicológicas y sociales (Horgas, Wahl y Baltes, 1996 citados en Montorio y Losada, 2004: 5).

No pasa inadvertido que en relación con los conceptos anteriores se han vertido diversas críticas, ya que en términos generales el concepto de dependencia alude a las deficiencias de una persona y, por ende, a la carga que genera. En otras palabras, se crea un lenguaje que individualiza y excluye (Rogero, 2010). Otra de las críticas, de acuerdo a Montorio (1994 citado en Montorio y Losada, 2004: 4), es que si bien una persona tiene dificultades físicas para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria, ello no significa que sean dependientes en otros ámbitos, por ejemplo, económicos e intelectuales, por mencionar algunos.

Una crítica más es que se considera a la dependencia como un problema, sin embargo, es propia de la naturaleza, donde los seres humanos en determinado tiempo y circunstancia necesitamos, en mayor o menor medida, ayuda de alguien para cubrir determinada necesidad (Kittay, 1999 citada en Robles, 2007: 43; Rogero, 2010; Robles, 2007; Montes de Oca, 2011).

Sin embargo, la dependencia en la vejez es un concepto ampliamente utilizado y de gran relevancia para todos aquellos que trabajan o tratan con personas mayores: para ellas mismas, para sus familiares y cuidadores, para los profesionales que investigan o trabajan con el fin de mejorar su calidad de vida, y también para los políticos que deben ajustar las actuaciones y medidas de los servicios sociales a las necesidades reales de la

población (Montorio, 1994 citado en Montorio y Losada, 2004: 4). Es por ello que se considera ideal para ser abordado a lo largo de éste trabajo, tan es así que por nuestro objeto de estudio, entendemos por dependencia lo siguiente: en primer lugar, que la dependencia es propia de la naturaleza y que en determinado momento todos transitamos en mayor o menor medida y, en segundo, entendemos la dependencia en términos físicos, donde existe la necesidad de otra persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Esta definición se encuentra sustentada, en primer lugar, por Carretero *et al.*, (s/f) quienes definen a la dependencia funcional como una determinada situación de necesidad en la que una persona requiere de la ayuda de otro(s) para realizar las actividades de la vida diaria. En segundo por Arroyo *et al.*, (2011), los cuales conceptualizan dicha dependencia como aquellas personas que han perdido su autonomía y requieren de otros para desempeñar actividades cotidianas. En tercero por Kittay (1999 citada en Robles, 2007: 41) cuya dependencia remite a un sujeto incapaz de satisfacer sus necesidades por sí mismo, que pierde el control sobre la propia vida al grado de que no es capaz de cuidar de sí mismo y es forzado a confiar en el cuidado de otros.

Además es compatible con la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2012), la cual será la fuente de datos a utilizar en esta investigación (ver capítulo 4).

2.2.2- Sinónimos de dependencia

Aunado al concepto de dependencia física o funcional se relacionan diversos conceptos, tales como autonomía, interdependencia, capacidad funcional, funcionalidad y discapacidad. Estos conceptos se definen a continuación en miras a esclarecer sus semejanzas y diferencias.

Autonomía e interdependencia: desde la perspectiva occidental, el ser humano pertenece a una sociedad caracterizada por la individualidad donde permea la noción de que somos personas autónomas e independientes, donde al tener necesidad, en términos de cuidado, de otra persona se tiene el estigma de un ser inútil y que no es capaz de aportar, en una palabra, dependiente (Robles, 2007). Sin embargo, la dependencia es propia del ser humano en mayor o menor medida, la cual deriva de un tiempo y un espacio en virtud de que no es posible vivir sin el apoyo y cuidado de nuestros semejantes (Montes de Oca, 2011; Kittay, 1999 citado en Robles, 2007: 42).

Capacidad funcional: se refiere a la facultad que tiene una persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin la necesidad de ser ayudado por otra persona (Gallo, 2011; González, 2011).

Funcionalidad: alude a la capacidad que tiene una persona para realizar con autonomía actividades de autocuidado que le brindan bienestar. El deterioro de la funcionalidad es un fenómeno frecuente que se asocia a la edad, es un indicador sensible para identificar una nueva enfermedad y puede ser un predictor de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización. Cuando se ha perdido alguna capacidad se habla de abatimiento funcional y constituye en geriatría un síndrome a investigar, una alerta a estudiar, éste puede ser agudo, relacionado con una patología o conjunto de patologías recientes o crónico en cuyo caso es muy probable que varios problemas hayan llevado la incapacidad (VGI, 2011).

Discapacidad: es la expresión de una limitación funcional o cognitiva en un contexto social; es la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas por su salud) y las demandas del entorno, es decir, lo que exige el medio (físico, laboral, social) para poder desarrollar sus actividades, roles o tareas sociales. La enfermedad y la deficiencia se relacionan más con la función orgánica de la persona, mientras que la discapacidad y la dependencia se vinculan más con su función social (Abellán y Puga, 2004 citados en Olivares *et al.*, 2008: 13).

De acuerdo a D'Hyver (2015) la discapacidad se puede clasificar en cuatro tipos. La primera se refiere a la *discapacidad motriz*, la cual es una condición de vida que afecta tanto el control como el movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas que la padecen, limitando su desarrollo personal y social. Se presentan ante alteraciones de músculos, huesos, articulaciones o provienen de lesiones neurológicas tanto degenerativas, centrales o de la médula espinal. La segunda, es de índole *sensorial y de la comunicación* donde se encuentra la discapacidad visual, auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos; por ejemplo, la hipogesia, que es la disminución en la sensación del gusto. Este tipo de discapacidades cobra especial relevancia cuando afecta la capacidad de comunicación del individuo. El tercer tipo de discapacidad se refiere al *mental*, es decir, a los trastornos definidos por la presencia de un desarrollo mental incompleto, detenido o deteriorado, que afectan en el nivel global de inteligencia; las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización. Finalmente, un cuarto rubro denominado *múltiple*, se presenta cuando

coexisten problemas que incapacitan en más de una de las áreas comprendidas por los tres tipos de discapacidad antes mencionados.

Si bien la mayoría de las definiciones son en el sentido médico, principalmente el concepto de discapacidad, se debe tener en cuenta que “no es sólo un problema de salud, sino también y sobre todo social. Esta dificultad o incapacidad obliga a la persona que la padece a solicitar ayuda de otra, para poder realizar esas actividades cotidianas. En esto consiste la dependencia” (Olivares *et al.*, 2008: 13).

Cabe mencionar que algunos autores consideran unos términos como sinónimo de dependencia funcional, tal es el caso de Arroyo (2009), quién considera los términos cuarta edad, deterioro y discapacidad.

2.3- Escalas de valoración de la dependencia

Después de haber definido el concepto de dependencia, es necesario conocer los diversos instrumentos que existen para medirla. En este sentido, a pesar de que no fueron utilizadas en esta investigación, el siguiente apartado tiene la finalidad de desarrollar, de manera general, los principales índices y escalas de medición que son utilizadas a nivel mundial¹⁵, ejemplo de ello se encuentran el índice de Katz y la escala de Lawton-Brody.

Es de mencionar que desde los años 60 el estudio de la dependencia funcional y su relación con la edad y el proceso de envejecimiento tiene sus orígenes en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (López Ortega, 2013: 216). Las primeras se refieren a aquellas actividades individuales que son necesarias para sobrevivir; por ejemplo, poder bañarse, vestirse, ir al sanitario, acostarse y levantarse de la cama, comer, entre otras. En cuanto a las segundas, son aquellas acciones que tienen que ver con la capacidad de mantener un hogar de forma autónoma para poder llevar a cabo la compra de víveres, manejar o utilizar el transporte público, cocinar, utilizar el teléfono, tomar los medicamentos, manejar el dinero, labores domésticas, entre otros aspectos (Hazzard *et al.*, 2007 citado en Segobia y Torres, 2011: 164).

¹⁵ Existen diversas escalas que son utilizadas para medir la dependencia funcional, sin embargo, deben ser breves, sencillas y fáciles de aplicar para alcanzar los objetivos de ser un instrumento de aplicación rápida y que pueda ser utilizado por personal de formación variada y cualquier unidad de Atención Primaria (Segovia y Torres, 164: 2011).

2.3.1- Katz

El 21 de septiembre de 1963, Katz *et al.*, (1963) dan a conocer, a través de su artículo intitulado “Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function”, la primera escala de valoración de las ABVD en población adulta mayor, aspecto que hasta la fecha sigue siendo referente y ampliamente utilizada por la comunidad científica.

La escala de Katz surge a partir de la comparación de patrones en las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, ir al baño, la transferencia, la continencia y la alimentación) entre 1001 pacientes ancianos y con enfermedades crónicas con los patrones de la función que se describen en los campos de desarrollo de la niñez y la antropología. De tal forma que la razón de ser de dicho estudio fue demostrar que el índice de Katz es una herramienta para estudiar el proceso de envejecimiento, de los enfermos crónicos y como ayuda en la rehabilitación de los pacientes (Katz *et al.*, 1963).

Bien se puede decir que se trata de una escala que evalúa la dependencia e independencia en las actividades antes descritas, cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. Evaluación funcional del adulto mayor (OPS, s/f).

Por lo que se refiere a su validez y confiabilidad, se tiene que desde sus orígenes, ha sido modificada y simplificada y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante (OPS, s/f).

Finalmente, a pesar de que el índice de Katz es sensible a los cambios en el estado de salud declinante y, por ende, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores, es un índice muy útil para la creación de un lenguaje común acerca del funcionamiento del individuo para todo el equipo involucrado en la atención de salud del adulto mayor (OPS, s/f).

2.3.2- Barthel

El índice de Barthel se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955 (Mahoney y Barthel, 1965; Wylie, 1967 citados en Cid-Ruzafa y

Damián-Moreno, 1997: 128). Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculoesqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997).

El índice de Barthel se compone de 10 ítems que valoran la capacidad para realizar ciertas actividades sin ayuda. Evalúa la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse, control intestinal y control urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuesta entre 2 y 4 alternativas, con intervalos de 5 puntos (Cabañero *et al.*, 2008).

Este índice es útil para describir la realidad funcional y predecir los cambios a largo plazo, sin embargo, no es sensible para detectar cambios pequeños, así como para medir la incapacidad por encima de un determinado umbral: los muy incapacitados (Torres, 2014: 75). Sin embargo, es el más utilizado en instituciones de media (unidades de convalecencia y rehabilitación) y larga estancia; el resto se utiliza más para la planificación de necesidades de cuidados de larga duración desde contextos clínicos o comunitarios (Cabañero *et al.*, 2008: 280).

2.3.3- Lawton-Brody

Por lo que respecta a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), la escala más utilizada es la referente a la del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton. Dicha escala fue publicada en el año de 1969 bajo la autoría de Lawton y Brody, donde evalúan la autonomía física y las AIVD en la población adulta mayor estando o no institucionalizada (Trigás *et al.*, 2011; López *et al.*, s/f), a partir de 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total) (Trigás *et al.*, 2011).

Así como el índice de Katz ABVD, el enfoque de la escala de Lawton es sobre el grado de independencia que el paciente tiene, según su nivel funcional. Esta escala es

capaz de detectar deterioro funcional más tempranamente que el índice de Katz ABVD. (OPS, s/f).

El instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional de las personas para el desempeño de las actividades más complejas de la vida diaria se ha demostrado de manera constante (OPS, s/f: 40).

Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor¹⁶ que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades. Sin embargo, su inconveniente radica en que hace énfasis en tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas por las mujeres urbanas, siendo esto un obstáculo cuando se aplica a los adultos mayores hombres o a los adultos mayores en áreas rurales, donde las actividades instrumentales de sobrevivencia tienen variaciones importantes. La escala puede y debe de ser adaptada para que refleje más fielmente el tipo de actividad que los adultos mayores consideran indispensables para poder vivir independientemente en áreas rurales o semi-rurales (OPS, s/f).

2.3.4- Escalas de Incapacidad Funcional física y mental de la Cruz Roja (EFCR y EMCR)

Las escalas de incapacidad de la Cruz Roja, física y mental (EFCR y EMCR), fueron publicadas por primera vez en 1972, aunque ya eran utilizadas en el servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid (Trigás *et al.*, 2011) en virtud de ser prácticas, debido a su fácil aplicación. Su manera de calificar es en forma de estadios o grados de incapacidad, desde el 0, en el que el sujeto se vale por sí mismo y anda con normalidad hasta el 5 que implica el máximo grado de deterioro con inmovilidad, incontinencia y la necesidad de cuidados continuos (Torres, 2014).

Es de mencionar que la EFCR es un índice global de incapacidad funcional que evalúa la incapacidad física según una escala de 6 grados, que oscilan entre 0 (se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad) y 5 (inmovilizado en cama o sillón,

¹⁶ Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas pero también se recomienda su aplicación en hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales (Trigás *et al.*, 2011: 16).

incontinencia total, necesita cuidados continuos de enfermería) (Cabañero *et al.*, 2008).

En un primer momento, se diseñaron como un instrumento para poder evaluar y clasificar a los ancianos residentes en su domicilio dentro del área del hospital y detectar a aquellos que requerían asistencia geriátrica domiciliaria. Sin embargo, con el paso de los años se ha utilizado en otros ámbitos como es la valoración de pacientes en servicios de geriatría, residencias de ancianos y otro tipo de centros (Trigás *et al.*, 2011).

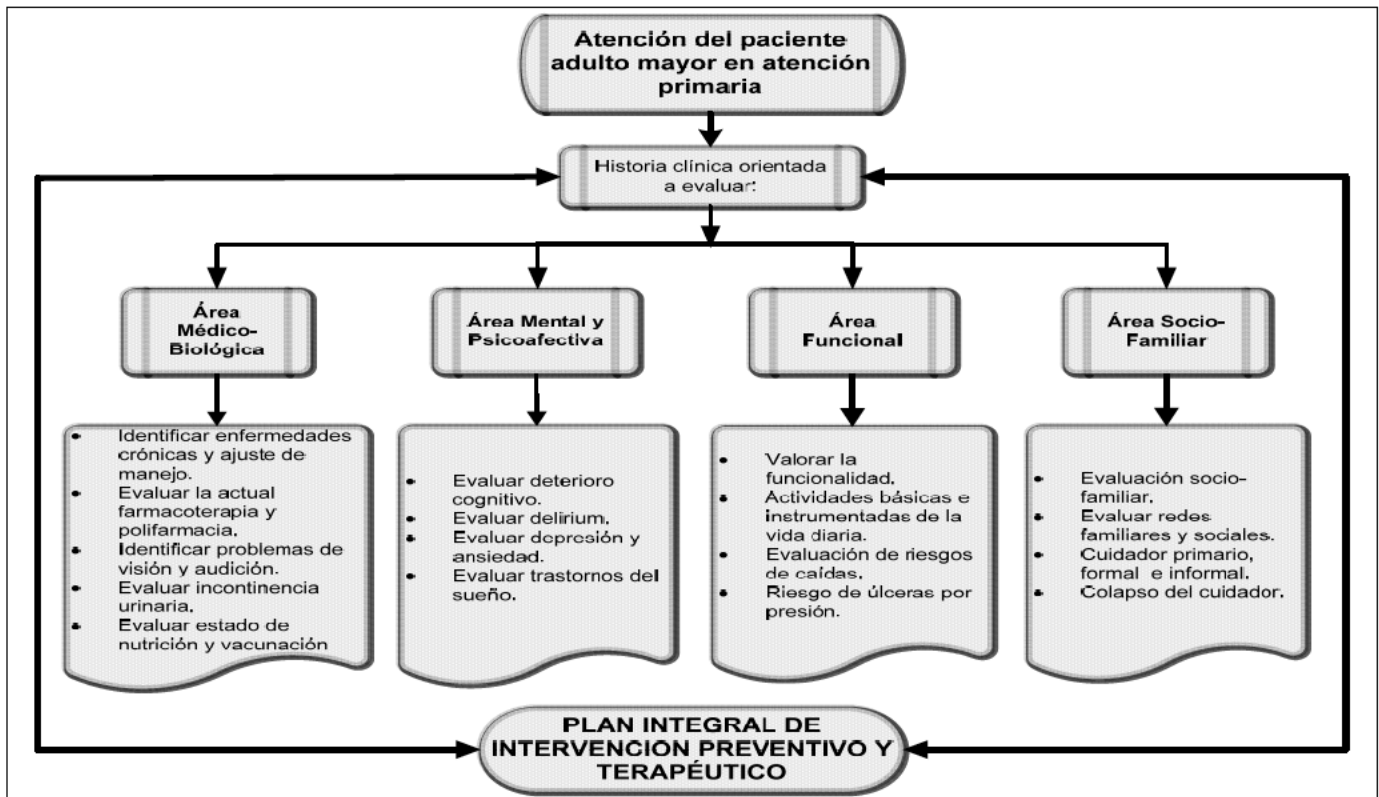
Por lo que se refiere a su validez, la escala se asocia a mayor mortalidad, necesidad de institucionalización y utilización de recursos sociosanitarios, aunque posee menos sensibilidad al cambio que otros instrumentos de construcción más detallada y compuestos por ítems más estructurados (Trigás *et al.*, 2011).

2.3.5- Valoración Gerontológica Integral

La Valoración Geronto-Geriátrica Integral (VGI) en el Adulto Mayor Ambulatorio es un instrumento de evaluación holística (biopsicosocial y funcional) que ayuda a identificar los requerimientos de cuidado del adulto mayor y su plan de tratamiento. Es una herramienta utilizada en el ámbito de la salud, principalmente entre los médicos y enfermeros en virtud de que les permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente (Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio, 2011).

La VGI mide cuatro áreas fundamentales (ver figura 4) para determinar el plan integral de intervención preventivo y terapéutico en los adultos mayores. La primera se denomina como médico-biológica, la cual contempla una serie de evaluaciones al adulto mayor como son la farmacológica, problemas de visión y audición, incontinencia urinaria, aspectos nutricionales y de vacunación. En cuanto a la segunda, se refiere a la mental y psico-afectiva, donde considera realizar evaluaciones sobre el deterioro cognitivo, la depresión y el delirium. Una tercera, que corresponde al aspecto funcional donde engloba las ABVD y las AIVD. Finalmente, una cuarta catalogada como socio-familiar donde se identifican problemas de maltrato, abuso y aislamiento social, así como adultos en proceso de jubilación (Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio, 2011).

Figura 4. Áreas que considera la Valoración Gerontogerítrica Integral (VGI)



Fuente: tomado de la Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Gerítrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio, 2011: 61.

2.3.6- Cuestionario de salud SF-36

El cuestionario de salud SF-36 fue diseñado por Ware *et al.*, en los años 90 (Ware y Sherbourne, 1992 y Ware *et al.*, 1993 citados en Arostegui y Núñez, 2008: 154). Se trata de una herramienta que consta de 36 preguntas y se utiliza para medir, de manera general, la calidad de vida con relación a la salud (CVRS). Proporciona un perfil del estado de salud y se puede aplicar tanto a pacientes como a población sana. El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en

una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Los pesos incorporados en el cálculo de las puntuaciones resumen se obtienen a partir de una población de referencia (Arostegui y Núñez, 2008).

2.4- Antecedentes fragilidad y dependencia. Perspectiva médica y social

Después de la segunda guerra mundial, junto con la creación de la asistencia social y de salud, surge la necesidad de definir criterios de elegibilidad para brindar la atención adecuada, con el fin de proporcionar apoyo a aquellas personas que habían sufrido trastornos funcionales de la guerra o debido a otras patologías. En este sentido, algunas personas de Europa y Norteamérica con patologías vivían en la pobreza a causa de su deterioro trabajo, o simplemente a causa de sus dificultades para acceder al mercado laboral. Donde sus dificultades en la vida diaria eran una de las razones por las que vivían en la pobreza, especialmente en los países basados en la industria (Masala y Petretto, 2010).

Es así que las diferentes maneras de entender tanto la discapacidad como la dependencia bien se pueden clasificar en función de dos perspectivas o modelos en cierta medida opuestos, por una parte, la perspectiva médica y, por otra, la social (Villar, 2009: 19).

Cabe señalar que el análisis de la discapacidad tradicionalmente adoptaba el modelo médico, en el que la discapacidad se veía como un defecto, un problema inherente a la persona, directamente causado por enfermedad, trauma u otra condición de salud, y como una desviación de ciertas normas (Soler *et al.*, 2008).

2.4.1- Perspectiva médica

La perspectiva médica parte del hecho de que la dependencia de ciertas personas para realizar sus actividades de la vida diaria, que habitualmente se llevan a cabo de forma autónoma, es una situación final de un proceso. Desde este punto de vista, el origen que desencadena una dependencia es la presencia de determinada patología que afecta a una o varias partes del organismo y que impide que funcionen con normalidad. En consecuencia, las actividades que soportaba esa parte de nuestro organismo afectado, dejan de poder desempeñarse de manera autónoma. Las patologías que causan una dependencia pueden ser de muchos tipos, como por ejemplo una enfermedad, una lesión

o amputación o un proceso degenerativo. En cualquier caso, esa patología, cuando es lo suficientemente grave, se manifiesta en una incapacidad de la persona para llevar a cabo ciertas actividades (lo que se conoce como discapacidad) para lo que puede requerir la ayuda de terceros (Villar, 2009).

Desde esta perspectiva, la discapacidad es considerada como un problema individual y se encuentra directamente vinculada a la enfermedad o alteración de salud que lo causa. En consecuencia, actuar sobre la discapacidad implica sobre todo actuar sobre la patología subyacente y sus causas. Es decir, se trata de aplicar el tratamiento médico o rehabilitador adecuado para que el organismo vuelva a funcionar en unos niveles suficientes como para no necesitar ayuda de otros, es decir, para dejar de ser dependientes (Villar, 2009).

Ejemplo de lo anterior es la instrumentación técnica en la psicometría, la cual responde a la pretensión de hacer visibles, objetivables y medibles rasgos o cualidades que antes tenían un matiz sobrenatural e intangible (la inteligencia, la personalidad, etc.), y sirve para justificar las decisiones en los tratamientos prácticos. La investigación en esta perspectiva clínica resultaba relativamente fácil de realizar, económicamente barata y, con una aplicabilidad inmediata por su carácter prescriptivo respecto a los programas de actuación. La tipificación es muy útil al tener una doble función: orienta la investigación (y, en cierto modo, le confiere carácter científico) y guía la práctica (que es, a su vez objeto de investigación, pero desde los mismos planteamientos esencialistas), ya que, con base en esta lógica racional se organizan los sistemas de servicios para los sujetos discapacitados: rehabilitación, psicoterapia, educación especial, entre otros. Se considera entonces que el progreso en el área práctica deriva directamente de los resultados de la investigación y los recursos aportados para el diagnóstico, la intervención y la aplicación de la tecnología. Basándose en el esquema simple, lineal y unidireccional, Investigación-Desarrollo, se explica el impacto de una innovación en la práctica. Así, las explicaciones sobre el desarrollo de la educación especial se han apoyado en esta idea de “marcha del progreso”, como resultado directo de la aplicación de los datos científicos según este modelo (Sheila Riddell, 1998 citada en López González, 2006: 217).

En este sentido, de lo que se trata es que profesionales de la salud intervengan con tratamientos sobre la persona afectada para que se adapte a los niveles de independencia que exige la sociedad a las personas de su edad o condición social. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y, desde el punto de vista político,

las respuestas ante la discapacidad y la dependencia se centran en la modificación y optimización de los sistemas de salud (Villar, 2009).

Como se ha dicho, los valores e interpretaciones médicas han contribuido históricamente a destacar los déficits del individuo y considerarlos como causa inevitable de la discapacidad. Pero, en este breve intento de señalar algunos aspectos inaceptables de estas ideas, no debemos entender que las personas discapacitadas no precisen, en algunos momentos de sus vidas del apoyo de tipo médico. Lo que se cuestiona aquí son las condiciones y las relaciones sociales que se producen en estos encuentros, al considerar su identidad reducida a los aspectos deficitarios individuales. También es preciso aclarar que no toda investigación desarrollada en el paradigma biológico o individual debe ser considerada como necesariamente opresiva. Por ejemplo, los estudios médicos sobre rehabilitación física, desarrollo de medicamentos, intervención quirúrgica o genética suponen contribuciones importantes para la mejora de la vida de las personas con deficiencias. Lo que se critica es la utilización exclusiva del enfoque bio-médico para investigar y explicar problemas sociales (López González, 2006).

Si bien este enfoque pone énfasis en dos aspectos que siguen siendo importantes hasta nuestros días, como lo es la intervención de la patología y la rehabilitación, es una perspectiva limitada y simplista, en virtud de que vincula la dependencia exclusivamente a procesos individuales que tienen que ver sólo con la enfermedad. Por lo que desde hace varias décadas se ha visto la necesidad de adoptar modelos más amplios e inclusivos, en los que la dependencia y la discapacidad dejen de considerarse fenómenos estrictamente individuales y se enmarquen en un entorno físico y social que permite comprenderlos de manera mucho más completa (Villar, 2009).

2.4.2- Perspectiva social

Una perspectiva contraria a la médica es la social, la cual no considera a la discapacidad como un problema estrictamente individual, sino como un fenómeno sobre todo socialmente creado ya que su aparición, no sólo depende de una condición de salud alterada (una enfermedad, un proceso degenerativo, etcétera), sino de la interacción de ese problema de salud con unas condiciones sociales, un contexto, que contribuye a que la persona no pueda realizar ciertas actividades que se esperan en un individuo de sus características (Villar, 2009).

Todas las personas discapacitadas experimentan la discapacidad como una restricción social, ya sea que las restricciones se produzcan como consecuencia de

entornos arquitectónicos inaccesibles, de las cuestionables ideas sobre inteligencia y competencia social, de la incapacidad de la gente en general para usar el lenguaje de signos, de la falta de material de lectura en Braille, o de actitudes públicas hostiles hacia personas con deficiencias visibles (Oliver, 1990: XIV citado en López González, 2006: 223).

Por ende, no es casual que esta perspectiva deriva, en gran parte, de la reflexión y análisis de las experiencias de las mismas personas discapacitadas, por ejemplo, sobre cómo han sido definidas y dirigidas por los expertos que manejan los criterios de discapacidad. El modelo social se halla en oposición directa, al hasta ahora predominante modelo individual, donde la discapacidad es entendida bajo criterios médicos y enfocada como tragedia. Desde la experiencia colectiva la discapacidad engendra autoestima y autoconfianza, en lugar de culpabilidad y vergüenza, que van asociadas al modelo de tragedia. Igualmente, fomenta un sentimiento de capacidad o “empoderamiento”, tanto personal como político. Las implicaciones políticas del modelo social se sitúan en la línea de fomentar la lucha colectiva de las personas discapacitadas por un cambio social. Una de las medidas encaminadas a este fin ha sido la expansión del movimiento de las personas con discapacidad y el florecimiento de organizaciones por todo el mundo, no sólo locales, a pequeña escala, sino organizaciones nacionales, como el British Council of Disabled People, o el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), e internacionales, como el Foro Europeo de Personas con Discapacidad, Disabled People’s International (DPI), o Disability World. Todas ellas dirigidas por y para personas discapacitadas (López González, 2006).

Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad. Asimismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades. Esencialmente, el modelo social se ha originado, desarrollado y articulado, a partir del rechazo a los fundamentos expuestos desde el modelo que le

precede. Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del fenómeno, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Es posible situar el nacimiento del modelo social (o al menos el momento en que emergen sus primeros síntomas) a finales de la década de los años sesenta o principios de la del setenta del siglo XX, en Estados Unidos e Inglaterra (Palacios y Bariffi, 2007).

Hasta dicho momento, en las sociedades occidentales la discapacidad venía siendo considerada como el resultado exclusivo de las limitaciones individuales de una persona, que implicaba una tragedia personal para el afectado o afectada, y un problema para el resto de la sociedad. No obstante, desde finales de la década de los años sesenta, dicha consideración ortodoxa comenzó a ser el blanco de campañas a través de Europa y Estados Unidos. Las personas con discapacidad —en particular aquellas que vivían en instituciones residenciales— tomaron la iniciativa de buscar sus propios cambios políticos (Barnes y Mercer, 2003 citado en Palacios y Bariffi, 2007: 20). De este modo, los activistas con discapacidad y las organizaciones de personas con discapacidad se unieron para condenar su estatus como “ciudadanos de segunda clase”. Reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que —según alegaban— discapacitaban a las personas con deficiencias. Así fue como la participación política de las personas con discapacidad y sus organizaciones abrió un nuevo frente en el área de los derechos civiles y la legislación antidiscriminatoria (Palacios y Bariffi, 2007).

Por otro lado, y desde una perspectiva un tanto diferente, el movimiento de personas con discapacidad en el Reino Unido ha perseguido generar cambios en la política social o en la legislación de derechos humanos. De este modo, la prioridad estratégica ha sido realzar la existencia de los sistemas patrocinados por el Estado de bienestar para cubrir las necesidades de las personas con discapacidad. Así, en el Reino Unido, las organizaciones de personas con discapacidad movilizaron inicialmente la opinión contra su categorización tradicional como un grupo vulnerable necesitado de protección. Sostenían el derecho a definir sus propias necesidades y servicios prioritarios, y se proclamaban contra la dominación tradicional de los proveedores de servicios (Barnes y Mercer, 2003 citados en Palacios y Bariffi, 2007: 21).

De esta manera, este modelo enfatiza que la intervención en la discapacidad ha de venir de la mano de la modificación de las condiciones ambientales (entorno físico, actitudes sociales, legislación, etcétera) para que las personas con discapacidad puedan funcionar plenamente en él. Es decir, no es el individuo el que se debe adaptar a las exigencias del contexto en el que vive (como la perspectiva médica), sino son estas condiciones contextuales las que deben cambiar para adaptarse a los individuos que tienen un perfil de capacidades no habitual (Villar, 2009).

Por tanto, el manejo de dicho fenómeno exige la acción social, y es responsabilidad colectiva de la sociedad en su conjunto hacer las modificaciones ambientales necesarias para la plena participación de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social (Soler *et al.*, 2008).

2.5- Modelos explicativos de la discapacidad y dependencia

En el siglo XX surgió un importante debate científico sobre las enfermedades y sus consecuencias y, producto de ello se generaron diferentes modelos explicativos sobre la discapacidad y dependencia. El objetivo de estos modelos fue describir la relación entre la patología y sus consecuencias funcionales. Sin embargo, existen diferencias en el nivel de análisis de esta relación, ya que la mayoría de los primeros modelos analizan la relación sólo a nivel superficial. Modelos posteriores, y algunas excepciones anteriores, analizaron la relación de una manera más profunda. Los modelos se inspiraron en varias fuentes: los dos modelos desarrollados bajo la Organización Mundial de la Salud son probablemente los más conocidos a nivel internacional, pero también hay otras elaboraciones conceptuales importantes creadas por especialistas (Masala y Petretto, 2010).

De esta manera, la definición y explicación de la discapacidad y de la dependencia no es única, sino que a lo largo de los años se han propuesto varios modelos o maneras de entenderlas. Adoptar un modelo u otro determina, en buena medida, la manera de abordar la problemática de las personas con discapacidades y las formas que se priman a la hora de evaluar e intervenir tanto desde un punto de vista individual (en los afectados) como social (en las familias, en la comunidad, en los sistemas de atención formal, etc.) (Villar, 2009).

Uno de los modelos explicativos más conocidos que se han concentrado en la necesidad de comprender mejor la relación entre patologías y consecuencias funcionales, además de analizar de mejor manera los diferentes procesos por los que dos personas

con patologías similares podrían tener un estado funcional muy diferente y, como consecuencia, una muy diferente calidad de vida (ya sea objetiva o percibida) es la propuesta por Saad Nagi¹⁷ en 1976 (Masala y Petretto, 2010), quien presenta un camino desde el momento en que se adquiere una enfermedad o “patología activa” hacia diferentes tipos de estado funcional y fragilidad. Dicho autor nota que no todas las dificultades o limitaciones funcionales se transforman rápidamente en una discapacidad o estado frágil y en la misma forma, patrones similares de discapacidad pueden resultar de distintos tipos de limitaciones en la habilidad funcional. Esto resalta el impacto de factores individuales y sociales en el proceso presentando a la discapacidad más como una limitación en las actividades diarias usuales de cada individuo por causa de una enfermedad o padecimiento (López *et al.*, s/f).

Dicho autor, al considerar que la medicina estaba ejerciendo control sobre las cuestiones relacionadas con consecuencias funcionales, decidió cambiar el enfoque de las consecuencias físicas de patologías al proceso dinámico que lleva a consecuencias funcionales. Él describió la discapacidad a través de cuatro conceptos: *patología activa* (un estado de las defensas del organismo y los mecanismos de supervivencia causada por infecciones, traumatismos, desequilibrio metabólico, procesos degenerativos de la enfermedad, u otras patologías), *deterioro* (pérdida o anormalidad en el tejido u órgano), *limitación funcional* (la capacidad del individuo para realizar las tareas y obligaciones de sus papeles habituales y actividades diarias normales, por ejemplo, ver, caminar, escuchar, o en términos de discapacidad (limitaciones en el desempeño de roles socialmente definidos -empleo o de autocuidado- y *discapacidad* (Pope y Tarlov, 1991 citados en Masala y Petretto, 2010).

Años después, en 1991, el mismo autor realiza una revisión a su modelo con el fin de esclarecer el papel que juegan los factores ambientales en el proceso de discapacidad, consideró que estos roles y tareas se organizan en las esferas de actividades de la vida, tales como los de la familia u otras relaciones interpersonales; el trabajo, el empleo y otras actividades económicas; la educación, la recreación y el autocuidado. Además, también explica un vínculo no lineal entre los niveles que había descrito (no todos los impedimentos o limitaciones funcionales resultan en una discapacidad y patrones similares de discapacidad puede ser el resultado de diferentes tipos de deficiencias y limitaciones en la función) (Masala y Petretto, 2010).

¹⁷ Sociólogo de origen egipcio y pionero en este campo (Masala y Petretto, 2010).

En 1994, Verbrugge y Jette realizan una revisión del modelo de Nagi y, al igual que éste, encuentran que la discapacidad es una brecha entre las capacidades de un individuo y las exigencias formuladas por el entorno físico y social. Además, trataron de describir algunas de las variables que pudieran mediar el proceso de discapacidad, actuando como moderador y mediador en las relaciones entre la patología, el deterioro, la limitación y la discapacidad funcional. También describieron los factores anteriores a la aparición de la discapacidad, por ejemplo, el estilo de vida del individuo o factores socio-demográficos y biológicos, que pueden constituir factores de riesgo o factores predisponentes. De tal forma que con la interacción entre todos estos niveles se inicia el proceso de discapacidad donde las personas que comparten la misma patología o limitación funcional, pueden experimentar diferentes niveles de discapacidad de acuerdo a la influencia de los factores de riesgo predisponentes o de factores intra y extraindividuales (Masala y Petretto, 2010; López *et al.*, s/f).

Una tercera revisión del modelo de Nagi fue hecha en 1997 por Brandt y Pope de la OIM, ya que ellos se preguntaban si la discapacidad era una consecuencia inevitable de las patologías. Por lo que desarrollaron un nuevo modelo explicativo con el objetivo de describir a la discapacidad como consecuencia de la interacción entre el individuo y el medio ambiente. El nuevo modelo tiene tres dimensiones: la persona, el medio ambiente y la interacción entre el individuo y el medio ambiente, de la que la discapacidad puede derivar. De acuerdo con este modelo, la discapacidad ya no forma parte de la persona, sino más bien una función de la interacción entre el individuo y el medio ambiente (Brandt y Pope 1997 citados en Masala y Petretto, 2010).

Otro modelo explicativo a considerar es el llevado a cabo por Baltes y Wahl en los años 90, quienes consideran que la dependencia funcional no es un fenómeno unicausal sino multicausal, por lo que consideran que existen múltiples factores que se encuentran asociados a la dependencia funcional, los cuales son: factores físicos, psicológicos y contextuales (Baltes y Wahl, 1990). Un aspecto novedoso de su modelo es que incluye el factor psicológico.

Finalmente, y no por ello menos importante, es de mencionar que desde 1980 hasta nuestros días, los modelos a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los más aceptados para entender la discapacidad y la dependencia en virtud de que tratan de integrar la perspectiva médica y la social (Villar, 2009).

En su propuesta de 1980, la Organización Mundial de la Salud diferencia entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Su principal aportación es la visión

de la discapacidad y la dependencia en términos de proceso como el resultado de una cadena de acontecimientos de las que son una consecuencia. Es así que el origen del proceso se encuentra en la alteración de la condición de salud de la persona, donde la presencia de una enfermedad suele ser la razón de ser de la dependencia y de la discapacidad. Entre las enfermedades susceptibles de generar discapacidad se encuentran algunas de tipo congénito, que se presentan desde el momento del nacimiento, ejemplo de ello, la enfermedad de Alzheimer. Por otra parte, además de las enfermedades, otro origen frecuente de discapacidad y dependencia son los accidentes, ya sean los producidos en el trabajo, en casa o los accidentes de circulación. Estas enfermedades o accidentes cuando son lo suficientemente graves, provocan que una determinada estructura de nuestro cuerpo se vea alterada o incluso desaparezca (por ejemplo, si de un accidente se deriva una amputación de una extremidad) o, alternativamente, que alguna función de nuestro cuerpo deje de realizarse de la manera que corresponde (por ejemplo, si de un accidente se deriva una lesión neurológica que deja inutilizadas nuestras extremidades). Esta pérdida de estructura o función corporal es lo que se conoce como deficiencia, lo que en muchas ocasiones conduce a que la persona vea limitadas sus actividades cotidianas en mayor o menor medida (Villar, 2009).

Otro aspecto que considera en el modelo de 1980 es el representado por las consecuencias sociales que tiene la discapacidad, ya que, en ocasiones, determinadas discapacidades impiden o ponen en desventaja a la persona a la hora de desempeñar papeles sociales habituales para las personas de su edad y condición social. Una determinada discapacidad puede entorpecer la vida social de una persona, sus actividades de ocio, su capacidad para desempeñar determinados trabajos o su papel como miembro activo de una comunidad. Para este impacto del problema en el desempeño social del individual, el modelo de la OMS lo considera como minusvalía (Villar, 2009).

De tal forma que “este modelo considera a la dependencia como un último paso, señalando aquellas situaciones en las que la persona afectada requiere de la ayuda de otros para poder realizar actividades cotidianas y participar en entornos sociales” (Villar, 2009: 24).

Sin embargo, su modelo fue criticado por tener una visión médica e individualista de la discapacidad por lo que en el año 2001 plantea un nuevo modelo explicativo en miras a considerar más factores contextuales. Así, el nuevo modelo se centra en el funcionamiento social de la persona y cómo se ve alterado este funcionamiento, y no

únicamente en las consecuencias directas de la enfermedad. La discapacidad se considera como un proceso interactivo, resultado de la confluencia de una ciertas condiciones de salud, unas características personales (edad, sexo, nivel educativo, etcétera) y un entorno social y ambiental determinado.

En este nuevo modelo de la OMS, el término déficit de funcionamiento sigue conservando una naturaleza médica y centrada en el organismo, tanto las limitaciones en la actividad como las restricciones en la participación se encontrarían influidas no sólo por los déficits, sino también por los factores ambientales y personales que rodean al individuo (Villar, 2009).

2.6- Evidencia previa sobre la dependencia

Existen diversas investigaciones a nivel mundial que abordan el tema de la dependencia, sin embargo, en las próximas páginas sólo se expondrán algunas de ellas, específicamente las que exploran los factores que influyen en la temática antes referida, particularmente en términos físicos o funcionales. Asimismo, se presentan algunos trabajos relacionados con la magnitud y nivel de dependencia.

2.6.1- Factores asociados a la dependencia

Entre las investigaciones que dejan ver los factores asociados a la dependencia física se pueden encontrar aquellos relacionados con los síntomas depresivos, ejemplo de ello es el trabajo longitudinal de Ávila *et al.*, (2007), quienes a partir del Estudio Nacional sobre Envejecimiento en México (ENASEM) del año 2001 y 2003, encuentran que sí existe una relación entre presentar síntomas depresivos con llegar a padecer dependencia funcional en virtud de que entre sus hallazgos más importantes encuentra que en el año 2001, 37.9% mostró síntomas depresivos mientras que en 2003, 6.1 y 12.7% desarrollaron dependencia para al menos una de las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), respectivamente.

Un trabajo a considerar es el realizado en Colombia por Estrada *et al.*, (2013), el cual al explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores de Centros de Bienestar del Anciano en la ciudad de Medellín, encontraron que las personas de edad avanzada con dependencia funcional presentaron un mayor porcentaje de síntomas de depresión, aunado a altos niveles de ansiedad, deterioro funcional y ningún grado de formación académica. Donde las mujeres parcialmente dependientes se asociaron con mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión.

En esta misma tesitura se encuentra el trabajo de Zavala y Domínguez (2010), donde a partir de un estudio transversal llevado a cabo en adultos mayores usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre enero y junio de 2008, de la zona urbana de Cárdenas Tabasco, en México, encontraron que los factores asociados a la depresión son: baja escolaridad y estado civil no unido.

Además de los síntomas depresivos, otro factor a considerar son las caídas. Al respecto, Manrique *et al.*, (2011) estiman la asociación entre las caídas y la dependencia funcional de personas con 70 años y más que viven en condiciones de pobreza en México. Para llevar a cabo su estudio toman en cuenta a los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades llevado a cabo durante el año 2006. Entre sus resultados encuentran que 30.9% de las personas con 70 años y más presenta algún grado de dependencia funcional y, ésta es mayor conforme aumenta la edad (25.2% entre los 70 y 79 años, 38.3% de 80 a 89 años y 52% en 90 años y más). Finalmente, encuentra que existe una asociación entre las caídas y la prevalencia de dependencia.

Sobre este aspecto se cuenta con el estudio de Machado *et al.*, (2014) realizado en Guanabo, perteneciente al municipio de la Habana, quienes a través de un estudio descriptivo y transversal en pacientes que recibieron atención ortopédica en el área de salud entre enero y julio de 2011, encontraron que el grado de dependencia es uno de los factores de riesgo asociados a las caídas. También encuentran que el riesgo de caída es mayor en las mujeres y, ello aumenta conforme avanza la edad.

Dos factores se suman a la lista, los cuales son, por una parte, el exceso de peso y, por otra, el deterioro en la visión. Por lo que se refiere al primer factor, éste se constata en la investigación de Monteverde (2015) donde deja ver, en el contexto argentino, que existe relación entre el exceso de peso y la condición de discapacidad en las personas mayores de 64 años. Para ello, utiliza los microdatos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2009. Los resultados indican que, si bien el sobrepeso y la obesidad tendrían un efecto neto positivo sobre la presencia de discapacidades, este sería menor entre las personas de 64 años y más. Los resultados sugieren que entre las personas mayores existe algún factor protector, que si bien no revierte la relación directa entre exceso de peso y discapacidad, parece atenuarla.

En cuanto al segundo factor, se tiene el trabajo de Jiménez e Hajar (2007) quienes con el objetivo de conocer cómo las alteraciones visuales contribuyen en la autonomía de las personas de edad avanzada ingresadas, entre el 1 de septiembre y el 30 de octubre

del 2003, a la Residencia mixta de Los Royales de Soria, referida a la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Llegan a la conclusión de que la alteración visual influye en la autonomía del individuo, siendo la visión baja la que mayor afecta a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Asimismo, encuentran que el grado de autonomía del individuo es directamente proporcional a la edad, es decir, a mayor edad, mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

Si bien lo hasta aquí expuesto deja ver que entre los factores que se asocian a la dependencia física son síntomas depresivos, caídas, exceso de peso y deterioro en la visión, las enfermedades consideradas como crónicas no se quedan atrás. Testigo de ello es el trabajo realizado por Menéndez *et al.*, (2005) y Barrantes *et al.*, (2007), donde los primeros, a partir del estudio sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) encuentran, en términos generales, que las variables que mostraron una asociación directa con dificultades para realizar actividades de la vida diaria fueron: padecer de un mayor número de enfermedades no transmisibles, de enfermedades cardiovasculares o de artrosis, así como tener mayor edad, ser mujer, evaluar la propia salud como mala, tener deterioro cognoscitivo y padecer depresión. Mientras que los segundos, por medio de la ENASEM, obtienen la información para realizar su estudio sobre la asociación entre la dependencia funcional y algunas enfermedades crónicas en personas de 65 años y más, durante el año 2004 en el Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán ubicada en la Ciudad de México. Entre sus hallazgos, en relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, encuentra que las personas que presentan mayor dependencia funcional son los mayores de 75 años, los solteros y los que se perciben con mala situación de salud y mala situación económica. Además encuentran que existe asociación entre la prevalencia de dependencia funcional y algunas enfermedades crónicas, las cuales son: enfermedades articulares y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión.

A diferencia de todos los trabajos antes expuestos, se agregan estudios de índole más general, donde su principal objetivo es determinar los factores que se encuentran asociados a la dependencia funcional en población adulta mayor, tal es el caso de Velasco (2010); Dorantes *et al.*, (2007); Manrique *et al.*, (2008); Zavala y Domínguez (2011); Cheix *et al.*, (2015); Souza *et al.*, (2012) y Arnau *et al.*, (2012). A continuación, se desarrolla cada uno de ellos.

Por lo que respecta al trabajo de Velasco (2010), se tiene que a partir de la ENASEM del año 2003, encuentra que los factores que inciden en la propensión de

presentar dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores, independientemente del sexo, son padecer enfermedades pulmonares, presentar síntomas depresivos, haber tenido alguna caída que requiriera tratamiento médico y presentar más de cuatro síntomas relacionados con enfermedades crónico-degenerativas.

Otro autor que utiliza la encuesta antes referida, sólo que del año 2001, es Dorantes *et al.*, (2007) quienes a partir de ella identifican los factores asociados a la dependencia funcional de los adultos mayores en términos de hábitos de vida, antecedentes sociales, familiares y de salud, llegan a la conclusión de que la dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. Entre ellos, encuentran que la mayor edad es un factor independientemente asociado con la dependencia para realizar tanto ABVD como AIVD en los adultos mayores. Entre otros factores determinantes significativos se encuentran tener un miembro amputado, padecer un mayor número de enfermedades crónicas, presentar síntomas depresivos, dolor y tener enfermedad cerebrovascular.

Por su parte, Manrique *et al.*, (2008) realizan su estudio en personas de 70 años o más que son beneficiarios del Programa Oportunidades, durante los meses de marzo y abril del 2006, a partir de una encuesta probabilística con tres etapas de selección, con estratificación según tipo de localidad (rural o urbana) y con representatividad nacional. Llegan a concluir que los factores que se asocian con la dependencia funcional son: presentar un mayor número de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, artritis, osteoporosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad del corazón y cáncer), padecer problemas de visión, percepción de muy bueno a buen estado de salud y la edad.

El estudio de Zavala y Domínguez (2011) se lleva a cabo en población adulta mayor de clase media, sin enfermedades cognitivas, y que son derechohabientes usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), entre mayo y junio del año 2008, en Cárdenas, Tabasco. Se trata de un análisis transversal, de una muestra no probabilística por conveniencia. En sus resultados encuentran que el tener una edad mayor a los 74 años es un factor asociado a la dependencia en actividades básicas de la vida diaria; mientras que la situación conyugal de no unidos se asocia con la dependencia en actividades de índole instrumental.

Otro de los estudios que permea en la temática en cuestión, es el realizado por Cheix *et al.*, (2015) en el país chileno, quien a partir de la Encuesta Nacional de

Dependencia en Personas Mayores en Chile (EDPM) del año 2009, caracteriza a las personas de 60 años y más que son dependientes y aplica modelos de regresión logística multivariada para estimar los factores asociados a experimentar dependencia. Encuentra que la mayor edad, la presencia de una mayor cantidad de enfermedades, el bajo nivel educacional, la mala calidad de las relaciones familiares y la realización de menos actividad física y lectura se asocian a mayores *odds* de presentar dependencia funcional en las personas adultas mayores. En relación con dichas variables, las mujeres se encuentran en peor situación, a pesar de contar con la misma edad, con respecto a los hombres, por lo que son más susceptibles a presentar dependencia física.

Finalmente, se tiene el trabajo español a cargo de Arnau *et al.*, (2012), quienes a partir de un estudio transversal de una muestra aleatoria de personas del Centro de Atención Primaria El Remei (Vic, Barcelona, España), evalúan el estado funcional mediante el test de ejecución de extremidades inferiores (EEII) de Guralnik, el Índice de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Barthel. Construyen modelos de regresión lineal múltiple para identificar las variables asociadas al estado funcional. De esta manera identifican que los principales factores que influyen de manera positiva en que una persona, en este caso adulta mayor, tenga dependencia funcional es: tener edad avanzada, ser mujer, tener bajo nivel educativo, ser viuda, bajo nivel de ingresos, clase social baja, malos hábitos de salud y de vida, presencia de enfermedad crónica, deterioro cognitivo, depresión, pobre salud autopercebida, aislamiento social y bajo apoyo social.

2.6.2- Magnitud y nivel de dependencia

Entre los estudios que hacen énfasis en conocer la dependencia funcional en términos de magnitud y grado, se encuentra el de Otero *et al.*, (2004), quienes ante el aumento del envejecimiento poblacional español, se aproximan a cuantificar y estimar la evolución de la dependencia en la población Madrileña con 65 años y más. Para ello utiliza los datos del Censo de la Población Española de 1991 y 2001, y las probabilidades de prevalencia obtenidas en el estudio longitudinal “Envejecer en Leganés”, realizado entre 1993 y 1999. Entre sus resultados está que entre 1993 y 1999 existe una disminución en la dependencia para las ABVD tanto en hombres como en mujeres hasta los 83 años. A edades más avanzadas esta tendencia se invierte. Donde la prevalencia es mayor en mujeres y en personas con bajo nivel de instrucción. El número de personas dependientes aumenta de entre 1991 y 2001, existiendo un envejecimiento de la población dependiente.

Llega a la conclusión de que la población con dependencia funcional está envejeciendo, donde en su mayoría son mujeres, aspecto que complejiza los cuidados necesarios para solventar a ésta población. Por ende, considera que los servicios sociales y de salud deberían tomar en cuenta la perspectiva de género.

En esta misma tesitura se encuentra el trabajo realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, s/f) en Chile, ya que su estudio muestra la situación de dependencia funcional en personas chilenas de 60 años y más, incluyendo a sus cuidadores. Para ello utiliza datos del Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (EDPM). De forma particular, encuentra que la mayor limitación funcional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria está “bañarse”, donde 9.5% de las personas mayores tiene dificultades para bañarse por sí mismo. En el caso de vestirse, el porcentaje de personas mayores que tiene dificultad para realizar esta actividad alcanza 7.9%, dentro de los cuales 3.2% no puede hacer esta actividad. La actividad que menor porcentaje de dificultad presenta es comer solo, 3% de la población mayor tiene dificultad para realizar esta actividad. Con respecto a las actividades instrumentales, la que mayor dificultad presentan los adultos mayores es ir a otros lugares solo (20.9%) donde 11.1% puede ir a otros lugares con ayuda y 9.8% dice que no puede hacerlo. Prácticamente el mismo porcentaje tiene la actividad de hacer las compras de los alimentos, en donde 20.7% de los mayores declara tener alguna dificultad al respecto. De ellos, 9.9% no puede ir a comprar los alimentos por sí mismo. La actividad instrumental que tiene menor dificultad para las personas mayores es el manejo del dinero propio, sólo 8% dice tener dificultad. En términos generales encuentra que existe una mayor dependencia en las mujeres, dependencia mayor conforme aumenta la edad. Y se presenta mayor dependencia en ambos sexos, en zonas rurales con respecto a urbanas. Con respecto a los cuidadores de personas de 60 años y más en situación de dependencia física, son las esposas y las hijas.

El estudio de Paredes y Pérez (2014) nos muestra una serie de resultados, sobre personas uruguayas de 65 años o más, los cuales surgen de la encuesta realizada en el marco del convenio NIEVE-MIDES en el año 2012. Sus objetivos van encaminados a detectar el nivel de dependencia de la población antes referida con miras a evaluar la potencial demanda en el sistema de cuidados. Sin embargo, su estudio va más allá en virtud de que considera las configuraciones familiares de las personas mayores trascendiendo la unidad analítica del hogar a las que suelen limitarse las fuentes de datos tradicionales. Entre sus resultados encuentran que la población adulta mayor que

presenta algún tipo de dependencia alcanza 16.3%, de los cuales 6.3% presenta un nivel de dependencia de moderada a severa. El 10% restante presenta dependencia leve, vale decir requiere de ayuda para realizar alguna actividad instrumental de la vida diaria. Dentro del grupo de personas con dependencia severa a moderada casi tres de cada cuatro personas presenta una importante dependencia, necesitando ayuda para más de una ABVD. Estos niveles de dependencia se intensifican en la población femenina y en la de edad más avanzada. A su vez, dentro de las personas con dependencia, existe un alto porcentaje de personas que viven solas, lo cual las ubica en una situación vulnerable: 18.8% del grupo con dependencia severa a moderada y 36.7% del grupo con dependencia leve. Es importante señalar que en el caso de las ayudas recibidas por las personas mayores, el apoyo más acentuado se recibe de parte de familiares con lo cual el peso de la carga de cuidado sigue recayendo básicamente en las familias uruguayas. A lo anterior, se añaden los resultados sobre adultos mayores con algún grado de dependencia, donde un alto porcentaje no recibe ayuda para realizar las actividades de la vida diaria: 36% de las personas con dependencia severa a moderada y 16.2% de las personas con dependencia leve. Esta situación, que se potencia en el caso de las personas que viven solas, implica situaciones de vulnerabilidad y alto riesgo potencial. Por otra parte, corresponde señalar que en el caso de las personas que sí reciben ayuda, esta es brindada por familiares que en su mayoría viven en el hogar de las personas mayores.

En el contexto mexicano se encuentran diversos estudios que reflejan la magnitud y el nivel de dependencia, entre ellos se encuentran:

El de Montes de Oca (2007 citada en Arroyo *et al.*, 2011: 36) quien a partir de la ENASEM, refiere que 15% de las personas de 60 años y más experimentan limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y 13% en las actividades instrumentales de la vida diaria; de esta población, la mayor proporción corresponde a las mujeres (26 versus 16) y 53% de los de 80 años y más tiene estas limitaciones.

Otro que utiliza la encuesta antes referida es González (2011) quien, para el año 2001, encuentra que la población que tienen dificultad para realizar las actividades mencionadas señalan que 10.2% tienen dificultad para caminar, 7.1% para bañarse, 3.9% para comer, 10.2% para acostarse o levantarse de la cama y 7.0% para usar el excusado. Al igual que en las enfermedades, el número de actividades en que se tiene dificultad presenta una perspectiva más completa sobre la capacidad funcional de los adultos mayores. De los que reportaron tener dificultad con actividades, 84.8% no tiene problemas con las actividades de la vida diaria (las cuales implican un grado mayor de

dificultad para realizarlas), de los que si tienen dificultad en las AVD (15.2%) 5.2% tienen dificultad en una actividad, 3.5% en 2 actividades, 2.3% en tres, 1.9% en cuatro y 2.4% en cinco actividades. Prácticamente no existen diferencias por sexo, 84.3% de las mujeres no tienen dificultad para llevar a cabo las AVD, el porcentaje para los hombres es 85.5%. Por grupos de edad, la población de los grupos más jóvenes reporta menos dificultad para realizar las AVD, del grupo de 50 a 64 años 90.6% no tiene dificultad con las AVD, 85.7% del grupo de 65 a 74 años y 68.2% del grupo de 75 años y más. Además en las edades más avanzadas el número de actividades en las que se tiene dificultad es mayor. Por tamaño de localidad tampoco hay diferencias, mientras que para el año 2003, 52.2% reporta tener problema con alguna de las 13 actividades por las que se pregunta en la sección de funcionalidad y salud, en 2001 fue de 57.7%. De la población que tiene dificultad para realizar las AVD, 10.7% tiene dificultad para caminar (en 2001 es 10.2%), para bañarse 8.4% (7.1%), para comer 4.3 (3.9%), para acostarse y levantarse de la cama 9.3% (10.2%) y para usar el excusado 7.3% (7.0%); en cuatro de las cinco actividades consideradas el porcentaje de población con dificultad para realizarlas se incrementó. En el número de AVD en las que se tiene dificultad, 83.7% no tiene problemas con las actividades, 6.7% en una actividad, 2.9% en dos y 6.6% en tres o más.

El estudio elaborado por Zavala y Domínguez (2011) se enfoca a adultos mayores de clase media que son derechohabientes en la ciudad de Cárdenas, Tabasco. Entre sus hallazgos sobre funcionalidad para ABVD reporta: normal 26%, muy levemente incapacitado 33%, levemente incapacitado 17%, moderadamente incapacitado 23%, severamente incapacitado 1%. En tanto que para las AIVD: independiente 8%, moderadamente dependiente 71%, dependiente 21%. En términos generales, 74% de las personas de 60 años y más, presentó algún grado de dependencia para ABVD, mientras que 92% lo manifestó para AIVD.

Barrantes *et al.*, (2007) quienes a partir de su estudio llevado a cabo en el año 2004 en el Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, encuentran que de las personas mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD.

La ENSANUT (2012) refiere que poco más de cinco millones de adultos mayores mexicanos (AMM) presentan alguna forma de discapacidad; entre ellos, más de 500 mil viven en situación de dependencia.

El estudio de Manrique *et al.*, (2013) con base en la ENSANUT del año 2012 encuentra para el estado funcional, que 26.9% reportó dificultad para realizar actividades básicas y, 24.6% para actividades instrumentales.

Finalmente, el trabajo realizado por Manrique *et al.*, (2011) en personas de 70 años y más, que son beneficiarios del Programa Oportunidades, señala que 30.9% de ellos presentaron algún grado de dependencia funcional (Actividades de la Vida Diaria) donde 44% presentó sólo una, 20% dos dificultades, 13% tres dificultades, 11% cuatro dificultades y 12% cinco dificultades.

2.7- Evidencia previa sobre dependencia y apoyos

Abellán y Esparza (2010) examinan la situación de las personas de 65 años y más que son dependientes en España, tratando de determinar si la familia puede dar respuesta a las situaciones de demanda de asistencia que presentan, o si está en declive y perdiendo sus papeles tradicionales. Para ello, utiliza la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2006 e IMSERSO-CIS. Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, 2006. Encuentra que 28.7% de las personas de edad son dependientes en algún grado, de ellos, 48.1% ha declarado una dificultad severa y 51.9% moderada con problemas en alguna actividad instrumental (tareas de mantenimiento del hogar), según su propia percepción de severidad. En cuanto al aspecto de sus cuidadores, encuentra un patrón de cuidados de larga duración bien definido, mantenido a lo largo de años. Las mujeres dependientes eran cuidadas por sus hijas, y si estaban casadas, por sus hijas y marido. Los hombres dependientes eran cuidados, en primer lugar, por su mujer, pues la mayoría estaban casados, y en segundo lugar por la hija. Es así que concluye que las solidaridades familiares estructurales (corresidencia, proximidad), asociativas (contactos) y funcionales (cuidados), con relación a la dependencia entre las personas mayores, permite delinear un modelo de familia española con fuertes vínculos, al igual que en los países del sur de Europa, en contraste con los países nórdicos y centroeuropeos, con lazos no tan estrechos. La mujer española sigue teniendo un gran protagonismo con respecto a los hombres y en comparación con los otros países europeos.

Solís (1999) conjuga el deterioro funcional con el apoyo en las personas de 60 años y más, a partir de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (ENSE) de 1994. Es posible mencionar que son dos las aportaciones que realiza, por una parte, que es a la edad de 75 años cuando se desencadena una serie de dificultades, principalmente físicas, para desenvolverse en la

vida diaria, a dicho proceso lo denomina “cuarta edad” y, por otra, que los apoyos sociales informales dependen de la etapa en que se encuentren, antes o en la “cuarta edad”, incrementándose en esta última su frecuencia en términos funcionales y de quehaceres domésticos.

Con la encuesta ENASEM, 2001, Castrejón (2010) realiza un estudio cuantitativo y cualitativo en población indígena de 50 años o más. A partir de la perspectiva de desigualdad social por género, etnia y clase social en el estado de salud y funcional, así como en las redes familiares de apoyo. En su análisis cualitativo, se detiene en la percepción que tiene la población náhuatl sobre la vejez en una comunidad indígena de Atla (Sierra Norte de Puebla).

Rabell y Murillo (2013) estudian los apoyos recibidos por personas de 60 años y más a partir de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (ENDIFAM) del año 2005. Enfatizan en los apoyos brindados por personas no corresidentes (familiares, amigos y vecinos). Concluyen que la perspectiva de género permea el tipo de apoyo brindado a los adultos mayores. Es así que los hombres, en su mayoría, proporcionan dinero, mientras que las mujeres apoyan en el aspecto afectivo.

El trabajo de Hebrero (2004) es de los pocos estudios sobre envejecimiento que utilizan desde los 50 años de edad. Su objetivo es evaluar la salud física y mental de la población con 50 años y más. Lo lleva a cabo a partir de la construcción de un índice, tomando en cuenta como referencia la SF-36, la cual evalúa la calidad de vida con relación a la salud. Su fuente de datos es la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) del año 2001. Realiza cuatro modelos de regresión lineal con la finalidad de encontrar factores asociados a la salud. Las variables las divide en: sociodemográficas (sexo, edad, tipo de localidad y estado civil), oportunidades (nivel de gasto, transferencias públicas y privadas, apoyo no económico de familiares, derecho a servicios de salud y años de escolaridad), trayectoria de vida (salud en la niñez, experiencia migratoria e historia laboral), actitudes hacia la salud por medio de hábitos de riesgo (fumar y/o tomar bebidas alcohólicas) y preventivos (visitas al médico, ejercitarse o cambiar sus hábitos alimenticios) y las de control relacionadas con la enfermedad (crónico o degenerativa) y condiciones de riesgo. Utiliza la perspectiva de salud integral de la OMS y, el bienestar propuesto por Amartya Sen en 1996. Considera dos grandes grupos de edad que son: 50 a 69 y de 70 años y más. Su principal aporte radica en que sus resultados muestran que las mujeres presentan peor estado de salud, encontró una salud desfavorable conforme aumenta la edad. Además, el tipo de localidad (menos de 100 mil

y más de 100 mil), no resultó significativa por lo que propone que en futuras ENASEM se tenga la oportunidad de ver la heterogeneidad en el tipo de localidad. En general, el estado de salud físico y mental de las personas de 50 años y más en el 2001, está asociado a eventos del pasado e influenciado por situaciones del presente.

Robles *et al.*, (1995) expone los factores sociodemográficos asociados a las fuentes de apoyo de 121 individuos con diabetes mellitus tipo II en una zona marginal de Guadalajara, México.

De los 121 sujetos con diabetes, 65.3% eran mujeres y 34.7% hombres; la edad promedio fue de 53.1 años; todos tenían hijos y 86.8% cónyuge; la mitad alcanzó los 2.2 años de escolaridad o menos, y 38.8% trabajaban fuera del hogar. Con respecto a las características de la diabetes, la mitad tenía 5.1 años de evolución o menos; 41.5% padecía alguna enfermedad crónica concomitante, en particular hipertensión arterial; a 92.7% se les prescribió hipoglucemiantes orales, a 82% dieta y a 46.2% ejercicio; el 80% tuvo alguna de estas prescripciones como medida única, generalmente los hipoglucemiantes. Las unidades domésticas tenían 6.2 integrantes en promedio; 80.2% eran hogares unifamiliares y 69.4% nucleares; en el mismo hogar vivían con el enfermo 3.1 hombres y 3 mujeres en promedio, 1.7 hijas y 1.7 hijos en promedio; la presencia de otros parientes en el hogar fue de 4.2 en promedio; la mitad de las familias percibía 2.1 salarios mínimos al mes o menos.

Los datos sobre la edad del cuidador muestran que los más jóvenes están ligados a los ancianos enfermos, sin cónyuges, y a familias donde hay más hijas e hijos. Al considerar en su conjunto esta información, se puede observar que la edad y el sexo del cuidador se expresan con mayor claridad cuando se les analiza en función del parentesco. Es decir, aun cuando las diferencias encontradas de acuerdo con el sexo, la edad y el parentesco del cuidador se repiten en relación con variables similares, los datos adquieren una dimensión distinta cuando el sexo y el parentesco se analizan en forma conjunta; por ejemplo, mientras los cónyuges comparten más semejanzas entre sí, sin distinción del sexo, las diferencias se acentúan entre los hijos.

El estudio de Carrascosa (2011) explora las desigualdades en el estado de salud de la población europea para ello, examina la articulación entre las relaciones personales y sociales, y la prevalencia de discapacidad en la población de 50 y más años de trece países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Polonia, República Checa, Suecia y Suiza) por medio de los datos de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa 2006/2007 (*Survey of Health,*

Ageing and Retirement in Europe, SHARE). Encuentra que Los resultados del análisis descriptivo muestran que la prevalencia de discapacidad es superior en los países del Este de Europa (Polonia y República Checa) (60.1%), en comparación con los países con un régimen de bienestar conservador (Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Holanda) (44.6%), socialdemócrata (Dinamarca, Suecia y Suiza) (38.5%) o mediterráneo (España, Italia y Grecia) (37.8%)

Además encuentra que 44.1% de la población europea afirma tener alguna limitación para realizar actividades habituales debido a problemas de salud que se producen desde hace seis meses o más.

En general, la prevalencia de la discapacidad es superior en el caso de las mujeres. El 46.6% de las mujeres afirma tener alguna limitación para realizar actividades habituales y 41% en el caso de los hombres. Estas diferencias por género son más evidentes en los países del área mediterránea. En España, Italia y Grecia, las diferencias entre hombres y mujeres superan los 7 puntos porcentuales.

El 39.7% de los europeos de más de 85 años considera que sus problemas de salud han limitado completamente sus actividades habituales, frente al 9.6% de las personas con una edad comprendida entre los 50 y los 54 años.

Las principales dificultades se plantean al vestirse (7.3%) y al bañarse o ducharse (5.6%), al realizar trabajos para la casa o el jardín (11.4%) y al usar un mapa (8.4%). Tanto en lo que se refiere a las actividades clasificadas como cotidianas como en las instrumentales, las mujeres afirman tener más limitaciones que los hombres. El 65.4% del total de las mujeres y 34.6% de los hombres tienen algún tipo de limitación para llevar a cabo alguna actividad cotidiana o instrumental.

Además, en los países con un régimen de bienestar mediterráneo, las relaciones familiares y los contactos sociales tienen una asociación más fuerte con la prevalencia de discapacidad que en las otras grandes regiones. Llega a la conclusión de que el apoyo familiar y las relaciones sociales están vinculadas con el estado de salud de la población europea de 50 y más años. En general, vivir en pareja, mantener contactos con miembros de la familia, cuidar de los nietos y practicar actividades relacionadas con el tiempo libre están asociados a un mejor estado de salud. Por otro lado, convivir en un hogar extenso, recibir ayuda en el cuidado personal y en tareas domésticas y administrativas, y recibir transferencias económicas se relaciona con un peor estado de salud.

CAPÍTULO 3. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS

Nuestra especie no puede vivir sin mutua ayuda, apoyo y cuidado de otros seres como nosotros. Sin embargo, por alguna razón, en los últimos tiempos nos hemos creído absolutamente independientes, invencibles, egoístas [...].

Montes de Oca, 2011: 1.

Introducción

En este capítulo se expone la complejidad que encierra el fenómeno de los cuidados en el envejecimiento, empezando por sus múltiples conceptualizaciones y maneras de ser abordado por la comunidad científica hasta su clasificación, donde el cuidado informal cobra relevancia en el caso de América Latina y el Caribe.

Posteriormente, se desarrollan de manera general los principales proveedores de cuidados, entendiendo por éstos al Estado, la familia y el mercado, así como las principales perspectivas que existen al abordarlo, tales como la económica, sociológica y el derecho. Se hace hincapié que dentro de la económica se ubica la perspectiva económica política del cuidado y en la sociológica la perspectiva de género.

Otro aspecto que se lleva a cabo son algunas de las razones por las cuales se proporcionan los cuidados, entre ellas se ubica la obligación filial y la falta de atención por parte del Estado sobre el particular.

Finalmente, se aborda el tiempo y el trabajo inmerso en los aspectos requeridos por los cuidados del envejecimiento, así como la exposición relativa a la evidencia previa sobre la temática en cuestión.

3.1- Apoyos: el inicio de los cuidados

El apoyo social, de acuerdo a Gallardo (2013), es un constructo dinámico, interactivo y multidimensional que supone transacciones entre individuos. Donde no existe una única definición de éste sino que depende de la perspectiva teórica desde donde se interprete.

Ejemplo de ello se tiene a Cassel (1974 citado en Estrella, 1991: 258), quien es reconocido por su exhaustiva revisión de trabajos y como el precursor de la investigación sistemática sobre los beneficios psicológicos del apoyo social. Si bien no conceptualizó al apoyo social, señaló que éste es ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo. En cambio Cobb (1976) determinó que el apoyo social es la información que

lleva al sujeto a creer que es cuidado y amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas.

Otro es Khan y Antonucci (1980 citado en Guzmán *et al.*, 2003: 48 y Gallardo, 2013) que definieron dicho apoyo como las transacciones interpersonales basadas en recursos emocionales, instrumentales e informativos de las redes sociales de pertenencia, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor. Esta interacción es percibida como una transacción de ayuda tanto para el receptor como para el proveedor.

Finalmente, Thoits (1986 citado en Gallardo, 2013: 67) estipula que el apoyo antes mencionado se refiere al grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Entiende por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Estas necesidades pueden satisfacerse mediante la provisión de ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros significativos), o por la provisión de ayuda instrumental (información, ayuda con el trabajo, en las tareas, en lo económico, etcétera).

Los apoyos sociales se pueden analizar desde tres niveles: el *macrosocial* (comunidad) hace alusión a que la persona se identifica o participa del entorno social e implica por tanto un sentimiento de pertenencia e integración social; el *mesosocial* (redes sociales) permite a los individuos acceder directa o indirectamente a un número relativamente amplio de personas, lo que supone un sentimiento de vinculación o de unión con los demás; finalmente, el *microsocial* (personales) donde las relaciones íntimas y de confianza juegan un papel importante para el individuo en virtud de que se asocia a un sentimiento de compromiso, dado que se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentimiento de responsabilidad con el otro (Gallardo, 2013).

Cabe mencionar que existen dos tipos de apoyos, por un lado, los *formales* que contemplan objetivos específicos en áreas determinadas y utilizan a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas (Sánchez, 1994). Este tipo de apoyo, en el caso de las personas mayores, puede provenir de organismos públicos o privados, y suele ser ofertado a través de políticas públicas, otorgamientos de subsidios y programas de prestación de servicios (por ejemplo salud, seguridad social, entre otros). Por otra, los *informales* que están constituidos por las redes personales y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo, pudiendo tratarse tanto de vínculos familiares como no familiares; amigos, vecinos, compañeros de trabajo o de agrupación y voluntarios (Guzmán *et al.*, 2002).

Por lo que respecta a las fuentes informales de apoyo, éstas pueden diferenciarse

entre aquellas que tienen su origen en *descendencia corresidente*, es decir, el apoyo intradoméstico otorgado principalmente por las familias, tanto de los hijos(as) hacia los padres como de los padres a los hijos(as); de las fuentes que lo tienen en *descendencia no corresidente* que se refieren a un apoyo extradoméstico, conferido recíprocamente por hijos(as) no corresidentes, amigos, vecinos, otros no familiares y organizaciones de tipo comunitarias (Montes de Oca, 2001).

De acuerdo a Guzmán *et al.*, (2003) existen cuatro categorías de transferencias o apoyos. Las cuales se definen a continuación.

1) *Materiales*: implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros).

2) *Instrumentales*: pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.

3) *Emocionales*: se expresan de alguna manera por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, entre otras.

4) *Cognitivos*: intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado) y los consejos que permiten entender una situación.

Ahora bien, los cuidados son actividades que van más allá de la ayuda normal provista a miembros de la familia sanos y sin dificultades especiales (Walker *et al.*, 1995 citado en Rogero, 2010: 38), es decir, lo que caracteriza a los cuidados y que lo distingue de los apoyos es el concepto de dependencia, es así que se habla de cuidado informal cuando el estado funcional de la persona cuidada le impide realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria. Sin embargo, el cuidado informal suele distinguir tres categorías de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional (Pentland & McColl, 1999; Rodríguez, 2006 citados en Rogero, 2010: 38). En cuanto al material, éste consiste en la ayuda para resolver situaciones que la persona necesitada no puede resolver o llevar a cabo por sí misma. Puede ser en forma de dinero, por ejemplo, pero es más típico que sea en forma de cuidados para desempeñar actividades de la vida diaria (Villar, 2009). El informativo consiste en la ayuda en la resolución de problemas concretos y en la conexión del receptor del cuidado con recursos externos de todo tipo. La familia, como principal red de apoyo de las personas en situación de dependencia, es clave por dos razones: la adquisición de hábitos de salud, y el acercamiento al dependiente de los avances y las mejoras sanitarias procedentes del

ámbito público y privado (ayudas técnicas, medicamentos y servicios) (Delicado, 2003 citado en Rogero, 2010: 38). Finalmente, y no menos importante, se encuentra el apoyo emocional, el cual “permite a la persona necesitada de ayuda encontrar amor y afecto, intercambiar sentimientos y sentirse querido” (Villar, 2009: 79).

Es de mencionar que para muchos autores, el cuidado es fundamentalmente una actividad mental que implica un grado variable de preocupación. No obstante, la medición del cuidado no físico es complejo (Durán, 2000 citado en Rogero, 2010: 39) y no está claro si el componente emocional debe ser un criterio para identificar el cuidado informal. Algunos argumentan que sólo las necesidades en las ABVD o las AIVD establecen las condiciones suficientes para definir la existencia de dependencia y cuidado (Walker *et al.*, 1995 citado en Rogero, 2010: 39).

Para fines prácticos, nos enfocaremos en las necesidades de las actividades de la vida diaria para definir la existencia entre dependencia y cuidado en virtud de que si bien la parte emocional es crucial en la temática, no será posible abordarla debido a cómo se encuentra estructurada la fuente de información.

3.2- Concepto care

En un primer acercamiento al concepto de cuidados, se puede entender por éste la acción de asistir, guardar y conservar (RAE, 2014) a una persona. Sin embargo, el concepto va más allá de la acción descrita cuando se interrelaciona con un fenómeno social, llegando incluso al extremo de no existir consenso con relación a su definición y alcances (Barrera Ortiz, 2014).

Ejemplo de ello son las definiciones proporcionadas por Robles (2007), las cuales consideran que la palabra cuidado expresa todo un vocabulario de acciones y sentidos. Sus acepciones devienen tanto de las construidas por los legos como por los expertos. “Me estuve cuidando” tiene varios significados. Para las mujeres de los sectores populares y marginales límite al hecho de utilizar algún método anticonceptivo. Para la clase media es cumplir con una serie de prescripciones con el fin de prevenir o curar alguna enfermedad. En contextos ajenos a la enfermedad es estar vigilante para evitar una situación peligrosa. “Lo estuvo cuidando” significa que alguien estuvo brindando atenciones y servicios a un enfermo para que se aliviara o recuperara de una cirugía; ayudando a un menesteroso a satisfacer sus más mínimas necesidades; auxiliando a cualquiera a “bien morir”.

Es así que los ejemplos anteriores dan cuenta de una variedad de significados en torno a una palabra que remite a fenómenos diversos (Robles, 2007).

Un acercamiento al término que nos ocupa es el proporcionado en inglés con el término *care* ya que, de acuerdo a Martín (2008), mediante el es posible analizar tanto los sentimientos como los tipos de acción o actividades de trabajo, como un aspecto práctico (*caring for*, ocupación) -por ejemplo, la actividad sería el vestir a un niño, llevarle al colegio, recogerle, bañarle, darle la cena-, y el *care* como disposición, un aspecto cognitivo (*caring about*, preocupación) -por ejemplo, el cariño con que se trata al menor, el interés que se pone en ayudarlo con las tareas escolares, educarlo, la ternura, entre otros.

Así, el término *care* permite estudiar la complejidad de los cuidados pues en su primera expresión permite medir la acción de cuidar a pesar de no poderse dissociar del aspecto afectivo y, además, permite la articulación de los cuidados como práctica, y los cuidados como sentimiento (Paperman, 2004 citado en Martín, 2008: 35), aspecto que permite analizarlo de una mejor manera de acuerdo al contexto donde se aplique.

Es de mencionar que la noción del *care* tiene sus orígenes en el debate académico feminista de los años 70 dentro de las Ciencias Sociales anglosajonas. Al respecto, existe consenso en la comunidad científica de que el término de *care* es un fenómeno complejo en virtud de que engloba diversos significados ya que hace referencia tanto a los cuidados, a los servicios de ayuda, como a la responsabilidad que entrañan, aspectos que implican cuestiones materiales, afectivas y morales. Los cuidados pueden ser proporcionados por miembros de la familia y/o a cambio de una remuneración, y que se prestan dentro y fuera de los entornos familiares. Pero, tanto en un caso como en otro se trata de una labor que depende de lo relacional, si bien dentro de la familia las cuestiones afectivas y morales le confieren una dimensión distinta ya que entran en juego las emociones que refleja el mundo familiar (Letablier, 2007 citado por Martín, 2008: 35). Sin embargo, el cuidado también se puede proporcionar fuera del entorno familiar (Badgett y Folbre, 1999 citado por Martín, 2008: 35).

De esta suerte, se tiene que mediante la perspectiva del *care* es posible abordar la complejidad de las múltiples relaciones sociales en función de la dependencia y la vulnerabilidad que éstas presentan. Ello es así, toda vez que reconoce que la dependencia y la vulnerabilidad no son accidentes que les suceden a otros sino que son rasgos inherentes a la condición humana (Paperman y Laugier, 2005 citado por Martín, 2008: 40).

En esta tesitura, es posible afirmar que la aportación de la perspectiva de *care*,

precisamente es la posibilidad de considerar al ser humano como dependiente en algún momento de la vida o en su caso, a lo largo de toda la vida (Martín, 2008).

Aportación más valiosa aún, en un contexto, como el de los últimos años donde el “déficit en los cuidados” se ha reconocido como un gran desafío que requiere un análisis de cómo se va a cuidar en el futuro y cómo se van a reestructurar las prestaciones de cuidados. Desde la literatura feminista, se ha insistido en la importancia de repensar la responsabilidad moral y política del cuidado para que no sea considerado como un asunto de las familias, de las mujeres, sino que sea una cuestión central del diseño de las políticas sociales y de las diferentes intervenciones del Estado de bienestar (Leira y Saraceno, 2002 citado por Martín, 2008: 40).

Así, pueden encontrarse una serie de conceptualizaciones del cuidado y las responsabilidades familiares, básicamente todas éstas coinciden en tratarlo como un tema sustantivo directamente relacionado con el ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres (Batthyány, 2008).

En estas condiciones la perspectiva del *care* permite abordar de una mejor manera el concepto de cuidado como práctica o acción social, como cuidado vinculado a las emociones y como la parte material en los cuidados.

En cuanto al cuidado como práctica o acción social, se tiene que éste contempla como finalidad la de atender a un individuo incapacitado en sus funciones básicas para que pueda sobrevivir o progresar biológica y socialmente. De ahí que autoras como Robles señalen que el cuidado en la vejez puede surgir debido a la edad, en la que de manera natural hay una disminución y/o pérdida de capacidades que van afectando la autonomía de los sujetos. O bien, cuando aparece la enfermedad, provocando discapacidad en los adultos mayores, llegando de la misma forma a requerir de apoyo en su padecimiento (Robles, 2005 citada en Arroyo *et al.*, 2011: 73).

De esta manera, el cuidado desde esta perspectiva se conceptualiza como la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria (Casado y López, 2001 citados en Huenchuan, 2009: 17).

En este sentido, la necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a estas necesidades ha experimentado

notables cambios (Casado y López, 2001 citados en Huenchuan, 2009: 17).

No se pasa inadvertido que autores como Kittay, 1999 y Sevenhuijsen, 1998 (citados en Robles, 2007: 40) conceptualizan al cuidado como una “práctica”, la cual hace alusión al conjunto de actividades humanas que se distinguen por sus fines y éstos son identificados, y las demandas consecuentes de estos fines orientan a quien da el cuidado. Los fines que definen una práctica son centrales o “constitutivos”, si están ausentes de ella no puede ser considerada como tal.

En cuanto al concepto de cuidado vinculado a las emociones se tiene la definición proporcionada por Arlie Russell Hochschild quien lo considera como el vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual, el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto cuidar a una persona es hacerse cargo de ella (A. Russell Hochschild, 1990 citada en Batthyány, 2008: 178).

Con respecto a la noción de cuidados en su vertiente material, un planteamiento clásico es el de Fisher y Tronto (citados en Flores-Castillo, 2012: 12) quienes lo han definido como la “actividad que incluye todo lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo para que podamos vivir en él tan bien como sea posible”.

Cabe señalar que dichas autoras (citados en Flores-Castillo, 2012: 12) distinguen cuatro fases del cuidado: *caring about* (preocuparse, inquietarse), que involucra el reconocimiento de que el cuidado es necesario y en ese sentido se asemeja a la acepción antigua del término, en tanto inquietud o preocupación por algo o alguien, lo cual está culturalmente determinado; *taking care of* (hacerse cargo) que significa reconocer que se puede actuar –y que se es responsable- para enfrentar las necesidades; *care-giving* (otorgar cuidados), lo que implica ocuparse de resolver las necesidades y *care-receiving* (recibir cuidados), que es importante considerar como parte del cuidado para tener la certeza de que se están atendiendo necesidades reales, es decir, aquéllas que manifiesta el receptor de cuidado y no las que el otorgante imagina que el receptor necesita.

El tema, sin embargo, no se agota aquí pues se tiene que, sobre el tema, diversas investigadoras de América Latina y el Caribe definen el cuidado en función de las personas con dependencia. Es el caso de Huenchuan (2008) quien la considera como la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria. Batthyány (en Flores-

Castillo, 2012: 12), por su parte, incorpora la dimensión psicológica, aunque parece poner el énfasis en lo material; sostiene que el cuidado refiere a los bienes y servicios, actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio. Abarca por tanto al cuidado material que implica un trabajo, al cuidado económico que involucra un costo y al cuidado psicológico que entraña un vínculo afectivo.

3.3- Concepto social care

El modelo de cuidado social (*social care*), desarrollado por Daly y Lewis, permite tener una visión no fragmentada o transversal de los cuidados. Es así que consideran a los cuidados desde una perspectiva multidimensional, es decir, como una organización social debido a que el *social care* integra todas las actividades y relaciones implicadas en el sostenimiento de las necesidades físicas y emocionales de los niños y adultos en situación de dependencia, y en los marcos normativos, económicos y sociales en los que se desarrollan (Daly y Lewis, 2000: 285 en Martín, 2008: 39).

Es importante precisar que el interés de este concepto reside en las implicaciones que comprende en su análisis. Por un lado, un nivel que podemos ubicar como macro, entendiendo por éste el referente a las políticas públicas que sobre el tema se generen y, por otro, un nivel micro, el que da cuenta de las prácticas cotidianas, en cuanto que en él se responde a la pregunta central ¿cómo se reparten los cuidados entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil, y dentro de la familia entre géneros y generaciones? (Letablier, 2007 en Martín, 2008: 39).

De esta manera, socializar el cuidado implica hacer de las cuestiones relativas a la dependencia materia de interés público (Izquierdo, 2003 en Martín, 2008: 39), por lo que es necesario revisar los conceptos teóricos sobre los que se construyen las nociones de dependencia, vulnerabilidad y autonomía de las personas (niños, adultos enfermos y/o discapacitados o personas ancianas dependientes) (Martín, 2008).

3.4- Clasificación de los cuidados

Existen diversas formas de clasificar los cuidados, sin embargo, para fines de esta investigación, se recurre a la propuesta por Camarano (2010 citado en Flores-Castillo, 2012: 11), quien lo divide en tres tipos: el primero, que lo denomina de *larga duración*; el segundo, es el ofrecido por el ámbito *formal* o *informal* y, el tercero hace referencia al *lugar en el que es otorgado*. A continuación, se desarrolla cada una de ellas.

3.4.1- Cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración se caracterizan por desarrollarse durante periodos de tiempo prolongados, donde cumplen la función de auxiliar en aquellas actividades que se llevan a cabo en el día a día con el propósito de que las personas mayores dependientes puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible. Por ejemplo, ayudar a una persona mayor a realizar actividades relacionadas con la vida diaria como son comer, vestirse, bañarse y transporte, entre otros, debido a la pérdida o deterioro de sus funciones físicas (Casado y López, 2001). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2002: 6 citado en Gascón y Redondo, 2014: 12), dichos cuidados se realizan tanto por cuidadores formales (sanitarios y sociales) como informales (familiares, amigos y/o vecinos).

Si bien de acuerdo al Libro Blanco (2005) este tipo de cuidados se llevan a cabo por los servicios sanitarios, sociales y familiares, en general, es en estos últimos donde se llevan a cabo y, dentro de éstos, son las mujeres las que desempeñan el cuidado. Ello se debe a que los cuidados que las personas necesitan durante la infancia, en procesos de discapacidad, enfermedad crónica y durante la vejez, no han sido previstos en los modelos clásicos de protección social existentes en el mundo, salvo excepciones como la de los países escandinavos o los países bajos, hasta muy recientemente. Lo cual tiene su base en que la mayoría de los sistemas de protección social continúan permeados por aspectos ideológicos sustentados en modelos familiaristas¹⁸.

3.4.2- Cuidado Formal

El cuidado formal es aquella asistencia a personas de edad avanzada que requieren ayuda para poder realizar sus actividades de la vida diaria (Rogeró, 2010). Dicha ayuda es provista a través de una relación de contrato, sea verbal o escrita, o por medio de una institución gubernamental -hospitales o sector privado- (Batthyány, 2010) donde las enfermeras son las principales encargadas de proporcionarlo (de la Cuesta, 2004; Rogeró, 2010).

Es así que la relación entre el cuidador formal y la persona que recibe los cuidados, está regulada y se enmarca, por lo general, dentro de una institución y el proveedor suele recibir algún pago económico. Ello significa que este tipo de cuidado puede ser proporcionado a toda persona que lo necesite y/o pueda pagarlo, a diferencia

¹⁸ El modelo familiarista se analiza en el apartado 3.5 *Estado, familia y mercado*.

del cuidado informal en virtud de que se circunscribe a la red social del proveedor y depende de mecanismos informales (Rogerero, 2010).

3.4.3- Cuidado Informal

Existen múltiples definiciones en torno al concepto de cuidado informal, sin embargo, hay consenso en definirlo como aquél proporcionado por aquellos familiares, amigos y/o vecinos¹⁹ u otras personas de la red social inmediata, que desempeñan la tarea de cuidado, sin recibir por ello pago económico, en términos de salud a personas enfermas, discapacitadas o de avanzada edad que no son capaces de valerse por sí mismas para poder realizar actividades de la vida diaria²⁰ y, tienen la finalidad de que las personas enfermas puedan permanecer en su hogar (Wright, 1987 citado en Ruiz y Moya, 2012: 23; Batthyány, 2010; de la Cuesta, 2004: 138-139).

Dicha definición, a pesar de ser una de las más utilizadas en la literatura a nivel mundial, en palabras de Ruiz y Moya (2012), es una definición que se queda corta en virtud de que ofrece pocos matices, quedándose obsoleta al margen de los cambios producidos en la sociedad con respecto a la dependencia. Por lo que coincido con las autoras antes referidas en que la definición más adecuada es la que plantea el Libro Blanco de la Dependencia (2005) quien considera que el cuidado informal es el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación, y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración.

3.4.4- Lugar en el que es otorgado

Dentro de la clasificación de los cuidados, se tiene el lugar en el que se proporciona el cuidado, el cual, como su nombre lo dice, se refiere al espacio en el cual se brinda el cuidado, ya sea en el hogar (Yantzi, 2005 citado en Rogerero, 2010: 134) o en alguna institución.

El cuidado informal está condicionado por las circunstancias geográficas y espaciales en que se desarrolla (Rogerero, 2010), es decir, que el cuidador y el receptor residan en el mismo hogar o que lo hagan en hogares diferentes. Ambos aspectos

¹⁹ Se caracterizan por no tener una formación formal para proporcionar los cuidados (WHO, 2002 citado en Carretero *et al.*, s/f: 32).

²⁰ Ejemplo de dichas actividades son el transporte, la cocina, las compras, la realización de los trabajos de casa, el manejo de dinero, el baño, el vestido, la higiene en general, por mencionar algunas (Pérez y Yanguas, 1998: 95).

dependen de dos dimensiones espaciales que influyen en la identidad del cuidador, en la cantidad de cuidado provisto y en las consecuencias de la ayuda: la existencia o no de coresidencia de cuidador y receptor y, en caso de que no haya coresidencia; la distancia geográfica o proximidad residencial entre el receptor y los familiares (cuidadores o no) (Sarasa y Mestres, 2007 citados en Rogero, 2010: 133).

La atención a una persona dependiente supone profundas transformaciones tanto en el espacio físico (construcción de rampas, adaptación de puertas, accesorios en los baños, por mencionar algunos) como en el modo de convivencia (cambio en el uso de los espacios, necesidad de compartir habitaciones, entre otros). En muchos casos, los hogares incorporan, además de la persona con discapacidad, a otros profesionales que desarrollan su trabajo en el mismo espacio. El hogar se convierte así en un lugar en el que convergen el tiempo libre, el cuidado y el trabajo de diferentes personas, pertenecientes y ajenas al hogar (Rogero, 2010).

Para enfrentarse al cuidado, los residentes en el hogar toman decisiones sobre el uso y distribución del espacio, el tiempo y los recursos. La persona dependiente consume más tiempo, espacio y recursos del hogar, para lo que el resto de miembros deben adaptarse. Entre estos cambios están los que afectan al descanso: las personas del hogar de acogida cambian frecuentemente su espacio de descanso para adaptarlo a las necesidades del receptor de cuidados (Rogero, 2010).

Otro aspecto a considerar es la proximidad residencial ya que cuando cuidador y receptor no viven en el mismo hogar, dicha proximidad aumenta las posibilidades de cuidado informal (Fast *et al.*, 2004 citado en Rogero, 2010: 135), y se ha llegado a afirmar que es el predictor más consistente de interacción entre familiares, tanto en general como en el contexto específico del cuidado a los mayores (Rogero, 2010).

3.5- Estado, familia y mercado

Los principales proveedores de cuidados son tres²¹: el Estado (residencias y hospitales), la familia (hijos a padres, padres a hijos, nietos a abuelos) y el mercado (servicios remunerados –enfermera(o)-) (Batthyány, 2008 y 2010; Rogero, 2010). Donde ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, por ende, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada una, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal que se les atribuye (Huenchuan, 2009) y ello depende, en gran parte, del contexto social en el que se desarrollen los

²¹ Rogero (2010) agrega un cuarto proveedor, el de las organizaciones sin fines de lucro.

cuidados. En el caso de América Latina y el Caribe autores como Robles (2001); Arroyo *et al.*, (2011); Batthyány (2008 y 2010); Vaquiro y Stiepovich (2010) señalan que la familia es la primera institución que genera cuidados en situaciones de dependencia.

En este sentido la corriente feminista de los regímenes de cuidado (Sarraceno, 2004 y Sainsbury, 2000 citadas en Aguirre, 2008: 28) enriquecen la temática al presentar dos escenarios polares: *familiarista* y *desfamiliarizador* con sus orientaciones y sus principales dimensiones. Esto se complementa con otros escenarios a considerar como son el *estatal o residual/mercantilizador* y el de *corresponsabilidad* (Aguirre, 2008).

El escenario *familiarista* se caracteriza por el escaso desarrollo de sus regímenes de bienestar y el apoyo en la solidaridad familiar para cubrir las necesidades que no satisfacen. Los protagonistas de este régimen son las mujeres, que cargan con la mayor parte de tales obligaciones (De Lucas, 2009). En la misma línea, Aguirre (2008) expresa que lo más común que suceda es que las mujeres trabajen en forma remunerada y desarrollen distintas estrategias para articular trabajo y familia.

En cuanto al régimen *desfamiliarizador*, este mismo autor señala que hay una derivación hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. En el entendido de que es poco probable que se dé en el contexto regional.

Por lo que se refiere al marco ideológico del régimen *familiarista*, se tiene que éste se identifica por la centralidad de la institución del matrimonio legal y una rígida división sexual del trabajo. Admitiendo intervenciones públicas dirigidas a las familias con carácter subsidiario. Cosa que sucede de distinta manera en el régimen *desfamiliarizador* ya que aquí se cuestiona la separación del ámbito privado-público, situación que conduce al planteo de políticas activas (Aguirre, 2008).

Se tiene así, que la base de la admisión de beneficios en el primer caso es la necesidad y se contemplan medidas dirigidas a proteger a las madres solas. En el segundo la base de admisión de derechos es la ciudadanía o la residencia y los beneficios se otorgan a los individuos (Aguirre, 2008).

Por lo mismo, no es casual que el trabajo asistencial de cuidado en el régimen *familiarista* es no remunerado y la unidad que recibe los beneficios la familia, mientras que en el *desfamiliarizador* el trabajo es remunerado siendo la unidad que recibe los beneficios el individuo (Aguirre, 2008).

Ambos modelos cuentan con sus respectivas vertientes ideológicas y sociales que los impulsan, el primer modelo es sostenido por sectores conservadores y religiosos y el segundo por un conjunto de actores entre los que se cuentan el movimiento de mujeres,

feministas, empresas proveedoras de servicios y trabajadores de las mismas y las organizaciones de autoayuda y de familiares de enfermos. Además, en el primero no se mide el nexo existente entre familia y bienestar, en el segundo modelo es posible realizar mediciones directas o indirectas de la contribución de las familias a la economía y a la sociedad a través de diferentes indicadores como la cobertura de los servicios, el uso del tiempo en las actividades de cuidado, la demanda potencial y real de servicios (Aguirre, 2008).

Finalmente, por lo que se refiere al escenario *estatal-residual y mercantilizador* se tiene que éste, en lo fundamental, se preocupa por atender la calidad de las prestaciones de los servicios públicos para las personas con menos recursos económicos y eventualmente de los servicios privados. Quedan, sin embargo, sectores medios y medio bajos no atendidos que deben resolver en el ámbito doméstico y por mecanismos informales el cuidado de los niños, adultos mayores y enfermos dependientes. Impera la fragmentación institucional y la segmentación de la oferta, acentuando las desigualdades sociales (Aguirre, 2008).

Huenchuan (2009) destaca que los cuidados, dentro de una perspectiva de análisis comparado entre países de América Latina y el Caribe, con respecto a los países desarrollados, estos últimos se preocuparon por el tema en cuestión en virtud de considerarlo como un riesgo social desde los años setenta. Precisamente cuando la OCDE en 1973 advertía que el crecimiento no es suficiente en sí mismo, sino un medio para lograr unas condiciones de vida mejores. Lo que significó priorizar, en términos sociales, la salud y el bienestar de su población. Cosa distinta sucedió en los países de la región puesto que en ellos tal preocupación se hace patente a inicios de los años ochenta bajo el argumento de que las personas de edad avanzada no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población.

En relación al Estado como proveedor de cuidados es preciso visualizar que su intervención consiste en regular su oferta para los adultos mayores ello, bajo una perspectiva de Estado benefactor. Sin embargo, el gran problema de este comportamiento de Estado es que en los países de la región, por lo general, los adultos mayores no pueden pagar servicios de cuidado y el Estado carece de la infraestructura para proporcionarlos, además de que su oferta de cuidado está dirigida principalmente a la atención de la infancia (Huenchuan, 2009).

Ante los factores antes mencionados, en los países de la región prevalece el modelo ya señalado (Ceminari y Stolkiner, 2016; Vaquiro y Stiepovich, 2010; Robles,

2001; Arroyo *et al.*, 2011; Batthyány, 2008 y 2010). y, por lo mismo, la práctica del cuidado seguirá siendo parte de las relaciones de afecto que existen dentro de este ámbito. Es evidente que este modelo conlleva desventajas para aquellos hogares más pobres, toda vez que en un modelo familiar de cuidado, las condiciones de salud que tienen las personas de edad dependen de las condiciones socioeconómicas de la familia a la cual pertenecen (Huenchuan, 2009).

En estas condiciones, se considera que las políticas de cuidado por parte del Estado no sólo deben descansar en el modelo *familiarista*, sino que por el contrario debe considerar la forma de actuar y prever intervenciones programadas a largo plazo, en virtud de que la inversión en personas mayores no constituye un fondo perdido, y menos aún una simple donación unilateral. Los énfasis de esta garantía cambian según el país, pero en todos se reconoce que las personas de edad demandan servicios y beneficios para mejorar su calidad de vida. Parte de las respuestas para satisfacer esta demanda pueden derivar en beneficios tangibles para otros sectores de la población (Huenchuan, 2009).

Es conveniente reiterar que ante el abandono de una política de bienestar por parte del Estado, cada vez más se plantea que éste proporcione la infraestructura necesaria para responder a la demanda de los cuidados ante el evidente incremento de los adultos mayores en la región (Casado, 2001 citado en Martín, 2008: 36). Se exige de él, básicamente una reestructuración de sus políticas de cuidados puesto que por un lado, es cierto el incremento anterior, pero también que cada vez más hay menos mujeres en la familia dispuestas a prestarlos de forma gratuita (Daly y Lewis, 2000 citados en Martín, 2008: 36).

3.6- Perspectivas del cuidado

Con relación al estudio de los cuidados, se tiene que éste ha sido abordado desde tres perspectivas centrales: la económica, la social y la de derecho. En el entendido de que la económica comprende la perspectiva política de cuidado y la sociológica la de género.

3.6.1- Economía del cuidado

Por lo que se refiere a la perspectiva económica, se tiene que los cuidados del envejecimiento están comprendidos en el aspecto de la seguridad económica (Huenchuan, 2009).

La perspectiva económica estudia la provisión de servicios remunerados (salud, educación, mantenimiento del hogar y guarderías) y no remunerados (el trabajo doméstico). En este sentido, se ocupa de teorizar los aspectos económicos de los cuidados, lo cual se puede constatar desde los años 70 (Esquivel, 2011 citado en Flores-Castillo, 2012: 27).

Inicialmente se analizó el trabajo doméstico como un efecto propio del comportamiento de la fuerza de trabajo, posteriormente, para ser precisos en los años 70, se analizó como factor trabajo al contemplar a las parejas y a los hijos dentro del sistema económico laboral, con lo cual se le proporciona una definición con un marcado aspecto productivo (Flores-Castillo, 2012).

Esta perspectiva de ninguna manera es irrelevante, menos aún cuando con el tiempo, ha diversificado sus aspectos de estudio. En estos momentos la economía del cuidado estudia la producción de bienes, servicios y actividades realizadas en los hogares indispensables para la reproducción biológica y el bienestar de las personas y las familias. Incluye también la provisión de cuidados que se realiza en la esfera pública y mercantil. Conceptualizada de esta forma por las economistas feministas ha significado una ruptura epistemológica trascendente con la corriente principal de la teoría económica. Se interesa por el valor económico del cuidado y por la relación entre el sistema económico y la organización del cuidado. Pero el estudio del cuidado no se reduce a lo económico sino que integra otras perspectivas disciplinarias (sociología, antropología, psicología social, historia) en donde se han producido rupturas epistemológicas con sus respectivos cuerpos teóricos (Aguirre, 2008).

Bajo estas consideraciones, la economía del cuidado propicia la necesidad de estudios específicos en cuanto a costos para, por ejemplo, el trabajo no remunerado de la mujer, emergiendo la perspectiva económica política del cuidado.

3.6.1.1- Economía política

Esta perspectiva se ha ocupado, entre otras cuestiones, del análisis de los costos para las mujeres del trabajo no remunerado que realizan. Entre ellos se consideran los de tiempo (falta de tiempo libre o de ocio), energía e ingresos no percibidos por falta de tiempo para acceder a un empleo. Ante la desigualdad en el uso del tiempo y los costos que acarrea el envejecimiento de la población y su consecuente aumento en la discapacidad y en las necesidades de cuidado, se hace evidente la presión que significará para las mujeres esta problemática si no se modifica la manera de responder ante ella. Además de lo anterior, la

economía política del cuidado se está interrogando sobre las repercusiones que tiene para las mujeres, no sólo el trabajo no remunerado anteriormente mencionado (el de cuidar al factor trabajo), sino también el destinado al cuidado de las poblaciones de personas mayores, con discapacidad y con enfermedades graves, trabajo al que se le pone el calificativo de “sucio” en varios sentidos, uno de los cuales tiene que ver con ser mucho y mal pagado (Molinier, Gaignard y Dujarier, 2010; Razavi y Staab, 2010 citados en Flores-Castillo, 2012: 28).

3.6.2- Sociología

En cuanto a la perspectiva sociológica, específicamente la sociología de la vejez, se tiene que los sistemas de cuidados se insertan en un campo más amplio de la discusión académica como es el apoyo social (Huenchuan, 2009). Los apoyos socialmente hablando constituyen un eslabón capital en la problemática de atención a la vejez desde un punto de vista informal.

Ante la notoria falta de presencia del Estado en el aspecto de cuidados, la sociedad organizada desde el aspecto familiar o microsocioal hasta su vinculación con una serie de nodos o vínculos sociales cuya capacidad es responder desde diversos ángulos sobre un determinado cuidado, aspecto también conocido como redes sociales de apoyo. Es la forma como de alguna manera se ha solventado tanto una situación tan específica como es el cuidado a la vejez en la familia o núcleos de familias como la falta de políticas públicas para enfrentar tal situación.

3.6.2.1- Género-feminismo

El que sean las mujeres quienes se ocupen principalmente del cuidado de los mayores está relacionado con la concepción que se tiene del papel de la mujer en la familia; con el asumir su habilidad de ocuparse y preocuparse de los otros, del cuidado y protección de los que son vulnerables, aspectos que se aprenden en una socialización primaria de la propia imagen materna, lo que implica una representación de la experiencia femenina misma (Maier, 2001 citado en Arroyo Rueda *et al.*, 2011: 77; Ceminari y Stolkiner, 2016). Es decir, a “las mujeres se les hereda un cierto placer altruista de dar, nutrir y cuidar, asociado con la práctica del arquetipo materno de cuerpo-para-otros, lo que dificulta a las mujeres la auto-percepción de sus propias necesidades” (Arroyo Rueda *et al.*, 2011: 77).

Es de reconocer que la perspectiva feminista ha hecho grandes aportes al analizar el tema del cuidado. Las feministas plantean que esta labor se puede conceptualizar

como una acción social que recupera la posición de que el cuidado es trabajo, un trabajo arduo y pesado, y además, un trabajo femenino (Graham, 1983; Kittay, 1999; Pautassi, 2008; Robles, 2007; Sevenhuijsen, 1998 en Arroyo Rueda *et al.*, 2011: 77). Lo anterior plantea un panorama muy heterogéneo del contexto del cuidado, en el que se identifican aspectos de desigualdad y desventaja social para las mujeres (Arroyo Rueda *et al.*, 2011).

Las diferencias de género se construyen socialmente y se inculcan sobre la base de la percepción que tienen las distintas sociedades acerca de la diferencia física, de los presupuestos de gustos, preferencias y capacidades entre mujeres y hombres. Es decir, mientras las diferencias de sexo son inmutables, las de género varían según las culturas y cambian a través del tiempo respondiendo a las transformaciones de la sociedad. Las relaciones de género pueden ser definidas como los modos en que las culturas asignan las funciones y responsabilidades distintas a la mujer y al hombre. Ello a la vez determina diversas formas de acceder a los recursos materiales -como tierra y crédito-, o no materiales, -como el poder político y, por lo mismo, generan necesidades diferenciadas. En este contexto, se puede afirmar que hombres y mujeres no envejecen de igual forma. El envejecimiento les afecta positiva o negativamente de manera distinta debido a que su experiencia de vida asigna a diferentes significados a sus diversas etapas y curso vital, como la vida laboral, el ejercicio de su maternidad o paternidad, jubilación, prevención y cuidado de la salud, enfermedades, ejercicio de la sexualidad, participación sociocomunitaria, etcétera (SENAMA, 2009).

La feminización de los cuidados en la vejez es uno de los aspectos que requieren ser visibilizados. Cuidar a integrantes dependientes del hogar no es una responsabilidad exclusivamente femenina ni tampoco individual. Por el contrario, abordar el cuidado como un derecho universal requiere de la corresponsabilidad de diversos actores sociales, en especial del Estado. Incluir al cuidado en el ámbito de los derechos implica un doble movimiento: desnaturalizar la definición de cuidado como tema privado, doméstico y familiar y desnaturalizar la feminización de los cuidados (Ceminari y Stolkiner, 2016).

3.6.3- De Derecho

Sobre los cuidados del envejecimiento es de mencionar que en los últimos años ha tomado importancia la corriente legal que aborda éstos desde el punto de vista de los derechos humanos que comprende.

El enfoque de derechos reconoce que todas las personas son titulares de derechos y pueden exigirlos. Se funda en el reconocimiento de los Derechos Humanos y

de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En ese contexto, entiende que los derechos son universales y no varían según la situación o el individuo. Esta titularidad de derechos obliga, política, moral y legalmente al Estado y a todas las instituciones a garantizarlos y a promover las condiciones y mecanismos para ejercerlos, siempre observando la interdependencia entre el respeto de las libertades civiles, el ejercicio de derechos políticos y el acceso de las personas a bienes, servicios y prestaciones que garantizan o promueven su bienestar (SENAMA, 2009).

Razón por la cual esta perspectiva es ubicada como legal o de derechos humanos. Al respecto se han realizado diversos análisis en los que se propone considerar el derecho al cuidado como derecho universal, dentro de políticas públicas y programas sociales que promuevan una responsabilidad equitativa en cuestión de los cuidados, responsabilidad que tendría que ser compartida por miembros de la familia y por el Estado, no solamente a cargo de las mujeres. En el planteamiento del cuidado como derecho, promovido por numerosos estudios feministas, se han analizado las implicaciones de género, destacando que la función de cuidar ha sido históricamente relacionada con lo femenino (Pautassi, 2008).

3.7- Razones por las que se proporcionan cuidados

Las razones por las cuales los cuidadores proporcionan cuidados son de distinta índole.

Por ejemplo, Arroyo (2009) encuentra que los hombres mayores mantienen el control de los recursos casi hasta su muerte (solvencia económica o propiedades); por lo que surge en los hijos la expectativa de contar con un patrimonio o ayuda económica en el futuro, esta situación es un incentivo para el cuidado. Otra de las razones que encuentra es que la cultura sigue permeando los pensamientos y las conductas, donde el cuidado por parte de las mujeres sigue siendo aceptado, asumido y reconocido. Al respecto, Crespo y López (2008), consideran que ello se debe a que tradicionalmente se ha asignado a las mujeres el cuidado, principalmente de los hijos, lo que puede relacionarse con la maternidad y, por ende, identificar o asociar el cuidado con el rol femenino y hacer del cuidado una parte integral del autoconcepto de la mujer. De este modo, cuando en un momento posterior del ciclo de vida surge la necesidad de cuidado de los padres, la asignación de esta labor a la mujer (en este caso a la hija) parece consistente con la división de roles en función del género previamente establecido.

Ante la ausencia de las instituciones gubernamentales para solventar los cuidados, ésta ha sido solventada a través de la familia donde son las mujeres, principalmente las

hijas y esposas, las que se encargan de realizar dicha tarea, mientras que el Estado asume un rol secundario (Arroyo *et al.*, 2011). Una explicación sobre el fundamento de dicha responsabilidad familiar es que en las relaciones familiares hay una orientación cultural de obligación o responsabilidad filial (Barros *et al.*, 2014).

Hasta aquí, las principales razones por las que los cuidadores proporcionan cuidados se encuentran la responsabilidad social, la obligación filial y la falta de cuidado formal. Sin embargo, Quintanar *et al.*, (2011: 2) consideran que existen otros motivos para que una persona proporcione cuidados, los cuales se listan a continuación:

- Altruismo (para mantener el bienestar de la persona cuidada, porque se entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones).
- Reciprocidad (ya que la persona ahora cuidada antes cuidó de ellos).
- Gratitud y estima (que les muestra a la persona cuidada).
- Sentimientos de culpa (algunos cuidadores se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado).
- Para evitar la censura (de la familia, amigos, conocidos. En el caso de que no se cuidara al familiar en casa).
- Para obtener la aprobación social (de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general, por prestar cuidados).
- Por abandono familiar (el cuidador reconoce que el dependiente carece de familiares o una red social que lo ayude).

3.8- Intensidad del cuidado

La amplitud en la gama de discapacidades es la principal causa de que el fenómeno del cuidado informal tenga un carácter tan heterogéneo. El tipo de discapacidad y el grado de dependencia de la persona a la que se cuida son determinantes fundamentales de la intensidad y el tipo de cuidado, y constituyen el mejor indicador para representar la necesidad de cuidado. Ambos indicadores, grado y tipo de discapacidad, influyen en la idea de cuán necesaria es la ayuda y cuán satisfecho con ella está el receptor. Cuanto más grande es la necesidad de cuidado (salud y estatus funcional deficientes), mayor reconocimiento social tiene el cuidado y menor es la percepción de la carga, independientemente de la cantidad de cuidado provista (Call *et al.*, 1999 citado en Rogero, 2010: 121). La identidad del cuidador también se ve afectada por el grado de

dependencia: los hombres atienden generalmente discapacidades de carácter leve y es más frecuente que las mujeres se ocupen de situaciones con mayor carga de cuidado (Bittman *et al.*, 2004 citado en Rogero, 2010: 121).

Los efectos de ayuda en el cuidador dependen del grado y tipo de discapacidad de la persona cuidada (Walker *et al.*, 1995 citado en Rogero, 2010: 121). Al respecto de la Cuesta (2004), considera que manejar una enfermedad crónica es una actividad compleja e implica más de lo estrictamente médico y, por lo general, permanece invisible para el personal de salud. El cuidado en la casa requiere que los cuidadores tengan destrezas y conocimientos cada vez más complejos, a medida que la enfermedad avanza las relaciones familiares van cambiando, aumentan las complicaciones en el manejo de la enfermedad. En el caso de las personas de avanzada edad con dependencia funcional grave, se afirma que sus necesidades son iguales a las de los pacientes en una residencia.

Además, el hecho de calificar a una patología como crónica e incapacitante comporta, implícitamente, un carácter de temporalidad indefinida que implica directamente al cuidador, el cual debe hacerse cargo del enfermo de por vida o, en el mejor de los casos, combinar el cuidado con algún recurso de carácter formal que le sirva de respiro (Garcés *et al.*, 2010 citados en Ruiz y Moya, 2012: 25).

3.9- Tiempo en el cuidado

El cuidado y la atención de los adultos mayores y de los enfermos dependientes en los hogares es una tarea de difícil captación que requiere de abordajes metodológicos múltiples, cuantitativos y cualitativos (Batthyány, 2008).

México es uno de los primeros países latinoamericanos que ha aplicado encuestas sobre el uso del tiempo a nivel nacional, en 1996 y 1998. Las metodologías utilizadas para ambos años han sido disímiles, en el caso de la encuesta realizada en 1996 ésta se aplicó como un módulo de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares en la cual mediante preguntas cerradas y actividades pre-codificadas, se preguntaba a los integrantes del hogar acerca de las tareas domésticas. En cambio, en la Encuesta de Uso del Tiempo (EUT) de 1998 se utilizaron cuestionarios abiertos en los cuales se debían describir todas las actividades realizadas durante un día específico de la semana. La experiencia obtenida por ambas aplicaciones es de importancia para constatar qué tipo de metodología es más útil y eficiente para realizar EUT en países en vías de desarrollo, con altos índices de analfabetismo y población rural (Araya, 2003).

La información que proporcionan las encuestas sobre uso del tiempo ha permitido estudiar la forma en que distribuyen su tiempo las mujeres y los hombres en diversas actividades: de tipo personal, de trabajo remunerado, de trabajo no remunerado (trabajo doméstico, trabajo de cuidado y trabajo voluntario y comunitario); de convivencia social, de entretenimiento, cultura, deporte y utilización de medios masivos de comunicación (INEGI, 2014).

Sin embargo, a pesar de los avances en este campo, aún queda mucho por conocer sobre la dimensión cuantitativa del cuidado y, especialmente, sobre sus efectos en la vida cotidiana de los cuidadores (Bittman *et al.*, 2004 citado en Rogero, 2010: 106). Generalmente, el cuidado se ha medido a través del tiempo dedicado (por los cuidadores), y del tiempo requerido o recibido (por las personas dependientes). Ambos indicadores son fundamentales para el conocimiento de esta realidad. En el uso del tiempo, se reflejan los lazos sociales, las desigualdades socioeconómicas, las interdependencias personales y los recursos con los que se hace frente a las necesidades y preferencias (Rogero, 2011).

Ocuparse de una persona dependiente implica, más allá de los cuidados físicos directos, un considerable aumento del trabajo no remunerado en el hogar, cuyo reparto es fundamental en la distribución de las responsabilidades reales de cuidado (Rogero, 2011).

Esta diferencia revela la gran desigualdad en la distribución del trabajo doméstico en el hogar, incluyendo la atención a personas dependientes. El número de miembros del hogar es, obviamente, clave en ese reparto de estas tareas: cuantas más personas, más posibilidades de repartirlo, pero también más trabajo que realizar. A pesar de que la proporción del trabajo no remunerado realizado por el cuidador se reduce en hogares con más miembros, su tiempo de dedicación es mayor con cada miembro añadido (Rogero, 2011).

En términos generales, el cuidado y apoyo a personas dependientes es arduo porque no se limita a una jornada laboral ni a un cuidado específico y puede implicar, para quienes la realizan, llevarla a cabo a lo largo, de las 24 horas del día para cubrir, si no todas, al menos las necesidades vitales que estas personas requieran para su sobrevivencia, como sucede con el tiempo que se dedica a alimentar, bañar, asear y vestir (INEGI, 2014).

3.10- Cuidadoras

Aunque se hace referencia a la familia como la principal encargada de proporcionar los

cuidados, se debe tener en cuenta la implicación de cada uno de los miembros de la misma. De forma natural, siempre suele asumir el rol de cuidador principal un miembro de la familia (Crespo y López, 2008 citados en Ruiz y Moya, 2012: 23).

Es así que de acuerdo a Kittay (1999 citado en Robles, 2007: 48), un cuidador informal de personas con dependencia se caracteriza por cuatro aspectos: tiene la responsabilidad principal del cuidado; dedica tiempo y energía ha dicho cuidado; decide lo que es mejor para el dependiente en virtud de que tiene la autoridad y el poder sobre el cuidado y, finalmente, es el que realiza la tarea de cuidar.

Una vez descrito los rasgos de los cuidadores de personas con dependencia, los cuidadores se pueden dividir en tres categorías, las cuales son: *cuidadores primarios*; *cuidadores secundarios* y, *fuentes de apoyo*. Los primeros son quienes asumen la responsabilidad total del cuidado al enfermo. Los segundos son los que, sin tener la responsabilidad principal, ejecuta tareas en un nivel similar al del cuidador primario. Finalmente, los terceros son aquellos que participan en un tipo específico de acción y en un tiempo claramente determinado, así una vez que dicha tarea concluye termina también su función como fuente de apoyo. Un rasgo de la fuente de apoyo es que en ocasiones su ayuda está más dirigida hacia el cuidador primario que hacia el enfermo directamente²² (Robles, 2007).

Por lo que se refiere al cuidado informal, éste adquiere un modo distinto si quien lo realiza es una esposa, un esposo, una hija o un hijo varón en virtud de que el aprendizaje cultural no ha sido sólo para las mujeres, sino también para los hombres, por ello tiene tanta fuerza. Los discursos que giran en torno a ello permiten diferenciar claramente la construcción social de las diferencias entre los géneros. Es decir, existe una posición binaria que predomina en el contexto, en el que hay funciones para el hombre y funciones para la mujer. Esta lógica binaria permea fuertemente el pensamiento occidental y está ligada estrechamente con significados de género: las oposiciones binarias están asociadas con conceptos simbólicos, mutuamente excluyentes de lo femenino y lo masculino y a su vez son posicionados de modo jerárquico (Sevenhuijsen, 1998 y 1999 citado en Arroyo *et al.*, 2011: 146).

Es así que se puede hablar de una *feminización del cuidado*, donde las mujeres cumplen con los requisitos necesarios para convertirse en la cuidadora “ideal”, en función de tres aspectos: el primero está ligado con las “virtudes femeninas”; el segundo, con su

²² El cuidador secundario y la fuente de apoyo emergen cuando el cuidador primario necesita ayuda para cumplir cabalmente todas las acciones de cuidado.

ubicación como responsable en atender el hogar y la familia; y el tercero, a la calidad del cuidado, porque ellas son más “dulces, nobles, cariñosas o amorosas al trato” (Robles, 2002).

De esta forma, las representaciones masculinas y femeninas de quien realiza el cuidado siguen teniendo connotaciones que reproducen las desigualdades de género. Son miradas diferentes que tanto al interior del hogar como en el ámbito comunitario hacen que la tarea de cuidar se siga construyendo desde lo femenino. Sin embargo, se debe tener en cuenta que existen cuidadores hombres, aunque minoría con respecto a las mujeres, y se espera que con la creciente participación de las mujeres en el mundo laboral y profesional, los hombres empiecen a tener mayor participación en las funciones de cuidado (Arroyo *et al*, 2011).

3.11- Evidencia previa sobre cuidados

Con relación al tema de los cuidados, existe vasta literatura en cuestión, donde cada país aborda diversas aristas del tema en cuestión de acuerdo a su tiempo y circunstancia, por ejemplo, el ámbito europeo habla de un sistema de cuidados, así como de cuidados transnacionales-migración mientras que América Latina y el Caribe su literatura pone énfasis en la importancia de la familia y en la repartición del cuidado desde la perspectiva de género. Ejemplo de ello, se encuentran las investigaciones realizadas en México, encabezadas por Robles y Arroyo.

3.11.1- Sobrecarga

Con relación a la “carga” que padecen las personas que cuidan de otras en situación de dependientes, se pueden mencionar dos trabajos elaborados en el contexto español. Donde el primero, realizado por Carretero *et al.*, (s/f), analiza las variables asociadas con la percepción de sobrecarga por parte de los cuidadores informales de personas dependientes, conceptualizando y definiendo el problema, y haciendo un análisis del impacto de un servicio de respiro – el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) – sobre la carga de los cuidadores informales. Entre sus resultados encuentran que los cuidadores de las personas dependientes, que les proporcionan cuidados de larga duración en el ámbito informal, son esposas o hijas que no trabajan y con un nivel educativo y socioeconómico bajo, que suministran los cuidados con una frecuencia y periodicidad intensa, durante muchas horas al día. Por lo que existe una fuerte carga en la cuidadora informal principal. Además, son las hijas las principales ayudantes del cuidador principal

mientras que el SAD, es el segundo. Llegan a la conclusión de que la falta de efectividad del SAD sobre la sobrecarga de los cuidadores informales puede deberse a que este servicio suministra una ayuda poco frecuente y proporciona muy pocas horas de servicio a la semana. Finalmente, que las características asociadas a una mayor carga global y/o algunos de sus componentes son: ser mujer, cónyuge de la persona cuidada, no tener estudios, dedicar mucho tiempo a las tareas de cuidado, cubriendo la totalidad de las necesidades de la persona dependiente y no recibir ayuda de otras personas para las tareas de cuidado o recibirla con poca frecuencia.

El segundo estudio es llevado a cabo por Montorio *et al.*, (1998), quienes desde la psicología identifican que son tres las dimensiones que subyacen a la carga del cuidador (impacto de cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia) y, que se encuentran asociados a diversos estresores del cuidado como son: el tiempo de cuidado y calidad de la relación cuidador-persona cuidada, capacidad funcional, estado mental y problemas de conducta de la persona que recibe los cuidados; así como efectos del cuidado sobre el cuidador como la salud percibida, utilización de los servicios de salud y el bienestar subjetivo.

Otro estudio es el de Chappell y Reid (2002) quienes evalúan la calidad de vida de los cuidadores de personas con demencia en Columbia Británica, Canadá. Para ello, evalúan dos conceptos, la carga y el bienestar, mediante un modelo de trayectoria (una versión del modelo de estrés del cuidador propuesto por Yates *et al.*, 1999). Entre sus resultados encontraron que la edad media de los cuidadores fue de 51.1 años, con un rango de 21 a 85 años. Los dependientes que eran cuidados tenían 80.4 años en promedio, con un rango entre 65 y 99 años de edad. La mayoría de los cuidadores (69.1%) y las personas dependientes (67.9%) eran mujeres. Casi la mitad (45.7%) de los receptores de cuidados fueron reportados por el cuidador de tener la enfermedad de Alzheimer o demencia u otros problemas graves de pérdida de memoria. El número medio de horas informales de atención recibida semanalmente por cada cuidador fue 26.1 horas, con un rango de 0 a 168. En términos generales, el bienestar se vio afectado directamente por cuatro variables: el apoyo social percibido, la carga, la autoestima, y las horas de cuidado informal. Concluye que la percepción de apoyo social, independientemente de su estado cognitivo o funcional del receptor del cuidado, puede ser un área fructífera para la intervención. A pesar de la carga y el bienestar no son conceptos independientes, que están altamente correlacionados y, cuando se controla por

otros factores, la carga no es un fuerte predictor de bienestar. Los cuidadores pueden ser cargados y todavía mantienen una calidad de vida razonable.

3.11.2- Trabajo, cuidado y género

Por lo que se refiere al tema de los cuidados como trabajo es preciso referirse a tres estudios elaborados por Torns (2008), Carrasquer (2013) y Martín (2008) en el ámbito español, en virtud de que tienen la particularidad de abordar dicha temática desde la perspectiva de género ya que en sus respectivos trabajos reflexionan a partir de las raíces de la sociología sobre el trabajo doméstico, aspecto que al ser una actividad llevada a cabo por la mujer, sugieren que se tome en cuenta la organización social del cuidado en miras a establecer equidad entre hombres y mujeres dentro de este ámbito, sobre todo en un contexto de crisis de cuidados debido a la participación de las mujeres en el mercado laboral.

3.11.3- Uso del tiempo y cuidado

Entre los estudios españoles sobre el tiempo y los cuidados se encuentran los de Rogero (2010 y 2011), quien a partir de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003, aborda el tiempo de cuidado y sus efectos en la vida cotidiana de quienes conviven con personas mayores en su hogar. Encuentra que existe desigualdad en el reparto de las responsabilidades de cuidado. Además, que los cuidadores dedican significativamente más tiempo a tareas domésticas y tienen menos tiempo libre que el resto de personas de su hogar. Por lo que considera que se debe promover que la atención a los seres queridos no se convierta en un tiempo expropiado, sino en un tiempo libremente donado.

En esta misma línea, aunque en el ámbito uruguayo, se tiene el trabajo de Batthyány (2008) autora que deja ver la persistencia de inequidades entre hombres y mujeres en el cuidado de niños y personas dependientes, así como de la necesidad de políticas públicas que planteen el cuidado como una responsabilidad social y colectiva y no como un problema individual. Dichas políticas de corresponsabilidad deben contemplar aspectos que no impliquen sobrecargar a las mujeres exclusivamente con las responsabilidades familiares y de cuidado, y que no consoliden sus roles tradicionales de género.

También se tienen los resultados de la Encuesta Nacional sobre uso del Tiempo (ENUT) del año 2009 expuestos en INEGI (2014) donde se analizan algunos hallazgos de dicha encuesta referentes al grado de concentración de las cargas del trabajo de cuidados

de personas dependientes, dando cuenta de las características demográficas de quienes se encargan de brindarlo y del tiempo que invierten en estas actividades no remuneradas.

Las cifras de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009, muestran que las mujeres dedican casi 28 horas a la semana al cuidado de personas con enfermedades crónicas o limitaciones físicas o mentales, 10 horas más que los hombres que dedican tiempo a la misma actividad; en el cuidado y atención de las personas adultas mayores, ellas invierten casi 19 horas por 14 y media que asignan los hombres.

Conforme la edad avanza, la proporción de mujeres que requieren cuidados especiales aumenta, de forma que 6 de cada 10 de aquellas que son beneficiarias de un programa gubernamental, presenta dicha condición.

Del total de hogares donde se reporta que al menos uno de sus integrantes tiene 60 o más años, en poco más de una quinta parte, 21.4%, las personas adultas mayores requieren de cuidado especial o continuo, ya que presentan alguna enfermedad crónica o limitación física o mental. Este grupo de personas requiere atención tanto por la edad como por el estado de salud en el que se encuentra; sin embargo, los cuidados no necesariamente son proporcionados por otros integrantes del propio hogar.

En poco más de 60% de los hogares donde existe una persona de 60 años de edad y más con necesidades de apoyo, ésta no recibe la atención requerida de ningún corresidente mayor de 12 años, es decir, en algunos casos son atendidos por personas de otros hogares que no reciben remuneración alguna. En otros se genera un gasto al pagar a terceros para que realicen esta labor, sin olvidar aquellos hogares donde no hay posibilidad de recibir dicho apoyo. En los hogares donde hay personas de 60 o más años, los integrantes de 12 o más años que declaran dedicar tiempo para su cuidado y apoyo representan 9.0% del total de residentes en esos hogares. Al revisar la información por grupo de edad, se puede determinar que más de una cuarta parte, 26.3%, de los cuidadores tienen 60 y más años, es decir, quienes necesitan cuidados los reciben de corresidentes de su mismo grupo de edad. De este conjunto de cuidadores, por sexo, se observa que las mujeres representan una proporción mayor que los hombres, 56.5 por ciento. De acuerdo con la ENUT 2009, en 12.8% de los hogares alguno de sus integrantes presenta alguna limitación física o mental, o enfermedad crónica, en cuya condición requiere de cuidados específicos, y en consecuencia, demanda mayor tiempo del resto de sus familiares para cubrir esta necesidad.

Concluyen que la ENUT expone la importancia que tiene la mujer en la sociedad, aspecto que las políticas públicas debe considerar porque dadas las transformaciones:

aumento de personas mayores con necesidad de cuidados, la incorporación de la mujer al mercado laboral. La mujer es la protagonista por excelencia en el tema de cuidados no sólo de niños sino de personas con edades avanzadas, aspecto que merma su tiempo en sus actividades.

3.11.4- Visibilización de los cuidados

En América Latina y el Caribe, el tema de los cuidados ha sido visibilizado, principalmente, por Huenchuan. Testigo de ello son sus trabajos realizados en el año (2009), (2012) y (2013), además del realizado junto con Roque (Huenchuan y Roque, 2009), en los citados trabajos pone en evidencia el aumento rápido y sostenido de la demanda de cuidados y servicios para las personas adultas mayores por lo que enfatiza en atender esta situación desde las políticas públicas por medio de la construcción de la dependencia y el cuidado como un asunto de responsabilidad colectiva y no sólo de las familias donde las mujeres son las principales responsables.

En el caso de Argentina, Roque (2015) en su trabajo considera al cuidado como un derecho humano por lo que debe formar parte de los derechos económicos, sociales y culturales, y que debe ser garantizado a toda la población. Donde es imprescindible que quienes cuidan, en especial las mujeres, tengan acceso a la seguridad social, a la cobertura de salud y al reconocimiento de su trabajo. El Estado no debe hacer diferenciaciones en el reconocimiento del trabajo remunerado y el no remunerado, por el contrario, debe proteger a todos los trabajadores con independencia de si reciben o no un pago por sus servicios. A este trabajo se suma el de Sojo (2011), Huenchuan (2015) y Pautassi (2008) en ALCA y, el de Huenchuan y Rodríguez (2015) en el contexto mexicano.

Mientras tanto, Montes de Oca (2014) en su trabajo intitulado “Cuidados y servicios sociales frente a la dependencia en el marco del envejecimiento demográfico en México”, pone en evidencia que el maltrato y la violencia doméstica permea en el ámbito en el que la dinámica de los apoyos sociales se ve fracturada y limitada por las mismas personas mayores, su descendencia y los entornos físicos y sociales, que no necesariamente aportan protección. Por lo que las políticas públicas deben tener en cuenta al envejecimiento y no sólo a la vejez.

3.11.5- La subjetividad en el cuidado

El tema de la subjetividad de los cuidados ha sido trabajado por diversos investigadores, entre los cuales se encuentran López y Gutiérrez (2015) cuyos autores en su estudio sobre percepciones y valores en torno a los cuidados de las personas adultas mayores utilizan la Encuesta Nacional de Envejecimiento realizada en el año 2015, para abordar las percepciones y valores que los entrevistados declaran en torno a la atención, cuidados y servicios para las personas adultas mayores. Encuentran que entre el 60 y 70 por ciento de los entrevistados consideran que los hijos atienden a sus padres con menos frecuencia que antes. Sobre la pregunta de quién debe ser responsable del cuidado de las personas adultas mayores, encuentran que la familia debe ser la responsable, sin embargo, también coinciden, aunque en mucho menor porcentaje, que el Estado también debe de responsabilizarse de proporcionar el cuidado al adulto mayor. En cuanto a la disponibilidad y calidad de los servicios médicos, psicológicos, laborales, de transporte, sociales y financieros, para los adultos mayores, la mayoría coincide en que son inadecuados.

Por otra parte, se cuenta con el estudio de Carbajal y Berriel (2014), que desde la sociología toman en cuenta las expectativas y significados que tienen los adultos mayores, de Montevideo, sobre los cuidados con miras a aportar información para la elaboración e implementación de políticas sobre la temática en cuestión. Es un estudio cualitativo por medio de entrevistas en profundidad a personas con edad mayor a 75 años, toman en cuenta nivel socioeconómico, tipo de hogar, relaciones familiares y género. Llegan a la conclusión de que existe relación entre el significado de cuidado y vejez sobre el deterioro, es decir, el cuidado se asocia a enfermedad y dependencia. Además que las expectativas de cuidado por parte de un familiar están determinadas por un modelo familiarista, donde el afecto y amor prevalecen.

La tesis de doctorado de Félix (2012), nos deja ver desde el ámbito de la enfermería, que las vivencias de cuidar en Matamoros son diferentes entre hombres y mujeres y, ello depende de la forma en que se organiza la familia, del cuidado requerido, de los apoyos para el cuidado y la cultura religiosa. Concluye que el significado de cuidar del adulto mayor por cuidadores y cuidadoras están influenciados por el sistema de organización familiar, donde existe una inequidad en las mujeres. Persiste un sistema patriarcal donde al hombre se le atribuye el sustento del hogar mientras que a la mujer el cuidado al familiar, incluido el adulto mayor. El cuidado es asumido por una mujer como

obligación, deber moral; con resignación, en solitario, a reserva del autocuidado y con limitantes para su crecimiento personal, familiar y social.

Arroyo (2010), desde el trabajo social, se enfoca en analizar la parte subjetiva del cuidado en la ciudad de Durango a partir de la experiencia de mujeres cuidadoras de adultos mayores en condición de dependencia funcional. Para ello utilizó tres dimensiones de análisis. La primera, se refiere a las condiciones socioeconómicas en que se ubican las mujeres cuidadoras. La segunda, en valores y normas que dan origen y fundamento a la responsabilidad femenina del cuidado y, finalmente, la tercera, se refiere a la relación de las anteriores con aspectos de violencia estructural y de género. Encuentra que el cuidado se realiza en condiciones de falta de equidad social, familiar y económica a causa de las desigualdades de género, aspectos que se identifican como formas sutiles de violencia contra la mujer. Por lo que llega a la conclusión de que el cuidado que ejercen las cuidadoras es una actividad que pasa desapercibida no sólo por la familia sino por la sociedad, las instituciones y tomadores de decisiones. Es así que el tema del cuidado debe ir más allá del ámbito familiar y público, es decir, debe ser discutido en el ámbito político donde intervengan las cuidadoras, los adultos mayores dependientes y los tomadores de decisiones.

Enríquez (2013), desde la perspectiva sociodemográfica, realiza un análisis cuantitativo sobre la percepción que tienen las personas mayores de 70 años sobre los cuidados. Su estudio se lleva a cabo en tres entidades del país (Zona Metropolitana de Guadalajara -ZMG-; León, Guanajuato y sierra de Tlapanalá, Puebla) que viven en condiciones de pobreza extrema. Sus resultados señalan que dichas personas, en caso de requerir ayuda para el cuidado personal, preferirían que fuera brindado por algún familiar, específicamente por una mujer (ZMG 82.3%, León 83.5% y Tlapanalá 90.7%). Aspecto que se confirma, ya que las personas mayores de 70 años reportaron que su fuente de ayuda actual para cuidados personales es algún familiar (ZMG, el 76.4%, 88.3% en León y 89.2% en Tlapanalá, Puebla). Finalmente, encontró que las personas mayores de 70 años de la ZMG prefieren vivir con un hijo(a) en lugar de vivir en una residencia para personas mayores.

Por último, con una perspectiva sociocultural, se encuentra el estudio cualitativo realizado en la ciudad de Durango por Arroyo y Soto (2013), donde a partir del trabajo social analizan la dimensión emocional del cuidado desde los adultos mayores dependientes. Para ello utiliza la clasificación de Lazarus (2000a citado en Arroyo y Soto, 2013: 340) sobre las emociones, de tal manera que las tipifica en tres, la primera se

refiere a las emociones existenciales (ansiedad, miedo, culpa y vergüenza); la segunda, a las emociones provocadas por condiciones de vida favorables (esperanza, tristeza y depresión) y, la tercera, a emociones empáticas (gratitud y compasión). Encuentran que los adultos mayores presentan emociones de gratificación e insatisfacción, predominando esta última debido a que es lo que prevalece en el imaginario social y en los discursos que giran alrededor de esta etapa del ciclo vital.

3.11.6- Cuidadores

Casado y López (2001), a partir de la información contenida en la Encuesta sobre el apoyo informal y de la Encuesta sobre la soledad en las personas mayores, relativos respectivamente a la población mayor de 65 años en 1993 y en 1998, plantan un modelo estadístico en aras a determinar la posible influencia de distintas variables socioeconómicas sobre el hecho de ser dependiente. Además realizan un ejercicio para constatar si las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia han experimentado alguna variación entre esos dos años. Para ello, siguen la metodología propuesta por Jacobzone *et al.*, 1999 en su estudio sobre la evolución de la dependencia en algunos países de la OCDE.

Los resultados obtenidos en ese modelo, además de confirmar la importancia de la edad, señalan también que el tener un pobre estado de salud y un bajo nivel educativo son dos factores fuertemente asociados al hecho de ser dependiente.

Asimismo, encuentran que la población mayor de 65 años exhibía problemas de dependencia en 1993 y en 1998. Así, entre esos dos años, la tasa de prevalencia disminuyó en 1.3 puntos porcentuales. Este descenso se produjo tanto entre los hombres como entre las mujeres.

En cuanto a la ayuda familiar, son los hijos e hijas de las personas dependientes las que en mayor medida proporcionan los cuidados (57%). Tras ellos, el segundo colectivo de cuidadores familiares más importante viene representado por los cónyuges de las personas dependientes, que son la principal fuente de ayuda en casi el 26% de los casos. Finalmente, en 10% de los casos, son otros familiares (hermanos(as), sobrinos(as), entre otros) los encargados de proporcionar los cuidados requeridos por la persona dependiente.

Así, centrándonos en las dos fuentes de ayuda más importantes (cónyuges e hijos/as), si la persona dependiente es un hombre, ambas resultan prácticamente igual de frecuentes: 41% y 45% respectivamente. Por el contrario, si la persona dependiente es

una mujer, la frecuencia de la ayuda conyugal (19%) es muy inferior a la proporcionada por los descendientes (62%).

De los datos anteriores, un primer elemento que llama la atención es, sin lugar a dudas, el elevado porcentaje de personas dependientes que han perdido su autonomía domiciliar: así, 22% de estas personas no viven en su propia casa, sino que lo hacen en la vivienda de algún familiar (hijos, sobrinos, hermanos, etcétera). No obstante, este fenómeno tiene una importancia distinta según sea el estado civil de la persona. En el caso de los casados y casadas, sólo 4% vive en otro sitio que no es su propia casa. Por el contrario, entre las personas solteras y viudas, la pérdida de la autonomía domiciliar se produce, respectivamente, en 51% y 34% de los casos. También el vivir solo, es una opción mucho más frecuente entre las personas solteras (20%) y viudas (19%).

En cuanto a la edad de las mujeres cuidadoras: un 81% tiene más de 40 años. De hecho, sólo las mujeres de entre 45 y 54 años representan ya cerca de 40% del total de cuidadoras. Finalmente, la situación laboral que en mayor medida caracteriza a las mujeres cuidadoras es la inactividad.

El trabajo de Martínez (2002), en España, reflexiona sobre el papel que desempeña la familia en el tema de los cuidados a personas con enfermedades crónicas graves, dejando ver que la mayoría de estas familias asume la responsabilidad de cuidar con escaso apoyo público, incluso a expensas de su salud deteriorada, lo que les coloca en situación de riesgo o de exclusión social. Donde las políticas públicas ignoran sus necesidades. Concluye que las personas que se dedican al cuidado tienen dificultades para acceder o mantener un empleo, y en la mayoría de los casos, se dedican las 24 horas, los 365 días del año, al cuidado de su familiar; realizan un duro trabajo que no es remunerado ni está protegido ante situaciones como enfermedad, invalidez, vejez, etcétera, ni reconocido socialmente; el cuidado prolongado y la falta de apoyos merma la salud física y psíquica de las personas cuidadoras, sin que se intente evitarlo con medidas preventivas socio-sanitarias; las demandas de cuidado de la persona dependiente; la falta de apoyo para sustituirles, aunque sea parcialmente y la falta de accesibilidad del medio físico les impide mantener relaciones sociales, disfrutar de un tiempo de ocio y limita (incluso impide) su derecho a participación social; finalmente, hay manifiestas desigualdades entre las condiciones de vida de las familias cuidadoras dependiendo del nivel cultural y socioeconómico.

El trabajo de Ruiz y Moya (2012) tiene el objetivo de ofrecer información actualizada sobre el estado del sistema de cuidados informal, analizando para ello las

consecuencias que conlleva para la salud del cuidador, así como el rol del género como variable moduladora de dichos efectos. Los principales hallazgos de los estudios muestran diferencias de género en el cuidado, siendo las mujeres las cuidadoras principales en la mayor parte de los casos, además de disponer de peor salud que los hombres, y dedicar mayor tiempo al cuidado. El panorama actual pone de manifiesto que la figura del cuidador informal sigue siendo la principal responsable del cuidado de las personas dependientes, con todas las consecuencias que este hecho conlleva para éste. El cambio social producido a finales del siglo pasado, donde la mujer pasó a formar parte de forma más activa y generalizada en el ámbito laboral puso en crisis el sistema de cuidados tradicional, debido a la incompatibilidad de llevar a cabo ambas tareas. Pese a ello, sigue siendo la mujer la que se encarga de prestar cuidados en la mayor parte de los casos, sea la esposa, hija o madre del enfermo dependiente, por lo que se ve obligada a compaginar tareas laborales y familiares de cuidado al mismo tiempo o, en el peor de los casos, a abandonar su vida profesional.

Otro trabajo es el de Bazo y Domínguez (1996) quienes llevan a cabo su investigación cualitativa a partir de la aplicación de entrevistas en profundidad a 100 personas pertenecientes al País Vasco, Madrid y Cataluña. Además, se realizan tres entrevistas de grupo (una en cada comunidad) a personas pertenecientes a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Todo lo anterior, en miras a abordar el tema de los cuidados de salud en la familia para las personas ancianas.

Entre sus hallazgos encuentran que la familia es la principal proveedora de cuidados y que en el grupo familiar las mujeres asumen mayormente esa responsabilidad, aunque la presencia de hombres realizando tareas de cuidados va siendo progresivamente más frecuente. También, habitualmente se cuenta con el apoyo material y emocional de una red familiar reducida. La mayor parte de las familias no han solicitado siquiera ayuda, porque entienden que los servicios disponibles son escasos, y en algunos de los casos en que los han solicitado no ha sido posible cubrir la demanda. Por otra parte, los servicios privados, cuando existen, son caros y, en general, no se puede hacer frente al gasto económico que suponen. El cuidado de la persona anciana enferma o dependiente en familia se asume como algo natural, como una obligación en la que el afecto y cariño están presentes.

Concluyen que las personas cuidadoras, que son principalmente mujeres, se encuentran en una situación de abandono por parte de los servicios sociales formales e informales, así como del sistema sanitario, que, en ocasiones y en algunos ámbitos, no

proporciona la información necesaria o la ayuda esperada.

Pires *et al.*, (2013) evalúan las características de los cuidadores de acuerdo con el deterioro cognitivo en los ancianos. Ello a partir de la información de la encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) del año 2010, llevada a cabo en Sao Paulo, Brasil. Entre sus hallazgos encuentran que, de los 331 cuidadores, 35% cuida a personas mayores con deterioro cognitivo. El perfil de los cuidadores son mujeres, casadas y residen en la misma casa de los dependientes. En términos generales, concluyen que en las familias consideradas más disfuncionales es donde se presenta una mayor sobrecarga por lo que los programas de salud pública deben poner atención a reducir el impacto que genera el cuidado, principalmente en este tipo de familias.

Otro trabajo realizado en Brasil y con la misma encuesta es el de O Duarte *et al.*, (2013), quienes trazan el perfil de los cuidadores de ancianos residentes de Sao Paulo, según condiciones sociodemográficas y de asistencia, además de determinar la presencia de sobrecarga en los cuidadores. Sus resultados muestran que entre los cuidadores familiares, hubo una mayor carga entre los que vivían en la misma casa, entre esposos, convivir con familias disfuncionales y los que se han dedicado a cuidar toda su vida. Concluyen que la mayoría de los cuidadores son mujeres, hijas y que vivían en la misma casa con los ancianos.

Sobre el tema de las cuidadoras, se suman dos trabajos realizados en Colombia, por una parte, el de Giraldo y Franco (2006) y, por otra, el de Vargas y Pinto (2010).

Donde el primero describe cómo podría estar afectada la calidad de vida de los cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia funcional, como consecuencia del desempeño del rol de cuidador, y según su percepción. Se trata de un estudio etnográfico en 14 cuidadoras familiares de adultos mayores de 65 años, con más de seis meses a su cuidado, en el municipio de Envigado, Colombia, en 2002, y una muestra de quince entrevistas en profundidad. Entre sus principales resultados se tiene que las cuidadoras familiares hacen un valioso aporte a la sociedad, asumiendo el cuidado de los adultos mayores en situación de dependencia o limitación física o psicológica. Además que la mayoría de las cuidadoras, después de un tiempo de estar al cuidado de un anciano enfermo, y luego de hacer los ajustes necesarios en el estilo de vida, asumen el rol de cuidado con satisfacción y humildad; algunas abrigan la esperanza de un reconocimiento futuro cuando serán premiadas por la dedicación a esa persona, a quien le han dado sus mejores cuidados. Por lo que concluyen que los profesionales de los sistemas formales de educación y servicio deben acercarse a quienes proveen el cuidado

familiar de tal manera que puedan conocer sus ejecutorias y también sus necesidades para, con base en ellas, desarrollar planes de acción destinados a su calificación y apoyo asistencial.

Mientras que el segundo, establece la relación entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente con Alzheimer. Es un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal, con abordaje cuantitativo. Participaron 192 cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer pertenecientes al programa Cuidado a Cuidadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia y la Asociación Colombiana de Alzheimer. Donde la calidad de vida general de los cuidadores obtuvo una puntuación media. El bienestar físico y espiritual presentó una tendencia positiva, mientras que el bienestar psicológico y social de este grupo poblacional mostró una tendencia negativa con riesgo de alteración a futuro. Por lo que respecta al grado de dependencia funcional del paciente con Alzheimer se encontró en dependencia total a severa, con mayor compromiso en actividades de aseo y arreglo personal. En el estudio no se encontró correlación estadística entre la calidad de vida y el grado de dependencia del paciente con Alzheimer.

En el contexto mexicano, se encuentra el trabajo realizado en Matamoros, Tamaulipas por Félix *et al.*, (2012), quien identifica el bienestar del cuidador(a) familiar del adulto mayor con dependencia funcional, con perspectiva de género. Encuentra que dichos cuidadores familiares son mujeres (85.0%), media 42 años, casadas/unión libre (65.0%), hijo/a (61.4%), labores hogar (66.3%), sin trabajo (49.3 %) o ingresos limitados (50.7%). Donde las mujeres con más tiempo y dedicación al cuidado, tienen mayor afectación en casi todas las dimensiones del bienestar. Concluyen que dichas cuidadoras son un grupo en desventaja social y de salud en las que su ocupación, el parentesco y nivel de dependencia del adulto mayor afectan su bienestar mayormente en la dimensión espiritual y en menor medida la dimensión social.

Un último estudio es realizado en Uruguay por Batthyány *et al.*, (2014), donde expone algunos de los resultados sobre los componentes principales del cuidado de calidad en adultos mayores; la función de las familias en estos cuidados, así como sus límites; el rol de las mujeres; y las cualidades necesarias que quienes cuidan deben presentar para brindar cuidado de calidad. Para esto, realiza 24 entrevistas, durante los meses de junio a diciembre de 2012 en Montevideo, a especialistas en las temáticas de gerontología, cardiología, trabajo social, psicología, enfermería, personas que trabajan en la atención del adulto mayor en el Estado, directivos/empresarios y trabajadores de

servicios de acompañantes y de centros de larga estadía privados, así como asociaciones de la sociedad civil que trabajan con esta población. Concluye que surge con fuerza la idea del cuidado compartido, es decir, la necesidad de la participación de más de un agente proveedor, lo cual implica que el cuidado no sea exclusivamente familiar, abriendo la participación a otros actores como el mercado, el Estado y la comunidad.

3.11.7- Espacio residencial del cuidado a adultos mayores

Reyes y Leitón (2014) en su estudio refieren que el cuidador familiar de un adulto mayor dependiente, al brindar cuidados durante las 24 horas del día, se enfrenta a situaciones complejas que pueden deteriorar su salud. Su objetivo es describir, analizar e interpretar el cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia. Es un investigación cualitativa por medio de entrevistas a profundidad con un cuestionario de preguntas semiestructuradas. Concluyen que a medida que la enfermedad avanza y el adulto mayor se torna con grados de dependencia mayor, los cuidadores cambian y adaptan la vivienda para brindar los cuidados seguros y con la mayor calidad posible, así como para que el cuidador se sienta más seguro y tranquilo, sobre todo cuando el adulto mayor presenta deterioro cognitivo. El espacio del cuidador familiar de un adulto mayor dependiente es característico de los cuidados que realiza; está constituido de todo aquello que le sirve para brindar cuidados en las mejores condiciones posibles, tanto para el cuidador familiar como para el adulto mayor. Sin embargo, para el cuidador pierde el significado de espacio privado, pues se convierte en un espacio hospitalario y denota tiempo para cuidar las 24 horas de cada día.

Redondo *et al.*, (2015) realiza un análisis comparado de las modalidades de hogar, familia y vivienda de la población mayor en Argentina, Brasil, México y España durante las dos últimas décadas. Encuentra que un aspecto es común a los cuatro países: el incremento de la proporción de los mayores de 80 años respecto del total de la población. También aumentó, en la última década, la proporción de personas mayores que viven en arreglos unigeneracionales y, en particular, la proporción de los hogares unipersonales.

Además las actuales cohortes de personas mayores de los cuatro países son propietarias de las viviendas en que residen. En la Argentina, el Brasil y España, la mayor parte de la población de adultos mayores vive en casas o departamentos.

En cuanto a los servicios, en los países analizados de América Latina las viviendas presentan déficits de infraestructura de drenaje. Mientras que en España es casi universal la infraestructura apropiada de los servicios de red y en el interior de las unidades.

En la Argentina un porcentaje pequeño pero cualitativamente relevante de hogares de pareja sola viven en situación de inquilinos, o bien en condiciones de hacinamiento medio, es decir, solamente disponen de un único ambiente para dormitorio y comedor. Por otra parte, en el Brasil y México, en los tradicionales hogares de familias extensas o compuestas aumenta la prevalencia del hacinamiento crítico.

Finalmente, en los países latinoamericanos, la vida cotidiana de la amplia mayoría de las personas adultas mayores transcurre en el ámbito hogareño. Todavía son bajas las proporciones de personas mayores que residen en instituciones de larga estadía, si bien aumentan en el grupo de mayores de 80 años. En España, en cambio, durante la última década se incrementó de manera notoria tanto el porcentaje de personas mayores de 80 años respecto del total de la población, como el porcentaje de personas de ese grupo de edad que residen en instituciones de larga estadía.

3.11.8- Maltratos y violencia en los cuidados

Otro aspecto que se encuentra inmerso en el tema de los cuidados es la cuestión del maltrato y la violencia. Al respecto Arroyo *et al.*, (2013) muestran cómo en el proceso de cuidado familiar, las dinámicas se complejizan y la violencia surge, en torno a la vejez y la enfermedad. Ello, a partir del análisis cualitativo de tres casos de adultos mayores y su dinámica familiar en la Ciudad de México. Encuentran que las personas de edad avanzada con diferentes niveles de vulnerabilidad social cuentan con recursos familiares, socioeconómicos y emocionales para hacer frente a la problemática propia y a la de sus descendientes. Por lo que se refiere al cuidado, las mujeres que lo llevan a cabo, a pesar de protestar e intentan poner límites a una desigual responsabilidad respecto de otros miembros de la familia, siguen inmersas en un contexto de violencia simbólica y desgaste emocional.

3.11.9- Migración y cuidado

Entre los trabajos realizados desde la perspectiva sociodemográfica se encuentra el de Montes de Oca *et al.*, (2012), las cuales identifican, a partir del método cualitativo por medio de entrevistas a adultos mayores y familias transnacionales ante enfermedades físicas y mentales, las estrategias para atender la salud en la vejez en familias de origen mexicano en Guanajuato y Estados Unidos. Encuentran que la familia combina estrategias locales y transnacionales para apoyar y cuidar la salud del adulto mayor. También encuentran que la eficiencia del apoyo está condicionado por la experiencia

migratoria de los padres ancianos y de su descendencia.

El trabajo realizado en Italia por Bettio *et al.*, (2011) aborda el *care drain*, las migraciones femeninas que, en las sociedades del sur de Europa, han permitido hacer frente a las nuevas necesidades de cuidados. El artículo explora las interconexiones entre la feminización de la migración, por un lado, y el cambio en curso en los regímenes de cuidado del sur de Europa, por el contrario. Para esto, realizan un análisis bibliográfico. Concluyen que las prestaciones de atención a largo plazo son prioritarias en lugar del cuidado de la familia tradicional.

3.11.10- Adultos mayores cuidadores de otros

El tema de los cuidadores con edad avanzada que cuidan de otros adultos mayores ha sido abordado por diversas investigaciones:

En Portugal, Gongalves *et al.*, (2013), estudian a 9 personas mayores que cuidan a un adulto mayor dependiente, por medio de entrevista semi-estructurada y observación participante. Sus resultados indican que los cuidadores informales brindan apoyo a los mayores dependientes las 24 horas del día. Además, asumen la responsabilidad de cuidar a una persona mayor debido a diferentes causas (razones personales, familiares, emocionales, sociales, económicas y morales). Si bien esta labor tiene impactos negativos en términos económicos y emocionales, también tiene impacto positivo en su vida en el sentido de que se da un reconocimiento personal y hay satisfacción personal.

Desde una visión antropológica, Robles (2003) en los años 1997 y 2000 realiza trabajo de campo en un barrio popular en Guadalajara, donde aplica entrevistas a mujeres que se dedican a cuidar a algún enfermo de diabetes. Encuentra que las cuidadoras eran las esposas e hijas de los enfermos, con edad promedio de 51.9 años, una tercera parte eran ancianas y 70% eran adultas. En el caso de las ancianas todas eran cuidadoras primarias mientras que las adultas sólo 70%. El 63% tenían alguna enfermedad crónica, todas las cuidadoras vivían con el o ella (persona enferma de diabetes) en la misma unidad doméstica. Llega a la conclusión de que la mayoría tiene experiencias previas en el cuidado, aspecto que hace alusión al título de su trabajo *Una vida cuidando a los demás. Una "carrera" de vida en ancianas cuidadoras.*

Para finalizar, el estudio de Ruelas y Salgado (2014), desde la perspectiva sociodemográfica, deja ver los riesgos a los que son expuestos los adultos mayores cuidadores de otros. Dicho estudio lo lleva a cabo entre junio de 2004 y agosto de 2005, con personas de 60 años y más que residían en colonias urbanas marginales de

Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán. Sus principales resultados muestran que entre los factores que están relacionados con ser cuidador de otros son: ser mujer, contar con 60 a 69 años de edad, tener compañero, realizar labores domésticas en el hogar, no contar con apoyo instrumental familiar, reportar haber tenido lesiones físicas y haber sido maltratado como consecuencia de problemas familiares.

CAPÍTULO 4. ESTRATEGIA TÉCNICO-METODOLÓGICA: ESTUDIO NACIONAL DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO (ENASEM)

La vejez sólo puede ser entendida en totalidad; no es sólo un hecho biológico, sino un hecho cultural.

De Beauvoir, 2016: 20.

Introducción

En este penúltimo capítulo se proporciona un panorama histórico sobre algunas de las encuestas, más significativas, en adultos mayores llevadas a cabo en México, para así, entrar en materia sobre el por qué se elige la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México del año 2012 para desarrollar ésta investigación. Además, se describen las potencialidades y limitaciones de la encuesta antes mencionada.

Posteriormente, se expone la parte técnico-metodológica de dicha encuesta, por medio de la justificación y operacionalización de cada una de las variables consideradas en miras a obtener los resultados con base en los datos de la ENASEM, 2012, los cuales se exponen en el último capítulo.

4.1- Encuestas sobre adultos mayores en México

La investigación sociodemográfica del envejecimiento en México, hasta hace tres lustros sólo era posible de realizar de forma indirecta por medio del análisis de información sobre adultos mayores contenida en los censos, sin embargo, los datos obtenidos de esta fuente son principalmente descriptivos, por lo que el estudio de la temática si bien eran pioneros, no eran exhaustivos y caían en la parte descriptiva (Cantú, 2009).

En la misma tesitura se encontraban las primeras encuestas en virtud de que ninguna tenía como sujetos de estudio a las personas en edades avanzadas (Cantú, 2009).

Es en los años 90's cuando la investigación sobre el envejecimiento en México tiene su auge. Donde además de la información censal, surgieron encuestas enfocadas a recolectar datos acerca de la vida cotidiana de la población senescente mexicana, aspecto que enriqueció su análisis (Cantú, 2009). Por ende, no es casual que los datos censales y las encuestas han sido una herramienta importante en la construcción de información sobre la temática hasta nuestros días.

A pesar de lo anterior, de acuerdo a Gutiérrez (2004), existen fuentes de

información asequibles, insuficientemente explotadas y susceptibles de un más profundo análisis. Dichas fuentes que contienen datos acerca de la funcionalidad y la dependencia, la morbilidad específica de los adultos mayores y la utilización de servicios de salud brindan una serie de datos esenciales para una adecuada planeación.

En las siguientes líneas se brinda un panorama sobre algunas de las principales encuestas realizadas en nuestro país cuyo eje rector es el tema del envejecimiento.

4.1.1- Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE), 1994

En el segundo semestre de 1994, el Consejo Nacional de Población y el DIF levantaron la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (ENSE). Ésta tiene la peculiaridad de ser la primer encuesta de cobertura nacional enfocada a captar información sobre la población en edades avanzadas. La encuesta comprende 5 339 registros de igual número de personas con 60 años y más residentes en hogares. El diseño muestral contempla como dominios las localidades urbanas y rurales. La encuesta recogió información referente a las características familiares laborales y de salud de los mayores de 60 años. Ello permitió avanzar en el conocimiento que hasta entonces se tenía de la calidad de vida durante la vejez, de la estructura y funcionamiento de los apoyos sociales orientados a los adultos mayores, así como de la capacidad funcional de la población de adultos mayores (CONAPO-DIF, 1994 citado en Solís, 1997: 261; Gutiérrez, 2004; Cantú, 2009).

4.1.2- Cross-cultural Research on Nutrition of Older Subjects (CRONOS), 1995

Un año más tarde, en 1995, como parte de un estudio de colaboración multinacional, se efectuó una encuesta transversal sobre el estado nutricional de personas mayores en comparación con un grupo de individuos de edad media en tres comunidades: urbana, suburbana y rural. Dicha encuesta tiene el objetivo de obtener información para su uso en la mejora del estado nutricional y de salud de las poblaciones desfavorecidas de los países en desarrollo. Se caracteriza por un enfoque de investigación multidisciplinar a través de las disciplinas de la nutrición, medicina, salud pública, y la política alimentaria. La información está centrada en el estado nutricional y sus relaciones con la salud en general, el estado funcional y la situación socioeconómica (Gutiérrez, 2004).

4.1.3- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1995

En 1995 se efectúa en la Ciudad de México una encuesta a 5 500 individuos

derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con una estructura y finalidad semejante a la de la ENASEM y el SABE, cuyos resultados han sido publicados en conjunto con la Fundación Mexicana para la Salud (Reyes, 2001 citado en Gutiérrez, 2004: 55).

4.1.4- Evaluación de la calidad de vida en las instituciones de albergue para las personas de edad avanzada en el Distrito Federal, 1995

En 1995, bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OMS), se efectuó en la ciudad de México una primera observación acerca de la calidad de la atención brindada en las instituciones de cuidados prolongados para ancianos (Gutiérrez, 1996 citado en Gutiérrez, 2004: 56).

En aquella época se evidenció la existencia de importantes carencias en algunas áreas de este importante sector de servicios. Quizá las carencias más agudas fueron manifiestas en algunas instituciones gubernamentales y, muy particularmente, en el ámbito de las instituciones que prestan sus servicios con fines lucrativos. En general, se observó una ausencia de correlación entre los servicios ofrecidos y las necesidades de los residentes. Por lo regular la oferta quedó por debajo de las necesidades expresadas por el nivel de dependencia de la población albergada. El segundo estudio fue diseñado con base en la experiencia obtenida del previo, y constituye un nuevo esfuerzo por mejorar nuestra comprensión del fenómeno a través de la aportación de información sustantiva, basada en la observación sistemática y objetiva de una muestra aleatoria de las instituciones de albergue para adultos mayores en el Distrito Federal, así como de sus moradores. La metodología adoptada para este propósito fue modificada a partir del método propuesto por el grupo de estudio y de investigación sobre la invalidez en la edad avanzada de la Fundación Nacional de Gerontología francesa (Dupont, 1990 citado en Gutiérrez, 2004: 56).

El método permite analizar la política institucional efectiva y los medios y recursos puestos en juego por la institución, además de ponderarlos. Identifica las fortalezas y las debilidades y abre vías de investigación para la mejora de las instituciones (Gutiérrez, 2004).

4.1.5- Encuesta sobre Envejecimiento Cognoscitivo en la Ciudad de México (ESEC), 1999

Con un diseño metodológico equiparable al Estudio Canadiense de Salud y

Envejecimiento en su primera vuelta. Esta encuesta sobre 4 047 individuos en comunidad residentes de la Ciudad de México describe la epidemiología del deterioro cognoscitivo, la depresión y sus implicaciones funcionales (Gutiérrez, 2001 citado en Gutiérrez, 2004: 56).

La información que provee es invaluable pues contiene datos que permiten detallar la naturaleza de los padecimientos demenciales, sus implicaciones funcionales y su relación con el estado de salud y algunos factores sociodemográficos (Gutiérrez, 2004).

4.1.6- Encuesta sobre la Salud y el Bienestar en el Envejecimiento (SABE), 1999

La Encuesta sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento, mejor conocida como SABE, “es la segunda encuesta multicéntrica auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud. La primera fue ENA (Encuesta de Necesidades de los Ancianos) llevada a cabo durante la década de los 80 en 12 áreas urbanas de América Latina y el Caribe” (Palloni y Peláez, s/f: 14).

Dicha encuesta fue creada para cumplir con dos objetivos, el primero, para evaluar el estado de salud de las personas de 60 años y más residentes en hogares privados ocupados por residentes permanentes en algunas ciudades de la región²³, en miras a producir información rigurosamente comparable entre los países participantes para evaluar las condiciones de salud más importantes y sus determinantes socioeconómicos. Por lo que se refiere al segundo, para promover un mayor diálogo entre la investigación en salud pública y el estudio del envejecimiento, a fin de fortalecer un trabajo interdisciplinario en el que colaborarían epidemiólogos, demógrafos, sociólogos y geriatras (Albala *et al.*, 2005; Palloni y Peláez, s/f).

Es de mencionar que ésta encuesta “incluye módulos sobre características básicas demográficas y del hogar, autoevaluación de las condiciones crónicas y agudas, medidas antropométricas, discapacidad y deficiencias físicas, depresión y estado cognitivo, acceso y uso de los servicios de salud, transferencias familiares e institucionales, y fuerza de trabajo y jubilación” (Palloni y Peláez, s/f: 3).

4.1.7- Censos de Población y Vivienda

En México, el primer instrumento de captación que incluye el tema de Discapacidad, data del Censo de Población de 1900, a través de la pregunta referente a defectos físicos e

²³ De acuerdo a Palloni y Peláez (s/f), los países participantes con sus respectivas ciudades capitales fueron: Argentina (Buenos Aires), Barbados (Bridgetown), Brasil (San Pablo), Chile (Santiago), Cuba (La Habana), México (Ciudad de México) y Uruguay (Montevideo).

intelectuales; sin embargo, las experiencias de medición señalan que aun cuando se carece de documentos metodológicos que precisen los aspectos observados en cada variable por los datos proporcionados en las fuentes censales de esos años, se sabe que en 1900 y 1910 se contabilizó a ciegos, sordomudos, idiotas y locos; en los censos de 1921, 1930 y 1940 se captaron las variables: sordos, mudos, tullidos, cojos, mancos y jorobados. Por lo tanto, desde 1900 hasta 1940, el tema se captó a través de las preguntas sobre defectos físicos y mentales de la población; es así que en los censos aplicados en la primera mitad del siglo pasado, se priva la conceptualización de la discapacidad como defecto de estructura o función, es decir, de deficiencia. La temática se vuelve a abordar hasta la década de los noventa en el cuestionario de la Encuesta del Censo 1995, en la sección “Subsidios, Servicios de salud y Discapacidad”, a través de una pregunta por hogar, que identifica el número de personas mudas, ciegas, sordas, aquellas que les falta toda o una parte de sus piernas o brazos, así como las que necesitan de un aparato o de la ayuda de una persona para caminar y moverse, y las que presentan problemas de tipo mental (INEGI, 2011).

Es hasta 1995 cuando el Plan Nacional de Desarrollo de 1995-2000 establece que el Gobierno dará atención especial a los grupos vulnerables, que incluyen a personas con discapacidad, a fin de garantizar su acceso al desarrollo en condiciones de equidad. Para ello plantea, entre otras estrategias, el diseño e instrumentación de programas para apoyar directamente a la población con discapacidad, y la creación del Sistema Nacional de Información sobre Población con Discapacidad (INEGI, 2011). Es aquí donde el Censo del año 2000 cobra relevancia en virtud de que a partir del año antes referido incluye preguntas (ver figura 5) para cuantificar al total de personas con discapacidad, así como a la población con limitaciones para realizar actividades de la vida diaria (López, 2013).

Figura 5. Preguntas sobre discapacidad contenidas en el Censo de Población y Vivienda, 2000

TIPO DE DISCAPACIDAD	CAUSA DE LAS DISCAPACIDADES
<p>¿(NOMBRE) tiene dificultad para:</p> <p><small>Lee todas las opciones y marque con "X" la(s) respuesta(s) afirmativa(s)</small></p> <p>oír, aunque use aparato o audífono ? <input type="radio"/> 1</p> <p>ver bien, aún con lentes ? <input type="radio"/> 2</p> <p>moverse o caminar (usa aparato) ? <input type="radio"/> 3</p> <p>tiene alguna dificultad mental ? <input type="radio"/> 4</p> <p>tiene otra discapacidad _____</p> <p style="text-align: center;"><small>Anote la dificultad</small></p> <p>No tiene dificultad física o mental <input type="radio"/> 8</p>	<p>¿ (NOMBRE) tiene estos problemas ?</p> <p><small>Marque con "X" un solo círculo</small></p> <p>porque nació así ? <input type="radio"/> 1</p> <p>por una enfermedad ? <input type="radio"/> 2</p> <p>por un accidente ? <input type="radio"/> 3</p> <p>por alcohol o drogas ? <input type="radio"/> 4</p> <p>por edad avanzada ? <input type="radio"/> 5</p> <p>por otra causa ?</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><small>Anote la causa</small></p>

Fuente: tomado de INEGI (2001: 48).

4.1.8- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)

A pesar de la existencia de encuestas especializadas aplicadas a la población en México, como las encuestas nacionales de salud, de nutrición, empleo e ingreso/gasto, no se contaba con un trabajo dedicado a la dinámica de la salud y el envejecimiento de los adultos mayores que combinara las diversas áreas que conforman el desarrollo de este sector, desde su niñez hasta su situación actual, así como las áreas que forman su bienestar en una variedad de dimensiones además de la salud (Wong *et al.*, 2007).

Es por ello que en el año 2000 se llevó a cabo un trabajo prospectivo de panel sobre personas de 50 años de edad o más, financiado por el National Institute on Aging/National Institutes of Health de Estados Unidos. La investigación fue realizada por investigadores de las universidades de Pensilvania, Maryland y Wisconsin (Estados Unidos), y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, México). El protocolo de investigación se elaboró en coordinación con el INEGI y fue evaluado y aprobado por la Mesa de Revisión Institucional (Institutional Review Board) para ética y bioseguridad de las tres universidades involucradas (Wong *et al.*, 2007).

De tal manera que en el año 2001 se llevó a cabo la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y, a partir de ésta encuesta longitudinal, se estudia tanto el proceso como la dinámica de salud del envejecimiento, a partir de las personas con 50 años, lo que permite examinar el proceso de cambios socioeconómicos y en la salud que pudieran manifestarse desde las etapas anteriores a las edades tradicionales de retiro (Wong *et al.*, 2007).

Es así que, de acuerdo a Wong *et al.*, (2007: 438) el cuestionario incluyó los siguientes aspectos:

- Medidas de salud: autorreportes de condiciones, síntomas, estado funcional, estilo de vida (por ejemplo historia de tabaquismo, consumo de alcohol, y ejercicio), depresión, dolor, desempeño de lectura y estado cognoscitivo.

- Antecedentes: salud y condiciones de vida en la niñez, educación, alfabetismo, historia migratoria e historia marital.

- Familia: listados de todos los hijos (incluyendo los que no residen con el adulto mayor y los ya fallecidos); para cada uno, sus atributos demográficos, indicadores resumen de salud actual y en la niñez, educación, actividad económica actual, migración. Experiencias migratorias de los padres y hermanos. Características sociodemográficas de todos los residentes del hogar actual.

- Transferencias: ayuda financiera y de tiempo proporcionada a, y recibida por el

informante de sus hijos, indexado a cada hijo; ayuda financiera y de tiempo a los padres.

- Datos económicos: fuentes y cantidades de ingreso incluyendo salarios, pensiones, y ayudas del gobierno; tipo y valor de bienes. Uso/proveedor/gastos de servicios de salud. Se utilizaron preguntas de rescate para reducir la falta de respuesta en todas las variables sobre cantidades.

- Trabajo: aspectos de la historia laboral, ocupación, posición en el trabajo, y lugar de trabajo habitual.

- Ambiente de la vivienda: tipo, ubicación, materiales de construcción, otros indicadores de calidad de la vivienda, regularidad de la propiedad y disponibilidad de bienes de consumo duradero.

- Antropométricas: en una submuestra de 20%, se midió peso, estatura, circunferencia de cintura, cadera, pantorrilla, altura de la rodilla y balance sobre una pierna.

- Impresiones personales: autoevaluación de la salud en general, opinión personal del estado económico individual, del nivel de control en decisiones, del nivel de ayuda familiar.

- Viudez: para las personas que enviudaron entre 2001 y 2003, los cambios económicos, de trabajo y de residencia ocurridos como resultado del fallecimiento del cónyuge.

La encuesta inicial fue realizada en 2001, y en 2003, se completó una encuesta de seguimiento con las mismas personas. La muestra para la encuesta inicial fue seleccionada a partir de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) del cuarto trimestre de 2000 realizada por el INEGI. En la encuesta del 2001 se entrevistó a 15 186 personas para una tasa global de respuesta de 91.8 por ciento. De este total, 1 032 fueron entrevistas por sustituto. El seguimiento en 2003 recontactó exitosamente a 93% de los individuos entrevistados originalmente, y se levantaron 546 entrevistas acerca de personas fallecidas entre 2001 y 2003 (Wong *et al.*, 2007).

Cabe resaltar que en el año 2012 y 2015 se levantó la misma encuesta. Por lo que se refiere a la encuesta 2012, ésta se detalla más adelante en el punto 4.6, mientras que la perteneciente al año 2015, aún no se cuenta con información disponible.

4.1.9- Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF), 2006

La Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF) fue auspiciada por el Gobierno de la Ciudad de México, con el apoyo del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y El Colegio de México (COLMEX) (Cantú, 2009). El cuestionario se aplicó del 19 de abril al 3 de junio de 2006 y se trata de una muestra de 626 (Giraldo, s/f).

Ésta encuesta es pionera en América Latina y el Caribe sobre el tema de maltratos en adultos mayores y surge como resultado de una preocupación por las condiciones de vida de un grupo de la población que cada vez se hace más importante en porcentaje dentro de la estructura de la población general. Por lo que su objetivo es obtener información con representatividad a nivel Distrito Federal y generar información sobre la dimensión, caracterización y prevalencia del maltrato en personas de 60 años y más que residen permanentemente en viviendas particulares dentro de los límites de las 16 delegaciones que comprenden el Distrito Federal en la entidad federativa, que permita desarrollar investigaciones que contribuyan a orientar las decisiones en materia de políticas para erradicar este problema social (Giraldo, s/f).

A partir de ésta encuesta, de acuerdo a Giraldo (s/f), se puede obtener información sobre la prevalencia y el tipo de maltrato hacia las personas adultas mayores que viven en el Distrito Federal. Además de conocer, por una parte, los factores de riesgo que se asocian con el maltrato hacia las personas adultas mayores y, por otra, el perfil de la(s) persona(s) que cuidan, ayudan o acompañan la mayor parte del tiempo a la persona adulta mayor.

4.2- Fuente de información

Para cumplir los objetivos, la fuente a utilizar es la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) ronda del 2012. La ENASEM es un estudio prospectivo de panel, tiene representatividad nacional según tamaño de la localidad (menos de 100 mil habitantes y más de 100 mil) de las personas nacidas en 1951 o antes. El primer levantamiento se llevó a cabo en 2001, con encuestas de seguimiento en 2003 y 2012. En este último se añadió una nueva cohorte de adultos nacidos entre 1952 y 1962. Además, por una parte, el cuestionario cuenta con una serie de preguntas sobre las características de los miembros del hogar donde reside el adulto mayor; por otro lado, se cuenta con un matriz de información sobre las personas que forman parte de su red de

apoyo social y familiar; y por otra, se tiene información sobre las condiciones de salud, económicas, sociodemográficas, familiares e institucionales de las personas con 50 años y más. Adicionalmente, en 2001 y 2003, se obtuvieron medidas antropométricas de una submuestra. En 2012, se incorporaron una serie de biomarcadores a una submuestra (ENASEM, 2012).

La ENASEM 2012 tiene el propósito de actualizar la información estadística recabada en los levantamientos anteriores (2001-2003) sobre la población de 50 años y más en México, con representación urbana y rural, que permita evaluar el proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades y la discapacidad en la realización de sus actividades, cualquiera que sean éstas (INEGI, s/f).

La ENASEM tiene como población objeto a determinadas personas que en el 2001 tenían 50 años y más, y en su caso su cónyuge; teniendo como sujeto de estudio a la persona seleccionada de 50 años y más y su cónyuge o compañero(a) sin importar la edad. Para los casos en que la persona seleccionada tenga algún impedimento como enfermedad, discapacidad o bien haya fallecido, la persona que proporcionará la información es el informante sustituto, que es la persona que tiene o tenía contacto frecuente y estrecho con la persona seleccionada y que conoce bien la información (INEGI, s/f).

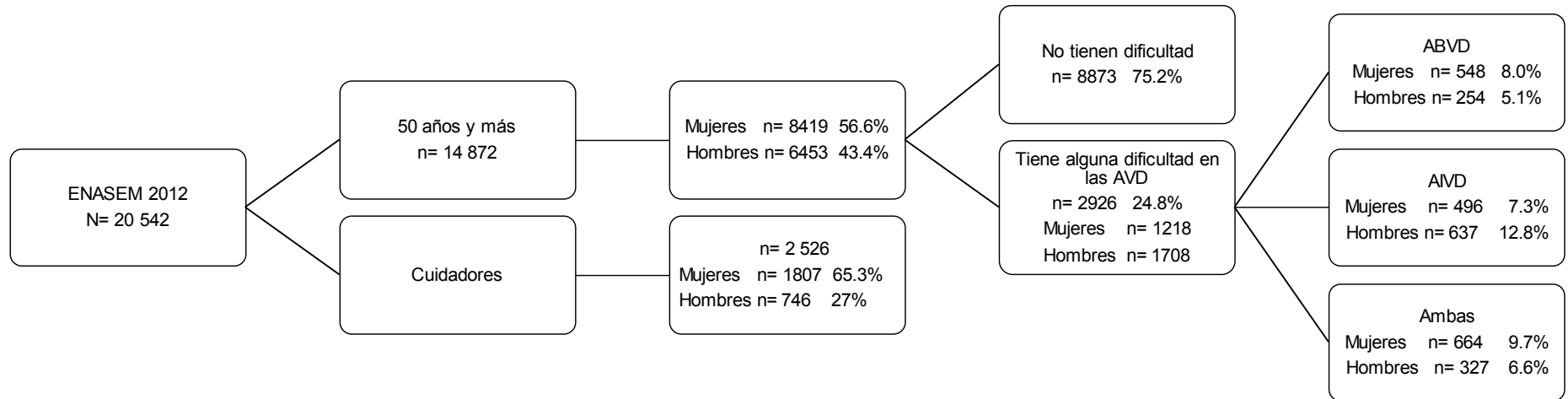
El diseño muestral de la encuesta es probabilístico y por conglomerados, donde la unidad última de selección son las personas de 50 años y más que residen habitualmente en viviendas particulares dentro del territorio nacional. El marco de muestreo que se utilizó es el listado de direcciones de las personas que reportó la ENOE y del listado de la ENASEM 2003, la cobertura de la encuesta es para dar resultados a nivel nacional.

Es de mencionar que si bien la base de datos ENASEM da pie a realizar un estudio longitudinal, para fines de ésta investigación se realiza un estudio transversal debido a diversos factores, entre ellos se pueden mencionar los siguientes: la complejidad del manejo de la base, debido a la gran cantidad de filtros que maneja en cada una de las diferentes bases que componen la ENASEM 2001, 2003 y 2012, lo cual dificulta el pegado de las bases a nivel hogar con la parte individual de los tres años arriba mencionados. Aunado a que cada base de cada año tanto a nivel hogar como individual, manejan claves distintas a lo cual requiere de la construcción de una nueva clave.

En el caso de la muestra utilizada para desarrollar la investigación se tiene que de los 20 542 casos que pertenecen a las personas de seguimiento, se eliminaron los casos cuya edad era menor a los 50 años, de tal forma que partimos de una muestra de 14 832

individuos a los cuales se les aplicó toda la batería de preguntas del cuestionario, de tal forma que 56.6% son mujeres y 43.4% son hombres. A partir de ello, se identificó a la población con dependencia funcional por medio de la pregunta sobre si el individuo tiene o no alguna dificultad para realizar cada una de las AVD, resultando un total de 2 926 casos con dependencia funcional, representando 24.8% del total. Además, en el caso de los cuidadores, estos se identificaron a partir de la pregunta sobre quiénes ayudan a realizar las AVD, de tal forma que se tiene una muestra de cuidadores de 2 526 donde 65.3% son mujeres en tanto que 27% son hombres (ver figura 6).

Figura 6. Aspectos generales de la muestra utilizada



Fuente: elaboración propia con base en información de la ENASEM 2012

4.2.1- Justificación del porqué se elige la ENASEM 2012

A pesar de las múltiples encuestas mexicanas que consideran a la población adulta mayor, se elige la ENASEM 2012²⁴ en virtud de tener la información más reciente y completa sobre la población de 50 años y más en términos de salud, cuidados, Actividades de la Vida Diaria (AVD), aspectos sociodemográficos, entre otros. Lo cual nos permite abordar con alto rigor estadístico nuestro tema de interés, es decir, el envejecimiento, la dependencia funcional y los cuidados informales.

Otras de las razones del por qué se elige la encuesta antes referida es por su representatividad a nivel nacional, además de que al ser de índole longitudinal ello da pie a que en un futuro se pueda continuar fortaleciendo la temática aquí expuesta.

4.2.2- Potencialidades y limitaciones

Una de las virtudes de la ENASEM es que ofrece un potencial de análisis extremadamente amplio, con el que no se contaba anteriormente, para la investigación del bienestar de la población en los procesos de envejecimiento en México. Además, tiene cobertura nacional en áreas urbanas y rurales, con observaciones en el tiempo a las mismas personas; cobertura temática amplia; alta calidad, y puesto a disposición del público, incluye características altamente deseables con gran potencial analítico, algo con lo que no se había contado hasta ahora en México para el análisis de los procesos de envejecimiento (Wong *et al.*, 2007).

Sin embargo, esta encuesta también cuenta con limitaciones y, una de ellas es que carece de representatividad estatal (Wong *et al.*, 2007).

Otra limitante es que la perspectiva emocional tiene estrecha relación y asume un papel importante en el tema de los cuidados, sin embargo, al ser éste de índole cualitativo, la encuesta no cuenta con este tipo de información por lo que sólo es posible considerar el tema de los cuidados desde la parte cuantitativa, en términos de caracterizar a las personas que cuidan.

Por lo que se refiere a las problemáticas que surgen durante el transcurso de la construcción de la base de datos sobre dependencia y cuidados, entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

- 1.- El principal problema radica en el pegado de las bases entre hogares e individuos en virtud de que cada conjunto de bases maneja claves distintas y, por ende,

²⁴ La ENASEM se levantó por primera vez en 2001, posteriormente en el año 2003 y, la más reciente, en el 2012.

no se puede realizar el pegado de manera directa sino que se debe construir una nueva clave para poder realizar la unión entre hogares e individuos.

2.- No existe diferencia entre sexos en términos de parentesco y situación conyugal, es decir, las categorías se manejan como cónyuge, hijo(a), nieto(a), soltero(a), viudo(a) por mencionar algunos.

3.- Existen registros repetidos en los hogares.

4.3- Aspectos técnico-metodológicos

La estrategia técnico-metodológica propuesta para el cumplimiento de objetivos, hipótesis y preguntas guía requirió de procesos conceptuales y técnicos específicos como la organización de las bases de datos originales²⁵ para poder codificar las variables relacionadas con la dependencia funcional, los cuidados informales, así como algunas características básicas de la población.

A continuación, se describen los pasos realizados sobre cómo se trabajó la ENASEM 2012 para poder llevar a cabo lo antes mencionado.

- 1) Se descargaron cinco bases de datos de dicha encuesta en formato .sav²⁶ para poder ser trabajadas en el programa estadístico *spss versión 21*®.
 - a) Base de datos `sect_a_c_d_e_pc_f_h_i_em_2012`
Es la información de los entrevistados (adultos mayores)
Sección a: datos demográficos
Sección c: salud
Sección d: control y servicios de salud
Sección e: ejercicios cognoscitivos
Sección pc: salud-ejercicios cognoscitivos
Sección f: padres y ayuda a padres
Sección h: funcionalidad y ayuda
Sección i: empleo
Sección em: eventos importantes
 - b) Base de datos `sect_b_non_resident_follow_up_2012`
Son los hijos no residentes para persona de seguimiento
 - c) Base de datos `sect_b_non_resident_new_sample_2012`

²⁵ Agradezco el apoyo del Dr. José Luis Castrejón, adscrito a la ENAH.

²⁶ Los archivos se descargaron de la página ENASEM <http://www.enasem.org/> [fecha de consulta: 6 de octubre de 2014].

Son los hijos no residentes para persona nueva

d) Base de datos sect_trh_follow_up_2012

Tarjeta de registro de residentes del hogar para persona de seguimiento

e) Base de datos sect_trh_new_sample_2012

Tarjeta de registro de residentes del hogar para persona nueva

- 2) Una vez descargado los insumos necesarios, se trabajó con la información de los entrevistados (adultos mayores), es decir, se seleccionaron aquellas secciones relacionadas con las características sociodemográficas (a), de salud (c), servicios de salud (d), funcionalidad y ayuda(h) y, finalmente, empleo(i). A partir de ello se trabajó la parte relacionada con el tema de la dependencia funcional en personas de 50 años y más (la construcción de variables e indicadores se detalla en el punto 4.3.1.1).
- 3) Después de haber caracterizado a la población con dependencia funcional, se conformó una nueva base de datos con la información de éstos y de las cuatro bases restantes que fueron descargadas (aspectos b, c, d y e del punto 1), en miras a llevar a cabo el tema de la dependencia funcional y de los cuidados de manera conjunta. Para ello se concatenaron, por una parte, las bases sobre los hijos no residentes y, por otra, las tarjetas de registro de residentes. Posteriormente, se fundieron estas dos bases de datos, de tal forma que se obtuvo una nueva sobre las características de las personas que realizan los cuidados. Finalmente, se realizó el ensamble entre la base sobre las características de los dependientes funcionales y la de los cuidados para cumplir con el objetivo general de la investigación. Es de mencionar que la construcción de variables e indicadores sobre el tema de los cuidados se describe más adelante, específicamente, en el apartado 4.3.1.1.

Una vez explicada la conformación de las bases de datos, dentro de la parte técnico-metodológica, se describe la construcción de cada una de las variables y su respectiva justificación. Para fines prácticos la estrategia técnico-metodológica se divide en dos, por una parte, la dependencia funcional y, por otra, los cuidados.

4.3.1- Dependencia funcional

Con relación al tema de la dependencia funcional, se caracterizó a la población de 50 años y más con dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo sobre cada una de las actividades antes mencionadas. Asimismo, se construyeron dos índices dicotómicos a partir de cada conjunto de actividades, es decir, uno sobre dificultad para realizar al menos una ABVD y, otro sobre dificultad para realizar al menos una AIVD. También, se realizó un análisis de asociación entre las dificultades para realizar ABVD, AIVD, aspectos sociodemográficos, de salud e institucionales, ello por cada sexo, calculando el estadístico de contraste Ji-cuadrado; en el caso del índice de depresión y de acceso a servicios de salud se realizó la prueba t para medias independientes en virtud de ser variables cuantitativas.

Además, se llevó a cabo una relación causal entre diversos factores sociodemográficos, de salud e institucionales respecto a la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, por lo que considerando los índices dicotómicos construidos respecto a las ABVD y las AIVD como variables dependientes, se ajustaron dos modelos de regresión logística binaria, tomando por separado hombres y mujeres, para cada conjunto de actividades.

Una vez finalizada la parte relacionada con la dependencia funcional, se realizó un análisis descriptivo de las personas de 50 años y más que tienen dificultad para desempeñar las actividades de la vida diaria y sí reciben apoyo para poder llevarlas a cabo. Por último, se describen algunas características sociodemográficas y de salud de las personas que tienen alguna de las dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria pero que carecen del apoyo necesario para solventarlas.

Es así que en las próximas páginas se detalla la justificación y construcción de cada una de las variables utilizadas en el análisis de la dependencia funcional. Mientras que los resultados obtenidos y su respectivo análisis se verá en el capítulo 5.

4.3.1.1- Construcción de variables e indicadores

En este apartado se justifican cada una de las variables utilizadas para conocer la parte de la dependencia funcional y, posteriormente, su respectiva operacionalización.

Por lo que se refiere a las variables *sociodemográficas* se considera el sexo, la edad, la situación conyugal, el número de hijos, los años de estudio, el tamaño de localidad de residencia y la actividad laboral actual. En tanto que las variables relacionadas a la *salud* se toman en cuenta el estado de salud autopercebido, el diagnóstico de enfermedades (hipertensión, diabetes, artritis, cáncer), el dolor físico, haber sufrido caídas recientemente, la falta de alguna extremidad, padecer depresión, tener dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y tener problemas de salud a

causa de actividad laboral. Finalmente, se considera el acceso a servicios de salud, en este caso como variable *institucional*.

Entre las variables sociodemográficas que se asocian a la dependencia funcional es el sexo, donde la evidencia empírica indica que el tipo y nivel de dependencia es diferente entre hombres y mujeres, donde son estas últimas las que presentan mayor dependencia (Menéndez *et al.*, 2005; Arnau *et al.*, 2012; Paredes y Pérez, 2014; Montes de Oca, 2007 en Arroyo *et al.*, 2011: 37; Abellán y Esparza, 2010; Carrascosa, 2011; INEGI, 2014; Otero *et al.*, 2004). Sin embargo, se debe tener en cuenta que al ser mayor la esperanza de vida en las mujeres, también están a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional (Jentoft-Cruz, 2003 citado en Satorres, 2013: 63). Aunque la influencia directa de este factor sobre la dependencia funcional no es del todo clara y, esta relación entre sexo y dependencia puede deberse a la presencia de otras variables más relevantes. En concreto, debido a una mayor expectativa de vida y a cuestiones de tradición; las mujeres mayores muestran una mayor probabilidad de multimorbilidad, viven más tiempo con discapacidad, poseen una peor percepción de la propia salud, tienen mayor posibilidad de ser viudas y de ser analfabetas, y de poseer menos recursos económicos que los hombres (Carretero *et al.*, s/f).

Otra de las variables que son explicativas de la dependencia es la *edad*, en virtud de que el porcentaje de personas con alguna limitación en sus actividades de la vida diaria tiende a aumentar conforme avanza la edad (Manrique *et al.*, 2011; Machado *et al.*, 2014; Jiménez e Hijar, 2007; Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Dorantes *et al.*, 2007; Zavala y Domínguez, 2011; Cheix *et al.*, 2015; Arnau *et al.*, 2012; Paredes y Pérez, 2014; Montes de Oca, 2007 en Arroyo *et al.*, 2011: 37; González 2011; Solís, 1999; Hebrero, 2004; Carrascosa, 2011; INEGI, 2014; Casado y López, 2001). El incremento de las situaciones de dependencia evoluciona más rápido a partir de los 50 años (IMSERSO, 2003 citado en Carretero *et al.*, s/f: 17), con una aceleración notable alrededor de los 80 años (Casado y López, 2001). De este modo parece clara la evidencia que indica que existe una estrecha relación entre la dependencia y la edad, siendo por tanto lógico que la dependencia se vea como un aspecto vinculado al envejecimiento, aunque se debe tener en cuenta que ésta recorre toda la estructura de edades de la población y, por tanto, no se puede circunscribir al colectivo de las personas mayores, aún cuando sean éstas las que con más frecuencia se ven afectadas (Satorres, 2013).

La presencia de la dependencia también muestra un patrón diferenciado en función de la *situación conyugal* (Zavala y Domínguez, 2010; Barrantes *et al.*, 2007;

Zavala y Domínguez, 2011). La viudedad entre las personas mayores parece mostrar una fuerte relación con la dependencia (Carretero *et al.*, s/f). Sin embargo, diversos autores afirman que tras esta asociación entre estado civil y dependencia se oculta la influencia de otras variables como el estado de salud (Escudero *et al.*, 1999 en Carretero *et al.*, s/f: 19), la posesión de una vivienda (Grundy y Glasser, 2000 en Carretero *et al.*, s/f: 19), y la percepción de soledad, vulnerabilidad y abandono (IMSERSO, 2002 en Carretero *et al.*, s/f: 19).

Por lo que respecta a los *años de estudio*, varios trabajos refieren que existe relación positiva entre el bajo nivel educativo y el desarrollo de la dependencia funcional (Carretero *et al.*, s/f: 18; Zavala y Domínguez, 2010; Cheix *et al.*, 2015; Arnau *et al.*, 2012; Otero *et al.*, 2004; Casado y López, 2001). La escolaridad es un atributo que en mayor medida se adquiere en la niñez y juventud, y en este sentido en la población envejecida quedan las huellas de los rezagos en el sistema educativo del país de décadas atrás, cuando los viejos de hoy estaban en edades escolares y el sistema educativo era incipiente (CONAPO, 2011). La asociación entre alto nivel educativo y baja dependencia parece atribuible a la relación de la educación con unas buenas condiciones laborales y económicas, con la posesión de recursos psicológicos y sociales adecuados y con un estilo de vida saludable (Freedman y Martin, 1999 citado en Carretero *et al.*, s/f: 19).

A las variables consideradas como sociodemográficas, se suman tres: número de hijos, tamaño de localidad de residencia y la actividad laboral actual.

Entre las variables relacionadas con la salud, cobra importancia el *estado de salud* asociado a la dependencia funcional ya que es un elemento significativo en el conjunto de estudios realizados sobre la población en general y, en particular, en personas mayores de 50 años en virtud de que es posible analizar el proceso de envejecimiento y las dificultades que se presentan en la realización de las actividades de la vida diaria (Satorres, 2013). En este sentido la mayoría de las investigaciones refieren la relación entre padecer dependencia funcional y haber autopercebido mala salud (Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Arnau *et al.*, 2012; Hebrero, 2004; Casado y López, 2001). A excepción del trabajo de Manrique *et al.*, (2008) quienes reportan asociación entre dependencia funcional y autopercepción buena de salud. Es de mencionar que aunque está constatado que la enfermedad está asociada directamente con discapacidad, la autopercepción del estado de salud parece ser un determinante más potente que ésta para sentirse incapaz de realizar algunas actividades habituales (Idlar y Kasl, 1995 en Carretero *et al.*, s/f: 21).

Sobre las variables asociadas a la salud y que influyen sobre manera en la dependencia funcional son las enfermedades (Arnau *et al.*, 2012; Hebrero, 2004; INEGI, 2014). Donde las crónico-degenerativas cobran principal relevancia, principalmente la hipertensión (Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Velasco, 2010; Dorantes *et al.*, 2007; Manrique *et al.*, 2008; Cheix *et al.*, 2015), diabetes (Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Velasco, 2010; Dorantes *et al.*, 2007; Manrique *et al.*, 2008; Cheix *et al.*, 2015) y artritis (Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Manrique *et al.*, 2008). Aunque el cáncer también se hace presente (Manrique *et al.*, 2008). Todas ellas, se caracterizan, fundamentalmente, por su propensión a causar limitación en la capacidad funcional y se encuentran entre las que más padecen las personas dependientes (Carretero *et al.*, s/f). Este declive del organismo biológico se produce en todas las personas, aunque existen amplias diferencias en la forma en la que se envejece y en la que se afronta el envejecimiento (SENAMA, 2009). En este sentido, las enfermedades osteoarticulares y los problemas cerebrovasculares son las que adquieren mayor relevancia en su relación con la dependencia porque son causa de aumento de morbilidad, de limitaciones funcionales y del deterioro de la calidad de vida. Aspectos que requieren de cuidados y atención continuos (IMSERSO, 2002 citado en Carretero *et al.*, s/f: 17).

En esta misma tesitura se encuentra el padecer *dolor físico* (Dorantes *et al.*, 2007), el haber sufrido alguna caída de forma reciente (Manrique *et al.*, 2011; Machado *et al.*, 2014; Velasco, 2010), el tener la *falta de alguna extremidad* (Dorantes *et al.*, 2007) así como padecer *problemas de salud a causa de actividad laboral*.

Otro aspecto a considerar es la *depresión*, ya que ésta contribuye de manera significativa a la dependencia en la edad avanzada (Ávila *et al.*, 2007; Estrada *et al.*, 2013; Zavala y Domínguez, 2010; Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Velasco, 2010; Dorantes *et al.*, 2007) en virtud de que lleva al aislamiento social, provoca un aumento de quejas sobre uno mismo y aumenta el declive cognitivo y funcional, todos ellos factores que potencian la dependencia (SENAMA, 2009). La depresión también se ha relacionado con el inicio y con cambios en la discapacidad (Carretero *et al.*, s/f). Así, un estado de ánimo deprimido puede disminuir la motivación necesaria para que el individuo se comprometa en conductas que mantengan sus niveles de capacidad funcional. Las investigaciones parecen indicar la presencia de elevados niveles de síntomas depresivos en individuos que experimentan de forma temprana el inicio de la discapacidad (Bruce *et al.*, 1994 en Carretero *et al.*, s/f: 21).

Finalmente, dentro de las variables consideradas de índole institucional se tiene el *acceso a servicios de salud*. El suministro de servicios públicos oportunos y de calidad provee ambientes adecuados para desarrollarse y llevar a cabo sus actividades. Para el caso de las personas en edad avanzada, debido a su disminuida capacidad funcional y al aumento en su fragilidad, esto es aún más trascendente en cuanto a los efectos sobre su estado de salud (Castrejón, 2010).

Una vez justificadas las variables utilizadas en el estudio, se describe su respectiva operacionalización (ver cuadro 16 en el anexo).

Con relación a las variables consideradas como sociodemográficas se ubica la variable *sexo*, la cual se recodificó en 0 y 1 donde el primero corresponde a las mujeres y el segundo a los hombres.

En el caso de la edad, se construyó la variable *grupos de edad* a partir de ocho grupos de edad quinquenales que van desde los 50 hasta la última categoría de 85 y más. De tal manera que se codifica en 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 y, por último, 85 y más.

Para la *situación conyugal* se construyeron cuatro categorías de tal manera que son: soltero, unido o casado, separado o divorciado y viudo. Es de remarcar que la categoría 2 se conformó a partir de los casados y los que viven en unión libre. En cuanto a la categoría 3 fue a partir de divorciado, separado de unión libre y separado de un matrimonio. La cuarta categoría, finalmente, se construyó con base a los viudos de unión libre y los viudos de un matrimonio.

Otra de las variables que se realizaron fue el *número de hijos* a partir de la construcción de 4 categorías, que son: sin hijos, 1 a 3, 4 a 6 y 7 o más.

Además de las variables anteriores, se suman tres donde la primera corresponde a los *años de estudio*, que contiene cinco categorías: sin estudios, 1 a 6, 7 a 9.5, 10 a 12 y 13 a 24.5. En tanto que la segunda hace referencia al *tamaño de localidad de residencia (habitantes)*, el cual se conformó en las siguientes categorías: 100 000 o más; 15 000 a 99 999; 2 500 a 14 999 y menos de 2 500. Finalmente, la tercera que alude a la *actividad laboral actual*, la cual se clasificó en dos: trabaja o busca trabajo y en no trabaja.

Por otro lado, entre las variables asociadas al aspecto de la salud, se codificó el *estado de salud autopercebido* en 5 categorías siendo mala, regular, buena, muy buena y excelente.

Sobre las variables referentes a las enfermedades, se tiene que el haber sido diagnosticado con *hipertensión o presión alta; diabetes; cáncer y artritis o reumatoide;*

fueron recodificadas en 0 y 1, donde 0= no presenta la condición y 1= presenta la condición. De la misma forma se recodificaron las siguientes variables: haber sufrido alguna *caída* en los últimos dos años, sufrir *dolor físico* de manera recurrente y la *falta de alguna extremidad* debido a accidente o enfermedad.

En el caso de la variable sobre padecer de algún *problema de salud por actividad laboral*, se clasificó en no tiene problemas, tiene problemas y nunca trabajó.

Por otra parte, se construyeron tres índices relacionados a la salud, por una parte, el de depresión y, por otra, uno para cada actividad de la vida diaria. Con relación al *índice de depresión*, éste se construyó a partir de 9 preguntas que se refieren al estado de ánimo de las personas entrevistadas (ver figura 7).

Figura 7. Estado de ánimo de las personas entrevistadas

DEPRESIÓN				
C.49 Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta, por favor dígame si la mayor parte del tiempo...				
REGISTRA UNA OPCIÓN EN CADA FILA				
	SÍ	NO	NO RESP.	NO SABE
Se ha sentido deprimido.	1	2	8	9
Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo	1	2	8	9
Ha sentido que su sueño era intranquilo	1	2	8	9
Se ha sentido feliz	1	2	8	9
Se ha sentido solo	1	2	8	9
Ha sentido que disfrutaba de la vida	1	2	8	9
Se ha sentido triste	1	2	8	9
Se ha sentido cansado	1	2	8	9
Ha sentido que tenía mucha energía	1	2	8	9

Fuente: ENASEM, 2012: 39.

A partir de las nueve preguntas, arriba mencionadas, se recodificaron en 0 (no presenta condición depresiva) y 1 (presenta condición depresiva), con el a según de que

las preguntas 4, 6 y 9 se recodificaron en sentido inverso, de tal forma que pasaran de no ser de índole depresivo a depresivo.

Posteriormente, se realizó una suma con las nuevas variables recodificadas. De tal forma que la suma contempla desde 0 hasta 9 puntos con condición depresiva, es decir, entre más se acerque a 9 significa que existe mayor presencia de condición depresiva. Mientras que el 0 significa que no presenta dicha condición. Es así que el 0 significa que no presenta condición depresiva y 1 significa que al menos presenta una condición depresiva.

Para la construcción del segundo *índice sobre las actividades básicas de la vida diaria*, las variables consideradas son: caminar de un lado a otro de un cuarto, bañarse en una tina o regadera, comer (cortar la comida), acostarse y levantarse de la cama y usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas. A partir de estas variables se construyó un índice dicotómico, valen cero si el individuo no tiene dificultad para realizar alguna de las actividades y uno en el caso de que presente al menos una de las dificultades en dichas actividades. Para llegar a lo anterior, el índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria se construyó en cinco pasos:

- 1) se recodificaron 13 variables sobre dificultad para hacer las actividades diarias (ver figura 8) en 0 (no tiene dificultad) y 1 (tiene dificultad). De tal forma que sí, no puede y no lo hace se recodificaron en 1 (tiene dificultad) y no en 0 (no tiene dificultad).

Figura 8. Preguntas asociadas a la dificultad para realizar AVD

DIFICULTAD CON ACTIVIDADES							
Dígame por favor si usted tiene alguna dificultad en hacer cada una de las actividades diarias que le voy a mencionar. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses.							
LEE Y REGISTRA UNA OPCIÓN EN CADA FILA		SÍ	NO	NO PUEDE	NO LO HACE	NO RESP.	NO SABE
H.1	Debido a problemas de salud, ¿tiene usted dificultad en caminar varias cuadras?	1 SALTE A H.3	2	6 SALTE A H.3	7 SALTE A H.3	8 SALTE A H.3	9 SALTE A H.3
H.2	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en correr o trotar un kilómetro?	1 SALTE A H.4	2 SALTE A H.4	6 SALTE A H.4	7 SALTE A H.4	8 SALTE A H.4	9 SALTE A H.4
H.3	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en caminar una cuadra?	1	2	6	7	8	9
H.4	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en estar sentado(a) por dos horas?	1	2	6	7	8	9
H.5	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en levantarse de una silla después de haber estado sentado(a) durante largo tiempo?	1	2	6	7	8	9
H.6	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en subir varios pisos de escaleras sin descansar?	1	2 SALTE A H.8	6	7	8	9
H.7	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en subir un piso de escaleras sin descansar?	1	2	6	7	8	9
H.8	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en inclinar su cuerpo, arrodillarse, agacharse o ponerse en cuclillas?	1	2	6	7	8	9
H.9	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en subir o extender los brazos más arriba de los hombros?	1	2	6	7	8	9
H.10	Debido a problemas de salud ¿tiene alguna dificultad en jalar o empujar objetos grandes como un sillón?	1	2	6	7	8	9
H.11	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en levantar o transportar objetos que pesan más de 5 kilos, como una bolsa pesada de alimentos?	1	2	6	7	8	9
H.12	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en recoger una moneda de 1 peso de la mesa?	1	2	6	7	8	9
H.13	Debido a problemas de salud, ¿tiene usted dificultad para vestirse, incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines?	1 PASE A H.14	2 SALTEA FILTRO EN LA SIGUIENTE PÁGINA	6 PASE A H.14	7 PASE A H.14	8 SALTE A H.15	9 SALTE A H.15

Fuente: ENASEM, 2012: 62.

- 2) Una vez recodificadas las nuevas variables en 0 y 1, se realizó una suma con cada una de las preguntas a excepción de la pregunta 3 y 7, es decir, dificultad en caminar una cuadra y dificultad en subir un piso de escaleras sin descansar. Ello con la finalidad de recuperar estos casos.
- 3) Posteriormente, se recodificaron las 5 siguientes variables (ver figura 9) en 0 (no tiene dificultad) y 1 (tiene dificultad). Donde sí, no puede y no lo hace se recodificaron en 1 y no en 0.

Figura 9. Presuntas asociadas a la dificultad para realizar ABVD

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA					
ENTREVISTADOR: VEA EL CUADRO ANTERIOR. EXCLUYENDO LOS RENGLONES SOMBREADOS DE H.2 Y H.6, SI EN TODAS LAS DEMÁS RESPUESTAS EL ENTREVISTADO SIEMPRE INDICÓ NO (2), SALTE A H.26					
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 dígame. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses. LEE Y REGISTRA UNA OPCIÓN EN CADA FILA ↓	CAMINAR	BAÑARSE	COMER	IR A LA CAMA	USAR EL EXCUSADO
	H.15 ...para caminar de un lado a otro de un cuarto?	H.16 ...para bañarse en una tina o regadera?	H.17 ...al comer, por ejemplo para cortar su comida?	H.18 ...al acostarse y levantarse de la cama?	H.19 ...al usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas?
A. Debido a un problema de salud ¿Usted tiene dificultad... Sí 1 No 2 NO PUEDE 6 NO LO HACE 7 NO RESPONDE 8 NO SABE 9	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: ENASEM, 2012: 63.

- 4) una vez recodificadas las variables en 0 y 1, se realizó una suma con base en las cinco ABVD arriba mencionadas (paso 3) junto con los casos recuperados (paso 1).
- 5) Finalmente, se recodifican las ABVD en 0 (no tiene dificultad para realizar ABVD) y 1 (tiene al menos una dificultad para realizar ABVD) cuyo resultado es el índice sobre dificultades para realizar las ABVD.

Con relación a la construcción del *índice sobre AIVD*, se utilizaron las siguientes variables: preparar una comida caliente, hacer compras de víveres/mandado, tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno) y manejar su dinero. A partir de estas variables se construyó un índice dicotómico, es decir, toma el valor de cero si el individuo no tiene dificultad para realizar alguna de las actividades y uno en el caso de que presente al menos una de las dificultades en las AIVD.

Es de mencionar que el índice de AIVD, a diferencia de las ABVD no tiene un filtro por lo que se construyó de forma directa a partir de la recodificación (paso 3 de las ABVD) de 4 variables sobre AIVD (ver figura 10).

Figura 10. Preguntas asociadas a la dificultad para realizar las AIVD

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA				
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 dígame. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses. LEE Y REGISTRA UNA OPCIÓN EN CADA FILA ↓	COMIDA	COMPRAS	MEDICAMENTOS	DINERO
	H.26 ...en preparar una comida caliente?	H.27 ...en hacer compras de víveres/mandado?	H.28 ...en tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno)?	H.29 ... para manejar su dinero?
	→	→	→	
A. Debido a un problema de salud ¿Usted tiene dificultad... Sí..... 1 → Pase a C. No..... 2 → Pase a la siguiente columna o a H.30 NO PUEDE..... 6 NO LO HACE..... 7 → Pase a B. NO RESPONDE..... 8 NO SABE..... 9 → Pase a la siguiente columna o a H.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: ENASEM, 2012: 65.

Una vez recodificadas nuestras nuevas 4 variables en 0 y 1. Con ellas, se realizó una suma. Posteriormente, esa nueva variable (suma) se recodificó en 0 (no tiene dificultad para realizar AIVD) y 1 (tiene al menos una dificultad para realizar las AIVD). Es así que se obtuvo el índice sobre dificultad para realizar AIVD.

Finalmente, el *índice sobre acceso a servicios de salud* se construyó con base en 6 variables relacionadas al acceso a servicios médicos (ver figura 11). Las cuales se recodificaron en variables dummy, en 0 y 1. Donde 0 (No tiene servicio médico) y 1 (tiene servicio médico). Con base en las 6 nuevas variables recodificadas se realizó una suma y,

posteriormente, se recodificó en 0 (no tiene servicio médico) y 1 (tiene al menos un servicio médico).

Figura 11. Preguntas asociadas al acceso a servicio médico

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SEVICIO	
	<p>D.1 ¿Usted tiene derecho a servicio médico en ...</p> <p style="text-align: center;">REGISTRA EN CADA OPCIÓN</p> <p>Sí 1 → Pase a D.2</p> <p>No 2</p> <p>NO RESPONDE 8 → Salte al siguiente renglón o a D.3</p> <p>NO SABE 9</p>
Seguro social (IMSS)	<input type="checkbox"/>
ISSSTE / ISSSTE Estatal	<input type="checkbox"/>
Seguro Popular	<input type="checkbox"/>
Pemex, Defensa o Marina	<input type="checkbox"/>
Seguro Médico Privado	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>

Fuente: ENASEM, 2012: 42.

4.3.2- Cuidados

Para abordar el tema de los cuidados informales se realizó un análisis descriptivo, en primer lugar, sobre las características sociodemográficas de los cuidadores informales. En segundo, se determinó el vínculo entre el dependiente funcional y el cuidador. Finalmente, en tercero, se determinó la frecuencia y tiempo dedicado a la tarea de los cuidados.

Es así que, en el apartado 4.3.2.1, se describe tanto la justificación como la construcción de cada una de las variables utilizadas en el análisis de los cuidados informales. Mientras que los resultados obtenidos y su respectivo análisis se verá en el último capítulo.

4.3.2.1- Construcción de variables e indicadores

Las variables que se utilizan en esta investigación sobre el tema del cuidados, se asocian, principalmente, al perfil de la persona que lleva a cabo la tarea de cuidar. Es decir, el sexo, parentesco, edad, situación conyugal, escolaridad, condición de actividad, situación económica y la frecuencia (número de días) y tiempo dedicado al cuidado (número de horas). Es así que en las siguientes líneas se justifican cada una de ellas, así como su respectiva construcción.

Por lo que se refiere a la justificación de las variables antes mencionadas, como se puede ver en el capítulo tres, se tiene evidencia clara que, en España y los países de la región, la familia es la principal proveedora de cuidados (Robles, 2001 y 2002; Arroyo *et al.*, 2011 y 2010; Batthyany, 2008 y 2010; Carbajal y Berriel, 2014; Martínez, 2002; Ruiz y Moya, 2012; Enríquez, 2013; Paredes y Pérez, 2014) y, dentro de ésta, es la mujer la que desempeña dicho cuidado (Carretero *et al.*, s/f; Chappell y Reid, 2002; Torns, 2008; Carrasquer, 2013; Martín, 2008; Rogero, 2010 y 2011; Batthyany, 2008; INEGI, 2014; Félix, 2012; Ruiz y Moya, 2012; Pires *et al.*, 2013; O Duarte *et al.*, 2013; Félix *et al.*, 2012; Ruelas y Salgado, 2014). Sin embargo, no se debe dejar de lado el hecho de que los hombres cada vez más se hacen presentes para realizar dicha labor. Es aquí donde la variable sexo cobra relevancia en virtud de que se ha observado que existe una relación directa entre sexo y cuidados familiares, así como la presencia prioritaria de las mujeres de la familia en la jerarquía de cuidados (Hooyman y Gonyea, 1995 en Carretero *et al.*, s/f: 39).

El *parentesco* (vínculo familiar) es otra de las variables más relevantes en la determinación del perfil del cuidador. En general, los cuidadores de personas dependientes suelen ser familiares directos (Carretero *et al.*, s/f), principalmente, el cónyuge e hijos, dependiendo del receptor de la asistencia. Para ejemplificar lo anterior se tienen trabajos que refieren a que el cuidado se brinda tanto por la cónyuge como la hija (Carretero *et al.*, s/f; Robles, 2003), sólo por las hijas (O Duarte *et al.*, 2013; Félix *et al.*, 2012) o bien, en primer lugar los hijos, después los cónyuges y, por último, otros familiares (Casado y López, 2001).

Otra variable es la *edad*, donde la evidencia empírica apunta a que los cuidadores de personas dependientes suelen tener, en general, más de 40 años, con una edad media que se sitúa en torno a los 50 años (Carretero *et al.*, s/f: 42). Dicho aspecto se puede constatar en el trabajo de Casado y López (2001) quienes reportan que los cuidadores tienen más de 40 años de edad. En esta tesitura se encuentra Félix *et al.*, (2012) con un

reporte de 42 años. También se reportan edades que van desde los 50 hasta los 69 años (Chappell y Reid, 2002; INEGI, 2014; Robles, 2003; Ruelas y Salgado, 2014).

En el caso de la *situación conyugal* de los cuidadores, la evidencia coincide en que en su mayoría se encuentran casados (Pires *et al.*, 2013; O Duarte *et al.*, 2013; Félix *et al.*, 2012; Ruelas y Salgado, 2014).

La *escolaridad* de los cuidadores es en general bajo y no supera en un porcentaje elevado el de estudios primarios (Carretero *et al.*, s/f).

Otra variable que es importante considerar en el estudio de los cuidados es la *condición laboral*, ya que ésta se torna diferente en función de si el cuidador es su pareja o alguno de sus hijos de la persona dependiente (Tárraga y Cejudo, 2001 en Carretero *et al.*, s/f: 43). Cuando el cuidador es la pareja es más habitual que se trate de un jubilado/a. En el caso de los hijos que están en edad de ser laboralmente activos, bien tienen un empleo o nunca han desempeñado una actividad laboral fuera de casa. De forma añadida, la implicación y dedicación en el mercado laboral por parte de los cuidadores también se ven determinadas por el número de horas dedicadas a las tareas de cuidado y por el sexo del cuidador (Carretero *et al.*, s/f). En el caso particular de las mujeres cuidadoras, existe evidencia de que la mayoría se dedican a las labores domésticas (Carretero *et al.*, s/f; Casado y López, 2001; Félix *et al.*, 2012; Ruelas y Salgado, 2014).

A todo lo anterior se añade la *situación económica* debido a que es difícil establecer un patrón respecto a la situación económica de los cuidadores informales de personas dependientes, ya que los datos disponibles no son a menudo comparables (Carretero *et al.*, s/f). Se ha comentado que los cuidadores con mayor poder adquisitivo tendrían una mayor capacidad económica para contratar servicios privados que los cuidadores con bajo nivel económico, siendo este último grupo incapaz para hacer frente a este gasto y asumir consecuentemente toda la responsabilidad de los cuidados de la persona dependiente (MTAS, 2005 en Carretero *et al.*, s/f: 44).

Finalmente, se suman dos variables relacionadas a la frecuencia (número de días) y tiempo (número de horas) dedicado a la tarea del cuidado, donde a partir de ellas es posible analizar el reparto de horas y días dedicados a esta tarea y, por ende, posiblemente desigualdad entre los sexos con relación al espacio dedicado al cuidado (Carretero *et al.*, s/f; Montorio *et al.*, 1998; Chappell y Reid, 2002; Rogero, 2010 y 2011; Batthyany, 2008; INEGI, 2014; Ruiz y Moya, 2012).

En otro orden de ideas se encuentra la operacionalización de cada una de las variables arriba mencionadas sobre el tema de los cuidados (ver cuadro 17 en el anexo). Al respecto, el *sexo* se categorizó en mujer y hombre.

Mientras que el *parentesco* se operacionalizó en 16 aspectos, de tal forma que quedaran separados por sexo y poder abordar un mayor análisis. Es así que se categorizó en cónyuge (esposo), hijo, yerno, nieto, padre, otro pariente (hombre), otra persona (hombre), persona pagada (hombre), cónyuge (esposa), hija, nuera, nieta, madre, otro pariente (mujer), otra persona (mujer) y persona pagada (mujer).

La *situación conyugal* se dividió en 12 aspectos, de tal manera que quedaran separados por sexo. Las categorías son: soltero, soltera, casado, casada, unión libre (hombre), divorciado, divorciada, separado, separada, viudo, viuda, unión libre (mujer).

En tanto que la *escolaridad* se operacionalizó en ninguno, primaria, secundaria, carrera técnica o comercial, preparatoria o bachillerato, normal básica, profesional y posgrado.

Para la variable *condición de actividad* se determinó lo siguiente: trabaja o busca trabajo, es estudiante, se dedica a los quehaceres de su hogar, no trabaja. Es de mencionar que la categoría considerada como cero fue agrupada a partir de las personas que respondieron trabajar y las que buscan trabajo.

En el caso de la *situación económica* se operacionalizó de la siguiente forma: excelente, muy buena, buena, regular y mala.

La variable sobre *frecuencia del cuidado*, es decir, el número de días que se dedican a cuidar fue categorizado en 3 grupos que son: 1 a 7, 8 a 14 y 15 o más.

Por último, se categorizó la variable referente al *número de horas* (tiempo) donde se clasificó en dos aspectos que son: 12 o menos y más de 12.

CAPÍTULO 5. ENVEJECIMIENTO, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y CUIDADOS INFORMALES. UN ACERCAMIENTO A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO (ENASEM) 2012

*Vivió eternamente...
joven, jovial, con la piel arrugada,
sin hijos, con nietos
siendo abuela de todos...
hasta del misterioso tiempo.*

Ruelas, 2014: 296.

Introducción

En el transcurso de las próximas páginas se concatenan los ejes nodales de esta investigación (envejecimiento, dependencia funcional y cuidados informales), a partir de la exposición de una serie de resultados con base en los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México del año 2012.

Para fines prácticos, el capítulo se divide en tres apartados donde el primero se refiere a la dependencia funcional, en el cual se describen algunos aspectos sobre el perfil de las personas de 50 años y más con dependencia funcional a partir de cada una de las actividades de la vida diaria. Asimismo, se brindan los resultados sobre los factores que inciden en que una persona de edad avanzada tenga dependencia funcional.

El segundo apartado se denomina dependencia funcional y apoyos; es aquí donde se expone la necesidad de apoyos para llevar a cabo cada una de las AVD y su respectivo apoyo.

Por último, un tercero que alude a los cuidados donde se deja ver tanto el perfil de los cuidadores como la frecuencia y tiempo destinado a la tarea de cuidado.

5.1- Dependencia funcional

En las próximas páginas se brinda un panorama sobre la dependencia funcional, para ello, se parte de dos aspectos. En primer lugar, que la dependencia es propia de la naturaleza y que en determinado momento todos transitamos en mayor o menor medida y, en segundo, entendemos la dependencia en términos físicos, donde existe la necesidad de otra persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

5.1.1- Análisis descriptivo

Al concentrar variables independientes de índole sociodemográfica y de salud en términos absolutos y porcentuales divididos por sexo, además de una serie de variables que tienen que ver con la dependencia funcional (ver cuadro 1) se tiene que el perfil de los hombres de 50 años y más con dependencia funcional son en su mayoría unidos o casados con 7 hijos o más, escolaridad baja, se dedican a trabajar, viven en localidad más urbanizada, tienen mayor dificultad para bañarse, comer y preparar comida. Además, tienen un estado de salud de regular a mala y, padecen hipertensión y diabetes. También han sufrido alguna caída en los últimos dos años, sufren de dolor, tienen problemas de salud a causa de su actividad laboral y tienen al menos un acceso a servicios de salud.

En el caso del perfil de las mujeres de 50 años y más con dependencia funcional se tiene que son viudas o casadas con 7 hijos o más, escolaridad baja, no trabajan, viven en localidades más urbanizadas, presentan mayores dificultades para caminar, ir a la cama y realizar la compra de víveres o mandado. También perciben su estado de salud entre regular y malo; padecen hipertensión, diabetes y dolor físico. Han sufrido alguna caída en los últimos dos años, tienen problemas de salud a causa de su actividad laboral y tienen al menos un acceso a servicios de salud.

En el cuadro antes referido se puede observar con más detalle que 71.9% de los hombres esta unido o casado mientras que un 20% está viudo. En el caso de las mujeres, en su mayoría se encuentra viuda con el 44.8% y el 41.9% se encuentra unida o casada.

Por lo que se refiere al número de número de hijos, en ambos sexos, la mayoría tiene 7 o más hijos. Con 45.5% en hombres y 48.7% en mujeres. En tanto que sólo 3.8% de los hombres reportó no tener hijos y 3.3% en el caso de las mujeres.

Para la variable años de estudio, se tiene que, en ambos sexos, más del 50% reportó tener de 1 a 6 años de estudios.

En relación a la actividad laboral, en el caso de los hombres 50.9% trabaja y en el caso de las mujeres 62.8% no trabaja, sin embargo, casi la tercera parte de las mujeres trabaja.

Por lo que se refiere al tamaño de localidad de residencia se observa que tanto en hombres y mujeres, la mayoría vive en localidad con 100 000 o más habitantes (50.4% hombres y 58.6% mujeres) y una cuarta parte de los hombres (23.4%) vive en menos de 2 500 habitantes mientras que 18% en el caso de las mujeres.

Asimismo se pueden ver una serie de variables relacionadas con las dificultades para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, por ejemplo: la dificultad para

caminar es ligeramente mayor en las mujeres con 44.6% respecto al 40.1% reportado por los hombres.

En el caso de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, se observa que existe el doble de dificultad en hombres para preparar una comida respecto a las mujeres, mientras que estas reportan tener mayor dificultad para realizar la compra de víveres o mandado en comparación a los hombres.

También se puede notar un conjunto de variables que se relacionan con el aspecto de salud, es el caso de la autopercepción del estado de salud donde llama la atención que sólo 1.2% de los hombres y 0.5% de las mujeres reportan un estado de salud excelente.

En cuanto al diagnóstico de enfermedades se observa que las mujeres reportan mayores porcentajes respecto a los hombres en hipertensión, diabetes y cáncer. En esta misma tesitura se encuentra el reporte de caídas en los últimos dos años, el dolor físico en forma recurrente y la artritis o reumatoide.

Finalmente, se tiene que tanto hombres como mujeres, más del 80% tiene al menos un acceso a servicio de salud.

Capítulo 5. Envejecimiento, dependencia funcional y cuidados informales. Un acercamiento a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las personas de 50 años y más con dependencia funcional

Variable	Categoría	Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupos edad	50-54	46	4.5	84	4.8	130	4.7
	55-59	58	5.7	113	6.4	171	6.1
	60-64	154	15.1	200	11.3	354	12.7
	65-69	168	16.5	247	14.0	415	14.9
	70-74	134	13.2	230	13.0	364	13.1
	75-79	163	16.0	301	17.1	464	16.7
	80-84	122	12.0	280	15.9	402	14.4
	85 y más	173	17.0	310	17.6	483	17.4
Situación Conyugal	Soltero	30	2.9	106	5.9	136	4.8
	Unido o casado	736	71.9	756	41.9	1492	52.7
	Separado o divorciado	52	5.1	135	7.5	187	6.6
	Viudo	205	20.0	809	44.8	1014	35.8
Número de hijos	Sin hijos	39	3.8	60	3.3	99	3.5
	1 a 3	205	20.2	327	18.2	532	18.9
	4 a 6	310	30.5	533	29.7	843	30.0
	7 o más	463	45.5	874	48.7	1337	47.6
Años de estudio	Sin estudios	278	27.2	569	31.5	847	30.0
	1 a 6	537	52.6	972	53.9	1509	53.4
	7 a 9.5	93	9.1	127	7.0	220	7.8
	10 a 12	49	4.8	83	4.6	132	4.7
	13 a 24.5	64	6.3	53	2.9	117	4.1
Actividad laboral actual	Trabaja o busca trabajo	264	50.9	116	37.2	380	45.7
	No trabaja	255	49.1	196	62.8	451	54.3
Tamaño de localidad de residencia (habitantes)	100 000 o más	516	50.4	1059	58.6	1575	55.7
	15 000 a 99 999	122	11.9	207	11.5	329	11.6
	2 500 a 14 999	146	14.3	215	11.9	361	12.8
	Menos de 2 500	239	23.4	325	18.0	564	19.9
Dificultad para caminar		389	40.1	801	44.6	1190	43.1
Dificultad para bañarse		307	31.7	629	35.1	936	33.9
Dificultad para comer		212	21.9	387	21.6	599	21.7
Dificultad para ir a la cama		303	31.3	795	44.3	1098	39.7
Dificultad para usar el excusado		260	26.8	656	36.6	916	33.2
Dificultad en preparar comida		655	76.6	551	38.0	1206	52.3
Dificultad en hacer compras		493	57.7	1215	83.7	1708	74.1
Dificultad para tomar medicamentos		188	22.0	281	19.4	469	20.3
Dificultad para manejar su dinero		181	21.2	278	19.2	459	19.9
Autopercepción del estado de salud	Mala	237	27.7	508	35.0	745	32.3
	Regular	425	49.7	727	50.1	1152	50.0
	Buena	161	18.8	198	13.6	359	15.6
	Muy buena	22	2.6	11	0.8	33	1.4
Excelente		10	1.2	7	0.5	17	0.7
Diagnosticado con hipertensión o presión alta	No	538	52.6	633	35.1	1171	41.5
	Sí	484	47.4	1168	64.9	1652	58.5
Diagnosticado con diabetes	No	707	69.2	1168	64.7	1875	66.3
	Sí	314	30.8	638	35.3	952	33.7
Diagnosticado con cáncer	No	977	95.7	1717	95.3	2694	95.4
	Sí	44	4.3	85	4.7	129	4.6
Alguna caída en los últimos dos años	No	536	52.4	711	39.4	1247	44.1
	Sí	487	47.6	1095	60.6	1582	55.9
Padece de dolor físico en forma recurrente	No	449	52.5	497	34.3	946	41.1
	Sí	406	47.5	952	65.7	1358	58.9
Diagnosticado con artritis o reumatoide	No	855	83.7	1307	72.5	2162	76.5
	Sí	167	16.3	496	27.5	663	23.5
Falta de alguna extremidad debido a accidente o enfermedad	Sí	48	4.7	36	2.0	84	3.0
	No	974	95.3	1769	98.0	2743	97.0
Padece de algún problema de salud causado por actividad	No	118	11.6	183	10.2	301	10.7
	Sí	893	87.6	1437	79.8	2330	82.6
Tiene acceso a seguridad social	Nunca ha trabajado	8	0.8	181	10.0	189	6.7
	No	115	11.3	201	11.2	316	11.3
	Tiene al menos uno	902	88.7	1590	88.8	2492	88.7

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

5.1.2- Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria

El término dependencia funcional alude a las AVD, las cuales se dividen en ABVD y AIVD, donde las primeras consisten en actividades elementales de subsistencia, en este caso tienen que ver directamente con el aspecto motriz, como son caminar de un lado a otro, poder bañarse, vestirse, ir al sanitario, acostarse y levantarse de la cama, entre otras. En tanto que las segundas, van más allá de la motricidad en virtud de que conllevan un aspecto cognitivo, por ejemplo: poder llevar a cabo la compra de víveres, poder manejar o utilizar el transporte público, cocinar, utilizar el teléfono, tomar los medicamentos, manejar el dinero, labores domésticas, por mencionar algunas.

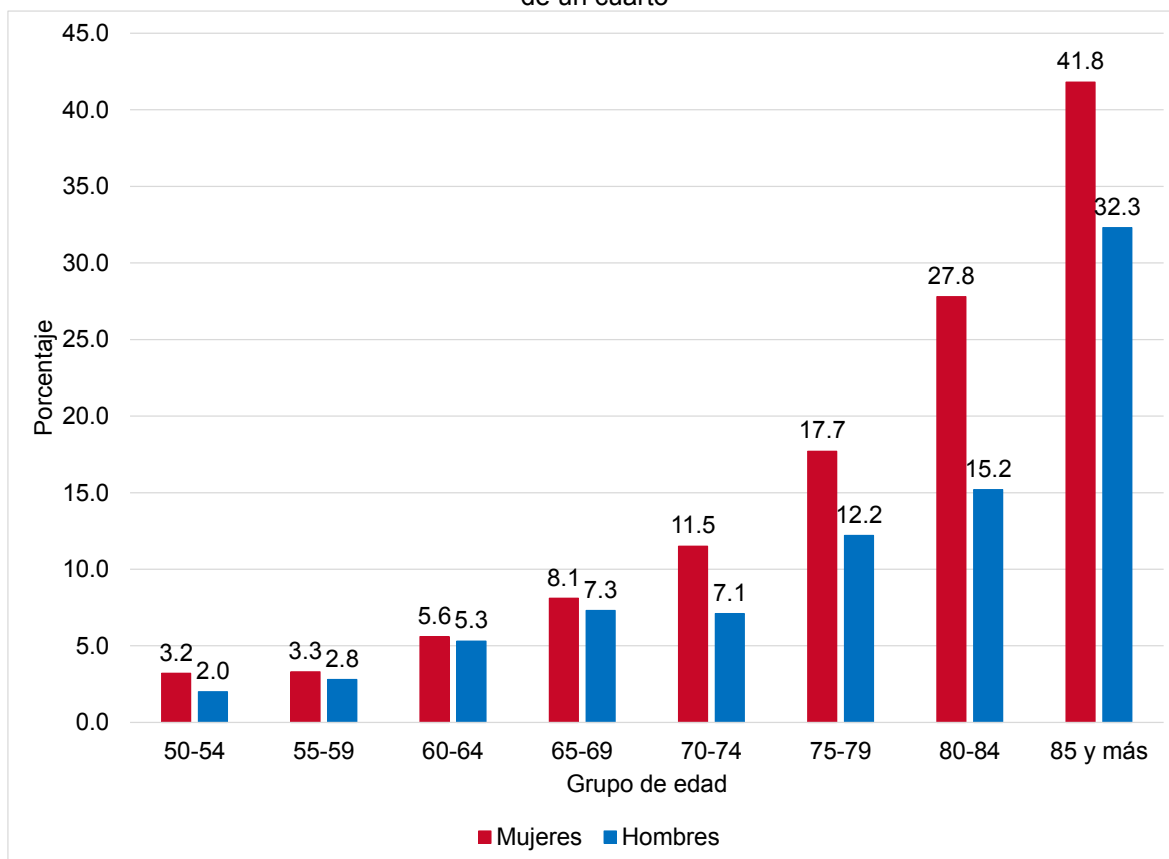
Es por lo anterior que en el siguiente apartado se divide el análisis por cada conjunto de actividades.

5.1.2.1- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

El 40.1% de los hombres reportaron tener dificultad para caminar de un lado a otro en un cuarto, de todo el objeto de estudio, mientras que las mujeres fue del 44.6% (ver cuadro 1), es decir, hay un porcentaje mayor en el caso de las mujeres. Sin embargo, como se observa en la gráfica 1, esta cifra varía de acuerdo a la edad de las personas de tal forma que en los grupos de edad antes de los 60 años tanto en hombres como mujeres, los porcentajes de individuos que manifestaron dificultad para realizarla son bajos, sin embargo, en edades posteriores se da un repunte de estas cifras, en particular a partir de los 70 años en el caso de las mujeres y a los 75 años en el caso de los hombres. Es de mencionar que la dificultad para realizar la actividad antes referida, es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad respecto de los hombres.

Si bien existen diversos aparatos tecnológicos que sirven de apoyo ante problemas de desplazamiento motriz (bastón, silla de ruedas, andadera, entre otros), dependiendo la gravedad de la situación, podrían necesitar ayuda para empujar la silla de ruedas o para vigilar ya que se podrían sufrir mareos o caídas.

Gráfica 1. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad para caminar de un lado a otro de un cuarto



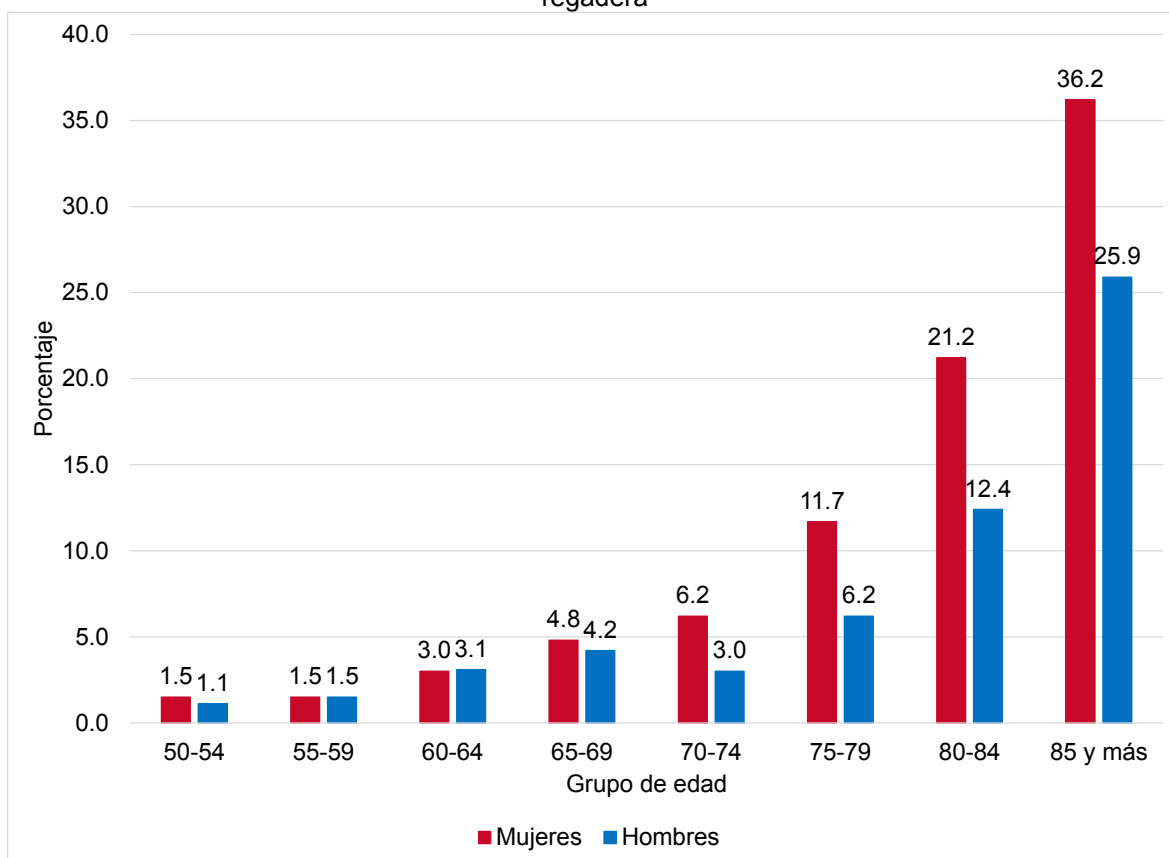
Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

En cuanto a la dificultad para darse un baño 31.7% de los hombres refieren tener dicha dificultad, mientras que en las mujeres es mayor, con el 35.1% (ver cuadro 1), sin embargo, al observar la dificultad antes referida por cada grupo de edad, es clara la tendencia creciente conforme aumenta la edad (ver gráfica 2) de tal manera que a partir de los 70 años existe una tendencia creciente en los porcentajes de mujeres que respondieron tener dificultades para realizar esta actividad, acelerándose a partir de los 70 años, mientras que en los hombres el ritmo con el que crecen los porcentajes de individuos con problemas para llevar a cabo esta actividad parece ser más lento, aunque se acelera a partir de los 80 años, de manera que en el último grupo de edad (85+) los porcentajes en ambos sexos difieren, siendo de 36% en mujeres y una cuarta parte en el caso de los hombres.

Es de mencionar que la dificultad para realizar la actividad antes referida, es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad respecto de los hombres.

Dentro de las ABVD, el poder bañarse en una tina o regadera de forma autónoma es trascendental ya que lejos de mantener un cuerpo aseado es una actividad que a las personas les daría pena recibir apoyo, incluso la de algún familiar en virtud de que implica mostrar el cuerpo, aspecto cultural al que no estamos acostumbrados, independientemente de si se es hombre o mujer. Sin embargo, se pide la ayuda ante tal necesidad.

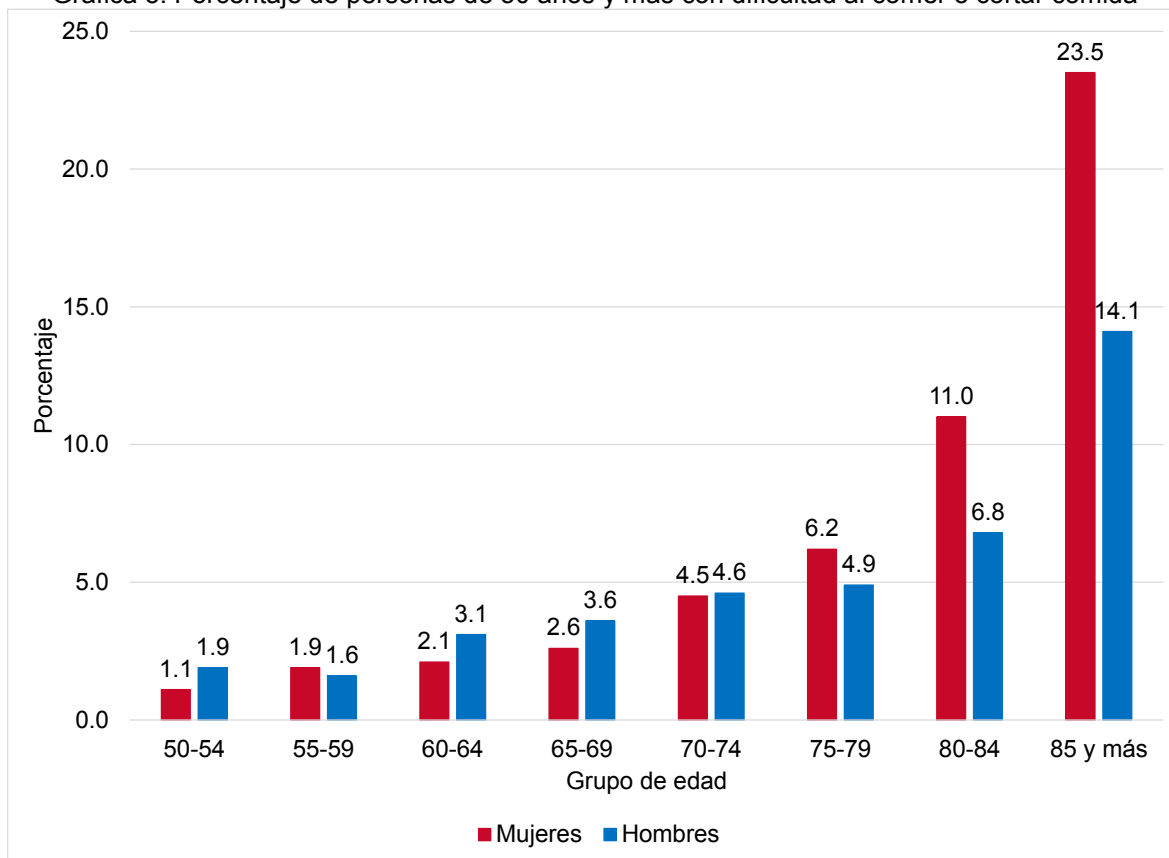
Gráfica 2. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad para bañarse en una tina o regadera



Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

El 21.9% de los hombres y 21.6% de las mujeres reporta tener dificultades para comer o cortar la comida (ver cuadro 1), aspecto que deja ver que es la actividad donde los porcentajes de individuos para realizar dicha actividad con dificultad son menores de todas las ABVD. En ambos sexos se observan porcentajes similares hasta los 80 años, que es cuando se percibe, además de un aumento en ambos, un incremento notorio en el caso de las mujeres, siendo 11% con respecto al 6.8% en hombres (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad al comer o cortar comida

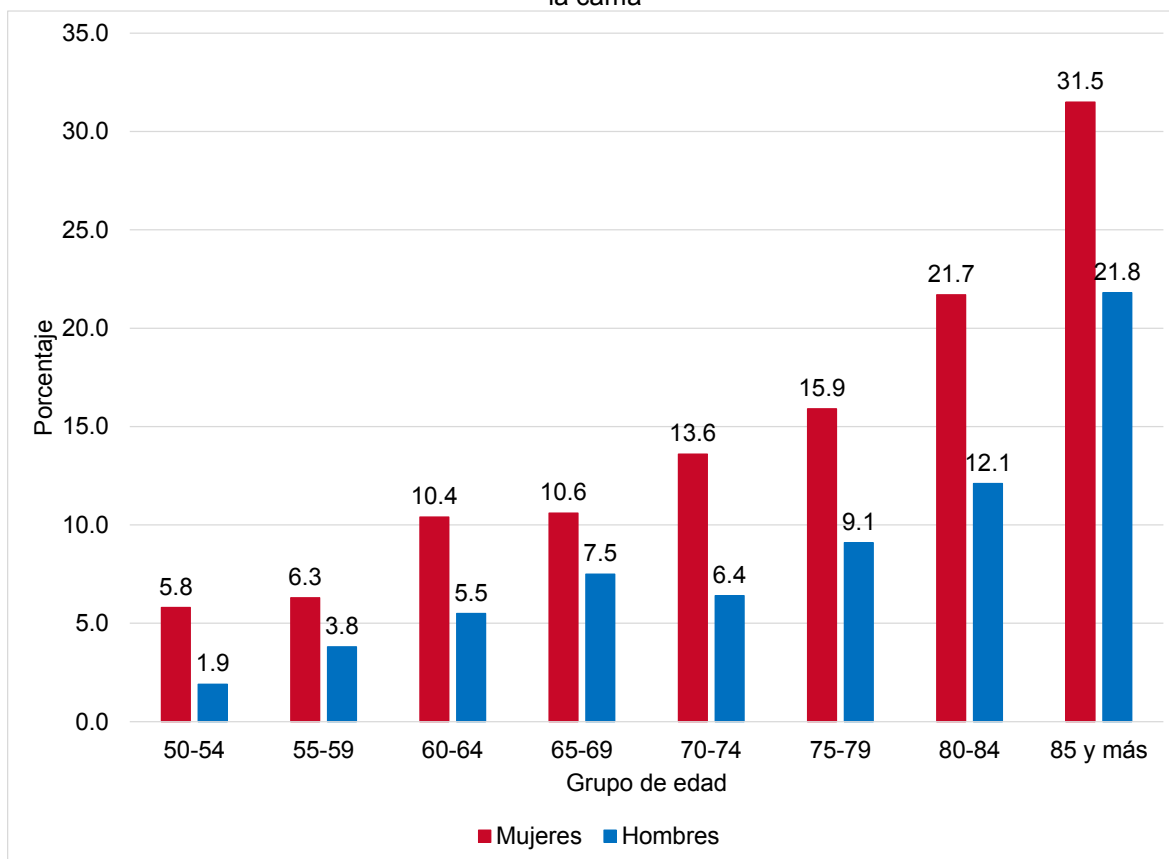


Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Sobre la dificultad para acostarse y levantarse de la cama, 31.3% de los hombres refiere tener dificultad mientras que el porcentaje de mujeres que padece dicha dificultad es mayor: 44.3% (ver cuadro 1).

De acuerdo a la gráfica 4, se nota un incremento significativo en mujeres a partir de los 75 años, mientras que en los hombres se presenta hasta los 80 años. Asimismo, resalta el hecho de que en el último grupo de edad, 31.5% de las mujeres reportan tener dificultad para acostarse y levantarse de la cama en tanto que los hombres sólo 21.8%.

Gráfica 4. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad para acostarse y levantarse de la cama

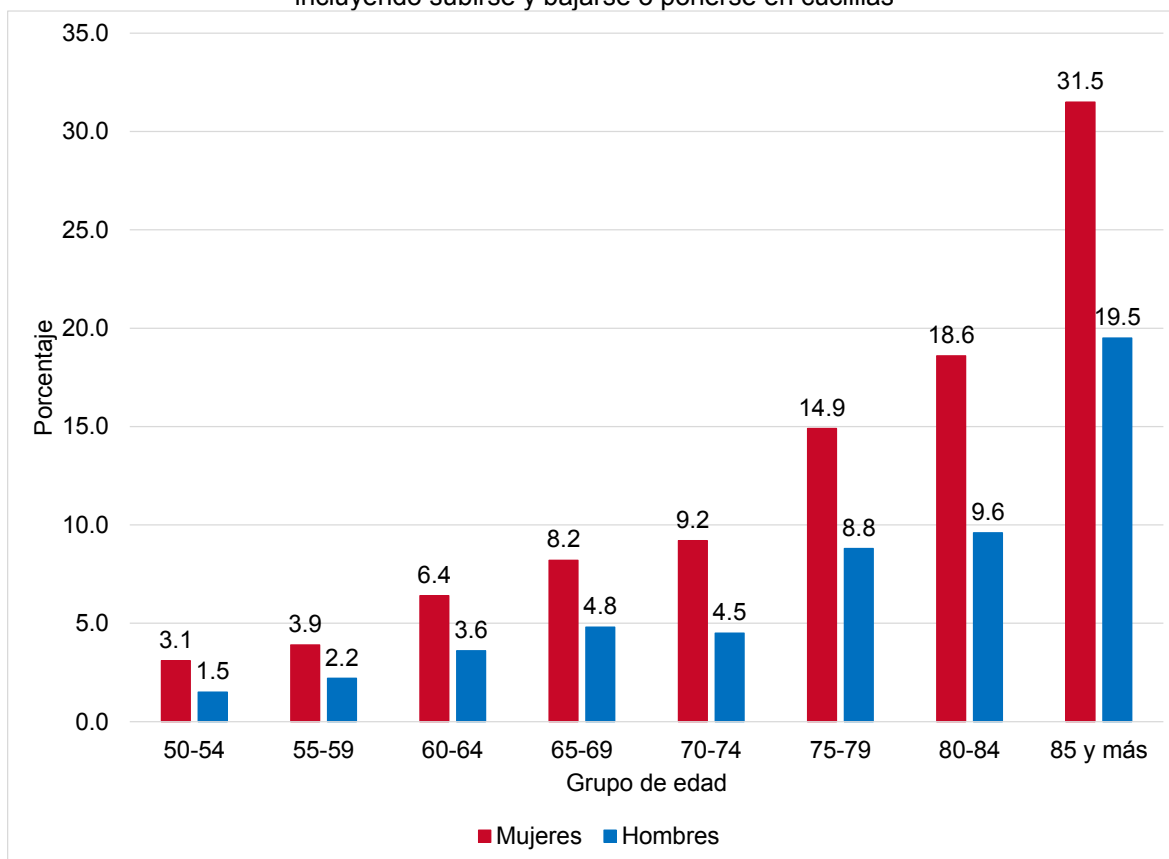


Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Por lo que se refiere a la dificultad para usar el excusado se tiene que 26.8% de los hombres y 36.6% de las mujeres reportaron padecer dicha dificultad (ver cuadro 1). Sin embargo, el uso del sanitario, de acuerdo a la gráfica 5, no sólo afecta en mayor porcentaje a las mujeres sino que empieza a presentarse más temprano en mujeres que en hombres, siendo la edad de 75 años cuando dicha dificultad aumenta considerablemente en ambos sexos. En el caso de las mujeres, en el grupo de 85 años y más, se observa hasta un 31.5% que presentan dificultad para realizar la actividad antes referida mientras que en los hombres es menor: 19.5%.

El ser independiente para ir al baño es quizá una de las actividades más importantes en virtud de ser recurrente en el transcurso del día y, si añadimos que en determinadas situaciones el sanitario no está cercano por lo que se debe tener un mayor desplazamiento aunado a la presencia de tener alguna dificultad para caminar.

Gráfica 5. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad para usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas



Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

En todas las ABVD, las mujeres reportaron mayor dificultad para realizar cada una de ellas con respecto a los hombres, lo cual coincide con otros autores (Otero *et al.*, 2004; Abellán y Esparza, 2010; Carrascosa, 2011).

Además, dentro de las actividades antes referidas, las mujeres presentan mayor dificultad para caminar de un lado a otro, bañarse en una tina o regadera y acostarse y levantarse de la cama en tanto que la menor fue comer o cortar comida. En el caso de los hombres, la mayor dificultad fue para caminar y la menor fue comer o cortar comida. El estudio de SENAMA (s/f) realizado en la población chilena muestra resultados similares, en el sentido de que la mayor dificultad en las ABVD es bañarse y la menor es comer mientras que en las AIVD, el poder realizar las compras es la mayor dificultad, mientras que manejar el dinero es la que presenta menor dificultad. Además, otro de los estudios que coincide con los resultados es el de González (2011) quien a partir de la ENASEM del año 2001 y 2003 encuentra que las mayores dificultades en las ABVD son caminar, y acostarse o levantarse de la cama en tanto que la menor es comer o cortar comida.

Es de mencionar que en términos generales, las mujeres presentan una aceleración de las dificultades a partir de los 75 años (ver gráfica 1, 2 y 5) mientras que en los hombres surge tiempo después, hasta los 80 años (ver gráfica 2, 3 y 4). Sobre este punto, Solís (1999) refiere que, por lo general, a partir de los 75 años es cuando se empiezan a desencadenar las dificultades para realizar las AVD. Aspecto que se confirma en nuestros resultados, en el caso de las mujeres.

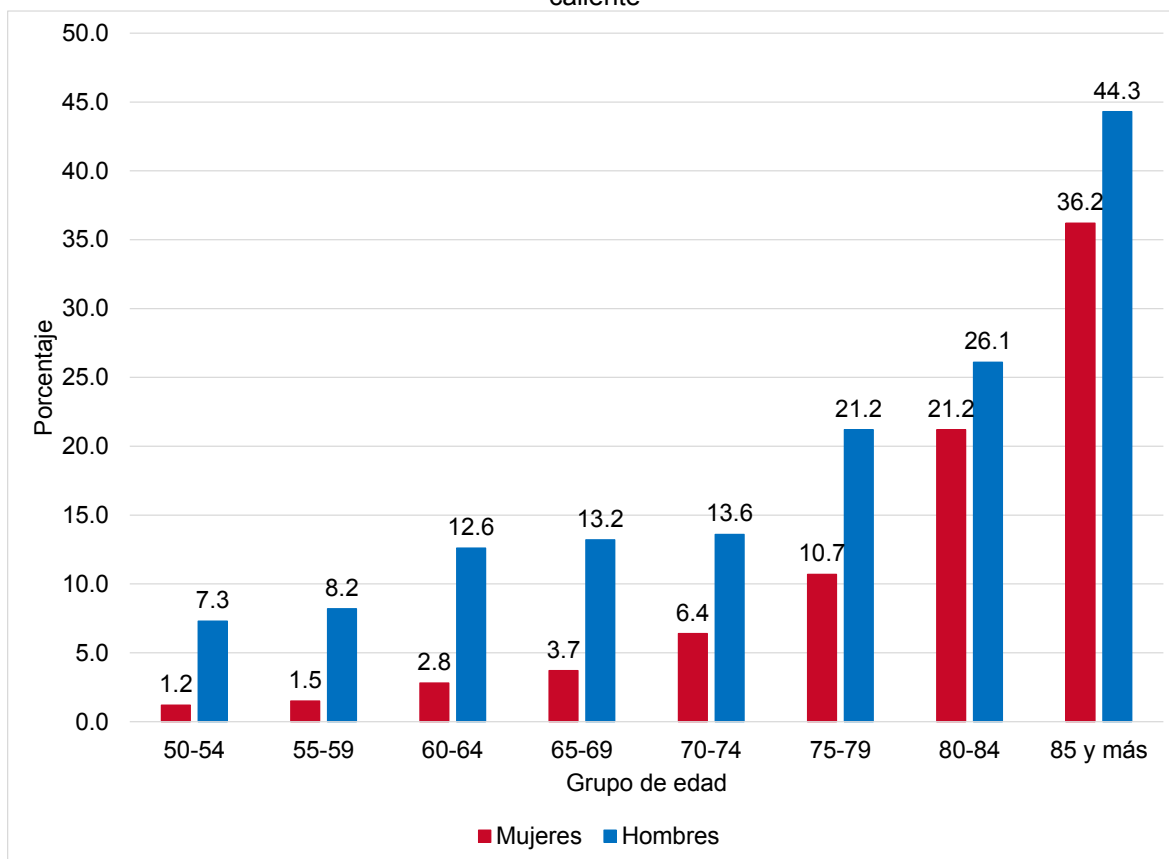
5.1.2.2- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD)

La preparación de alimentos es una actividad donde el rol de género juega un papel trascendental, en el sentido que en la mayoría de las sociedades ha sido tradicionalmente asignada a la mujer.

De acuerdo a datos de la gráfica 6, los resultados coinciden con lo arriba mencionado, ya que del 76.6% de hombres y 38% de mujeres (ver cuadro 1) se puede ver que en todos los grupos de edad es mayor el porcentaje de hombres que tienen dificultad para preparar una comida caliente respecto a las mujeres.

Los altos porcentajes en hombres con dificultades desde las edades menores consideradas, probablemente se debe más al patrón cultural que juega el género que al impedimento físico. Sin embargo, a partir de los 80 años los porcentajes no difieren tanto entre los sexos, cuestión que el impedimento físico se está presentando más que el aspecto de género.

Gráfica 6. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad para preparar una comida caliente



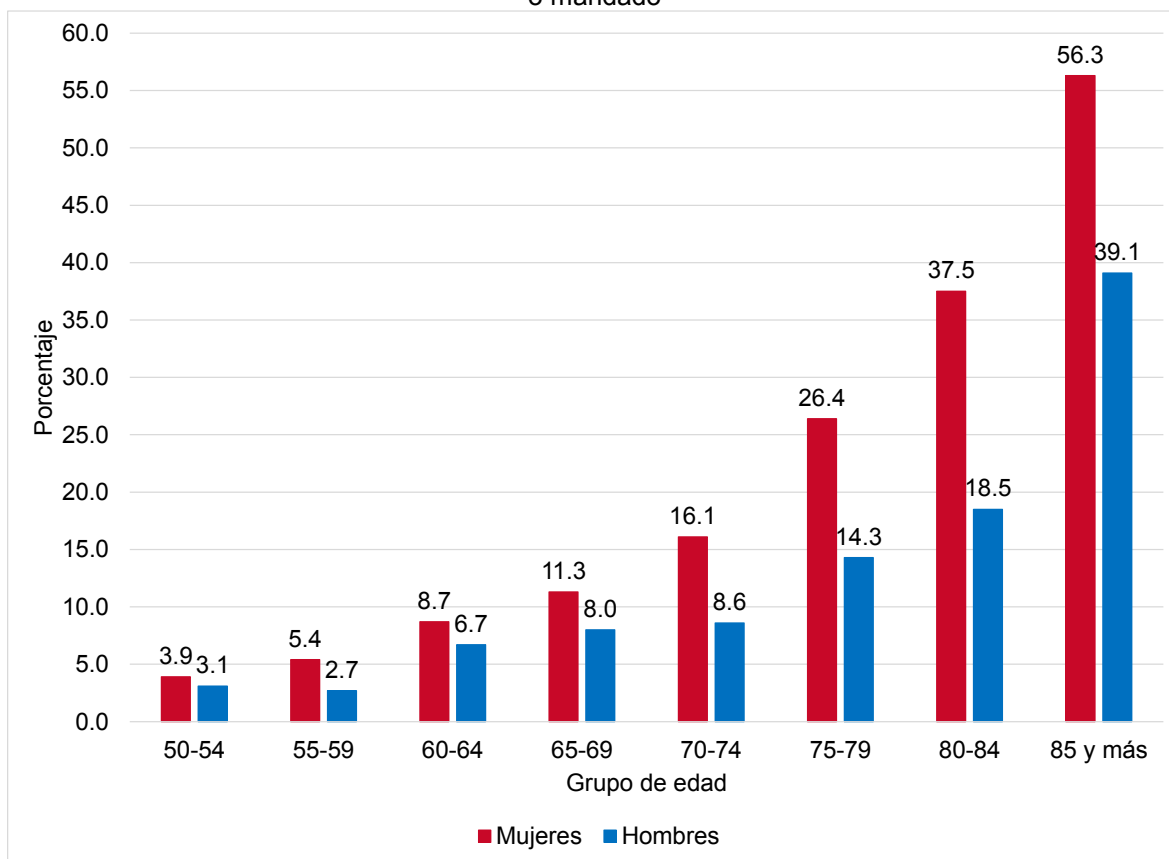
Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Por lo que respecta a la gráfica 7, que se refiere a la dificultad para realizar la compra de víveres o mandado, se observa que 83.7% de las mujeres (ver cuadro 1) tienen mayor dificultad en todos los grupos de edad para realizar esta tarea en comparación con el 57.7% de los hombres (ver cuadro 1), existiendo un incremento considerable a partir de los 75-79 años, tanto en hombres como en mujeres. Además, el grupo de 80-84 años, 37.5% de las mujeres presenta la dificultad antes referida, mientras que los hombres sólo presentan 18.5%.

En el último grupo, finalmente, se aprecia que más del 50% de las mujeres padece dicha dificultad respecto a los hombres que reportan 39.1%, respectivamente.

La compra de víveres o mandado es una actividad que conlleva no sólo un aspecto motriz sino cognitivo por el echo de contemplar y seleccionar los productos de acuerdo al gusto, a requerimientos médicos, calidad, presupuesto, entre otros aspectos.

Gráfica 7. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad para hacer compras de víveres o mandado

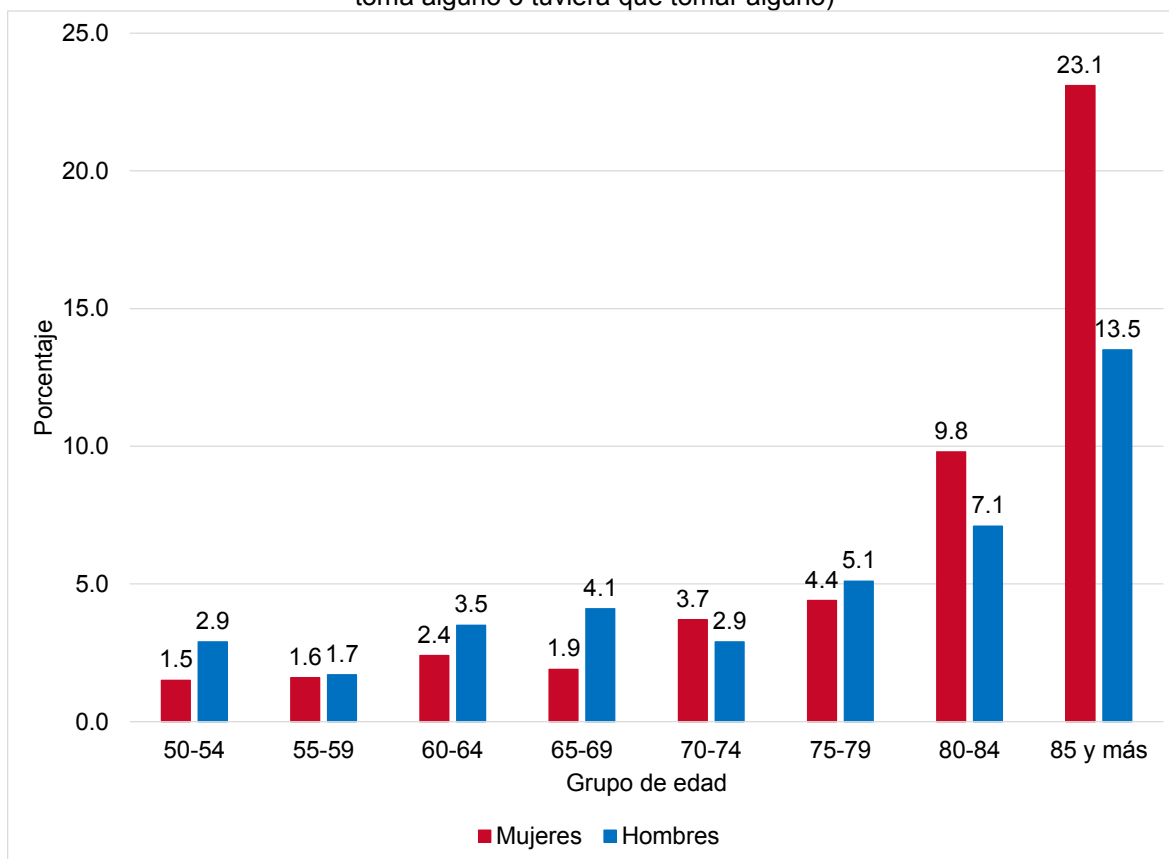


Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Los resultados mostrados en la gráfica 8 sobre la dificultad para tomar sus medicamentos, indican que 22% de los hombres presentan mayores dificultades en diferentes grupos de edad que 19.4% de las mujeres (ver cuadro 1), sin embargo, en el grupo de 80-84 la situación se invierte, es decir, las mujeres presentan mayor dificultad con el 9.8% respecto a los hombres con el 7.1%, respectivamente y, finalmente, en el grupo de mayor edad los porcentajes son mayores en éstas, siendo de 23.1% respecto a los hombres con el 13.5%.

La toma de medicamentos va más allá de una acción, es decir, existen múltiples aspectos cognitivos a considerar para lograr que alguien realice la toma de medicamentos, los cuales van desde saber leer para identificar la medicina hasta tener una conciencia del tiempo para saber la frecuencia y el horario de toma.

Gráfica 8. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad en tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno)



Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

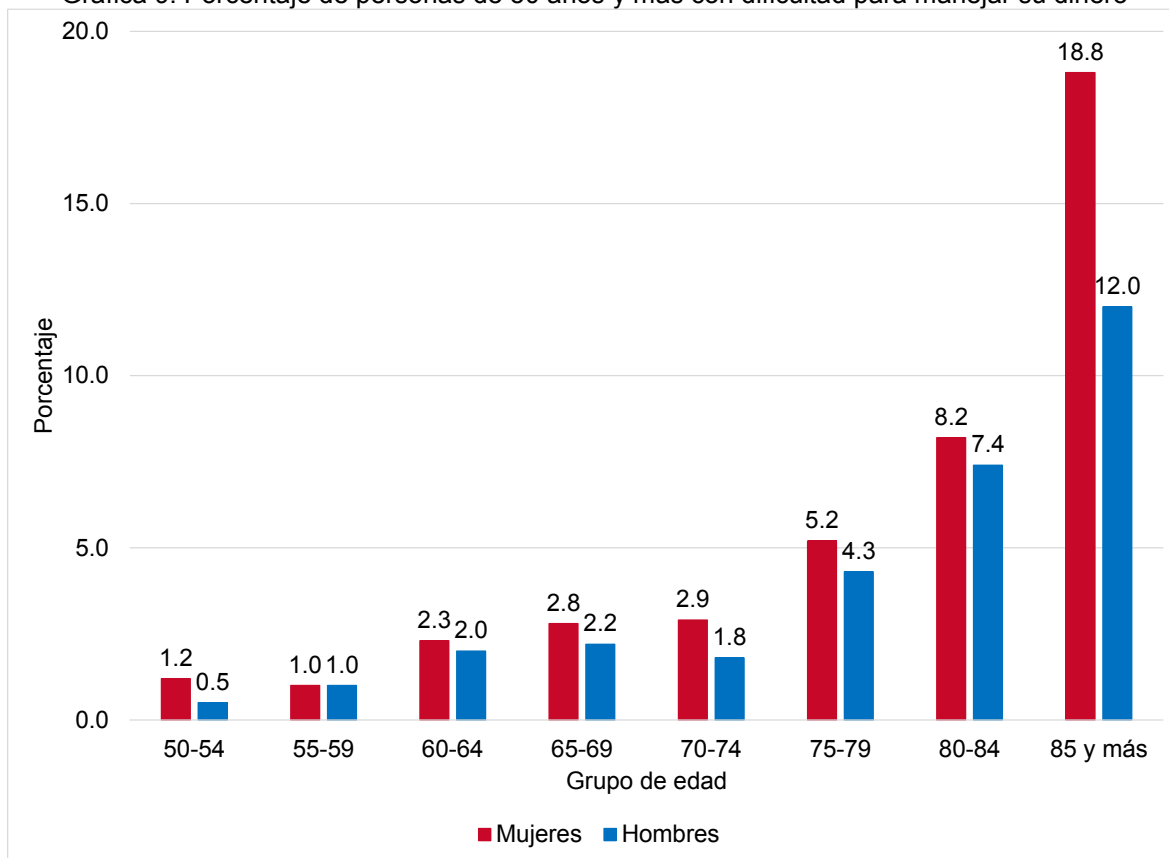
Los resultados sobre la dificultad que tienen las personas de 50 años y más para manejar su dinero (ver gráfica 9) indican que las mujeres (19.2%²⁷) reportan tener mayores dificultades en casi todos los grupos de edad respecto a los hombres (21.2%²⁸), excepto en el grupo de 55-59. Sin embargo, es en el grupo de 85 y más que se observa una aceleración en ambos sexos y con mayor diferencia, siendo de 18.8% en mujeres y 12% en hombres.

El manejo de dinero es importante ya que requiere un aspecto cognitivo, es decir, implica la necesidad de decidir sobre cómo utilizarlo, ya sea ahorrarlo o gastarlo. En resumen, conlleva un empoderamiento principalmente en las mujeres.

²⁷ Ver cuadro 1.

²⁸ Ver cuadro 1.

Gráfica 9. Porcentaje de personas de 50 años y más con dificultad para manejar su dinero



Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

En todas las AIVD, las mujeres reportaron mayor dificultad para realizar cada una de ellas con respecto a los hombres.

Además, dentro de las actividades antes referidas, las mujeres presentan mayor dificultad para hacer compra de víveres o mandado en tano que la menor fue manejar su dinero.

En el caso de los hombres, la mayor dificultad fue para preparar una comida caliente y la menor fue manejar su dinero.

Es de mencionar que en términos generales, ambos sexos presentan una aceleración de las dificultades a partir de los 75 años.

5.1.2.3- Índices de dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

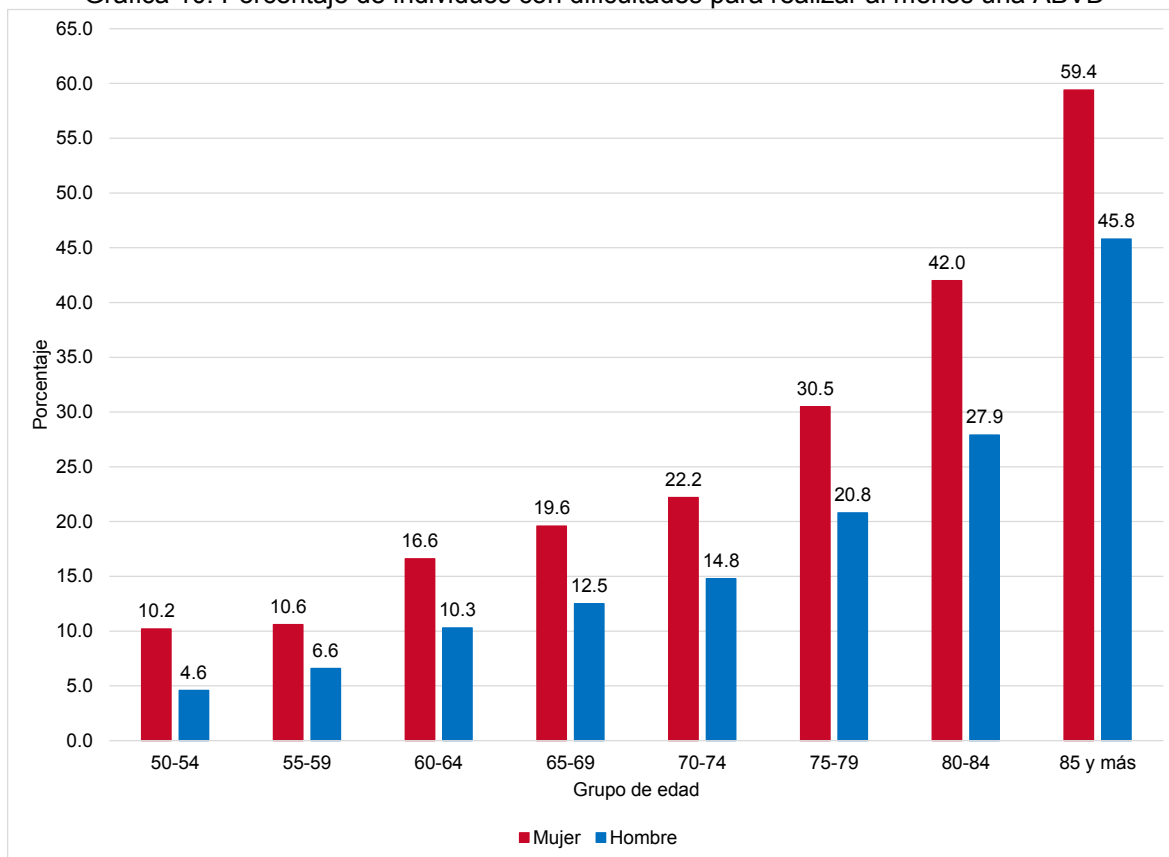
La distribución del índice de ABVD respecto al sexo y edad de los individuos presentada en la gráfica 10, permite establecer diferencias por sexo ya que en general las mujeres

presentan mayor dificultad para realizar al menos una ABVD, siendo en el grupo de 75-79 años donde ocurre una aceleración de dicha dificultad.

Es de mencionar que a partir de los 50 años, las mujeres presentan 10.2% de las dificultades para realizar al menos una de las ABVD.

Sucintamente, las mujeres presentan dependencia funcional a edades más tempranas respecto a los hombres y, además, viven mayor tiempo en esta situación.

Gráfica 10. Porcentaje de individuos con dificultades para realizar al menos una ABVD



Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

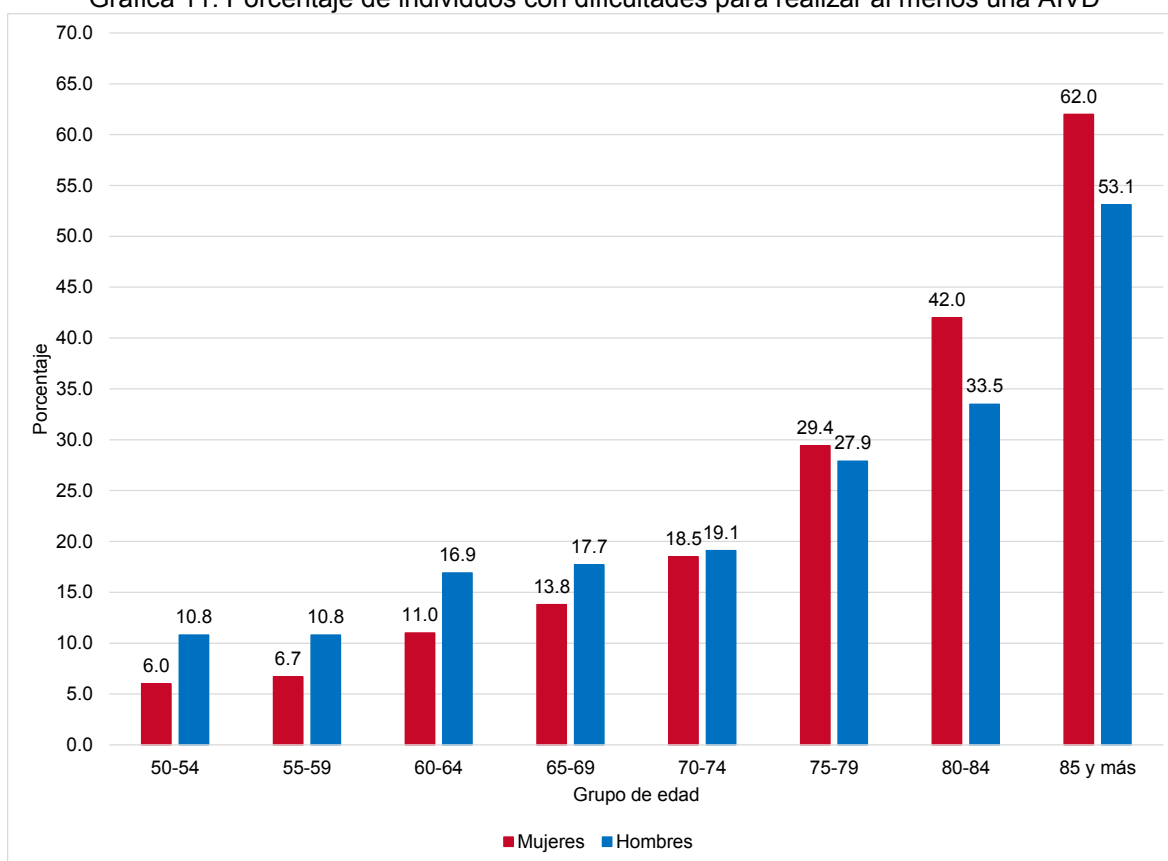
Por lo que se refiere al índice de las AIVD, los datos de la gráfica 11 indican valores porcentuales más altos en hombres en los primeros cinco grupos de edad, mientras que dicho aspecto se invierte a partir del grupo de edad 75-79 en el caso de las mujeres, siendo mayor la dificultad para realizar al menos una actividad instrumental en las mujeres respecto a los hombres.

No se debe dejar de lado que algunas de las AIVD están influenciadas por el rol de género, en particular la preparación de alimentos y quizá la compra de víveres, aspecto

que podría estar afectando las cifras obtenidas y no deberse necesariamente a la edad avanzada.

Resalta el hecho que en términos generales, el índice de las ABVD presenta mayores porcentajes respecto a las AIVD. Este resultado coincide con lo reportado por Montes de Oca (2007 en Arroyo *et al.*, 2011: 37), Barrantes *et al.*, (2007) y Manrique *et al.*, (2013). Sin embargo, a partir de los 85 años, las ABVD en mujeres reportan 59.4% mientras que en las AIVD es 62% y, en los hombres es de 45.8% y 53.1%, respectivamente.

Gráfica 11. Porcentaje de individuos con dificultades para realizar al menos una AIVD



Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

5.1.3- Asociación entre diferentes características sociodemográficas y de salud con la dificultad para realizar las AVD

A partir de la prueba Ji-cuadrada²⁹, lo que se busca es encontrar las variables (edad, situación conyugal, número de hijos, años de estudio, tamaño de localidad de residencia,

²⁹ La prueba Ji-cuadrada sirve para contrastar la hipótesis de independencia entre dos variables categóricas con base en las frecuencias observadas y esperadas. Para ello se tiene una hipótesis

autopercepción del estado de salud, diagnosticado con; hipertensión o presión alta, diabetes, artritis o reumatoide, alguna caída en los últimos dos años, dolor físico en forma recurrente, padece algún problema de salud por cuestión laboral, acceso a; Seguro Social IMSS, ISSSTE y Seguro Popular) que se asocian con la dependencia funcional (ABVD y AIVD) e indagar en si existen diferencias significativas por sexo de las personas de 50 años y más (ver cuadro 2 y 3).

Es así que dichos cuadros hacen referencia a las variables dependientes e independientes que fueron seleccionadas para realizar los modelos, en este caso se presenta su distribución absoluta, porcentual y si fueron significativas para cada conjunto de AVD. Es así que el primero se refiere a las ABVD, mientras que el segundo a las AIVD.

En el primero se puede observar que las variables tamaño de localidad, acceso a ISSSTE y acceso a Seguro Popular no resultaron significativas ($p>0.05$) en ambos sexos. En el caso de las mujeres, tampoco resultó significativa la variable acceso a IMSS a un nivel de significancia de $p>0.05$.

En el segundo, se puede ver que en ambos sexos las variables sobre acceso a IMSS e ISSSTE no resultaron significativas ($p>0.05$), y en el caso de las mujeres el Seguro Popular tampoco resultó significativo ($p>0.05$).

Por lo que se refiere al cuadro 2, se puede observar una asociación significativa con respecto a la edad en ambos sexos y, claramente, dicha asociación consiste en que a mayor edad mayor dificultad para realizar las ABVD. También existe asociación significativa con la situación conyugal, principalmente en las personas viudas o que viven solas o separadas, es de destacar que las mujeres presentan mayores porcentajes respecto a los hombres. En cuanto al número de hijos, el tener mayor número de hijos se asocia a mayor dificultad para realizar las ABVD, en ambos sexos se observa un comportamiento en forma de u. En tanto que el tener menos años de estudio, en ambos sexos, se asocia a una mayor dificultad en las actividades antes mencionadas.

En dicho cuadro también se observan variables relacionadas con la salud, tal es el caso de la autopercepción, donde entre peor se perciba el estado de salud se asocia a mayor dificultad de llevar a cabo las ABVD. Otras variables relacionadas con la salud son las enfermedades crónicas degenerativas como son la hipertensión o presión alta, la cual

nula (H_0) donde no hay asociación entre las variables y una hipótesis alternativa (H_a) donde existe asociación entre las variables. La probabilidad de obtener los datos observados si fuese cierta la hipótesis de independencia es lo que denominamos *p-value* (Velasco, 2010). Entonces si el nivel de significancia es menor a 0.05 ($p\text{-value}<0.05$) se rechaza la H_0 , lo cual quiere decir que se acepta la H_a y existe asociación entre las variables.

se encuentra asociada de forma significativa con la dificultad para realizar las ABVD, aunque es mayor en el caso de las mujeres. El caso de padecer diabetes, alguna caída en los últimos dos años, padecer dolor físico de manera recurrente y tener un problema de salud causado por actividad laboral, se encuentran asociadas significativamente a la dificultad para realizar las ABVD y, finalmente, el tener artritis o reumatoide no sólo se encuentra asociada significativamente a la dificultad de dichas actividades sino que es mayor que otras enfermedades crónicas, posiblemente debido a la incapacidad motriz que puede llegar a generar.

En el cuadro 3 se puede observar una asociación significativa con respecto a la edad en ambos sexos y, claramente, dicha asociación consiste en que a mayor edad mayor dificultad para realizar las AIVD, es de mencionar que dicha variable presenta mayores porcentajes respecto a las ABVD. También existe asociación significativa con la situación conyugal, principalmente en las personas viudas, es de destacar que caso contrario a las ABVD, los hombres presentan mayores porcentajes respecto a las mujeres. En cuanto al número de hijos, el tener mayor número de hijos se asocia a mayor dificultad para realizar las AIVD, en el caso de las mujeres se observa un comportamiento en forma de u, mientras que en los hombres es ascendente. En tanto que el tener menos años de estudio, en ambos sexos, se asocia a una mayor dificultad en las actividades antes mencionadas. En el caso del tamaño de localidad de residencia, se observa que existe asociación entre vivir en una localidad de menor número de habitantes con la dificultad para realizar AIVD.

Asimismo, se observan variables relacionadas con la salud, tal es el caso de la autopercepción, donde entre peor se perciba el estado de salud se asocia a mayor dificultad de llevar a cabo las AIVD. Otras variables relacionadas con la salud son las enfermedades crónicas degenerativas como son la hipertensión o presión alta, la diabetes, las caídas y el dolor físico, se encuentran asociadas de forma significativa con la dificultad para realizar las AIVD, aunque es mayor en el caso de los hombres. Finalmente, el tener artritis o reumatoide, al igual que en el caso de las ABVD, no sólo se encuentra asociada significativamente a la dificultad para llevar a cabo las AIVD, sino que es mayor que otras enfermedades crónicas.

Capítulo 5. Envejecimiento, dependencia funcional y cuidados informales. Un acercamiento a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012

Cuadro 2. Asociación entre características sociodemográficas y de salud con la dificultad para realizar las ABVD

Variable	Categoría	Mujeres			Hombres		
		n	%	Significancia	n	%	Significancia
Grupos edad	50-54	117	10.2	p<0.05	34	4.6	p<0.05
	55-59	145	10.6		54	6.6	
	60-64	233	16.6		116	10.3	
	65-69	231	19.6		131	12.5	
	70-74	196	22.2		108	14.8	
	75-79	207	30.5		114	20.8	
	80-84	190	42.0		90	27.9	
	85 y más	202	59.4		120	45.8	
	Total	1521	20.4	767	13.7		
Situación Conyugal	Soltero	82	19.3	p<0.05	28	14.5	p<0.05
	Unido o casado	697	16.5		564	12.3	
	Separado o divorciado	147	19.6		46	15.6	
	Viudo	595	29.1		132	24.2	
	Total	1521	20.4		770	13.7	
Número de hijos	Sin hijos	54	17.3	p<0.05	42	15.0	p<0.05
	1 a 3	308	13.7		151	8.5	
	4 a 6	483	19.3		252	13.3	
	7 o más	662	28.2		319	19.9	
	Total	1507	20.3		764	13.8	
Años de estudio	Sin estudios	448	28.7	p<0.05	211	23.0	p<0.05
	1 a 6	816	21.3		409	14.5	
	7 a 9.5	128	14.1		66	9.1	
	10 a 12	74	11.8		33	8.0	
	13 a 24.5	53	10.4		48	6.9	
	Total	1519	20.4	767	13.8		
Tamaño de localidad de residencia (habitantes)	100 000 o más	892	20.1	p>0.05	420	13.4	p>0.05
	15 000 a 99 999	173	20.4		71	11.8	
	2 500 a 14 999	176	21.9		104	16.2	
	Menos de 2 500	280	20.3		175	14.4	
	Total	1521	20.4		770	13.7	
Autopercepción del estado de salud	Mala	445	40.5	p<0.05	203	34.0	p<0.05
	Regular	609	16.5		288	12.1	
	Buena	140	8.2		79	5.1	
	Muy buena	15	6.9		9	3.3	
	Excelente	3	2.7		3	1.7	
	Total	1212	17.8	582	11.7		
Diagnosticado con hipertensión o presión alta	No	566	15.5	p<0.05	373	10.5	p<0.05
	Sí	953	25.2		396	19.5	
	Total	1519	20.4		769	13.8	
Diagnosticado con diabetes	No	984	18.0	p<0.05	527	11.9	p<0.05
	Sí	535	27.2		242	21.0	
	Total	1519	20.4		769	13.7	
Alguna caída en los últimos dos años	No	572	14.5	p<0.05	369	9.9	p<0.05
	Sí	949	27.0		401	21.6	
	Total	1521	20.4		770	13.7	
Diagnosticado con artritis o reumatoide	No	1057	17.5	p<0.05	575	11.5	p<0.05
	Sí	460	33.0		193	33.4	
	Total	1517	20.4		768	13.7	
Padece de dolor físico en forma recurrente	No	337	9.3	p<0.05	237	7	p<0.05
	Sí	875	27.3		345	21.6	
	Total	1212	17.8		582	11.7	
Padece de algún problema de salud causado por actividad laboral	No	189	37.2	p<0.05	106	24.1	p<0.05
	Sí	1194	18.7		654	12.7	
	Nunca ha trabajado	134	23.6		7	46.7	
	Total	1517	20.4	767	13.7		
Acceso a Seguro Social IMSS	No	794	20.1	p>0.05	395	12.9	p<0.05
	Sí	726	20.8		375	14.8	
	Total	1520	20.4		770	13.7	
Acceso a ISSSTE/ISSSTE Estatal	No	1262	20.2	p>0.05	666	13.9	p>0.05
	Sí	258	21.4		104	12.9	
	Total	1520	20.4		770	13.8	
Acceso a Seguro Popular	No	1075	20.7	p>0.05	540	13.6	p>0.05
	Sí	445	19.7		229	14.1	
	Total	1520	20.4		769	13.7	

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Capítulo 5. Envejecimiento, dependencia funcional y cuidados informales. Un acercamiento a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012

Cuadro 3. Asociación entre características sociodemográficas y de salud con la dificultad para realizar las AIVD

Variable	Categoría	Mujeres			Hombres		
		n	%	Significancia	n	%	Significancia
Grupos edad	50-54	76	6.0	p<0.05	87	10.8	p<0.05
	55-59	103	6.7		94	10.8	
	60-64	171	11.0		204	16.9	
	65-69	173	13.8		197	17.7	
	70-74	171	18.5		147	19.1	
	75-79	193	29.4		154	27.9	
	80-84	158	42.0		109	33.5	
	85 y más	142	62.0		102	53.1	
	Total	1187	15.2	1094	18.7		
Situación Conyugal	Soltero	65	14.7	p<0.05	24	12.0	p<0.05
	Unido o casado	542	11.8		875	18.1	
	Separado o divorciado	84	10.5		41	13.9	
	Viudo	497	25.2		155	29.9	
	Total	1188	15.2		1095	18.7	
Número de hijos	Sin hijos	36	11.1	p<0.05	42	13.8	p<0.05
	1 a 3	243	9.8		257	13.5	
	4 a 6	371	13.9		393	19.6	
	7 o más	533	23.3		394	24.8	
	Total	1183	15.2		1086	18.7	
Años de estudio	Sin estudios	369	25.2	p<0.05	255	28.8	p<0.05
	1 a 6	643	15.9		588	20.1	
	7 a 9.5	86	8.8		110	14.1	
	10 a 12	54	7.5		58	13.1	
	13 a 24.5	35	6.0		83	10.6	
	Total	1187	15.3	1094	18.8		
Tamaño de localidad de residencia (habitantes)	100 000 o más	670	14.2	p<0.05	550	16.4	p<0.05
	15 000 a 99 999	152	17.3		121	19.1	
	2 500 a 14 999	144	17.5		154	23.7	
	Menos de 2 500	222	16.1		270	22.2	
	Total	1188	15.2		1095	18.7	
Autopercepción del estado de salud	Mala	397	35.2	p<0.05	252	39.2	p<0.05
	Regular	596	14.2		525	19.0	
	Buena	168	8.1		251	13.2	
	Muy buena	17	6.2		46	13.8	
	Excelente	10	7.6		21	10.4	
	Total	1188	15.2	1095	18.7		
Diagnosticado con hipertensión o presión alta	No	425	10.9	p<0.05	631	16.9	p<0.05
	Sí	761	19.6		461	21.9	
	Total	1186	15.2		1092	18.7	
Diagnosticado con diabetes	No	765	13.2	p<0.05	810	17.4	p<0.05
	Sí	423	21.3		282	24.1	
	Total	1188	15.3		1092	18.7	
Alguna caída en los últimos dos años	No	492	11.6	p<0.05	665	16.5	p<0.05
	Sí	696	19.5		430	23.7	
	Total	1188	15.2		1095	18.7	
Diagnosticado con artritis o reumatoide	No	836	13.0	p<0.05	933	17.6	p<0.05
	Sí	350	25.7		160	29.5	
	Total	1186	15.2		1093	18.7	
Padece de dolor físico en forma recurrente	No	440	10.2	p<0.05	640	15.7	p<0.05
	Sí	747	21.6		455	25.9	
	Total	1187	15.2		1095	18.7	
Padece de algún problema de salud causado por actividad laboral	No	132	26.0	p<0.05	108	24.5	p<0.05
	Sí	935	13.9		977	18.1	
	Nunca ha trabajado	118	21.0		6	50.0	
	Total	1185	15.2		1091	18.7	
Acceso a Seguro Social IMSS	No	628	15.4	p>0.05	609	19.4	p>0.05
	Sí	557	15.0		486	17.9	
	Total	1185	15.2		1095	18.7	
Acceso a ISSSTE/ISSSTE Estatal	No	978	15.0	p>0.05	949	19.0	p>0.05
	Sí	210	16.5		145	17.1	
	Total	1188	15.2		1094	18.7	
Acceso a Seguro Popular	No	815	14.8	p>0.05	754	18.0	p<0.05
	Sí	372	16.3		340	20.6	
	Total	1187	15.2		1094	18.7	

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

5.1.3.1- Factores relacionados a la dificultad para realizar las AVD: modelos de regresión logística

Después de haber analizado cada una de las variables asociadas con la dependencia funcional a partir de la prueba Ji-cuadrada, se exponen dos modelos de regresión logística³⁰ en miras a indagar si una persona tiene dificultad para realizar las AVD (variable binomial en virtud de que tiene dos posibilidades –éxito o fracaso-) depende o no de la edad, situación conyugal, número de hijos, años de estudio, tamaño de localidad de residencia, autopercepción del estado de salud, diagnosticado con; hipertensión o presión alta, diabetes, artritis o reumatoide, alguna caída en los últimos dos años, índice de depresión e índice de acceso a servicios de salud (variables independientes).

Es así que en los cuadros 4 y 5 se muestran los resultados del ajuste del modelo de regresión logística para las variables dependientes (índices de dificultad de realización de las ABVD y las AIVD) en función de los factores sociodemográficos, de salud e institucionales. A continuación se describen cada uno de ellos.

Por lo que se refiere al modelo cuya variable dependiente son las ABVD (ver cuadro 4) se tiene lo siguiente:

En el caso de la *edad* se tiene que la categoría de referencia es el grupo de edad de 50-54. Se observa que las mujeres que se ubican en el grupo de edad de 55-59, no presentan diferencias significativas. Sin embargo, a partir del grupo de 60-64 años en adelante, se puede interpretar que los momios³¹ de tener dificultad en las actividades básicas de la vida diaria respecto del grupo de 50-54, se observa una tendencia creciente a tener mayores dificultades en las actividades básicas de la vida diaria. Es así que en el grupo de 60-64 años se puede inferir que los momios de que las mujeres tengan alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria son 37% mayores que la categoría de referencia. En el caso de la categoría de 70-74 los momios son 41% mayores respecto de la categoría de referencia. A partir de los 75 años se observa un incremento considerable, aspecto que se constata en el caso de la categoría de 75-79,

³⁰ Los modelos de regresión logística sirven para observar el efecto que tienen las variables independientes de manera conjunta sobre la variable dependiente.

³¹ Los momios son una medida de razón, es decir, cuantifican las discrepancias en la ocurrencia de enfermedad en grupos que difieren en la presencia o no de cierta característica. La razón de momios (RM) también se conoce como con los términos en inglés odds ratio (OR) (Moreno *et al.*, 2000). El resultado se interpreta de la siguiente manera: la razón de proporciones (presencia/ausencia) será igual al $e^{(b)}$ por cada unidad de la covariable, es decir, que el $e^{(b)}$ es una *razón de momios* de la variable dependiente (Velasco, 2010). Por ejemplo: cuando se dice que aumentan los momios quiere decir que las categorías de la variable independiente aumenta la probabilidad de éxito en la variable dependiente donde dicho aumento va en relación a una categoría de referencia que siempre toma el valor de 1.

donde los momios de que las mujeres tengan dificultad son 2.25 veces mayores que el grupo de 50-54 años. En el caso del grupo de 80-84, los momios son 3.37 veces mayores respecto del mencionado grupo de referencia y, finalmente, en el grupo de 85 y más, los momios 6.56 veces mayores que la categoría de referencia.

Por lo que se refiere a los hombres, los grupos de edad de 55-59, 60-64 y 65-69 no presentaron diferencias significativas, por lo que a partir del grupo de 70-74 en adelante, se pueden interpretar que los momios de tener dificultad en las actividades básicas de la vida diaria respecto del grupo de 50-54, se observa una tendencia creciente a tener mayores dificultades en las actividades básicas de la vida diaria. Es así que en el grupo de 70-74 años se puede inferir que la propensión de que los hombres tengan alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria es 54% mayor que el grupo de 50-54 años. A partir de los 75 años, al igual que en el caso de las mujeres, se observa un incremento considerable, aspecto que se constata en el caso de la categoría de 75-79, donde los momios de que los hombres tengan dificultad son 2.24 veces mayores que el grupo de 50-54 años. En el caso del grupo de 80-84, los momios son 3.02 veces mayores respecto del mencionado grupo de referencia y, finalmente, en el grupo de 85 y más, los momios son 5.76 veces mayores que la categoría de referencia.

Todo lo anterior indica que, en ambos sexos, al aumentar la edad, aumenta la propensión de tener dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, aspecto que coincide con lo reportado por diversos autores (Manrique *et al.*, 2011; Machado *et al.*, 2014; Jiménez e Hijar, 2007; Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Dorantes *et al.*, 2007; Zavala y Domínguez, 2011; Cheix *et al.*, 2015; Arnau *et al.*, 2012; Paredes y Pérez, 2014; Montes de Oca, 2007 en Arroyo *et al.*, 2011: 37; González 2011; Solís, 1999; Hebrero, 2004; Carrascosa, 2011; INEGI, 2014; Casado y López, 2001). Sin embargo, es mayor y a más temprana edad en el caso de las mujeres, por ende, se puede hablar de que existe un problema entre sexos en el poder realizar las ABVD, donde las mujeres son más vulnerables que los hombres.

Por lo que respecta al *tamaño de localidad* la categoría de referencia en ambos sexos es la de 100 000 o más habitantes. Asimismo, el grupo de 2 500 a 14 999 no resultó significativo por lo que no existe mayor interpretación. Sin embargo, el grupo 15 000 a 99 999 y menos de 2 500 sí resultaron significativos, por lo que en el caso de las mujeres en el grupo de 15 000 a 99 999 la propensión de tener dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, aumentan 80% respecto a la categoría de referencia, mientras que en el caso de los hombres aumenta en 71% respectivamente.

Finalmente, en el grupo de menos de 2 500 habitantes, en el caso de las mujeres aumenta en 83% respecto de la categoría de referencia, mientras que en el caso de los hombres en 74%. Es así que el vivir en localidades de menor número de habitantes aumenta la propensión de tener dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, aunque en el caso de las mujeres es mayor.

Por lo que se refiere a los *años de estudio*, la *situación conyugal* y el *número de hijos*, en ambos sexos, no se observa ninguna diferencia significativa, por lo que no se podrá realizar mayor interpretación.

En cuanto a la *autopercepción del estado de salud*, se observa que sí son significativas en ambos sexos. Por ende, se puede inferir que el autoperibirse con mejor estado de salud (excelente), en ambos sexos, la propensión de tener dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria disminuye respecto de autoperibirse con mal estado de salud. Es decir, en el caso de las mujeres que se autoperibieron con regular estado de salud son 50% menos propensas de tener dificultad para realizar actividades de la vida diaria respecto a las que se autoperibieron con mal estado de salud, en el caso de los hombres es de 52%, respectivamente. En cuanto a las que se autoperibieron con buen estado de salud, son 65% menos propensas de tener dificultad para realizar actividades de la vida diaria respecto a las que se autoperibieron con mal estado de salud, en el caso de los hombres es de 70%, respectivamente. Por lo que se refiere a la categoría de autopercepción como muy buena y excelente, se puede observar que en el primer caso, las mujeres son 64% menos propensas de tener dificultad para realizar actividades de la vida diaria respecto a las que se autoperibieron con mal estado de salud, en el caso de los hombres es 79%, respectivamente. En el segundo caso, las mujeres tienen 84% de ser menos propensas de tener dificultad para realizar actividades de la vida diaria respecto a las que se autoperibieron con mal estado de salud, en el caso de los hombres es de 87%, respectivamente. En este sentido, se comprueba que existe una estrecha relación entre tener dificultad para realizar las ABVD con la variable de mala autopercepción (Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Arnau *et al.*, 2012; Hebrero, 2004; Casado y López, 2001).

Por lo que se refiere al haber sido *diagnosticado con hipertensión o presión alta*, se observa que es significativa y que la categoría de referencia es el no tener hipertensión o presión alta, por lo que en el caso de las mujeres los momios de tener hipertensión o presión alta aumentan 25% de tener dificultad para realizar actividades básicas de la vida

diaria respecto a las que no tienen hipertensión o presión alta. Mientras que en el caso de los hombres es de 31%, respectivamente.

En tanto que el haber sido *diagnosticado con diabetes*, se observa que es significativa y su categoría de referencia es el no padecer diabetes. Es así que en el caso de las mujeres que presentan diabetes los momios aumentan en 39% de tener dificultad para realizar las actividades de la vida diaria respecto de las que no tienen diabetes. Para el caso de los hombres, la propensión se incrementa 59% respecto a la categoría de referencia.

En esta tesitura se encuentran las *caídas*, es decir, el hecho de haber tenido al menos una caída en los últimos dos años. Aquí se observa que en el caso de las mujeres que declararon esa situación incrementan en 52% los momios de tener dificultad para realizar alguna actividad básica de la vida diaria respecto a las que no han tenido. En el caso de los hombres que declararon haber tenido al menos una caída en los últimos dos años, aumenta en 55% los momios de tener dificultad para realizar alguna actividad básica de la vida diaria respecto a los que no han tenido.

En el caso de las mujeres, el tener diagnosticado un problema de *artritis o reumatoide* incrementa en 73% los momios de tener dificultad para realizar las actividades de la vida diaria respecto de las que no tienen dicha enfermedad. Mientras que en los hombres, aumenta en 2.16 los momios antes referidos. De las variables relacionadas con la salud, al parecer la artritis o reumatoide se encuentra más relacionado con los problemas de ABVD ya que resulta incapacitante en términos motrices y, en este caso, afecta más a los hombres.

Sobre las últimas cuatro variables arriba mencionadas, la literatura coincide en que las enfermedades crónico-degenerativas influyen en las AVD, es el caso de la hipertensión (Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Velasco, 2010; Dorantes *et al.*, 2007; Manrique *et al.*, 2008; Cheix *et al.*, 2015), diabetes (Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Velasco, 2010; Dorantes *et al.*, 2007; Manrique *et al.*, 2008; Cheix *et al.*, 2015), artritis o reumatoide (Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Manrique *et al.*, 2008) y el haber sufrido alguna caída de forma reciente (Manrique *et al.*, 2011; Machado *et al.*, 2014; Velasco, 2010).

En tanto que el índice que se construyó sobre el *acceso a las instituciones de servicios de salud*, como son el IMSS, ISSSTE, Pemex, privado, el seguro popular u otro, no resultaron significativas en ambos sexos, por lo que no existe mayor interpretación.

En cuanto a la variable sobre el *índice de depresión*, al ser una variable cuantitativa, nos indica que por cada unidad que se incrementa el índice de depresión, los momios de tener dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria incrementan en 18% en el caso de las mujeres, es decir, por cada punto que se incrementa el índice de depresión los momios aumentan 18% más de tener dificultades para realizar dichas actividades.

En el caso de los hombres, por cada punto que se incrementa el índice de depresión los momios aumentan 20% más de tener dificultades para realizar dichas actividades.

Sobre esta última variable se puede decir que corrobora lo expuesto por otros autores en términos de que la depresión es un factor que influye en tener dificultad para llevar a cabo las AVD (Ávila *et al.*, 2007; Estrada *et al.*, 2013; Zavala y Domínguez, 2010; Menéndez *et al.*, 2005; Barrantes *et al.*, 2007; Velasco, 2010; Dorantes *et al.*, 2007).

Capítulo 5. Envejecimiento, dependencia funcional y cuidados informales. Un acercamiento a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012

Cuadro 4. Modelos de regresión logística ajustados, variable dependiente: índice de dificultad para realizar las ABVD

Variable	Categoría	Mujeres				Hombres			
		Sig.	Razón de Momios (RM)	Intervalo de Confianza al 95% para RM		Sig.	Razón de Momios (RM)	Intervalo de Confianza al 95% para RM	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Grupos de edad	50-54		1				1		
	55-59	0.332	0.87	0.65	1.16	0.383	1.24	0.76	2.02
	60-64	0.020	1.37	1.05	1.79	0.120	1.43	0.91	2.24
	65-69	0.026	1.38	1.04	1.82	0.128	1.42	0.90	2.24
	70-74	0.008	1.49	1.11	2.01	0.071	1.54	0.96	2.47
	75-79	0.000	2.25	1.64	3.09	0.001	2.24	1.38	3.64
	80-84	0.000	3.37	2.38	4.78	0.000	3.02	1.80	5.09
	85 y más	0.000	6.56	4.42	9.74	0.000	5.76	3.31	10.04
Situación conyugal	Soltero		1				1		
	Unido o casado	0.963	1.01	0.70	1.45	0.763	0.90	0.47	1.74
	Separado o divorciado	0.949	1.01	0.67	1.53	0.583	0.80	0.36	1.77
	Viudo	0.866	0.97	0.67	1.41	0.631	0.84	0.42	1.69
Número de hijos	Sin hijos		1				1		
	1 a 3	0.479	1.17	0.75	1.83	0.192	0.69	0.39	1.21
	4 a 6	0.170	1.36	0.88	2.12	0.440	0.80	0.46	1.40
	7 o más	0.147	1.39	0.89	2.17	0.555	0.84	0.48	1.48
Años de estudio	Sin estudios		1				1		
	1 a 6	0.768	0.97	0.82	1.16	0.281	0.87	0.67	1.12
	7 a 9.5	0.343	0.87	0.66	1.16	0.105	0.72	0.48	1.07
	10 a 12	0.127	0.77	0.54	1.08	0.521	0.85	0.53	1.39
	13 a 24.5	0.524	0.88	0.59	1.31	0.162	0.72	0.45	1.14
Tamaño de localidad de residencia (habitantes)	100 000 o más		1				1		
	15 000 a 99 999	0.051	0.80	0.64	1.00	0.047	0.71	0.51	1.00
	2 500 a 14 999	0.698	0.96	0.76	1.20	0.571	0.92	0.68	1.24
	Menos de 2 500	0.054	0.83	0.68	1.00	0.023	0.74	0.57	0.96
Autopercepción del estado de salud	Mala		1				1		
	Regular	0.000	0.50	0.42	0.59	0.000	0.48	0.38	0.61
	Buena	0.000	0.35	0.27	0.44	0.000	0.30	0.22	0.42
	Muy buena	0.000	0.36	0.20	0.64	0.000	0.21	0.10	0.44
	Excelente	0.002	0.16	0.05	0.52	0.001	0.13	0.04	0.43
Diagnosticado con hipertensión o presión alta	No		1				1		
	Sí	0.003	1.25	1.08	1.45	0.009	1.31	1.07	1.60
Diagnosticado con diabetes	No		1				1		
	Sí	0.000	1.39	1.19	1.62	0.000	1.59	1.27	1.98
Alguna caída en los últimos dos años	No		1				1		
	Sí	0.000	1.52	1.32	1.75	0.000	1.55	1.27	1.88
Diagnosticado con artritis o reumatoide	No		1				1		
	Sí	0.000	1.73	1.48	2.03	0.000	2.16	1.69	2.77
Índice de depresión		0.000	1.18	1.15	1.22	0.000	1.20	1.15	1.25
Índice de acceso a Servicios de Salud		0.173	1.18	0.93	1.50	0.080	1.32	0.97	1.80
Constante		0.000	0.05			0.000	0.08		

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Por lo que se refiere al modelo cuya variable dependiente son las AIVD (ver cuadro 5) se tiene lo siguiente:

En el caso de la *edad* se tiene que la categoría de referencia es el grupo de edad de 50-54. Se observa que las mujeres que se ubican en el grupo de edad de 55-59, no

presentan diferencias significativas. Sin embargo, a partir del grupo de 60-64 años en adelante, se puede interpretar que los momios de tener dificultad en las actividades instrumentales de la vida diaria respecto del grupo de 50-54, se observa una tendencia creciente a tener mayores dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria. Es así que en el grupo de 60-64 años se puede inferir que los momios de que las mujeres tengan alguna dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria son 44% mayores que el grupo de 50-54 años. En el caso de la categoría de 65-69 la propensión es 61% mayor respecto de la categoría de referencia. A partir de los 70 años se observa un incremento considerable, aspecto que se constata en el caso de la categoría de 70-74, donde los momios de que las mujeres tengan dificultad son 2.24 veces mayores que la categoría de referencia. En el caso del grupo de 75-79, los momios se duplican ya que son 4.04 veces mayores respecto del mencionado grupo de referencia en tanto que en el grupo de 80-84, los momios llegan hasta 7.91 veces mayores respecto a la categoría de referencia y, finalmente, en el grupo de 85 y más, los momios son 19.07 veces mayores que la categoría de referencia.

Por lo que se refiere a los hombres, el grupo de 55-59 años no presentó diferencias significativas, por lo que a partir del grupo de 60-64 en adelante, se pueden interpretar que los momios de tener dificultad en las actividades instrumentales de la vida diaria respecto del grupo de 50-54, se observa una tendencia creciente a tener mayores dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria. Es así que en el grupo de 70-74 años se puede inferir que los momios de que los hombres tengan alguna dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria son 44% mayores que el grupo de 50-54 años. A partir de los 75 años, se observa un incremento considerable, aspecto que se constata en el caso de la categoría de 75-79, donde los momios de que los hombres tengan dificultad son 2.16 veces mayores que el grupo de 50-54 años. En el caso del grupo de 80-84, los momios son 2.77 veces mayores respecto del mencionado grupo de referencia y, finalmente, en el grupo de 85 y más, los momios son 6.30 veces mayores que la categoría de referencia.

Todo lo anterior indica que, en ambos sexos, al aumentar la edad, aumenta la razón de momios de tener dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, es mayor en el caso de las mujeres, al igual que en las ABVD.

Por lo que respecta al *tamaño de localidad* la categoría de referencia en ambos sexos es la de 100 000 o más habitantes. Sin embargo en el caso de las mujeres, todas las categorías no resultaron significativas por lo que no existe mayor interpretación. Caso

contrario, en el caso de los hombres, sólo la categoría de 15 000 a 99 999 no resultó significativa, por lo que en el grupo de 2 500 a 14 999 los momios de tener dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, aumentan 69% respecto a la categoría de referencia, mientras que en el caso de menos de 2 500 habitantes, los momios aumentan en 78%, respectivamente. Aspecto que al igual que las ABVD, el vivir en localidades de menor número de habitantes aumentan los momios de tener dificultad para realizar las AIVD.

Por lo que se refiere a los *años de estudio*, la *situación conyugal* y el *número de hijos*, en el caso de los hombres, no se observa ninguna diferencia significativa, por lo que no se podrá realizar mayor interpretación. Sin embargo, en el caso de las mujeres, las categorías años de estudio resultaron significativas, por lo que se observa que a mayor escolaridad disminuyen los momios de tener dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, aspecto que se puede ver en la categoría de 1 a 6 años donde los momios aumentan 83% respecto de la categoría de referencia (sin estudios); mientras que tener de 13 a 24.5 años de estudio la propensión aumenta en sólo 63% respecto a la categoría de referencia. Otra de las variables que resultaron significativas en el caso de las mujeres fue la situación conyugal cuya categoría de referencia es estar soltero, aquí resalta que el estar unido o casado aumenta los momios de tener dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en 68% respecto a la categoría de referencia mientras que el estar separado o divorciado, los momios sólo aumentan 58%, respectivamente. Es de mencionar que la categoría viudo no resultó significativa.

En cuanto a la *autopercepción del estado de salud*, se observa que sí son significativas en ambos sexos. Por ende, se puede inferir que el autoperibirse con mejor estado de salud (excelente), en ambos sexos, los momios de tener dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria disminuyen respecto de autoperibirse con mal estado de salud.

Por lo que se refiere al haber sido *diagnosticado con hipertensión o presión alta*, se observa que sólo es significativa en el caso de las mujeres y que la categoría de referencia es el no tener hipertensión o presión alta, por lo que en el caso de las mujeres con hipertensión o presión alta la propensión de tener dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria aumenta 24% respecto a las que no tienen hipertensión o presión alta.

En tanto que el haber sido *diagnosticado con diabetes*, se observa que es significativa en ambos sexos y su categoría de referencia es el no padecer diabetes. Es así que en el caso de las mujeres que presentan diabetes son 54% más propensos de tener dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria respecto de las que no tienen diabetes. Para el caso de los hombres es de 35%, respectivamente.

En esta tesitura se encuentran las *caídas*, es decir, el hecho de haber tenido al menos una caída en los últimos dos años. Aquí se observa que en el caso de las mujeres que declararon esa situación incrementan en 22% los momios de tener dificultad para realizar alguna actividad instrumental de la vida diaria respecto a las que no han tenido. En el caso de los hombres, dicha variable no resultó significativa.

En el caso de las mujeres, el tener diagnosticado un problema de *artritis o reumatoide* incrementa en 65% los momios de tener dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria respecto de las que no tienen dicha enfermedad. Mientras que en los hombres, aumenta en 28% los momios antes referidos. Aspecto donde ocurre caso contrario a las ABVD ya que son las mujeres quienes presentan mayores problemas para realizar las AIVD.

En tanto que el índice que se construyó sobre el *acceso a las instituciones de servicios de salud*, como son el IMSS, ISSSTE, Pemex, privado, el seguro popular u otro, no resultaron significativas en ambos sexos, por lo que no existe mayor interpretación.

En cuanto al *índice de depresión*, al ser una variable cuantitativa, nos indica que por cada unidad que se incrementa el índice de depresión, los momios de tener dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria incrementan en 11% en el caso de las mujeres, es decir, por cada punto que se incrementa el índice de depresión los momios aumentan 11% más de tener dificultades para realizar dichas actividades.

En el caso de los hombres, por cada punto que se incrementa el índice de depresión los momios aumentan 8% más de tener dificultades para realizar dichas actividades.

Capítulo 5. Envejecimiento, dependencia funcional y cuidados informales. Un acercamiento a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012

Cuadro 5. Modelos de regresión logística ajustados, variable dependiente: índice de dificultad para realizar las AIVD

Variable	Categoría	Mujeres				Hombres			
		Sig.	Razón de Momios (RM)	Intervalo de Confianza al 95% para RM		Sig.	Razón de Momios (RM)	Intervalo de Confianza al 95% para RM	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Grupos de edad	50-54		1				1		
	55-59	0.773	0.95	0.69	1.31	0.615	0.92	0.67	1.27
	60-64	0.016	1.44	1.07	1.94	0.016	1.42	1.07	1.89
	65-69	0.002	1.61	1.19	2.19	0.039	1.36	1.02	1.82
	70-74	0.000	2.24	1.64	3.07	0.022	1.44	1.05	1.97
	75-79	0.000	4.04	2.92	5.58	0.000	2.16	1.56	2.99
	80-84	0.000	7.91	5.56	11.24	0.000	2.77	1.93	3.98
	85 y más	0.000	19.07	12.74	28.56	0.000	6.30	4.19	9.47
Situación conyugal	Soltero		1				1		
	Unido o casado	0.029	0.68	0.48	0.96	0.311	1.32	0.77	2.27
	Separado o divorciado	0.008	0.58	0.38	0.87	0.965	1.01	0.54	1.91
	Viudo	0.123	0.76	0.53	1.08	0.247	1.40	0.79	2.49
Número de hijos	Sin hijos		1				1		
	1 a 3	0.076	1.50	0.96	2.33	0.858	1.04	0.67	1.62
	4 a 6	0.027	1.65	1.06	2.58	0.313	1.25	0.81	1.93
	7 o más	0.016	1.73	1.11	2.71	0.633	1.11	0.72	1.73
Años de estudio	Sin estudios		1				1		
	1 a 6	0.037	0.83	0.70	0.99	0.121	0.86	0.71	1.04
	7 a 9.5	0.007	0.67	0.50	0.89	0.089	0.78	0.59	1.04
	10 a 12	0.009	0.63	0.44	0.89	0.162	0.78	0.55	1.11
	13 a 24.5	0.029	0.63	0.41	0.95	0.019	0.68	0.50	0.94
Tamaño de localidad de residencia (habitantes)	100 000 o más		1				1		
	15 000 a 99 999	0.819	1.03	0.82	1.28	0.481	1.09	0.86	1.37
	2 500 a 14 999	0.837	1.02	0.82	1.29	0.016	1.31	1.05	1.64
	Menos de 2 500	0.954	0.99	0.82	1.21	0.039	1.22	1.01	1.47
Autopercepción del estado de salud	Mala		1				1		
	Regular	0.000	0.50	0.42	0.60	0.000	0.52	0.43	0.64
	Buena	0.000	0.36	0.28	0.46	0.000	0.44	0.34	0.57
	Muy buena	0.000	0.32	0.18	0.56	0.001	0.51	0.35	0.76
	Excelente	0.100	0.54	0.26	1.13	0.001	0.40	0.24	0.67
Diagnosticado con hipertensión o presión alta	No		1				1		
	Sí	0.005	1.24	1.07	1.44	0.705	1.03	0.89	1.20
Diagnosticado con diabetes	No		1				1		
	Sí	0.000	1.54	1.32	1.80	0.001	1.35	1.14	1.60
Alguna caída en los últimos dos años	No		1				1.00		
	Sí	0.007	1.22	1.05	1.40	0.145	1.12	0.96	1.30
Diagnosticado con artritis o reumatoide	No		1				1		
	Sí	0.000	1.65	1.40	1.94	0.028	1.28	1.03	1.59
Índice de depresión		0.000	1.11	1.08	1.14	0.000	1.08	1.04	1.11
Índice de acceso a Servicios de Salud		0.796	1.03	0.82	1.30	0.879	1.02	0.82	1.26
Constante		0.000	0.07			0.000	0.14		

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

5.2- Dependencia funcional y apoyos

Una vez descrito el perfil y variables asociadas a la dependencia funcional, es importante conocer el apoyo con el que se cuenta en determinado momento. Es por ello que en las próximas páginas se ofrece un panorama por sexo y grupo de edad de los apoyos y la dependencia funcional.

5.2.1- Actividades Básicas de la Vida Diaria y apoyos

El cuadro 6 alude a la dificultad para realizar ABVD y recibir apoyo, específicamente, la dificultad para caminar de un lado a otro y la dificultad para bañarse en una tina o regadera. Es así que se puede ver, en ambos sexos, que conforme aumenta la edad aumentan dichas dificultades a lo cual también a mayor edad de la persona que tiene dichas dificultades recibe mayor apoyo. Sin embargo, se observa que existe un bajo porcentaje de ayuda en comparación al requerido por ambos sexos en cada una de las actividades.

Lo arriba mencionado también ocurre en las demás ABVD, es decir, en la dificultad para comer o cortar comida, acostarse y levantarse de la cama, y finalmente, usar el excusado (ver cuadro 7 y 8).

Otro aspecto a resaltar es que las mujeres presentan mayores porcentajes de dificultad para caminar, bañarse (ver cuadro 6), acostarse y levantarse de la cama (ver cuadro 7), y usar el excusado (ver cuadro 8) en comparación con los hombres. Sin embargo, estos últimos reportan mayores porcentajes en la dificultad para comer o cortar comida entre los 50 y 79 años de edad ya que a partir de los 80 años, la situación se invierte, es donde las mujeres reportan mayores porcentajes.

Cuadro 6. Dificultad para realizar alguna de las ABVD y recibe ayuda por grupos de edad y sexo

	Dificultad para caminar de un lado a otro				Dificultad para caminar de un lado a otro y recibe ayuda			
	Hombres Sí tiene dificultad		Mujeres Sí tiene dificultad		Hombres Recibe ayuda		Mujeres Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	15	2.0	37	3.2	3	1.0	15	2.1
55-59	23	2.8	45	3.3	8	2.1	17	1.7
60-64	59	5.3	79	5.6	19	2.9	31	2.8
65-69	76	7.3	95	8.1	28	4.2	33	3.3
70-74	52	7.1	101	11.5	20	3.8	38	4.8
75-79	67	12.2	120	17.7	31	6.9	65	10.2
80-84	49	15.2	126	27.8	19	6.6	68	15.5
85 y más	85	32.3	142	41.8	42	16.8	90	26.6
Total	426	7.6	745	10.0	170	4.8	357	5.9
	Dificultad para bañarse en tina o regadera				Dificultad para bañarse en tina o regadera y recibe ayuda			
	Hombres Sí tiene dificultad		Mujeres Sí tiene dificultad		Hombres Recibe ayuda		Mujeres Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	8	1.1	17	1.5	6	2.1	10	1.4
55-59	12	1.5	21	1.5	5	1.3	12	1.2
60-64	35	3.1	42	3.0	21	3.2	22	2.0
65-69	44	4.2	56	4.8	33	4.9	37	3.7
70-74	22	3.0	55	6.2	18	3.4	34	4.3
75-79	34	6.2	79	11.7	25	5.5	59	9.2
80-84	40	12.4	96	21.2	29	10.1	79	18.1
85 y más	68	25.9	123	36.2	60	24.0	121	35.8
Total	263	4.7	489	6.6	197	5.6	374	6.2

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Cuadro 7. Dificultad para realizar alguna de las ABVD y recibe ayuda por grupos de edad y sexo

	Dificultad para comer o cortar comida				Dificultad para comer o cortar comida y recibe ayuda			
	Hombres Sí tiene dificultad		Mujeres Sí tiene dificultad		Hombres Recibe ayuda		Mujeres Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	14	1.9	13	1.1	5	1.7	5	0.7
55-59	13	1.6	26	1.9	6	1.6	10	1.0
60-64	35	3.1	30	2.1	19	2.9	18	1.6
65-69	38	3.6	31	2.6	23	3.4	22	2.2
70-74	34	4.6	40	4.5	16	3.0	24	3.0
75-79	27	4.9	42	6.2	20	4.4	35	5.5
80-84	22	6.8	50	11	18	6.3	45	10.3
85 y más	37	14.1	80	23.5	32	12.9	76	22.5
Total	220	3.9	312	4.2	139	4.0	235	3.9

	Dificultad para acostarse y levantarse de la cama				Dificultad para acostarse y levantarse de la cama y recibe ayuda			
	Hombres Sí tiene dificultad		Mujeres Sí tiene dificultad		Hombres Recibe ayuda		Mujeres Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	14	1.9	67	5.8	5	1.7	14	1.9
55-59	31	3.8	86	6.3	7	1.8	16	1.6
60-64	62	5.5	146	10.4	21	3.2	31	2.8
65-69	78	7.5	125	10.6	27	4.0	49	4.9
70-74	47	6.4	120	13.6	16	3.0	36	4.6
75-79	50	9.1	108	15.9	22	4.9	59	9.3
80-84	39	12.1	98	21.7	17	6.0	62	14.2
85 y más	57	21.8	107	31.5	34	13.7	81	24.0
Total	378	6.8	857	11.5	149.0	4.2	348	5.8

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Cuadro 8. Dificultad para realizar alguna de las ABVD y recibe ayuda por grupos de edad y sexo

	Dificultad para usar el excusado				Dificultad para usar el excusado y recibe ayuda			
	Hombres Sí tiene dificultad		Mujeres Sí tiene dificultad		Hombres Recibe ayuda		Mujeres Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	11	1.5	36	3.1	4	1.4	8	1.1
55-59	18	2.2	53	3.9	4	1.0	12	1.2
60-64	40	3.6	90	6.4	16	2.5	27	2.5
65-69	50	4.8	97	8.2	26	3.9	33	3.3
70-74	33	4.5	81	9.2	16	3.0	43	5.4
75-79	48	8.8	101	14.9	24	5.3	55	8.6
80-84	31	9.6	84	18.6	18	6.3	59	13.5
85 y más	51	19.5	107	31.5	33	13.3	82	24.3
Total	282	5.0	649	8.7	141	4.0	319	5.3

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

5.2.2- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y apoyos

Al igual que en el caso de las ABVD, las dificultades para realizar AIVD y recibir apoyo, específicamente, la dificultad para preparar una comida caliente, hacer la compra de víveres o mandado, tomar medicamentos y manejar su dinero. Es así que se puede ver, en ambos sexos, que conforme aumenta la edad se acrecientan dichas dificultades a lo cual también a mayor edad de la persona que tiene dichas dificultades recibe mayor apoyo. Sin embargo, en ambos casos, se observa que existe un bajo porcentaje de ayuda en comparación al requerido por ambos sexos en cada una de las actividades. Sin embargo, algo que llama la atención es que existe una mayor respuesta de ayuda para las AIVD (ver cuadro 9 y 10).

En términos generales, de acuerdo a Solís (1999) el apoyo se incrementa conforme avanza la edad, específicamente a partir de los 75 años se empieza a proporcionar mayor apoyo a las personas con dependencia funcional.

Asimismo, nuestros resultados coinciden con Murad (2003) en el sentido de que existe un mayor apoyo en las AIVD en comparación con las ABVD.

Finalmente, las mujeres presentan mayores porcentajes en la dificultad para manejar su dinero (ver cuadro 10) mientras que los hombres tienen mayores dificultades para preparar una comida caliente (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Dificultad para realizar alguna de las AIVD y recibe ayuda por grupos de edad y sexo

	Dificultad para preparar una comida caliente				Dificultad para preparar una comida caliente y recibe ayuda			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Sí tiene dificultad		Sí tiene dificultad		Recibe ayuda		Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	59	7.3	15	1.2	27	45.8	11	73.3
55-59	72	8.2	23	1.5	35	49.3	14	60.9
60-64	152	12.6	43	2.8	93	61.2	33	76.7
65-69	147	13.2	46	3.7	96	65.3	37	80.4
70-74	105	13.6	59	6.4	64	61.0	43	72.9
75-79	117	21.2	70	10.7	81	69.2	60	85.7
80-84	85	26.1	80	21.2	60	71.4	74	92.5
85 y más	85	44.3	83	36.2	70	82.4	78	94.0
Total	822	14.1	419	5.4	526	64.1	350	83.5
	Dificultad para hacer compras de víveres o mandado				Dificultad para hacer compras de víveres o mandado y recibe ayuda			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Sí tiene dificultad		Sí tiene dificultad		Recibe ayuda		Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	25	3.1	49	3.9	18	72.0	36	73.5
55-59	24	2.7	82	5.4	15	62.5	64	78.0
60-64	81	6.7	135	8.7	58	71.6	115	85.2
65-69	89	8.0	142	11.3	61	68.5	119	83.8
70-74	66	8.6	148	16.1	46	69.7	131	88.5
75-79	79	14.3	173	26.4	58	73.4	152	87.9
80-84	60	18.5	141	37.5	42	70.0	132	93.6
85 y más	75	39.1	129	56.3	59	78.7	122	94.6
Total	499	8.5	999	12.8	357	71.5	871	87.2

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Cuadro 10. Dificultad para realizar alguna de las AIVD y recibe ayuda por grupos de edad y sexo

	Dificultad para tomar medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar)				Dificultad para tomar medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar) y recibe ayuda			
	Hombres Sí tiene dificultad		Mujeres Sí tiene dificultad		Hombres Recibe ayuda		Mujeres Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	23	2.9	19	1.5	2	8.7	7	36.8
55-59	15	1.7	25	1.6	5	33.3	8	32.0
60-64	42	3.5	37	2.4	21	50.0	18	48.6
65-69	46	4.1	24	1.9	20	43.5	10	41.7
70-74	22	2.9	34	3.7	7	31.8	19	55.9
75-79	28	5.1	29	4.4	20	71.4	17	58.6
80-84	23	7.1	37	9.8	16	69.6	28	75.7
85 y más	26	13.5	53	23.1	17	65.4	46	86.8
Total	225	3.9	258	3.3	108	48.0	153	59.3
	Dificultad para manejar su dinero				Dificultad para manejar su dinero y recibe ayuda			
	Hombres Sí tiene dificultad		Mujeres Sí tiene dificultad		Hombres Recibe ayuda		Mujeres Recibe ayuda	
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%
50-54	4	0.5	15	1.2	4	100.0	11	78.6
55-59	9	1.0	16	1.0	6	66.7	7	50.0
60-64	24	2.0	36	2.3	16	69.6	21	58.3
65-69	24	2.2	35	2.8	20	83.3	20	57.1
70-74	14	1.8	27	2.9	12	85.7	18	66.7
75-79	24	4.3	34	5.2	16	66.7	23	69.7
80-84	24	7.4	31	8.2	20	83.3	26	83.9
85 y más	23	12.0	43	18.8	18	81.8	37	86.0
Total	146	2.5	237	3.0	112	77.8	163	70.0

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

5.3- Cuidados informales

Los cuidados informales son importantes para el proceso de envejecimiento porque ante el apoyo mínimo del estado, es la familia la que ha llevado a cabo el papel de cuidador cuando las personas padecen dependencia funcional.

Es así que en los próximos apartados se intenta esclarecer ¿quiénes son los cuidadores informales? ¿cuáles son sus características sociodemográficas? ¿quién funge como principal cuidador? ¿cuál es el vínculo entre dependiente y cuidador? y ¿cuál es la frecuencia y tiempo destinado al dependiente por parte de los cuidadores informales?.

5.3.1- Análisis descriptivo

En el cuadro 11, características sociodemográficas de los cuidadores informales, se observa que hay mayor número de mujeres respecto a hombres. Aspecto que deja ver que las personas que se dedican al cuidado son en mayor parte mujeres, lo que coincide

con otros autores en el ámbito internacional (Carretero *et al.*, s/f; Chappell y Reid, 2002; Torns, 2008; Carrasquer, 2013; Martín, 2008; Rogero, 2010; Rogero, 2011; Batthyány, 2008; Ruiz y Moya, 2012; Pires *et al.*, 2013; O Duarte *et al.*, 2013; Abellán y Esparza, 2010; SENAMA, s/f) y nacional (INEGI, 2014; Félix, 2012; Félix *et al.*, 2012; Ruelas y Salgado, 2014; Arroyo *et al.*, 2011; Robles, 2007).

Además, si bien no es posible determinar la preferencia de cuidador de parte de los dependientes funcionales, el estudio de Enríquez (2013) refiere que en caso de requerir apoyo preferirían ser cuidados por una mujer.

Sin embargo, no hay que olvidar que los hombres cada vez están más presentes en la tarea de cuidados (Bazo y Domínguez, 1996), en este caso con casi la tercera parte.

En tanto que el promedio de edad es similar, siendo de 50 años en hombres y 48 en mujeres. Lo que coincide con la edad reportada en distintas investigaciones como Chappell y Reid (2002) con 51 años en población canadiense o el de Casado y López (2001) en España con más de 40 años. Además, coincide con otros estudios llevados a cabo en el ámbito mexicano como es el Félix *et al.*, (2012) con 42 años y Robles (2003) con 51.9 años. Mientras que dos estudios reportan un promedio de edad mayor a los 60 años, es el caso de Ruelas y Salgado (2014) e INEGI (2014).

Por lo que se refiere a la situación conyugal, en ambos casos, más del 50%, la mayoría está casada(o), lo que coincide con otros estudios (Pires *et al.*, 2013; O Duarte *et al.*, 2013; Félix *et al.*, 2012; Ruelas y Salgado, 2014), y una cuarta parte de los hombres está soltero, mientras que 22.7% de las mujeres se encuentra en esta condición. Además, llama la atención que el porcentaje de mujeres en situación conyugal viuda sea el doble respecto a los hombres.

En tanto que la escolaridad de los cuidadores informales, se observa que en ambos sexos, la mayoría cuenta con estudios de primaria y, en segundo lugar con secundaria. Llama la atención que más del 12% cuenta con estudios profesionales.

Otro aspecto es la condición de actividad, en el caso de los hombres 79.7% trabaja y 10.3% no trabaja. Mientras que en las mujeres el porcentaje es similar entre las que trabajan y las que se dedican a quehaceres domésticos, siendo de 45.2% y 45.8%, respectivamente. Al respecto difieren los resultados con otros estudios ya que refieren que la mayoría de las mujeres no trabajan o se dedican a labores domésticas (Carretero *et al.*, s/f; Casado y López, 2001; Félix *et al.*, 2012; Ruelas y Salgado, 2014). Sin embargo, en nuestro caso se encontraron porcentajes similares entre las que refieren

trabajar y dedicarse a labores domésticas, lo que da pie a poner atención sobre ello en trabajos futuros.

La condición económica, en ambos sexos, es regular siendo 63.1% en hombres y 66.5% en mujeres, mientras que 16.8% de los hombres tiene situación económica mala en tanto que las mujeres es 14.5%. Cuestión que difiere con lo reportado por otros trabajos en virtud de que aluden que la mayoría se encuentra en situación económica baja (Carretero *et al.*, s/f; Félix *et al.*, 2012), mientras que los hallazgos en este trabajo reportan que la mayoría cuenta con situación económica regular.

El número de días que dedican a cuidar es similar en ambos sexos, donde una cuarta parte reporta haber cuidado entre 1 a 7 días durante el mes pasado. Llama la atención que tanto en hombres como en mujeres, más del 60% reportó haber cuidado de 15 días o más durante el mes pasado, aunque en el caso de las mujeres reportan un mayor porcentaje respecto de los hombres.

Asimismo, se observa que la mayoría de hombres y mujeres refieren dedicar a cuidar 12 horas o menos al día. Sin embargo, 20% de las mujeres dedican más de 12 horas a cuidar en comparación con los hombres (15.8%).

Sobre la frecuencia y tiempo en el cuidado, los resultados indican que si bien tanto hombres como mujeres, la mayoría reporta haber cuidado de 15 días o más durante el mes pasado, cuando se ven los porcentajes por tiempo se observa que existe una desigualdad entre sexos, donde las mujeres dedican mayor tiempo al cuidado. Aspecto que coincide con otros autores, entre ellos, Carretero *et al.*, (s/f); Montorio *et al.*, (1998); Chappell y Reid (2002); Rogero (2010); Rogero (2011); Batthyány (2008); INEGI (2014); Ruiz y Moya (2012).

Se puede concluir que el perfil de las mujeres cuidadoras es: edad de 48 años, casada, baja escolaridad, se dedica a labores domésticas o trabaja, regular situación económica, cuida 15 días o más entre 12 horas o menos al día. El perfil de los hombres cuidadores es: promedio de edad de 50 años, casado, escolaridad baja, trabaja, su situación económica es regular y cuida 15 días o más entre 12 horas diarias o menos.

Cuadro 11. Características sociodemográficas de los cuidadores informales

Categoría	Hombre			Mujer			Total		
	Media	n	%	Media	n	%	Media	n	%
	50			48			48		
Soltero		193	26.3		0	0.0		193	7.7
Soltera		0	0.0		405	22.7		405	16.1
Casado		434	59.2		0	0.0		434	17.2
Casada		0	0.0		1075	60.1		1075	42.6
Unión libre h		42	5.7		0	0.0		42	1.7
Divorciado		22	3.0		0	0.0		22	0.9
Divorciada		0	0.0		51	2.9		51	2.0
Separado		29	4.0		0	0.0		29	1.2
Separada		0	0.0		81	4.5		81	3.2
Viudo		13	1.8		0	0.0		13	0.5
Viuda		0	0.0		66	3.7		66	2.6
Unión libre m		0	0.0		110	6.2		110	4.4
Total		733	100		1788	100		2521	100
Ninguno		81	11.1		178	10.0		259	10.3
Primaria		296	40.7		637	35.8		933	37.2
Secundaria		141	19.4		408	22.9		549	21.9
Carrera técnica o comercial		28	3.8		162	9.1		190	7.6
Preparatoria o Bachillerato		76	10.4		148	8.3		224	8.9
Normal básica		6	0.8		26	1.5		32	1.3
Profesional		94	12.9		217	12.2		311	12.4
Posgrado		6	0.8		5	0.3		11	0.4
Total		728	100		1781	100		2509	100
Trabaja o busca trabajo		393	79.7		576	45.2		969	54.9
Es estudiante		39	7.9		50	3.9		89	5.0
Se dedica a los quehaceres de su hogar		10	2.0		583	45.8		593	33.6
No trabaja		51	10.3		64	5.0		115	6.5
Total		493	100		1273	100		1766	100
Excelente		1	0.2		6	0.5		7	0.4
Muy buena		6	1.2		22	1.7		28	1.6
Buena		92	18.7		215	16.9		307	17.4
Regular		311	63.1		846	66.5		1157	65.5
Mala		83	16.8		184	14.5		267	15.1
Total		493	100		1273	100		1766	100
1 a 7		218	29.6		460	25.7		678	26.8
8 a 14		37	5.0		68	3.8		105	4.2
15 ó más		482	65.4		1263	70.5		1745	69.0
Total		737	100		1791	100		2528	100
12 ó menos		615	84.2		1422	80.0		2037	81.2
Más de 12		115	15.8		356	20.0		471	18.8
Total		730	100		1778	100		2508	100

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

5.3.2- Vínculo entre el dependiente funcional y el cuidador

Las personas que cuidan a un dependiente funcional hombre son en su mayoría las esposas (51.9%), en segundo lugar son las hijas (23.3%) y en tercer lugar los hijos (13.8%). Existen cuidados a cargo de las mujeres, además de las antes referidas, las nueras, nietas, otro pariente mujer (hermanas, primas) están presentes aunque en menor medida (ver gráfica 12), lo cual coincide con la literatura de México como en el resto del mundo, en el sentido de que nos habla sobre una feminización del cuidado (Robles, 2001

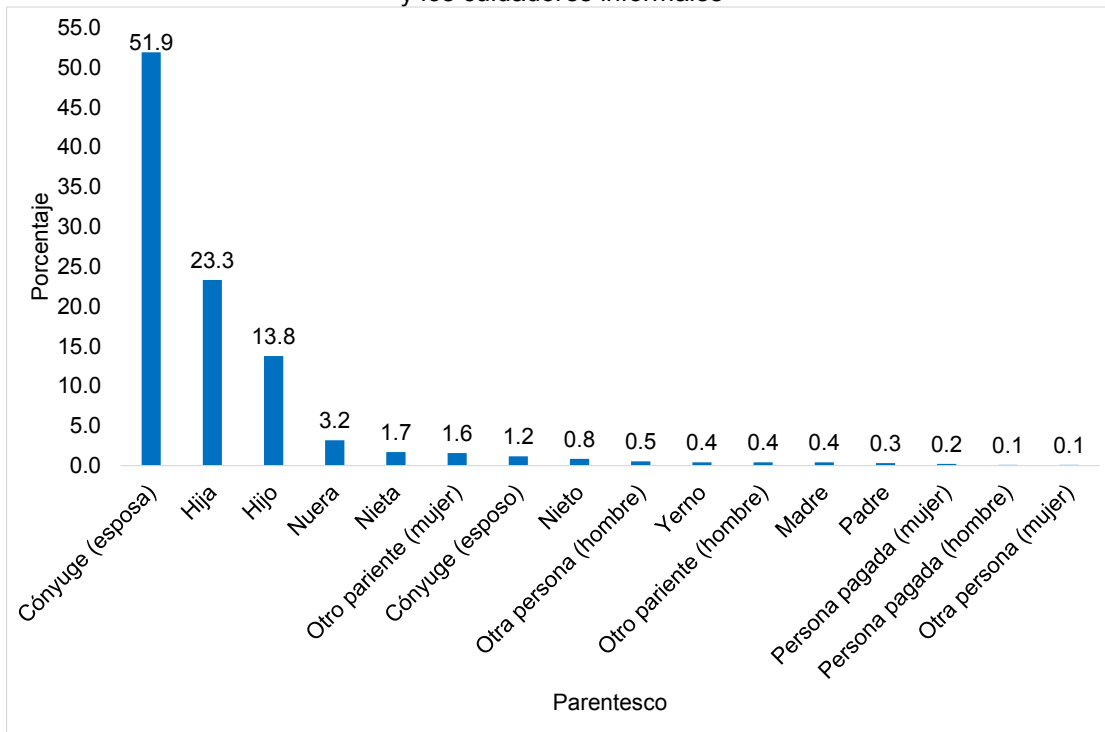
y 2002; Arroyo *et al.*, 2011 y 2010; Batthyány, 2008 y 2010; Carbajal y Berriel, 2014; Martínez, 2002; Ruiz y Moya, 2012; Enríquez, 2013; Rogero, 2010; Aguirre, 2008; SENAMA, s/f; Abellán y Esparza, 2010), donde a lo largo de los años se le ha atribuido a la mujer como persona idónea para ejercer el cuidado (Arroyo *et al.*, 2011; Robles, 2007; Putassi, 2008) particularmente por su calidad en el cuidado, debido a que son más “dulces, nobles, cariñosas o amorosas al trato” como lo refiere Robles (2002).

Sin embargo, cuando la persona dependiente funcional es mujer, dentro de los cuidados informales, las protagonistas son las hijas (50.8%), seguido por los hijos (16.6%) y, en tercer lugar, los esposos (14%). Aquí resalta el cuidado brindado por la nieta (5%) y por la nuera (3.9%) (ver gráfica 13). En el caso de las mujeres existe participación por ambos sexos. A diferencia de la feminización en el caso del dependiente hombre.

Finalmente, llama la atención que cuando la persona dependiente funcional es hombre o mujer, existe preferencia por ser cuidado por una persona pagada mujer (ver gráficas 12 y 13).

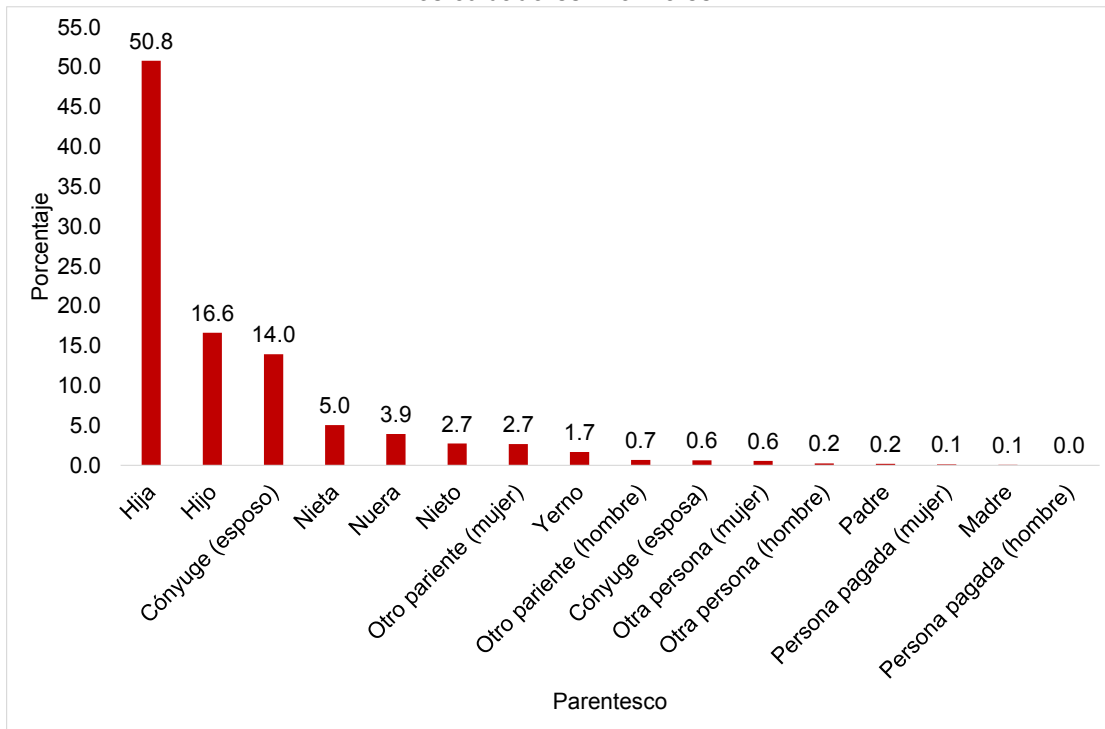
En términos generales nuestros resultados coinciden con otras investigaciones en términos de *parentesco*, tal es el caso de Carretero *et al.*, (s/f), Robles (2003), SENAMA (s/f) y, Abellán y Esparza (2010) quienes reportan que las principales cuidadoras son las esposas e hijas. O el caso de O Duarte *et al.*, (2013) y Félix *et al.*, (2012) donde los hijos(as) son los que asumen el cuidado y, por último, el trabajo de Casado y López (2001), donde observa que en primer lugar están los hijos e hijas y después los cónyuges y en tercer lugar, otros familiares.

Gráfica 12. Porcentaje del vínculo entre los hombres de 50 años y más con dependencia funcional y los cuidadores informales



Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Gráfica 13. Porcentaje del vínculo entre las mujeres de 50 años y más con dependencia funcional y los cuidadores informales



Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

5.3.3- Frecuencia y tiempo en el cuidado

En el cuadro 12 se observa que la mayoría de los cuidadores dedica entre 12 o menos horas diarias (78%). A partir de la gráfica sobre el vínculo entre dependiente funcional (hombre) y cuidador (ver gráfica 12), donde sus principales cuidadores son la esposa, en segundo la hija y después el hijo. Si observamos lo anterior en términos de tiempo en el cuidado se constata el hecho de que la esposa cuida 12 horas o más (27.7%), mientras la hija lo hace 19.4% y el hijo con sólo el 10.9%. Sin embargo, resalta el tiempo dedicado por el yerno (25%) y otro pariente (hombre) con el mismo porcentaje, mientras que la nieta reporta 12.5% y el nieto está ausente.

Cuadro 12. Distribución porcentual del número de horas que cuida al día a la persona con dependencia funcional (hombre) según parentesco

Parentesco	Hombre					
	12 ó menos		Más de 12		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cónyuge (esposo)	7	63.6	4	36.4	11	100.0
Hijo	115	89.1	14	10.9	129	100.0
Yerno	3	75.0	1	25.0	4	100.0
Nieto	7	100.0	0	0.0	7	100.0
Padre	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Otro pariente (hombre)	3	75.0	1	25.0	4	100.0
Otra persona (hombre)	5	100.0	0	0.0	5	100.0
Persona pagada (hombre)	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Cónyuge (esposa)	349	72.3	134	27.7	483	100.0
Hija	175	80.6	42	19.4	217	100.0
Nuera	29	96.7	1	3.3	30	100.0
Nieta	14	87.5	2	12.5	16	100.0
Madre	2	66.7	1	33.3	3	100.0
Otro pariente (mujer)	12	92.3	1	7.7	13	100.0
Otra persona (mujer)	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Persona pagada (mujer)	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Total	725	78.0	204	22.0	929	100.0

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

En el caso del cuadro 13, se puede ver que al igual que en el caso de los hombres, la mayoría cuida entre 12 o menos horas al día (83.1%). Sin embargo, al observar a las principales personas que le brindan cuidados son la hija en primer término, el hijo y, en tercero, el esposo (ver gráfica 13). Esto, de acuerdo a lo percibido en el cuadro 13, se observa que la persona que dedica más de 12 horas al día es el esposo (21.7%), en segundo lugar la hija (17.9%) y, finalmente, el hijo (14.5%). Aspecto que si bien estos serían los principales cuidadores, en términos de tiempo completo destinado, sería en primer término el esposo, en segundo la hija y finalmente el hijo. Aunque hay que resaltar

que la nuera cuida más de 12 horas al día (19.4%), la nieta (12.5%) y otro pariente mujer (14%).

Cuadro 13. Distribución porcentual del número de horas que cuida al día a la persona con dependencia funcional (mujer) según parentesco

Parentesco	Mujer					
	12 ó menos		Más de 12		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cónyuge (esposo)	170	78.3	47	21.7	217	100.0
Hijo	224	85.5	38	14.5	262	100.0
Yerno	23	85.2	4	14.8	27	100.0
Nieto	42	100.0	0	0.0	42	100.0
Padre	3	100.0	0	0.0	3	100.0
Otro pariente (hombre)	8	72.7	3	27.3	11	100.0
Otra persona (hombre)	4	100.0	0	0.0	4	100.0
Persona pagada (hombre)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cónyuge (esposa)	9	90.0	1	10.0	10	100.0
Hija	659	82.1	144	17.9	803	100.0
Nuera	50	80.6	12	19.4	62	100.0
Nieta	70	87.5	10	12.5	80	100.0
Madre	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Otro pariente (mujer)	37	86.0	6	14.0	43	100.0
Otra persona (mujer)	7	77.8	2	22.2	9	100.0
Persona pagada (mujer)	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Total	1309	83.1	267	16.9	1576	100.0

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

El cuadro 14, hace referencia a la frecuencia del cuidado proporcionado a una persona con dependencia funcional (hombre) de acuerdo al parentesco. En el cual se observa que la mayoría reporta haber cuidado de 15 o más días (73.1%), lo que quiere decir que si bien el modelo familiarista está presente, el aspecto difiere en el número de horas y frecuencia dedicada al cuidado de acuerdo al parentesco. Como se comentó en el capítulo 3, el cuidado se da por diversas cuestiones como son la responsabilidad social, la obligación filial y la falta de cuidado formal, por mencionar algunas. Aspecto que no se pudo observar en este estudio dadas las características de la fuente de información, sin embargo, en un futuro sería importante considerar esta arista de los cuidados.

En el cuadro antes mencionado se percibe cuando el dependiente funcional es hombre, los principales cuidadores no sólo en términos de mayor tiempo sino de número de días son la esposa, la hija y el hijo. Aunque no se debe dejar pasar el cuidado brindado por la nuera y otro pariente (mujer).

Cuadro 14. Distribución porcentual del número de días que ayudó el mes pasado a la persona con dependencia funcional (hombre) de acuerdo al parentesco

Parentesco	Hombre							
	1 a 7		8 a 14		15 ó más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cónyuge (esposo)	1	9.1	0	0.0	10	90.9	11	100.0
Hijo	52	40.6	4	3.1	72	56.3	128	100.0
Yerno	2	50.0	0	0.0	2	50.0	4	100.0
Nieto	0	0.0	0	0.0	7	100.0	7	100.0
Padre	1	33.3	0	0.0	2	66.7	3	100.0
Otro pariente (hombre)	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Otra persona (hombre)	1	20.0	0	0.0	4	80.0	5	100.0
Persona pagada (hombre)	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Cónyuge (esposa)	85	17.4	16	3.3	387	79.3	488	100.0
Hija	62	28.4	12	5.5	144	66.1	218	100.0
Nuera	3	10.0	1	3.3	26	86.7	30	100.0
Nieta	6	37.5	0	0.0	10	62.5	16	100.0
Madre	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4	100.0
Otro pariente (mujer)	2	13.3	1	6.7	12	80.0	15	100.0
Otra persona (mujer)	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Persona pagada (mujer)	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	100.0
Total	216	23.1	36	3.8	685	73.1	937	100.0

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

El cuadro 15 alude al número de días que ayudó durante el mes pasado a la mujer con dependencia funcional de acuerdo al parentesco. Aquí se observa que la mayoría cuida de 15 o más días (66.6%), donde el esposo lo realiza el 71.4%, el hijo (63.5%) y la hija (64.9%).

De manera general, en relación con el tiempo y frecuencia en el cuidado, se puede concluir que el cuidado informal está presente desde las esposas(os), hijas(os), nietos, por mencionar algunos. Donde cada cual aporta en tiempo y frecuencia (Carretero *et al.*, s/f; Montorio *et al.*, 1998; Chappell y Reid, 2002; Rogero, 2010; Rogero, 2011). Sin embargo, se brinda una mayor constancia de estos cuando la persona que recibe el cuidado es hombre.

Además, no hay que olvidar que el cuidado y la atención de las personas mayores y de los enfermos dependientes es una tarea de difícil captación que requiere de abordajes metodológicos múltiples, cuantitativos y cualitativos (Batthyány, 2008).

Finalmente, el cuidado y apoyo a personas dependientes es arduo porque no se limita a una jornada laboral ni a un cuidado específico y puede implicar, para quienes la realizan, llevarla a cabo a lo largo, de las 24 horas del día para cubrir, si no todas, al menos las necesidades vitales que estas personas requieran para su sobrevivencia, como sucede con el tiempo que se dedica a alimentar, bañar, asear y vestir (INEGI, 2014: 26).

Capítulo 5. Envejecimiento, dependencia funcional y cuidados informales. Un acercamiento a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012

Cuadro 15. Distribución porcentual del número de días que ayudó el mes pasado a la persona con dependencia funcional (mujer) de acuerdo al parentesco

Parentesco	Mujer							
	1 a 7		8 a 14		15 ó más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cónyuge (esposo)	52	23.2	12	5.4	160	71.4	224	100.0
Hijo	81	30.8	15	5.7	167	63.5	263	100.0
Yerno	8	29.6	0	0.0	19	70.4	27	100.0
Nieto	15	35.7	4	9.5	23	54.8	42	100.0
Padre	0	0.0	0	0.0	3	100.0	3	100.0
Otro pariente (hombre)	2	18.2	0	0.0	9	81.8	11	100.0
Otra persona (hombre)	3	75.0	0	0.0	1	25.0	4	100.0
Persona pagada (hombre)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cónyuge (esposa)	2	20.0	1	10.0	7	70.0	10	100.0
Hija	253	31.4	30	3.7	524	64.9	807	100.0
Nuera	15	23.8	0	0.0	48	76.2	63	100.0
Nieta	22	27.5	6	7.5	52	65.0	80	100.0
Madre	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Otro pariente (mujer)	6	14.0	1	2.3	36	83.7	43	100.0
Otra persona (mujer)	3	33.3	0	0.0	6	66.7	9	100.0
Persona pagada (mujer)	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Total	462	29.1	69	4.3	1058	66.6	1589	100.0

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

México transita por un periodo complejo, caracterizado por la presencia de problemas seculares y de los que resultan de las nuevas condiciones, esto alienta la frustración y el desencanto. Aunque son momentos de duda y de desconfianza, también lo son de retos y oportunidades.

Narro, 2015: 11.

A partir del análisis de la dependencia funcional y los cuidados informales dentro del fenómeno del envejecimiento se desprenden diversas conclusiones, entre ellas, la necesidad de seguir investigando en virtud no sólo por la complejidad que encierra la temática en sí misma, sino también, en el caso de México, por el contexto que se está presentando, principalmente, en términos económicos, socioculturales, políticos y de salud.

Dentro de este contexto la demografía se convierte en herramienta principal, ya que podemos obtener estadísticas de cualquier fenómeno poblacional, sin embargo, le falta por explorar, aún más, junto con diversas disciplinas como la sociología, economía, geografía, antropología, entre otras; los porqués de dichos datos. Particularmente, no solamente explorar sobre quiénes son los adultos mayores y, el complejo y amplio tema de los cuidados que requieren. Sino también proporcionar bases sólidas para la elaboración de programas gubernamentales para el envejecimiento de la población.

Por lo que respecta a los aspectos conceptuales utilizados en el transcurso de la investigación, se tiene que el haber considerado al envejecimiento como proceso biológico permitió analizar la heterogeneidad en distintas edades, a partir de los 50 años, de acuerdo a la ENASEM 2012.

Además, se utilizó el concepto de dependencia física para abordar no sólo las dificultades que se pueden llegar a padecer en la vida diaria sino que en términos conceptuales, a pesar de ser criticado por considerarlo fatalista, sirvió para justificar y conceptualizar la parte de los cuidados informales, es decir, que al existir dependencia física se requiere el apoyo de otra persona para llevar a cabo determinada actividad de la vida cotidiana y, al ser un apoyo físico se pueden ubicar los cuidados de índole informal.

Es importante remarcar que si bien dentro de la dependencia existe un modelo médico y otro social que la explican, en este trabajo sólo se pudo ver la parte médica en

virtud de la fuente de información. Sin embargo, de ninguna manera se omite que la parte social es fundamental en el sentido de que existe una falta de condiciones óptimas con las cuales pueda desarrollarse la población dependiente funcional, por ejemplo, cuidadores a domicilio, acceso a servicio de salud gerontológico, acceso a mayor movilidad en cuanto a infraestructura vial y de vivienda, por mencionar algunos. Es aquí donde el Estado necesita mayor presencia.

Por lo que se refiere a los cuidados informales, si bien existe una larga discusión científica sobre su ontología, para fines de esta investigación se consideró desde el ámbito material, dicho en otros términos, como la acción social para apoyar determinada necesidad física (AVD). Queda claro que la parte emocional es fundamental para abordar los cuidados, empero, a partir de la fuente de información utilizada sólo se pudieron ver los cuidados informales por medio de los apoyos a la dependencia física (AVD), es el caso de la medición de la frecuencia y tiempo dedicado a ello, así como el perfil de los cuidadores. Faltaría la parte del vínculo emocional a partir del estudio cualitativo o, en su caso, incluir preguntas de índole cualitativo en la ENASEM.

Sobre los aportes del trabajo de investigación se pueden mencionar algunos como son: a nivel teórico-conceptual se concatenaron dos aristas que, por lo general, se trabajan por separado; se generó información sobre el perfil de adultos mayores dependientes y cuidadores; se abordó el tema de los cuidados desde el ámbito cuantitativo, aspecto que, recurrentemente, es trabajado desde la parte cualitativa por medio de entrevistas a profundidad en poblaciones específicas.

Entre los resultados más importantes a partir de la ENASEM 2012 se encuentra el que permite confirmar que existe mayor dependencia funcional en mujeres, así como una feminización del cuidado, sin olvidar la presencia masculina en los cuidados de acuerdo a la referida encuesta.

Por lo que respecta a las tres hipótesis de investigación planteadas, se tiene que éstas se cumplieron. A continuación se describen cada una de ellas de acuerdo con los resultados (capítulo 4) y la revisión teórico-conceptual (capítulo 1, 2 y 3).

La primera de ellas alude tanto a las características de las personas con dependencia funcional como a los cuidadores. A partir de los resultados sobre la dependencia funcional, se puede decir que se cumplió parcialmente la hipótesis en el entendido de que no existen tantas diferencias, como se esperaba, entre hombres y mujeres en cuanto al perfil. Es así que los hombres de 50 años y más, con dependencia funcional, son en su mayoría unidos o casados con 7 hijos o más, escolaridad baja, se

dedican a trabajar, viven en localidad más urbanizada, tienen mayor dificultad para bañarse, comer y preparar comida. Por otra parte, tienen un estado de salud de regular a mala y, padecen hipertensión y diabetes. También han sufrido alguna caída en los últimos dos años, sufren de dolor, tienen problemas de salud a causa de su actividad laboral y tienen al menos un acceso a servicios de salud.

En el caso de las mujeres con los mismos años y con dependencia se tiene que son viudas o casadas con 7 hijos o más, escolaridad baja, no trabajan, viven en localidades más urbanizadas, presentan mayores dificultades para caminar, ir a la cama y realizar la compra de víveres o mandado. También perciben su estado de salud entre regular y malo; padecen hipertensión, diabetes y dolor físico. Han sufrido alguna caída en los últimos dos años, tienen problemas de salud a causa de su actividad laboral y tienen al menos un acceso a servicios de salud. Éste último aspecto sorprende en virtud de que no se esperaba que contaran con dicho acceso.

Sobre el perfil de los cuidadores informales, si bien dicha hipótesis se cumplió, no se esperaba que en el caso de las mujeres un alto porcentaje se dedicara al trabajo remunerado. Es así que el perfil de las mujeres cuidadoras es tener edad promedio de 48 años, casada, baja escolaridad, se dedica a labores domésticas o trabaja, regular situación económica, cuida 15 o más días al mes entre 12 o menos horas diarias. En tanto que el perfil de los hombres cuidadores es contar con edad promedio de 50 años, casado, escolaridad baja, trabaja, su situación económica es regular y cuida 15 o más días al mes entre 12 o menos horas diarias.

En el caso de la segunda hipótesis, donde se esperaba que predominaran los factores relacionados con el estado de salud y el acceso a servicio de salud, se comprobó que las variables vinculadas con la salud predominan en la dependencia funcional, aunque las variables relacionadas al acceso a servicios de salud no resultaron significativas por lo que es necesario retomar en futuras investigaciones sobre la temática.

En esta tesitura, y tal como se expuso en el capítulo 5, se comprobó que son dos los factores sociodemográficos los que pudieran determinar que una persona de 50 años o más presente dependencia funcional: el contar con *edades* más avanzadas y el vivir en zonas de *tamaño de localidad* menor a 2500 habitantes, aspecto que no se esperaba.

Por lo que se refiere a los años de estudio, la situación conyugal y el número de hijos, en ambos sexos, no resultaron significativas por lo que será necesario analizar en un futuro.

En cuanto a las variables relacionadas con la salud en términos de sufrir en determinado momento de dependencia funcional, se comprobaron los siguientes aspectos: *mala autopercepción*, tener *hipertensión o presión alta*, padecer *diabetes*, haber sufrido alguna *caída* en los últimos dos años, tener problema de *artritis o reumatoide* y, finalmente, tener *depresión*.

En cuanto al modelo cuya variable dependiente son las AIVD se encontró que, en el caso de las mujeres, las categorías *años de estudio* resultaron significativas y el echo de contar con menor escolaridad es un determinante en la dependencia funcional. Asimismo la *situación conyugal*, donde el estar unido o casado puede ser un determinante en dicha dependencia, sin embargo, la categoría de viuda no resultó significativa. Mientras que en el caso de los hombres, la variable relacionada con las *caídas* no resultó significativa en las AIVD.

La tercer hipótesis que se puso a prueba tiene la peculiaridad de concatenar la dependencia funcional con los cuidados informales. Al respecto, se puede concluir que dicha hipótesis se cumplió y, en las próximas líneas se detallan los aspectos más importantes.

Las mujeres presentan dependencia funcional a edades más tempranas respecto a los hombres y, además, viven mayor tiempo en esta situación. Resalta el hecho que en términos generales, el índice de las ABVD presenta mayores porcentajes respecto a las AIVD. Sin embargo, a partir de los 85 años, en ambos sexos, esta situación se invierte ya que en las ABVD las mujeres reportan 59.4% mientras que en las AIVD es 62% y, en los hombres es de 45.8% y 53.1%, respectivamente.

Por lo que se refiere a las AVD y apoyos se concluye, en ambos sexos, que conforme aumenta la edad aumentan dichas dificultades a lo cual también a mayor edad de la persona que tiene dichas dificultades recibe mayor apoyo, aunque, en ambos casos, se observa que existe un bajo porcentaje de ayuda en comparación al requerido por ambos sexos en cada una de las actividades. Aquí llama la atención la existencia de una mayor respuesta de ayuda para las AIVD.

En términos generales, el apoyo se incrementa conforme avanza la edad, específicamente a partir de los 75 años se empieza a proporcionar mayor apoyo a las personas con dependencia funcional. Asimismo, nuestros resultados coinciden con Murad (2003) en el sentido de que existe un mayor apoyo en las AIVD en comparación con las ABVD.

Una vez descrito los aspectos relacionados a la dependencia funcional, se estudió el tema de los cuidados informales. En el se comprobó que las personas que cuidan a un dependiente funcional hombre son en su mayoría las esposas, le siguen las hijas y después los hijos. Se tiene también que existen cuidados a cargo de otras mujeres, aunque en menor medida, como son las nueras, nietas u otro pariente mujer (hermanas o primas), lo cual coincide con la literatura de México y el resto del mundo, en el sentido de que nos habla sobre una feminización del cuidado donde a lo largo de los años se le ha atribuido a la mujer como persona idónea para ejercer el cuidado.

Ahora bien, cuando la persona dependiente funcional es mujer, dentro de los cuidados informales, las protagonistas son las hijas, en tanto que los hijos se hacen notar y, en tercer lugar, los esposos. En ese sentido, nuestros resultados coinciden con otras investigaciones en términos de parentesco, pues los principales cuidadores son los hijos.

Sobre la frecuencia y tiempo en el cuidado surgieron resultados importantes, ya que, si bien, de acuerdo al vínculo entre el dependiente funcional y su cuidador son las mujeres las que en mayor medida se ocupan del cuidado, cuando se observa el número de horas dedicadas y la frecuencia se puede decir que cuando el dependiente funcional es hombre, la esposa dedica el mayor tiempo a dicha actividad sin olvidar que los hijos también lo hacen aunque en menor medida. Al respecto, resalta que el yerno y otro pariente hombre (hermanos y primos, principalmente) tienen porcentajes similares a las esposas. Aspecto relevante que debe abordarse a profundidad en un futuro. En el caso de las mujeres resultó inesperado que los esposos dedicaran mayor tiempo al cuidado respecto a los hijos, lo cual, es un indicio de que el cuidado de parte de los hombres cada vez está más presente.

Es así que con relación al tiempo y frecuencia en el cuidado, se puede concluir que el cuidado informal está presente por diversos miembros de la familia, donde cada cual aporta en tiempo y frecuencia. Sin embargo, se brinda una mayor constancia de estos cuando la persona que recibe el cuidado es hombre.

Esclarecidos algunos aspectos relacionados con las hipótesis, vale la pena detenernos brevemente para reflexionar sobre algunas cuestiones relacionadas al tema de la dependencia funcional y los cuidados dentro del fenómeno del envejecimiento y, mayor aún, en el contexto en el cual está aconteciendo.

Es claro que el envejecimiento es un reto no sólo en términos demográficos debido a las condiciones en las cuales se ésta llegando a edades avanzadas, donde el aumento de enfermedades crónico-degenerativas se hace presente en el andar cotidiano, aunado a

la falta de acceso a una pensión por jubilación y no contar con infraestructura adecuada en términos de transporte y vialidad, la cual influyen en las condiciones no sólo de las personas con mayores edades sino de la sociedad en su conjunto. Además es un reto en el ámbito académico ya que al ser un fenómeno complejo debido a la multiplicidad de aristas que permea no sólo en términos individuales sino, principalmente, en aspectos socioculturales. A lo cual surgen nuevos campos para comprenderlo así como nuevas fuentes de información. Es así que este trabajo sólo visibiliza una pequeña parte de todo lo que conlleva el envejecimiento, particularmente, la dependencia y los cuidados.

Es importante recalcar la importancia de la fuente de información, en el sentido de que determinó el curso de la investigación. Específicamente, se lograron los objetivos planteados pese a la serie de dificultades por las que se transitó con la ENASEM 2012. En un futuro será necesario reforzar los estudios demográficos con la parte cualitativa en miras a no quedarse sólo en el dato sino poder dar una explicación social a partir de diversas disciplinas y, por ende, enriquecer la temática en cuestión.

Es claro que el envejecimiento, la dependencia funcional y los cuidados informales son un tema prioritario no sólo de un grupo etario en virtud de que permea a la población en diferentes ámbitos, sean económicos, de salud, socioculturales, por mencionar algunos. Al respecto considero que si bien debemos sensibilizarnos como sociedad, es el Estado el ente social que, por medio de políticas públicas, debe implementar nuevas acciones ante las necesidades de las personas de edad avanzada, la cual incluye, los cuidados informales.

Sobre lo anterior, coincido con González (2016b) en que, las pocas acciones que ha emprendido el gobierno federal y las entidades federativas han sido insuficientes o para el cumplimiento del sinnúmero de acuerdos emitidos por los organismos internacionales al respecto, entre ellos, la Organización de Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos (OEA), de esta última *la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*, la cual es un parteaguas trascendental para que no sólo se visibilice a la población adulta mayor sino a las personas que llevan a cabo los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, Antonio; Esparza, Cecilia (2010). “Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores”. Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 99. pp. 1-19.
- Aguirre, Rosario. (2008). “El Futuro del cuidado”. En: *Futuro para las Familias y Desafíos para las Políticas. Serie Seminarios y Conferencias*. Irma Arriagada (ed.). Santiago de Chile: CEPAL. N°52., abril 2008. CEPAL. pp.23-34.
- Albala, C., A. J. Hennis, A. Palloni, E. M. León, M. L. Lebrão y R. Ham-Chande (2005). “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6):307–22.
- Andrews, Gary R. (2000). “Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro”. En: *Cepal - serie seminarios y conferencias no 2*.
- Aparicio, Concepción (2013). *Educación y envejecimiento activo. Una experiencia comunitaria*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. Departamento de Ciencias de la Educación. Alcalá de Henares, 2013. España.
- Aranibar, Paula. (2001) “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina”. En *Serie Población y Desarrollo*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Araya, María José (2003). “Un acercamiento a las encuestas sobre el uso del tiempo con orientación de género”. En *Serie Mujer y Desarrollo No.50*. [NU. CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo](#). Santiago de Chile. pp. 5-62.
- Arenas de Mesa, Alberto y Pamela Gana Cornejo (2001) “Reforma a los sistemas de pensiones y los desafíos de la dimensión de género”. en *serie población y desarrollo n°18*. Santiago de Chile. octubre 2001. Cepal, naciones unidas.
- Arnau Anna, Joan Espauellad, Marta Serrarolse, Judit Canudase, Francesc Formigaf y Montserrat Ferrerb. (2012). “Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes”. En: *Gac Sanit.* 2012;26(5):405–413.
- Arostegui y Núñez-Antón, (2008). “Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36)”. En: *Estadística Española*. Vol. 50, Núm. 167, 2008, págs. 147 a 192.
- Arroyo, María Concepción (2009). *Dependencia y cuidados en la vejez avanzada de hombres y mujeres en la ciudad de Durango. Un análisis de la subjetividad y la formación de identidades*. Tesis para obtener el doctorado en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social. Universidad Autónoma de Nuevo León. San Nicolás de los Garza, Nuevo León.
- Arroyo Rueda, María Concepción (2010) “El cuidado en la vejez avanzada: escenarios y tramas de violencia estructural y de género”. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, vol. V, núm. 10, julio-diciembre, 2010, pp. 1-21. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. México, México.

Arroyo Concepción, Manuel Ribeiro y Sandra Mancinas (2011) *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*. Editorial tendencias. Universidad Autónoma de Nuevo León. 1ª edición. Monterrey, México. pp. 218.

Arroyo, Concepción, Verónica Montes de Oca, Janet Juanico, Ana Luisa Sosa, Isaac Acosta, Martin Prince, Rosie Mayston, Peter Lloyd-Sherlock (2013) "Dinámicas familiares complejas, violencias y cuidado informal. El caso de adultos mayores y sus cuidadoras en la ciudad de México", Dayse Neri de Souza y Marilia Santos Rua (Coords.), *Cuidadores informais de Pessoas idosas. Caminhos de Mudança*, Universidade de Aveiro, Portugal, pp. 272-276 (ISBN: 978-972-789-384-3).

Arroyo R., María Concepción y María Guadalupe Salas M. (2013). "Cuerpo, subjetividad y construcción de identidad en la vejez avanzada: el caso de los adultos mayores físicamente dependientes". En Montes de Oca, V., (Coord.) *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento (LARNA)*, México, D. F, IIS-UNAM, pp. 141-170.

Arroyo Rueda, M. C., y Soto Alanís, L. E. (2013): "La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores". *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2): 337-347.

Ávila-Funes, J. A.; E. Melano-Carranza; H. Payette y H. Amieva (2007). "Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores". En *Revista de Salud Pública* de México, 2007; 49:367-375.

Badeni, Gregorio (2006). *Tratado de derecho constitucional. Tomo II*. 2da edición. Fondo Editorial de Derecho y Economía. Buenos Aires, Argentina. pp. 1069-2146.

Baltes, M.M. y WAHL, H. (1990). *Dependencia en los ancianos*. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez-Roca.

Barrantes, M.; E. J. García; L. M. Gutiérrez y A. Jaimes (2007). "Dependencia Funcional y Enfermedades Crónicas en Ancianos Mexicanos". En *Salud Pública*, 49 supl. 4:S459-S466.

Barrera Ortiz, Lucy (2014). "Enfrentando la depresión en situaciones de cronicidad". En *Cuidado de enfermería en situaciones de enfermedad crónica* / editoras Lucy Barrera Ortiz, Gloria Mabel Carrillo, Lorena Chaparro Díaz, Beatriz Sánchez Herrera. -- Primera edición -- Bogotá : Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Facultad de Enfermería, 2014. Pp. 51-58.

Barros, C., Fernández, M. y Herrera, M. (2014). "Nociones sobre la familia y las interrelaciones entre sus miembros de parte de los mayores de 45 años". *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, Chile, 13(1), 121-130.

Batthyány, K. (2008). "Género, cuidados familiares y usos del tiempo". *Informe final de investigación, Montevideo, UNIFEM, INE*.

Batthyány, Karina (2010). "Adultos mayores, género y cuidados" En *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos*. Observatorio de Envejecimiento y Vejez, Editorial Lucida Ediciones, NIEVE, UNFPA. Uruguay. Pp. 91-98.

Batthyány Karina, Natalia Genta, Valentina Perrotta (2014) “¿Qué nos dicen los expertos sobre el cuidado de calidad de personas mayores? Un análisis de género” En: *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Inmayores. Montevideo. Pp. 73-92.

Bazo, M. T. (1990). *La Sociedad Anciana*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Bazo, M. T. (1999). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. España. Editorial Médica Panamericana.

Bazo, María Teresa y Carmen Domínguez-Alcón (1996): *Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales*.

Bettio, Francesca; Annamaria Simonazzi y Paola Villa (2011). “capítulo 9. cambios en los regímenes de cuidados y migración femenina: el ‘care drain’. en el mediterráneo”.

Blanck-Cereijido, F. (1999). “Psicología del envejecimiento”. En Aréchiga y Cereijido. *El envejecimiento sus desafíos y esperanzas*. México. Siglo XXI.

Blanco, Mercedes (2011). “El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo”. En *Revista Latinoamericana de población*. Año 5, Número 8, enero-junio 2011. Pp. 5-31.

Brandolin, Analia. (2005). *Vivir la vejez. Aproximaciones a la participación social en torno a los factores de desvinculación laboral, relaciones sociales, autoconcepto y presencia de la muerte (casos de la ciudad de Río Cuatro, Argentina)*. Tesis de Doctorado en Antropología. México. CIESAS.

Bravo, Jorge (2000). “Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América latina”. *Cepal - serie seminarios y conferencias* n° 2.

Cabañero-Martínez, M. José; Julio Cabrero-García; Miguel Richart-Martínez y Carmen Luz Muñoz-Mendoza (2008). “Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores”. En: *Rev. Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(5):271-83.

Canales, Alejandro (2001). “Hacia el envejecimiento demográfico. De la transición demográfica al envejecimiento de la población”. En *demos* n° 14. Pp. 4-5.

Cantú, Raúl (2009) *¿La descendencia como recurso de apoyo durante la vejez? Los apoyos familiares intergeneracionales en México entre los adultos mayores y sus hijos(as) en el nuevo siglo*, tesis para optar por el grado de Doctor en Estudios de Población, El Colegio de México (COLMEX), CEDUA, México.

Carbajal, María y Fernando Berriel (2014) “Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo” En: *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Inmayores. Montevideo. Pp. 41-70.

Carrascosa, Laura (2011). *Articulación entre las relaciones familiares y sociales y la discapacidad en Europa*. Estudios de progreso. Fundación alternativas.

Carrasquer, Pilar (2013). *El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología*.

Carretero, Stephanie, Jorge, Garcés y Francisco, Ródenas (S/A). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. 318 pp.

Casado, D. y G. López (2001). "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas a futuro". En *Revista Colección de Estudios Sociales*, (6). Fundación La Caixa.

Castrejón, José L. (2010), *Envejecimiento, condiciones de salud y redes familiares de la población indígena mexicana en los albores del siglo XXI. Características a nivel nacional y estudio de caso en una comunidad náhuatl de la Sierra Norte de Puebla*, Tesis de Doctorado en Estudios de Población, El Colegio de México.

Ceminari, Yanina y Stolkiner, Alicia (2016). "El cuidado de personas mayores en la Argentina: de cuestión familiar a cuestión de derechos". *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. pp. 42-45.

CEPAL (2004). *Informe de la conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para américa latina y el caribe del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003. 26 de febrero de 2004.

CEPAL (2007a) *Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades*. este documento es una síntesis del "informe sobre la aplicación de la estrategia regional de implementación para américa latina y el caribe del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento", presentado en la segunda conferencia regional sobre envejecimiento, celebrada en Brasilia, Brasil, del 4 al 6 de diciembre de 2007. Celade, Naciones Unidas.

CEPAL (2007b). *Segunda conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*. Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007. Celade, Naciones Unidas.

CEPAL (2007c). *Boletín. Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. número 5, diciembre 2007.

CEPAL (2011). *Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*. Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007. CEPAL. Octubre de 2011.

CEPAL (2012a). *Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe*. San José, 8 a 11 de mayo de 2012.

CEPAL (2012b). *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. Adoptada en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012.

CEPAL (2014). *Informe de la primera reunión de la conferencia regional sobre población y desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el programa de acción de el Cairo después de 2014*. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. CEPAL. 6 de febrero de 2014.

Chackiel, Juan (2000) *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Santiago de Chile, agosto. pp. 5-37.

Chackiel, Juan (2006). “América Latina: ¿hacia una población decreciente y envejecida?” En: *Pap. poblac* vol.12 no.50 Toluca oct./dic. 2006. Pp. 37-70.

Chapell, N.L. & Reial, R.C. (2002). “Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction”. *The Gerontologist*, 42(6), 772-780.

Cheix, María; M.^a S. Herrera; M.^a B. Fernández y C. Barros (2015). “Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal”. En: *América Latina Hoy*, 71, 2015, pp. 17-36.

Chesnais, Jean-Claude (1990a). “Primera conferencia. La evolución de las determinantes demográficas de los cambios en la estructura por edades de la población” En *El proceso de envejecimiento de la población*. CEPAL, CELADE, INED, Santiago de Chile. pág. 11-37.

Chesnais, Jean-Claude (1990b). “Segunda conferencia. Aspectos financieros a largo plazo del envejecimiento” En *El proceso de envejecimiento de la población*. CEPAL, CELADE, INED, Santiago de Chile. pp. 39-62.

Chesnais, Jean-Claude (1990c). “Tercera conferencia. Consecuencias económicas del envejecimiento” En *El proceso de envejecimiento de la población*. CEPAL, CELADE, INED, Santiago de Chile. pág. 63-82.

Chesnais, Jean-Claude (1990d). “Cuarta conferencia. Aspectos sociales del envejecimiento” En *El proceso de envejecimiento de la población*. CEPAL, CELADE, INED, Santiago de Chile. pág. 83-101.

Cid-Ruzafa, Javier y Javier Damián Moreno, (1997). “Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel”. En: *Rev. Esp. Salud Pública*, 1997; Vol. 71, N.º 2 Marzo-Abril: 127-137.

Cifuentes, Paola (2005). *Adulto mayor institucionalizado*. Tesis de licenciatura en Trabajo Social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Trabajo Social. Santiago, Chile. pp. 170.

CIT-Brasil (s/f): <http://www.ilc-alliance.org/index.php/members/details/ilc-brazil>

- Cobb, Sidney (1976). "Social Support as a Moderator of Life Stress" en *Psychosomatic Medicine* . 38(5):300-314, September/October 1976.
- CONAPO (2011). "Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México" en *Serie Documentos Técnicos*.
- Congreso de Europa, (1998). *Comité de Ministros de Europa E. Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia*.
- Cosío-Zavala, María Eugenia (2014). "Demografía, pobreza y desigualdades". En *Los desafíos del desarrollo en América Latina-Dinámicas socioeconómicas y políticas públicas*, Carlos Quenan et Sébastien Velut. Agence Francaise de Développement AFD, pp.140-168.
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). Organización de los Estados Americanos (OEA). pp. 1-19.
- Crespo, María y Javier López (2008). "Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores". En *boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*. N° 35. IMSERSO. ESPAÑA. pp. 1-33.
- D'Hyver de las Deses de Juillac y Wiechers, Carlos (2015). "Capítulo 3. Discapacidad". Pág. 89-106. En *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales. Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos. Encuesta Nacional de Salud*. Coordinador. Malaquías López Cervantes. UNAM. México.
- De Beauvoir, Simone (2016). *La vejez*. Traducción de Aurora Bernárdez. Penguin Random House Grupo Editorial. Ciudad de México.
- De la cuesta Benjumea, Carmen (2004). "Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura" en *Texto Contexto Enfermería* 2004 Jan-Mar; 13(1):137-46.
- De Lucas y Murillo de la Cueva, Fernando (2009). "Crisis anunciada y sujeción de la mujer en el régimen familiarista". En *Portularia*, Vol. IX, N° 1, España, pp.57-68. ISSN1578-0236.
- De Oliveira Duarte Yeda aparecida, Patrícia R costa, Daniella P nunes, maria lucia lebrão (2013). "Quem são, como se sentem e com que suporte contam os cuidadores de idosos dependentes no Brasil: evidências do Estudo SaBE" En Dayse Neri de Souza y Marília Santos Rua (Coords.), *Cuidadores informais de Pessoas idosas*. Caminhos de Mudança, Universidade de Aveiro, Portugal, pp. 70-75 (ISBN: 978-972-789-384-3).
- Del Popolo, Fabiana (2000). "Los problemas en la declaración de la edad de la población adulta mayor en los censos". en *serie población y desarrollo* n°8. Santiago de Chile. noviembre 2000. Cepal, Naciones Unidas.
- Del Popolo, Fabiana (2001). "Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina". en *serie población y desarrollo* n°19. Santiago de Chile. noviembre 2001. Cepal, Naciones Unidas.
- Díaz Jiménez, Rosa Mª (2006). "Visibilizando a las mujeres en los contextos de la dependencia". En *Comunicación e Ciudadanía* (2006) 1. Pp. 1-15.

Díaz-Tendero, Aída (2012). *La teoría de la economía política del envejecimiento. Un nuevo enfoque para la gerontología social en México*. México, Colef. p. 458.

Dorantes, G., J. Ávila, S. Mejía y L. M. Gutiérrez (2007). “Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001”. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1):1–11.

Enríquez, Rocío (2005), “Redes sociales y envejecimiento y pobreza urbana: reflexiones a partir de un estudio de caso”, en *Población, desarrollo social y grupos vulnerables*. VI Reunión de Investigación Demográfica en México, Volumen 3 IIS-UNAM, SOMEDE.

Enríquez, Rocío (2013) “Preferencias sobre cuidados en vejez avanzada en México: diagnóstico, dilemas y desafíos en contextos de pobreza en tres estados de la República”. En *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento*. Verónica Montes de Oca (coordinadora). UNAM-IIS. México. pp. 373-394.

Enríquez Rosas, Rocío (2014) “La construcción sociocultural de los nervios: emociones, envejecimiento y pobreza en el área metropolitana de Guadalajara”. En Verónica Montes de Oca (coordinadora). *Vejez, Salud y Sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas*. México. pp. 119-150.

Enríquez, Rocío y Ana Paola Aldrete (2003), “Redes de apoyo social y adultos mayores en contextos urbanos de pobreza extrema en México: un estudio de caso”, *ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso de Americanistas*, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.

ENASEM (2012). *Documento metodológico de la encuesta 2001, Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2012*. Obtenido en www.MHASweb.org

ENSANUT (2012). “Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena”. *Evidencia para la política pública en salud*.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J. y Chavarriaga, L. M. (2013). “Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados”. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.

Estrella Durá, Jorge Garcés (1991). “La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos”. En *Revista de Psicología Social*, 1991, 6 (2), pp. 257-271.

Félix Alemán, A. (2012). *Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: una perspectiva de género*.

Félix Alemán A; Aguilar Hernández RM^a; Martínez Aguilar M^aL; Avila Alpírez H; Vázquez Galindo L; Gutiérrez Sánchez G. (2012) “Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género”. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 33.

Fernández Garrido, Julio Jorge (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Universitat de Valencia. España. Tesis doctorado en Antropología Social. P. 565.

Flores-Castillo, Atenea (2012). "Cuidado y subjetividad: Una mirada a la atención domiciliaria". En CEPAL – *Serie Mujer y desarrollo* N° 112. División de Asuntos de Género. Santiago de Chile, marzo de 2012. Pp. 5-51.

Flores-Castillo, Atenea (2013). "Cuidado Domiciliario y Recuperación de la Subjetividad: El Caso de México" (30 de septiembre de 2013). Cuadernos Comisión Económica para América Latina y el Caribe 101 / Cuadernos Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2012. Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2400810>

Freixas, Anna (1997). "Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias" en *Anuario de psicología* 1997, n° 73, 31-42, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Frenk Julio, Tomás Frejka, José L. Bobadilla, Claudio Stern, Rafael Lozano, Jaime Sepúlveda y Marco José (1991). "La transición epidemiológica en América Latina". En *Bol Of Sanit Panam* 111(6): 1991. pp. 485-496.

Gallardo Peralta, Lorena Patricia (2013). *Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota-Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social*. Tesis doctoral en trabajo social. Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Pp. 435.

Gallo Estrada, Julia (2011). *Dependencia y entorno residencial y familiar de las personas mayores de 75 años que viven solas: Autopercepción y comportamiento*. Tesis de doctorado en filosofía. Universitat de les Illes Balears.

García, José Carlos (2012). "Palabras preliminares" en José Carlos García (coordinador) *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos Paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*, Editado por UNEVT, UNEVE (México) y Plaza y Valdes (Madrid, España), México, pp. 13-15.

Garrido Latorre Francisco, Dolores Ramírez Villalobos, Héctor Gómez Dantés (1999). "Epidemiología del envejecimiento en México". En *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*. CONAPO. México. pp.266-277.

Gascón Silvia y Nélica Redondo (2014) "Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia". En CEPAL - *Serie Políticas Sociales* N° 207, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Giraldo Molina, Clara Inés; Franco Agudelo, Gloria María. (2006). "Calidad de vida de los cuidadores familiares" *Aquichan*, vol. 6, núm. 1, octubre, 2006, pp. 38-53. Colombia.

Giraldo Rodríguez, Martha Liliana (s/f). *Análisis de la información estadística. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF)*. Instituto de Investigaciones Sociales. México. pp. 54.

Giraldo Rodríguez, Martha Liliana (2014). "El maltrato hacia las personas adultas mayores: La realidad del Distrito Federal". En Montes de Oca, V., (Coord.) *Vejez, salud y sociedad en México: aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas*, México, D. F., IIS-UNAM, pp. 207-247.

Gomes, María Cristina (2001). "Desigualdad social de la vejez. Condiciones socioeconómicas de la tercera edad". En *demos* nº 14. Pp. 13-15.

Gómez Dantés Héctor, María del Carmen García Peña, Sergio Sánchez García, Óscar Rosas Carrasco, Julio César Campuzano Rincón, Rafael Lozano (2014). "Escenarios de la dependencia en México". En *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura*. CONACYT, Academia Nacional de Medicina. México. pp.63-89. Coordinadores Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, María del Carmen García Peña y Javier Enrique Jiménez Bolón

González, César (2010) "Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México", en: *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*. Secretaría de Salud, Instituto de Geriatria. México.

González, César (2011) *Cambios en el estado de salud de la población en edades avanzadas: Implicaciones económicas y familiares, México 2001-2003*, tesis para optar por el grado de Doctor en Estudios de Población, El Colegio de México (COLMEX), México.

González, C. y Roberto Ham (2007), "Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México", *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4, pp. 448-458.

González, Genaro (2016a). "Discapacidad, una forma diferente de ser" en *Congresistas* 01 al 15 de agosto 2016, año 15, N° 301. Pp. 4.

González, Genaro (2016b). "Discapacidad y responsabilidad del Estado" en *Congresistas* 16 al 31 de agosto 2016, año 15, N° 302. Pp. 4.

Gonçalves liliana, maria almeida, lígia antunes (2013). "idosos que cuidam de idosos no domicílio" En Dayse Neri de Souza y Marília Santos Rua (Coords.), *Cuidadores informais de Pessoas idosas*. Caminhos de Mudança, Universidade de Aveiro, Portugal, pp. 48-52 (ISBN: 978-972-789-384-3).

Guajardo Gabriel y Daniela Huneus (2003). "Las narrativas de la participación social entre los adultos mayores: entre la reciprocidad y la desolación". en *Notas de población*. no.77. Santiago de Chile. pp. 17-33.

Gutiérrez Robledo, L. M (2001). "Morbilidad en la población mayor. Proceso de la transición epidemiológica". En *Demos* nº 14. Pp. 8-9.

Gutiérrez Robledo, L. M (2004). "La Salud del Anciano en México y la Nueva Epidemiología del Envejecimiento". En *La situación demográfica de México*. México: Consejo Nacional de Población. pp.53-70.

Guzmán, J. M. (2002). "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe". Serie *Población y Desarrollo*. N° 28. CEPALC-ECLAC. Santiago de Chile, mayo de 2002.

Guzmán, J.M., Huenchuan, S. y Montes, V. (2002). *Redes de apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual*. Documento preliminar. Santiago de Chile: CEPAL- Naciones Unidas. pp. 1-28.

Guzmán, J. M., S. Huenchuán y V. Montes de Oca (2003), “Redes de Apoyo a las personas adultas mayores: Marco conceptual”. En: *Notas de Población*, Año XXX, No. 77, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile, 2003, 35-70.

Ham, R. (1993). “Envejecimiento demográfico y seguridad social / la insuficiencia de las pensiones por vejez” en *Demos* N° 6. México. Pp. 28-29.

Ham, R. (1996). “Las reformas a la seguridad social / de la solidaridad intergeneracional a la privatización de las pensiones”. en *Demos* N° 9. México. Pp. 36-37.

Ham, R. (1999). “El futuro de las pensiones/promesas fáciles de difícil cumplimiento”. en *Demos* N° 12. México. Pp. 35-36.

Ham Chande, R. (2011). “Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México”. En: *la situación demográfica de México*. México. pp. 141-155.

Hayflick, Leonard (1999). *Cómo y por qué envejecemos*. Herder. Barcelona. 452 pp.

Hebrero Martínez, Mirna (2004). *Evaluación del estado de salud como una dimensión del bienestar de la población mexicana con 50 años y más, y análisis de sus factores asociados*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Demografía por El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. México, D.F.

HelpAge International (s/f): <http://www.helpage.org/who-we-are/our-history/>

Huenchuan Navarro, Sandra (2004a) “Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina”. en *serie población y desarrollo* n°51. Santiago de Chile. abril 2004. Cepal, Naciones Unidas.

Huenchuan Navarro, Sandra (2004b). “Políticas sobre vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales”. en *notas de población* n° 78. Cepal, Naciones Unidas. pp. 155-181.

Huenchuan Navarro, Sandra (2009) “Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina” en CEPAL – Colección *Documentos de proyectos Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*. Pp. 11-28. Santiago de Chile.

Huenchuan Navarro, Sandra (2012) “Envejecimiento, sistemas de cuidados y protección social” En *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*. José Carlos García Ramírez coordinador. Plaza y Valdés. México. Pp. 121-143.

Huenchuan Navarro, Sandra (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. CEPAL, Santiago de Chile, enero 2013. Pp. 27-59.

Huenchuan Navarro, Sandra (2015). *Cuidados y servicios sociales para fortalecer la autonomía de las personas mayores “¿Qué más puedo esperar a mi edad?”*. Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado.

Huenchuan Navarro, Sandra y Alejandro Morlachetti (2006). “Análisis de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores. En *Notas de población* n°81. Cepal. pp. 41-70.

Huenchuan Navarro, Sandra, Daniela González, Mariana Paredes y José Miguel Guzmán (2007). *Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile*. Cepal, Naciones Unidas, 2007. Santiago de Chile.

Huenchuan Navarro, Sandra y Mariana Paredes (2007). “Guía metodológica para la evaluación participativa de políticas y programas, en el marco de la estrategia regional sobre el envejecimiento”. En *serie población y desarrollo* n° 76. Cepal. Santiago de Chile, julio de 2007.

Huenchuan Navarro, Sandra y Mónica Roque (2009) “A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento” en CEPAL – *Colección Documentos de proyectos Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*. Pp. 7-10. Santiago de Chile.

Huenchuan, Sandra y Luis, Rodríguez Piñero (2010). “Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección” en CEPAL-*Colección Documentos de Proyecto*. Noviembre de 2010, Santiago de Chile.

Huenchuan, Sandra y Rosa Icela Rodríguez (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México, Publicación de las Naciones Unidas.

Huenchuan Navarro, Sandra y Rosa Icela Rodríguez Velázquez (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política*. Cepal, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

IMSERSO (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. 1ª edición. Madrid. pp. 820.

INEGI (2001). *Presencia del Tema de Discapacidad en la Información Estadística. Marco Teórico-Metodológico*. México. 61 pp.

INEGI (2011). *Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010*. México. 189 pp.

INEGI (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. México.

INEGI (2014). *Uso del tiempo, una perspectiva estadística de género, 2009*. Octubre 2014. INMUJERES. México. pp. 84.

INEGI (s/f). *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento. ENASEM 2012. Manual del entrevistador. Procedimientos Operativos*.

International Longevity Centre Global Alliance (s/f). <http://www.ilc-alliance.org/index.php/about/>

Jiménez Lourdes y A. Hajar, (2007). “Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia”. En *Gerokomos* 2007; 18 (1):16-23.

Katz, S.; Ford, A. B.; Moskowitz, R. W.; Jackson, B. A. y Jaffe, M. W., (1963) “Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function”, *Journal of The American Medical Association*, 1963, 185: 914-919.

Kehl Susana y J. Manuel Fernández Fernández (2001) “La construcción social de la vejez” en *Cuadernos de Trabajo Social*, 2001, 14: 125-151

Kofi A. Annan (2003). “prólogo”. En *Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York, 2003. Pp. IV.

Kuri-Morales, Pablo Antonio (2011). “La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios”. En *Gaceta Médica de México*. 2011;147:451-454.

Laínez Romano, María Teresa (2002). *Envejecimiento, familia y vivienda: estrategias y prácticas residenciales de las personas mayores en Navarra*. Tesis de doctorado en sociología. ISBN: 84-669-2296-2. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. P. 601.

Lara-Rodríguez, María., Ma. Guadalupe Benítez-Martínez, Irma Fernández-Gárate y Ángel Zárate-Aguilar (1996). “Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social”. En *Salud Pública Méx* 1996; Vol. 38(6):448-457

Lehr, Ursula y Hans Thomae (2003). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Herder. Barcelona. 543 pp.

Livi-Bacci, Massimo (2012). *Historia mínima de la población mundial*. Ariel. Barcelona.

López González, María (2006). “Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal”. Universidad de Córdoba. España. *Docencia e Investigación*, nº 6, 215-240 http://www.uclm.es/PROFESORADO/RICARDO/Docencia_e_Investigacion/2006.html

López Ortega, Mariana (2013). “Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México”. Pp.215-227. En: *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. Luis Miguel Gutiérrez Robledo y David Kershenovich Stalnikowitz, coordinadores. 2da.ed. México: UNAM, Coordinador de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriátrica. 347 págs.

López Ortega, Mariana y Luis Miguel Gutiérrez Robledo (2015). Capítulo 5. “percepciones y valores en torno a los cuidados de las personas adultas mayores”. En: *Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. Encuesta Nacional de Envejecimiento*. Coordinadores Luis Miguel Gutiérrez Robledo y Liliana Giraldo Rodríguez. Colección: Los mexicanos vistos por sí mismos. México. Pp. 113-133.

López Ortega Mariana, Óscar Rosas Carrasco y Nora Magdalena Torres Carrillo (s/f). *Fragilidad: conceptos, desarrollo y desenlaces*. Instituto de Geriátria. Pp. 158-169.

Lozano, Rafael y Ma. Isabel, Monterrubio (2001). “Salud en la vejez. Utilización y disponibilidad de los servicios de salud en México”. En *demos* nº 14. Pp. 21-22.

Machado, Rosa Lidia; Miriela A. Bazán Machado y Marioneya Izaguirre Bordelois (2014). “Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo”. En *MEDISAN* 2014; 18(2):156-161. Cuba.

Manrique, Betty; Aarón Salinas y Martha Ma. Téllez Rojo (2008). *Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades*. Pp. 1-14. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo MM. (2011) “Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México”. *Salud Publica Mex* 2011;53:26-33.

Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, Téllez-Rojo MM. (2013). “Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México”. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S323-S331.

Martín Palomo, María Teresa (2008). “Los cuidados y las mujeres en las familias” en *Política y Sociedad*, 2008, Vol. 45 Núm.2: 29-47.

Martínez Román, M^a Asunción (2002). “*Las familias ya no podemos más*”. *Riesgos de exclusión social de las familias que cuidan de enfermos crónicos graves*.

Masala C, Petretto DR. (2010). “Modelos de Discapacidad”. En: JH Piedra, M Blouin, editores. *Enciclopedia Internacional de Rehabilitación*. Disponible en línea: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/135/>

Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. (2005). “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe”. *Rev. Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):353–61.

Montes de Oca, Verónica (1998a), “Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México”, en Héctor Hiram Hernández Bringas y Catherine Menkes (coordinadores), *La población de México al final del siglo XX*, México, UNAM, pp. 485-500.

Montes de Oca, Verónica (1998b), "Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México", en *Papeles de Población*, No. 19, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, México, pp. 149-172.

Montes de Oca, Verónica (1999), "Relaciones familiares y redes sociales", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 289-326.

Montes de Oca, Verónica (2001). *El envejecimiento en México: un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores*, tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias Sociales, con especialidad en Estudios de Población, El Colegio de México (COLMEX), México.

Montes de Oca, V., (2003a) "El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política", en *Papeles de Población*, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, Nueva época Año 9, No. 35, enero-marzo, 2003, 77-100.

Montes de Oca, Verónica (2003b), "Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la Ciudad de México" en *Notas de Población* No. 77, CEPAL-CELADE, Chile, pp. 139-174.

Montes de Oca, Verónica (2005), *Redes comunitarias, género y envejecimiento*, Cuadernos de investigación no. 31, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.

Montes de Oca, V. (2010). "Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo". En *Renglones*, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades, núm.62. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.

Montes de Oca, V. (2011) "Prólogo: del envejecimiento al cuidado: de la historia al sentido" en Arroyo, C., M. Ribeiro y S. Mancinas, *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*, UANL y UAJD, 1-18 (ISBN 978-607-433-756-3).

Montes de Oca Zavala, Verónica (2014) "Cuidados y servicios sociales frente a la dependencia en el marco del envejecimiento demográfico en México". en *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez Editoras. Bajo la coordinación de Alicia Bárcena y Miguel Ángel Mancera. Naciones unidas. Cd. de México. pp. 169-181.

Montes de Oca, V., R. Sáenz, C. Izazola y N. Santillanes (2012) "Cuidado a la salud en la vejez y recursos de familias transnacionales en México y Estados Unidos" en *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*, 9(19), 85-101 (mayo-agosto, 2012), México, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 85-101 (ISSN:1870-2104). Acceso: http://www.revistauricha.org/Articulos/uaricha_0919_085-101.pdf

Montes de Oca, Verónica, Mirna Hebrero y Concepción Arroyo (2013). "La construcción social de la dependencia: un enfoque desde las ciencias sociales". Ponencia presentada en el seminario *Dependencia en Adultos Mayores: de la Experiencia Internacional a la Acción en México*. Instituto Nacional de Geriátría. Ponencia presentada el martes 3 de diciembre de 2013.

Monteverde, Malena (2015). "Exceso de peso y discapacidad en las personas mayores de la Argentina". En: *Salud Colectiva*, vol. 11, núm. 4, diciembre, 2015, pp. 509-521. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

Montorio, I.; M. I. Fernández; A. López y M. Sánchez (1998). "La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga". En *Anales de Psicología*. 14(2): 229-248. Universidad de Murcia. España.

Montorio, I. y A. Losada (2004). "Una Visión Psicosocial de la Dependencia. Desafiando la Perspectiva Tradicional". En *Boletín sobre el envejecimiento. Perspectivas y tendencias*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Pp. 1-16.

Moreno Altamirano, Alejandra, Sergio López Moreno y Alexánder Corcho Berdugo (2000). "Principales medidas en epidemiología" en *Salud Pública de México* vol. 42, nº 4, julio-agosto de 2000, pp. 337-348.

Morlachetti Alejandro, José miguel guzmán y Mónica cuevas (2007). "Abogacía a favor de las personas mayores". en *serie población y desarrollo* nº 73. Cepal. Santiago de Chile, abril de 2007.

Murad Saad, Paulo (2003). "Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas sabe". en *notas de población*. no.77. Santiago de Chile.pp. 175-217.

Naciones Unidas (1995), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1)*, Nueva York.

Naciones Unidas (2000). "Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Seminario técnico". En CEPAL *Serie. Seminarios y Conferencias* N° 2. Santiago de Chile, agosto de 2000.

Naciones Unidas (2002). *Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento Madrid*, 8 a 12 de abril de 2002. naciones unidas, nueva york.

Naciones Unidas (2004). *Informe de la conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003 (LC/L.2079 26 de febrero de 2004), nueva york.

Narro Robles, José (2015). "Los mexicanos vistos por sí mismos". pp. 11-13. En *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales. Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos. Encuesta Nacional de Salud*. Coordinador. Malaquías López Cervantes. UNAM. México.

Nicol, Eduardo (1977). "Palabras pronunciadas". Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, UNAM. *Gaceta UNAM* [No. 46, 28 de noviembre de 1977](#).

Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos*. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.

Olivares Tirado, P., C. Ibáñez, V. Miranda y M. Gillmore (2008). *Dependencia de los adultos mayores en Chile. Documento de trabajo*. Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud- MINSAL y División de Planificación Regional de MIDEPLAN. Santiago de Chile. 54 P.

ONU (1982). Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento.

OPS (S/F). *Evaluación funcional del adulto mayor*. pp. 31-46.

Ordorica, Manuel (2001). "Supervivencia y muerte en la población mayor. Grandes cambios en las causas de muerte de los mayores". En *demos* nº 14. pp. 10-12.

Ortiz Pedraza, Francisco (1999). *Envejecimiento: ¿programa genético o desgaste?*, INAH Colección Científica, México.

O'Shea, Eamon. (2003). "La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes". En *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, núm.6, febrero 2003. IMSERSO. Madrid. pp. 1-23.

Otero, Ángel; Zunzunegui, María Victoria; Rodríguez Laso, Ángel; Aguilar, María Dolores; Lázaro, Pablo (2004). "Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española" *Revista Española de Salud Pública*, vol. 78, núm. 2, marzo-abril, 2004, pp. 201-213 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid, España

Palacios, Agustina y Francisco Bariffi (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Telefónica CERMI Ediciones Cinca, S. A. Madrid. P. 143.

Palloni, Alberto y Martha, Peláez (s/f). *Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*. Pp. 108.

Pando, M. (2004). *Salud y enfermedad mental en la tercera edad*. México. Universidad de Guadalajara.

Paredes, Mariana y Robert Pérez Fernández (2014) "Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia" En: *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Inmayores. Montevideo. Pp. 11-39.

Partida, Virgilio (2001). "Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050". En *demos* nº 14. Pp. 6-7.

Partida, Virgilio (2005) "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México". En *Papeles de población*, vol. 11, núm. 45., julio-septiembre, pp. 9-27, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Pereira de Brito Tábatta Renata, Daniella Pires Nunes, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Maria Lúcia Lebrão, (2013). "Diferenças de Gênero Entre cuidadores de idosos: Evidências do Estudo Sabe" En Dayse Neri de Souza y Marília Santos Rúa (Coords.), *Cuidadores*

informais de Pessoas idosas. Caminhos de Mudança, Universidade de Aveiro, Portugal, pp. 93-98 (ISBN: 978-972-789-384-3).

Pires Nunes Daniella, Taílbatta Renata Pereira de Brito, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Maria Luícia Lebrão (2013). "Cuidadores de idosos com declínio cognitivo: evidências do Estudo SaBE" En Dayse Neri de Souza y Marília Santos Rua (Coords.), *Cuidadores informais de Pessoas idosas*. Caminhos de Mudança, Universidade de Aveiro, Portugal, pp. 194-198 (ISBN: 978-972-789-384-3).

Pérez Salanova, Mercè y Yanguas Lezaun, José Javier (1998). "Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones". *Anales de Psicología*, vol. 14, núm. 1, 1998, pp. 95-104. Universidad de Murcia Murcia, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714109>

Pinazo, S. (2006). "Relaciones sociales". En C. Triadó y F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza. pp. 253-283.

Poder Judicial de la Federación (2006). "La equidad de género en el Poder Judicial de la Federación" en *Serie el Poder Judicial Contemporáneo*. SCJN. Núm. 3. México. 127 pp.

Pautassi, Laura (2008) "Nuevos desafíos para el abordaje del cuidado desde el enfoque de derechos" en: *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*. Irma Arriagada Editora. Santiago de Chile. pp. 59-76. CEPAL - Serie Seminarios y conferencias No 52.

Querejeta, Miguel (2003). *Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid. PP. 161.

Quintanar Olguín, Fernando. Flores Ortiz, María Estela de los Remedios. García Reyes-Lira, Carlota Josefina y Sánchez Ahedo, Roberto. "Capítulo 1. Características, papel y función del cuidador de ancianos: antecedentes y perspectivas" pp. 1-56. En *Apoyo psicogerontológico en la atención del adulto mayor. Estrategias para cuidadores*. México. UNAM. FES Iztacala.

RAE (2014). <http://www.rae.es/>

Rabell, Cecilia y Sandra Murillo (2013) "Apoyos recibidos por personas de la tercera edad en México". En *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento. Verónica Montes de Oca (coordinadora). UNAM-IIS. México. pp.301-332.

Redondo, N., Díaz Fernández, M., Llorente Marrón, M. D. M., Garay, S., Guidotti González, C. A., y Mendoza Villavicencio, L. M. (2015). "El espacio residencial del cuidado de los adultos mayores en América Latina y España". *Notas de Población*. N° 100. enero-junio 2015. Santiago de Chile. pp.223-258.

Reyes-Audiffred, Virginia y Zoila Esperanza Leitón-Espinoza (2014). *El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia: reconfigurando el espacio*.

Reyes Gómez, Laureano (2002). *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*. Proimmse-UNAM/IEI-Unach, México.

Reyes, Laureano (2003). *¡viejos los cerros...! resistencias culturales a aceptar la vejez*. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003. Pp. 16

Reyes López, Alfonso (2013). *Transición epidemiológica, convergencia en la mortalidad y desempeño económico en México durante el periodo 1985-2008*. CEDUA. El Colegio de México. Tesis para optar por el título de doctor en Estudios de Población. México, D. F.

Riosmena, F., César González González y Rebeca Wong (2012), "El retorno de los adultos mayores de Estados Unidos: salud, bienestar y vulnerabilidad" en: *Coyuntura Demográfica. Revista sobre los procesos demográficos en México hoy*, núm. 2, julio 2012, es una publicación semestral editada por la Sociedad Mexicana de Demografía. pp. 63-66.

Robles Silva, Leticia (2001). "El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento". *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 48, septiembre-diciembre, 2001, pp. 561-584. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.

Robles Silva, L. (2002). ¿ Quiénes cuidan a los ancianos? una cuestión de mujeres ancianos no de familia. *Documento presentado en el simposio "Viejos y viejas, participación, ciudadanía e inclusión social", Quincuagésimo Congreso Internacional de Americanistas (Santiago de Chile, 14 al 18 de julio)*.

Robles, Leticia (2003) *Una vida cuidando a los demás. Una "carrera" de vida en ancianas cuidadoras*, documento presentado en el Simposio Viejos y viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social, 51 Congreso Internacional de Americanistas (ICA), Santiago de Chile, 1-12 pp.

Robles, Leticia (2005). "La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social". En *Papeles de Población*, (45): 49-69. Toluca: Universidad Autónoma del Edo. de México.

Robles, Leticia. (2007) *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. 1ª ed. Editorial Universitaria. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara, Jal., 2007. 392 pp.

Robles-Silva, Leticia; Francisco Javier Mercado-Martínez; Igor Martín Ramos-Herrera; Elizabeth Alcántara-Hernández y Nora Cristina Moreno-Leal (1995). "Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México". En *Salud Pública Méx* 1995; Vol. 37(3):187-196

Robles, L.; F. Vázquez; L. Reyes e I. Orozco (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México: El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdez.

Rodríguez Wong, Laura y José Alberto Magno de Carvalho (2006). "El rápido proceso de envejecimiento y las políticas sociales en Brasil". en *notas de población* vol.32. n°81 Cepal. pp. 5-40.

Rogero García, Jesús (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores.*

Rogero García, Jesús (2011). *Uso del tiempo y cuidado. El tiempo de cuidado familiar a mayores dependientes en España: entre la donación y la expropiación del tiempo.*

Roque, Mónica (2015). *Los cuidados progresivos, los derechos humanos y el rol del Estado en la Argentina.*

Ruelas, Enrique y Antonio Concheiro (2010), *Los futuros de la salud en México 2050.* Consejo de Salubridad General. México.

Ruelas, Enrique (2014). "Laberintos". Pp. 295-304. En *Narrativa Médica en los 150 años de la Academia Nacional de Medicina de México. Volumen 2.* Primera edición. Colección de aniversario. Palabras y Plumas Editores, S. A. de C. V. México.

Ruelas-González, María Guadalupe y Velia Nelly Salgado de Snyder (2014). "Capítulo 6. Adultos mayores como cuidadores de otros: riesgos para su salud" En *Vejez, salud y sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas.* Verónica Montes de Oca (coordinadora). México, 2014. UNAM-IIS.pp. 249-285.

Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). *El cuidado informal: una visión actual.* Cuidadoras. España

Ruvalcaba, Rosa María (1999), "Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, CONAPO, pp. 125-144.

Sánchez-Ayéndez, Melba. (1994). "El apoyo social informal". En E. Arzola (Ed.), *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa* (pp. 360-368). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Sánchez Herrera, Beatriz (2014a). "Enfermedad crónica y cuidado espiritual". En: *Cuidado de enfermería en situaciones de enfermedad crónica* / editoras Lucy Barrera Ortiz, Gloria Mabel Carrillo, Lorena Chaparro Díaz, Beatriz Sánchez Herrera. -- Primera edición -- Bogotá : Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Facultad de Enfermería, 2014. Pp. 69-95.

Sánchez Herrera, Beatriz (2014b). "¡Por favor, cuídame: estoy viviendo un duelo!". En *Cuidado de enfermería en situaciones de enfermedad crónica* / editoras Lucy Barrera Ortiz, Gloria Mabel Carrillo, Lorena Chaparro Díaz, Beatriz Sánchez Herrera. -- Primera edición -- Bogotá : Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Facultad de Enfermería, 2014. Pp. 97-118.

Satorres Pons, Encarnación (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital.* Tesis de doctorado en psicogerontología. Universitat de València. España. P. 263.

Segovia, Martha y Adriana, Torres (2011) "Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero". *Gerokomos* 2011; 22 (4): 162-166.

SENAMA (s/f). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Gobierno de Chile.

SENAMA (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. Ministerio de Salud. Programa Salud del Adulto Mayor y Senama Año 2009. Chile. 2009.

Sojo Ana (2011). *De la evanescencia a la mira: el cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina*.

Soler, A, Teixeira TC y Jaime V (2008). *Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género*. Universidad de Granada, PUC Minas Gerais y Universitat de València. XI Jornadas de Economía Crítica. 27, 28 y 29 de marzo 2008. P. 25. Bilbao, España.

Solís Gutiérrez, Patricio (1997). "El retiro como transición a la vejez en México" En *Los retos de la población*. Cecilia Rabell (coordinadora), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Juan Pablo Editor. México. pp. 261-296.

Solís, Patricio (1999), "El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos", *Papeles de Población*, enero-marzo, vol. 19, pp. 43-63. Universidad Autónoma del Estado de México.

Souza R, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA (2012). "Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional". En *Acta Paul Enferm.* 2012;25(6):933-939.

Tamez Valdez, Blanca Mirthala y Manuel Ribeiro Ferreira (2014) "La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, Nuevo León" en *Vejez, salud y sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas*. Verónica Montes de Oca (coordinadora). UNAM. IIS. México. Pp. 153-206.

Teresa Torns (2008): *El trabajo y el cuidado: cuestiones teóricometodológicas desde la perspectiva de género*.

Torres, Diego (2014). *Los problemas de la fragilidad en las personas mayores de 80 años: Perspectiva enfermera*. Murcia, noviembre de 2014. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad Católica de Murcia (UCM).

Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. (2011) "Escalas de valoración funcional en el anciano". *Galicia Clin.* 72 (1): 11-16.

Tuirán, R. (2000) *Desafíos del Envejecimiento Demográfico en México*. Conferencia impartida el 8 de mayo del 2000 en la CNDH, Ciudad de México. pp. 15-34. *Prevención de la Violencia, Atención a Grupos Vulnerables y los Derechos Humanos. Los derechos de las personas de la tercera edad*. Fascículo 3, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se terminó de imprimir en mayo de 2003 en los talleres de IMPRESO, S. A. DE C. V., Niños Héroes núm. 102, col. Niños Héroes de Chapultepec, C. P. 03440, México, D. F.

Unfpa (2010). http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/15_file1.pdf

UNFPA y HelpAge International (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. Resumen ejecutivo*. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International, 2012. Consultado el 18 de octubre de 2015 http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub_pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf

Valenzuela, María Elena (2010) "Trabajo y responsabilidades familiares en el contexto del envejecimiento: ¿quién se encarga del cuidado?" en: *Envejecimiento en América Latina. Sistemas de pensiones y protección social integral*. Antonio Prado y Ana Sojo (editores). CEPAL, Santiago de Chile. pp. 255-282.

Vaqui Rodríguez, Sandra y Stiepovich Bertoni, Jasna (2010). "Cuidado informal, un reto asumido por la mujer". En *Ciencia y enfermería*, XVI (2): 9-16.

Vargas Escobar, Lina María y Natividad Pinto Afanador (2010). "Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer". En *Avances de enfermería*, Vol. XXVIII No. 1 ENERO-JUNIO 2010, pp.116-128.

Vázquez, F. (2003). *Contando nuestros días: un estudio antropológico sobre la vejez*. México. CIESAS.

Velasco Roldán, Nidya (2010). *Dependencia funcional en la tercera edad: un análisis de los factores relacionados con la dependencia funcional en adultos mayores mexicanos con base en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento*. Tesis de maestría. CEDUA-COLMEX. México. Para obtener el grado de Maestra en Demografía.

VGI (2011). *Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio*. México: Secretaría de Salud, 2011. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.

Villar, Feliciano (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez*. Editorial Aresta. España. 168 pág.

Villarreal Martínez, Mónica (2005). "La legislación a favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe". en Cepal - *serie población y desarrollo* n° 64. Santiago de Chile, diciembre 2005. Naciones Unidas.

Villarreal Martínez, Mónica (2006). "Mecanismos participativos en el diseño, formulación e implementación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento". en Cepal - *serie población y desarrollo* n° 70. Santiago de Chile, mayo 2006. Naciones Unidas.

Viveros Madariaga, Alberto (2001). "Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad". en Cepal - *serie población y desarrollo* n° 22. Santiago de Chile, diciembre de 2001. Naciones Unidas.

Welti, Carlos (2001). "Economía y envejecimiento. Cambios socioeconómicos y sobrevivencia de la población mayor". En *demos* n° 14. Pp. 25-26.

Wong R, Espinoza M, Palloni A. (2007) "Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento". En *Salud Pública de México*, vol.49, suplemento 4, México, pp. 436-447.

Wong, Rebeca y María Aysa Lastra (2001). "Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, vol.16, núm. 3, El Colegio de México.

Wong Rebeca, César González y Mariana López (2014) "Envejecimiento y población en edades avanzadas", *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. Cecilia Rabell (Coord.), FCE, México, pp.185-221.

Yuni, José Alberto, & Urbano, Claudio Ariel. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista argentina de sociología*, 6(10), 151-169. Recuperado en 25 de julio de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482008000100011&lng=es&tlng=es.

Zavala, María Eugenia (2014). "La transición demográfica de 1895-2010: ¿una transición original?". En *Los mexicanos Un balance del cambio demográfico*, Cecilia Rabell (coordinadora). Fondo de Cultura Económica, México, pp.80-114.

Zavala de Cosío, María Eugenia (1992). "La transición demográfica en América Latina y en Europa". En *Notas de Población*, vol. 20, n° 56, México, pp.11-32.

Zavala-González M.A. y Domínguez-Sosa G. (2010). "Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos". En: *Psicogeriatría* 2010; 2 (1): 41-48.

Zavala, Marco y Guadalupe Domínguez (2011) "Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores". En *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.*; 49 (6): 585-590.

Zetina Lozano, María Guadalupe (1999). "Conceptualización del proceso de envejecimiento" en *Papeles de Población*, vol. 5, núm. 19, enero-marzo, 1999, pp. 23-41. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México <http://www.enasem.org/> [fecha de consulta: 6 de octubre de 2014].

ABREVIATURAS

ABVD Actividades básicas de la vida diaria
AIVD Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
ALCA América Latina y el Caribe
AVD Actividades de la Vida Diaria
CELADE Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL Comisión Económica para América Latina
CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CONAPO Consejo Nacional de Población
CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CRONOS Cross-cultural Research on Nutrition of Older Subjects
ECV Enfermedades cardiovasculares
EFCR Escala de Incapacidad Funcional Física de la Cruz Roja
EMCR Escala de Incapacidad Funcional Mental de la Cruz Roja
EMPAM-DF Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal
ENAH Escuela Nacional de Antropología e Historia
ENASEM Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México
ENE Encuesta Nacional de Empleo
ENIGH Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENOE Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ENSE Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento
ENUT Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo
ESEC Encuesta sobre Envejecimiento Cognoscitivo en la Ciudad de México
EUT Encuestas sobre Uso del Tiempo
FAO Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
IMSERSO Instituto de Mayores y Servicios Sociales
IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEA Organización de los Estados Americanos
OMS Organización Mundial de la Salud
ONU Organización de Naciones Unidas

OPS Organización Panamericana de la Salud

OR Odds ratio (Razón de probabilidades)

PEMEX Petróleos Mexicanos

RAE Real Academia Española de la Lengua

SABE Encuesta sobre la Salud y el Bienestar en el Envejecimiento en América Latina y el Caribe

SENAMA Servicio Nacional del Adulto Mayor

SPS Seguro Popular de Salud

SSA Secretaría de Salud

UNAM Universidad Nacional Autónoma de México

VGI Valoración Gerontogerítrica Integral

ANEXO

Cuadro 16. Construcción de variables e indicadores AVD

Concepto no observable	Concepto observable/definición	Operacionalización de la variable
Sexo	Sexo del entrevistado	0 = Mujer 1 = Hombre
Grupos de edad	Edad del entrevistado. Se construyeron 8 grupos de edad	0 = 50-54 1 = 55-59 2 = 60-64 3 = 65-69 4 = 70-74 5 = 75-79 6 = 80-84 7 = 85 y más
Situación conyugal	Situación conyugal del entrevistado	0 = Soltero 1 = Unido o Casado 2 = Separado o divorciado 3 = Viudo
Número de hijos	Número de hijos nacidos vivos que tuvo el entrevistado	0 = sin hijos 1 = 1-3 2 = 4-6 3 = 7 ó más
Años de estudio	Años de estudio que cursó el entrevistado	0 = Sin estudios 1 = 1 a 6 2 = 7 a 9.5 3 = 10 a 12 4 = 13 ó más
Tamaño de localidad de residencia (habitantes)	Localidad de residencia donde vive el entrevistado	0 = 100 000 ó más 1 = 15 000 a 99 999 2 = 2 500 a 14 999 3 = Menos de 2 500
Autopercepción del estado de salud	Autopercepción del estado de salud del entrevistado	0 = Mala 1 = Regular 2 = Buena 3 = Muy buena 4 = Excelente
Diagnosticado con hipertensión o presión alta	El médico o personal médico alguna vez le diagnosticó hipertensión o presión alta al entrevistado	0 = No 1 = Sí
Diagnosticado con diabetes	El médico o personal médico alguna vez le diagnosticó diabetes al entrevistado	0 = No 1 = Sí
Alguna caída en los últimos dos años	El entrevistado ha sufrido caídas en los últimos dos años	0 = No 1 = Sí
Diagnosticado con artritis o reumatoide	El médico o personal médico alguna vez le diagnosticó artritis o reumatismo al entrevistado	0 = No 1 = Sí
Padece algún problema de salud a causa de actividad laboral	El médico o personal médico, en los últimos dos años, alguna vez le diagnosticó algún problema de salud causado por la actividad laboral del entrevistado	0 = No 1 = Sí 2 = Nunca trabajó
Acceso a Seguro Social IMSS	El entrevistado tiene derecho a servicio médico en el Seguro Social (IMSS)	0 = No 1 = Sí
Acceso a ISSSTE/ISSSTE Estatal	El entrevistado tiene derecho a servicio médico en el ISSSTE/ISSSTE Estatal	0 = No 1 = Sí
Acceso a Seguro Popular	El entrevistado tiene derecho a servicio médico en el Seguro Popular	0 = No 1 = Sí
Índice de depresión	El entrevistado presenta al menos una condición depresiva como sentirse deprimido, percepción que todo lo que hacía era un esfuerzo, con sueño intranquilo, se ha sentido infeliz, se ha sentido solo, ha sentido que no disfruta de la vida, se ha sentido triste, se ha sentido cansado o se ha sentido sin mucha energía	0 = No 1 = Sí
Índice de acceso a servicio de salud	El entrevistado tiene derecho a algún servicio médico como IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa o Marina, Seguro médico privado u otro	0 = No 1 = Sí
Índice de ABVD	El entrevistado presenta al menos una dificultad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria como caminar, bañarse, comer, ir a la cama o ir al baño	0 = No 1 = Sí
Índice de AMD	El entrevistado presenta al menos una dificultad para realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria como preparar o cortar la comida, ir por compra de víveres, tomar sus medicamentos o manejar su dinero	0 = No 1 = Sí

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Cuadro 17. Construcción de variables e indicadores sobre los cuidadores

Concepto no observable	Concepto observable	Operacionalización de la variable
Sexo	Sexo de la persona cuidadora	0= Mujer 1= Hombre
Situación conyugal	Situación conyugal del entrevistado	0= Soltero 1= Soltera 2= Casado 3= Casada 4= Unión libre hombre 5= Divorciado 6= Divorciada 7= Separado 10= Separada 11= Viudo 12= Viuda 13= Unión libre mujer
Escolaridad	Escolaridad de la persona cuidadora	0= Ninguno 1= Primaria 2= Secundaria 3= Carrera técnica o comercial 4= Preparatoria o Bachillerato 5= Normal básica 6= Profesional 7= Posgrado
Condición de actividad	Condición de actividad de la persona cuidadora	0= Trabaja o busca trabajo 1= Es estudiante 2= Se dedica a los quehaceres de su hogar 3= No trabaja
Situación económica	Situación económica de la persona cuidadora	0= Excelente 1= Muy buena 2= Buena 3= Regular 4= Mala
Parentesco	Parentesco de la persona que recibe apoyo	0= Cónyuge (esposo) 1= Hijo 2= Yerno 3= Nieto 4= Padre 5= Otro pariente (hombre) 6= Otra persona (hombre) 7= Persona pagada (hombre) 8= Cónyuge (esposa) 9= Hija 10= Nuera 11= Nieta 12= Madre 13= Otro pariente (mujer) 14= Otra persona (mujer) 15= Persona pagada (mujer)
Días	Número de días que ayudó durante el mes pasado el cuidador. Se construyeron 3 grupos	0= 1 a 7 1= 8 a 14 2= 15 o más
Horas	Número de horas que ayuda al día la persona cuidadora. Se construyeron 2 grupos	0= 12 o menos 1= Más de 12

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Cuadro 18. Dificultad para realizar ABVD por grupo de edad y sexo

Edad	Caminar de un lado a otro de un cuarto		Bañarse en una tina o regadera		Comer o cortar su comida		Acostarse y levantarse de la cama		Usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
50-54	3.2	2.0	1.5	1.1	1.1	1.9	5.8	1.9	3.1	1.5
55-59	3.3	2.8	1.5	1.5	1.9	1.6	6.3	3.8	3.9	2.2
60-64	5.6	5.3	3.0	3.1	2.1	3.1	10.4	5.5	6.4	3.6
65-69	8.1	7.3	4.8	4.2	2.6	3.6	10.6	7.5	8.2	4.8
70-74	11.5	7.1	6.2	3.0	4.5	4.6	13.6	6.4	9.2	4.5
75-79	17.7	12.2	11.7	6.2	6.2	4.9	15.9	9.1	14.9	8.8
80-84	27.8	15.2	21.2	12.4	11.0	6.8	21.7	12.1	18.6	9.6
85 y más	41.8	32.3	36.2	25.9	23.5	14.1	31.5	21.8	31.5	19.5

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Cuadro 19. Dificultad para realizar AIVD por grupo de edad y sexo

Edad	Preparar una comida caliente		Hacer compras de víveres/mandado		Tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno)		Manejar su dinero	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
50-54	1.2	7.3	3.9	3.1	1.5	2.9	1.2	0.5
55-59	1.5	8.2	5.4	2.7	1.6	1.7	1.0	1.0
60-64	2.8	12.6	8.7	6.7	2.4	3.5	2.3	2.0
65-69	3.7	13.2	11.3	8.0	1.9	4.1	2.8	2.2
70-74	6.4	13.6	16.1	8.6	3.7	2.9	2.9	1.8
75-79	10.7	21.2	26.4	14.3	4.4	5.1	5.2	4.3
80-84	21.2	26.1	37.5	18.5	9.8	7.1	8.2	7.4
85 y más	36.2	44.3	56.3	39.1	23.1	13.5	18.8	12.0

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012

Cuadro 20. Índices de dificultad para realizar AVD por grupo de edad y sexo

Edad	Dificultad para realizar al menos una ABVD		Dificultad para realizar al menos una AIVD	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
50-54	10.2	4.6	6.0	10.8
55-59	10.6	6.6	6.7	10.8
60-64	16.6	10.3	11.0	16.9
65-69	19.6	12.5	13.8	17.7
70-74	22.2	14.8	18.5	19.1
75-79	30.5	20.8	29.4	27.9
80-84	42.0	27.9	42.0	33.5
85 y más	59.4	45.8	62.0	53.1

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM 2012