



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y
DE SALUD ASOCIADOS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS
EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE MÉXICO,
2001 Y 2003

Tesis presentada por

Ana Luz Loaiza Valencia

para obtener el grado de

MAESTRO EN DEMOGRAFÍA

Tijuana, B. C.

2006

A mi amado e inolvidable padre y eterno amigo, donde quiera que estés, gracias por guiarme y protegerme. Aunque no estés físicamente tu presencia crece día a día en mi alma y guardo de ti los mejores recuerdos. A ti preciosa madre, mujer llena de amor, por apoyarme durante toda la vida. A ambos gracias infinitas por haberme dado la fortaleza para luchar por mis propias convicciones, por regalarme su amor, paciencia, apoyo, consejos y valor para seguir adelante.

A mis hermanos, sin su apoyo nunca hubiese podido terminar esta etapa de mi vida. A mis sobrinos, por que el verlos crecer me llena de esperanza.

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento al Colegio de la Frontera Norte, que me brindó la oportunidad a través de la beca y la aceptación en la institución, para realizar mis estudios de maestría, lo que de otra manera hubiese sido muy difícil. Al doctor Humberto González como coordinador de la maestría, a Elizabeth Cervantes, Alma Guzmán, Rita Arteaga mil gracias por todo su apoyo durante estos dos años.

A la doctora Elmyra Ybáñez por haber aceptado dirigir mi tesis, gracias por su paciencia, entrega y valiosos consejos y comentarios que me ayudaron a terminar la maestría y culminar la tesis. Por brindarme toda su ayuda y haberme dado su voto de confianza.

A mis lectores, la Dra. Silvia Mejía y el Dr. Roberto Ham, por sus valiosos y oportunos comentarios que contribuyeron de manera importante con la finalización de este trabajo.

A los docentes que durante estos dos años pasaron por el aula de clase para regalarnos su conocimiento, entre ellos: Elmyra Ybáñez, Roberto Ham, Rodolfo Corona, Raúl Benítez Zenteno †, Marie-Laure Coubés, Germán Vega, Raúl González, Yolanda Palma, Norma Ojeda y todos los demás. Gracias por sus consejos y compartir desinteresadamente su experiencia profesional.

A mis compañeros Sergio, Isabel, Judith, Karyna, Martha, por el apoyo, la solidaridad y motivación que siempre recibí de su parte.

A mi mejor amiga Gloria Leticia Rivas, un Dios te pagué por que a pesar de la distancia siempre estuviste apoyándome, por la solidaridad y el cariño que le brindaste a mi familia durante mi ausencia.

ÍNDICE

	Pág
Índice de cuadros	iii
Índice de gráficas	iv
Introducción	1
CAPÍTULO 1 ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: UNA VISIÓN INTEGRAL.....	4
1.1 Conceptualizando el envejecimiento	4
1.2 Transición demográfica.....	12
1.3 Los cambios sociales y su relación con el cambio epidemiológico.....	17
1.4 Panorama demográfico de México 2000-2050.....	19
CAPÍTULO 2 PRIORIDADES EN SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS.....	23
2.1 Enfermedades crónicas y vejez.....	23
2.2 Depresión y vejez.....	28
2.3 Relación entre enfermedad crónica y depresión en la vejez.....	31
CAPÍTULO 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	36
3.1 Fuente de datos.....	36
3.2 Alcances y limitaciones de la investigación.....	37
3.3 Diseño de la investigación.....	38
3.3.1 Tipo de investigación.....	38
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión de registros.....	38
3.3.3 Tamaño de muestra.....	38
3.3.4 Estructura de análisis.....	39
3.4 Operacionalización de variables.....	42
3.4.1 Variables sociodemográficas.....	42
3.4.2 Variables económicas.....	46
3.4.3 Variables de salud.....	48
3.5 Estrategia de análisis.....	49
CAPÍTULO 4 SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES RELACIONADOS EN LOS ADULTOS MAYORES DE MÉXICO.....	50
4.1 Análisis descriptivo.....	50
4.1.1 Características sociodemográficas de los adultos mayores.....	50
4.1.2 Características económicas de los adultos mayores.....	59
4.1.3 Características de salud de los adultos mayores.....	65
4.1.4 Prevalencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor.....	69

4.2	Modelos de regresión multinomial.....	73
4.2.1	Factores asociados con la presencia de síntomas depresivos.....	74
	CONCLUSIONES.....	80
	BIBLIOGRAFÍA.....	84
	ANEXOS.....	93

ÍNDICE DE CUADROS

		Pág
Cuadro 1.	Distribución de los adultos mayores por tipo de localidad y entidad Federativa, México, 2000.....	20
Cuadro 2.	Indicadores demográficos, México., 2000-2050.....	20
Cuadro 3.	Tasas de mortalidad de la población mexicana de 60 años o más según causa de muerte, 1980-2002.....	25
Cuadro 4.	Construcción de la variable red social, primer paso, para los datos de ENASEM 2001 y 2003.....	44
Cuadro 5.	Construcción de la variable red social, segundo paso, para los datos de ENASEM 2001 y 2003.....	44
Cuadro 6.	Construcción de la variable red social, tercer paso, para los datos de ENASEM 2001 y 2003.....	45
Cuadro 7.	Distribución porcentual del nivel educativo de la población adulta mayor, por grupo de edad, sexo y área de residencia, México, 2001.....	56
Cuadro 8.	Distribución porcentual del nivel educativo de la población adulta mayor, por grupo de edad, sexo y área de residencia, México, 2003.....	56
Cuadro 9.	Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia, según su situación económica, México, 2001.....	64
Cuadro 10.	Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia, según su situación económica, México, 2003.....	64
Cuadro 11.	Distribución porcentual de los adultos mayores que reportaron alguna de las tres enfermedades crónicas principales o, ninguna, por área de residencia, México, 2001 y 2003.....	68
Cuadro 12.	Distribución porcentual de los síntomas depresivos, población general, por sexo, grupo de edad, México, 2001 y 2003.....	70
Cuadro 13.	Construcción de las variables para los modelos estadísticos.....	74

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Pág
Gráfica 1. Vertientes del envejecimiento según enfoque.....	5
Gráfica 2. La capacidad funcional y el ciclo vital.....	8
Gráfica 3. Evolución de los índices de de envejecimiento, dependencia total, dependencia del adulto mayor y juvenil, México, 1930-2050.....	11
Gráfica 4. Esquema de la transición demográfica modelo.....	13
Gráfica 5. Evolución de la transición demográfica, México, 1900-2000.....	14
Gráfica 6. Pirámides de población, México, 1940-2050.....	21
Gráfica 7. Carga mundial de morbilidad por grupo de enfermedades en países en desarrollo, período 1990-2020.....	24
Gráfica 8. Continuidad de síntomas depresivos en la población a nivel mundial.....	29
Gráfica 9. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades físicas a nivel mundial.....	32
Gráfica 10. Distribución porcentual por grupo de edad de la población adulta mayor, México, 2001 y 2003.....	51
Gráfica 11. Distribución porcentual por tamaño del área de residencia de la población adulta mayor, México, 2001 y 2003.....	52
Gráfica 12. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó estar unida, México, 2001 y 2003.....	54
Gráfica 13. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó no tener ningún tipo de red social, México, 2001 y 2003.....	58
Gráfica 14. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó laborar, México, 2001 y 2003.....	60
Gráfica 15. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó tener pensión por jubilación, México, 2001 y 2003.....	62
Gráfica 16. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó tener vivienda propia, México, 2001 y 2003.....	63
Gráfica 17. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según la percepción de su estado de salud, México, 2001 y 2003.....	66

Dedicatoria

A mi amado e inolvidable padre y eterno amigo †, donde quiera que estés, gracias por guiarme y protegerme. Aunque no estés físicamente tu presencia crece día a día en mi alma y guardo de ti los mejores recuerdos. A ti preciosa madre, mujer llena de amor, por apoyarme durante toda la vida. A ambos gracias infinitas por haberme dado la fortaleza para luchar por mis propias convicciones, por regalarme su amor, paciencia, apoyo, consejos y valor para seguir adelante.

A mis hermanos, por que sin su apoyo nunca hubiese podido terminar esta etapa de mi vida. A mis sobrinos, por que el verlos crecer me llena de esperanza.

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento al Colegio de la Frontera Norte, que me brindó la oportunidad a través de la beca y la aceptación en la institución, para realizar mis estudios de maestría, lo que de otra manera hubiese sido muy difícil. Al doctor Humberto González como coordinador de la maestría, a Elizabeth Cervantes, Alma Guzmán, Rita Arteaga mil gracias por todo su apoyo durante estos dos años.

A la doctora Elmyra Ybáñez por haber aceptado dirigir mi tesis, gracias por su paciencia, entrega y valiosos consejos y comentarios que me ayudaron a terminar la maestría y culminar la tesis. Por brindarme toda su ayuda y haberme dado su voto de confianza.

A mis lectores, la Dra. Silvia Mejía y el Dr. Roberto Ham, por sus valiosos y oportunos comentarios que contribuyeron de manera importante con la finalización de este trabajo.

A los docentes que durante estos dos años pasaron por el aula de clase para regalarnos su conocimiento, entre ellos: Elmyra Ybáñez, Roberto Ham, Rodolfo Corona, Raúl Benítez Zenteno †, Marie-Laure Coubés, Germán Vega, Raúl González, Yolanda Palma, Norma Ojeda y todos los demás. Gracias por sus consejos y compartir desinteresadamente su experiencia profesional.

A mis compañeros Sergio, Isabel, Judith, Karyna, Martha, por el apoyo, la solidaridad y motivación que siempre recibí de su parte.

A mi mejor amiga Gloria Leticia Rivas, un Dios te pagué por que a pesar de la distancia siempre estuviste apoyándome, por la solidaridad y el cariño que le brindaste a mi familia durante mi ausencia.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, y como tal México no es la excepción. Debido a los cambios demográficos, sociales, económicos y de salud, ocurridos desde el siglo pasado en la república y teniendo en cuenta las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), podemos decir que México es una sociedad que se dirige a envejecer cada vez más. El envejecimiento por sí mismo no es un problema, se convierte en uno cuando la capacidad tanto física como mental se resquebraja, al tiempo que se reduce la autonomía, se menoscaban las relaciones sociales, se pierde el vínculo laboral y por lo tanto la capacidad económica, como también se pierde la buena salud a causa de las enfermedades que a estas edades son más visibles. Todo ello plantea nuevos retos en la formulación de planes y programas gubernamentales e institucionales en diferentes áreas como salud, educación, empleo, vivienda, seguridad social entre otros, de tal manera que se pueda dar respuesta a las necesidades del grupo poblacional de las personas de 60 años y más, que finalmente se refleja en su calidad de vida.

Una de las áreas de especial interés es la salud, dentro de ella, la salud mental es uno de los componentes que reclaman mayor atención, ante el esperado aumento de población adulta mayor en las próximas décadas. La depresión en los adultos mayores ha sido estudiada desde el punto de vista clínico, geriátrico y abordado por la salud pública en general. Con las tendencias demográficas, se hace manifiesta la necesidad de estudiar el tema de la depresión desde el punto de vista demográfico, sin perder de vista las demás disciplinas. Utilizando las herramientas de la demografía, quizás se pueda entender de una manera más clara toda la problemática de los síntomas depresivos en los adultos mayores, relacionándolos con la evolución, volumen y crecimiento de la población y, a su vez se tengan en cuenta los aspectos demográficos, sociales, de salud y económicos que presenta este segmento de la población. El interés de la presente tesis, son los síntomas depresivos en la población adulta mayor de México. Para ello el **objetivo general** que se propone es: *Identificar los factores asociados con la presencia o ausencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor de México, distinguiendo*

dos áreas geográficas la menos urbana y la urbana, controlando por algunas variables demográficas, económicas, sociales y de salud, para los años 2001 y 2003.

Debido a que la presente investigación pretende profundizar en el conocimiento de la relación entre los síntomas depresivos y las variables incluidas en el objetivo general, los **objetivos específicos** son: El primero, *analizar las características demográficas, económicas, sociales y de salud de la población adulta mayor para los años 2001 y 2003.* El segundo, *analizar las características demográficas, económicas, sociales y de salud de la población adulta mayor de México, distinguiendo entre quienes presentan síntomas depresivos y quienes no, para los años 2001 y 2003.* El tercero, *determinar la prevalencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor de México para ambos años.* En este sentido la **pregunta** de investigación que guiará el desarrollo del presente trabajo es: *¿Qué factores pueden estar representando mayor o menor grado de asociación con la presencia o, ausencia de síntomas depresivos en los adultos mayores de México?.*

Dadas las variables y el tema de estudio, la encuesta utilizada para desarrollar la investigación fué el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), correspondiente a los años 2001 y 2003. Dicha encuesta, como se describirá en el tercer capítulo, es la más indicada, por ser especializada en el tema del envejecimiento, además de contener información sobre los síntomas depresivos y debido a su representatividad a nivel nacional.

Las **hipótesis** que se plantean son: **Primera**, dadas las proyecciones demográficas que auguran un envejecimiento progresivo de la estructura de la población, el incremento en la expectativa de vida se presenta acompañado también de la presencia de enfermedades crónicas, aumentando a su vez los síntomas depresivos dentro de la población adulta mayor. **Segunda**, los factores demográficos, económicos, sociales y de salud que están influyendo en la presencia de síntomas depresivos son: El ser mujer, el no estar unido, tener una edad avanzada, los bajos niveles educativos, tener una situación económica desfavorable, no tener pensión, tener pocas relaciones sociales, padecer alguna enfermedad crónica y tener una mala percepción del estado de salud.

La tesis consta de cuatro capítulos y un apartado de conclusiones. En el primer capítulo “Envejecimiento poblacional: una visión integral”, se realiza una revisión teórico-conceptual sobre la definición de envejecimiento tanto individual como poblacional, haciendo una discusión sobre la edad, pasando luego por la transición demográfica, epidemiológica y los cambios sociales que influyeron para que ocurriera el envejecimiento poblacional. Finalmente se presenta el panorama demográfico de México actual y futuro.

El segundo capítulo “Prioridades en salud de los adultos mayores: enfermedades crónicas y síntomas depresivos”, trata sobre el cambio del perfil epidemiológico que se viene presentando en México y se hace una revisión sobre la situación y los estudios previos sobre los síntomas depresivos tanto en México como en el mundo.

En tercer capítulo “Aspectos metodológicos”, se describe y justifica la fuente de datos a utilizar, como también las variables y su operacionalización, de igual manera se aclaran tanto las limitaciones como los alcances de la presente investigación, como también se refiere el tamaño de muestra con el que se trabajará en cada uno de los años y las estrategias estadísticas de análisis.

Finalmente en el cuarto capítulo “Síntomas depresivos y factores relacionados en los adultos mayores de México”, se presenta el análisis descriptivo y los modelos de regresión multinomial realizados para analizar las asociaciones entre las variables propuestas y los síntomas depresivos. Para terminar se concluye con el apartado de conclusiones, donde se presentan los principales hallazgos de la investigación.

CAPÍTULO 1

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: UNA VISIÓN INTEGRAL

1.1 Conceptualizando el envejecimiento

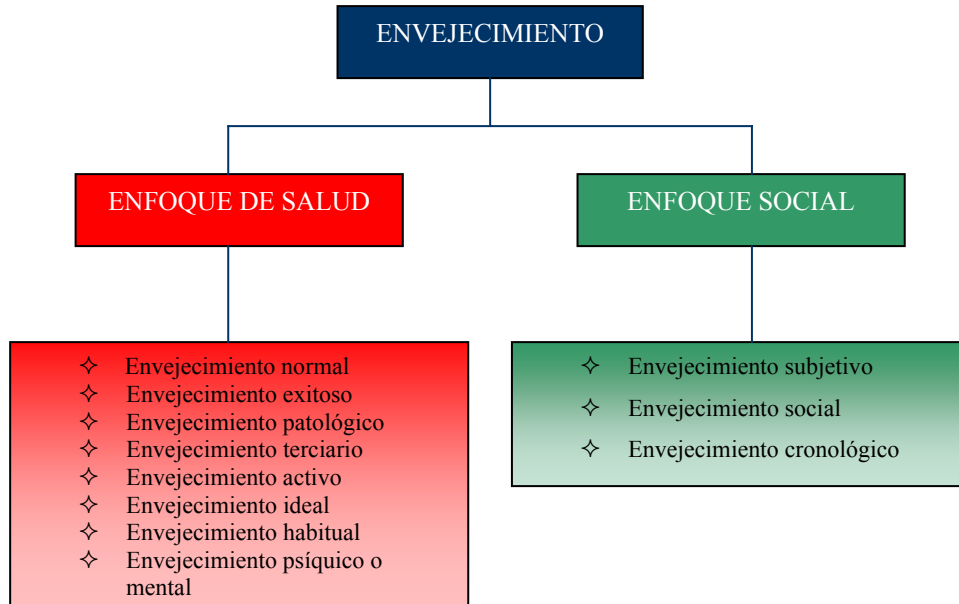
A pesar de su complejidad, bastante se habla hoy en día sobre el proceso de envejecimiento poblacional. Lo que sí resulta cierto y menos complejo de comprender es que es un proceso que va en aumento día tras día, si bien se presenta a diferentes ritmos entre regiones, es algo que está ocurriendo a nivel mundial, situación que provoca que cada vez el tema deje de ser una preocupación personal o familiar y, se convierta en una preocupación social.

Que una población aumente su esperanza de vida, -el promedio que espera vivir una persona bajo un patrón de mortalidad-, es efecto de la disminución en las tasas de mortalidad en edades tempranas, porque para llegar a una sociedad envejecida son las vidas de los menores las que tienen un mayor efecto sobre la esperanza de vida que las de los ancianos. Es decir si un mayor número de niños sobreviven a la infancia, el promedio de años por vivir aumenta más, mientras que el efecto del aumento en los años que vive un anciano impacta en menor medida en la esperanza de vida, el menor vivirá muchos años adicionales incrementando el promedio en general pero, al anciano le restan pocos años por vivir. El envejecimiento es además el resultado de cambios sociales con implicaciones en todos los ámbitos de la sociedad. Ahora bien es importante para entender el envejecimiento, distinguir entre el envejecimiento individual y el propiamente dicho envejecimiento poblacional.

Con respecto al primero de ellos, el envejecimiento individual, como su nombre lo indica es el que sucede a cada uno de los individuos en particular y, esta relacionado directamente con los cambios biológicos, bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales de las personas (González, 2004), además es un proceso que ocurre a nivel mundial, es irreversible, permanente, personal y heterogéneo. El envejecimiento individual a su vez puede tener diferentes vertientes dependiendo del enfoque de interés particular que se tenga, mismos que a su vez no necesariamente son excluyentes entre si. Así, el envejecimiento normal, exitoso, patológico, terciario, activo, ideal, habitual y

el psíquico o mental tienen que ver con un enfoque desde el punto de vista de la salud. Tal y como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 1. Vertientes del envejecimiento según enfoque



Fuente: Elaboración propia, con base en revisión bibliográfica

De esta manera, el envejecimiento normal se caracteriza por un deterioro orgánico gradual, resultado de la enfermedad y de los estilos de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco (Rowe, 1987; Luszcz, 1999). Mientras que el envejecimiento exitoso se refiere al envejecimiento donde se vive con autonomía y dignidad, capacidad funcional y salud, participación social y económica (Engler, 2002). A su vez, en el envejecimiento patológico hay presencia de enfermedades propias de la vejez (enfermedades crónico-degenerativas), un alto deterioro del estado de salud y, enfrentan altos factores de riesgo (Rowe, 1987; Luszcz, 1999; González, 2004).

Por su parte el envejecimiento terciario se presenta hacia el final de la vida, con un deterioro funcional acelerado durante los meses que preceden a la muerte, con alto grado de déficit en las funciones cognitivas y físicas. Este tipo de envejecimiento no se relaciona con la edad cronológica sino más bien con la proximidad de la muerte (Rowe, 1987; Luszcz, 1999). En contraste, el envejecimiento

activo hace alusión al proceso de optimizar las oportunidades en salud, participación y seguridad, para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (OMS, OPS, 2002). En el envejecimiento ideal están las personas que son totalmente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no autoperciben ninguna enfermedad crónica y tienen un buen estado físico y, llevan estilos de vida altamente positivos (González, 2004).

Finalmente el envejecimiento habitual está integrado por las personas que tienen un regular estado de salud y, enfrentan factores de riesgo entre bajo y medio (González, 2004). A la vertiente del envejecimiento psíquico o mental, pertenecen aquellos individuos que presentan alteraciones psicológicas las cuales pueden o no terminar en patologías, dependiendo de la concepción de vejez que se tenga (Ybáñez, 2001).

Entre tanto el envejecimiento subjetivo, social y cronológico, tienen su origen en un enfoque más general, que básicamente es el enfoque desde el punto de vista social, de esta manera, cada sociedad tiene expectativas diferentes con respecto a lo que es conveniente para cada edad.

De esta manera, el envejecimiento subjetivo depende directamente de la autopercepción de cada persona frente a aspectos tales como el físico, mental o social (Ybáñez, 2001). El social, se refiere a la representación social de la vejez, como el caso de la jubilación, que no es necesariamente vejez ni incapacidad para el trabajo, sino más bien que esta representada por el retiro de la actividad, no por la edad cronológica o síntomas físicos, biológicos o mentales que presenta el individuo (Ybáñez, 2001). Por su parte, la clasificación de envejecimiento cronológico se realiza de acuerdo a la edad, dependiendo de algunas convenciones, usualmente se considera envejecimiento cronológico a partir de los 60 ó 65 años de edad (Ybáñez: 2001).

Ahora bien, hace falta definir a que edad se es viejo o adulto mayor, a que edad se entra a la tercera edad o aún a la cuarta edad. Para empezar podríamos decir que el concepto para definir quien es viejo o no, varía en tiempo y espacio, es decir, en época y lugar, por ejemplo, la edad de quienes hoy no son considerados como integrantes del grupo de la tercera edad o “viejos”, probablemente décadas atrás sí lo eran, dadas las altas tasas de mortalidad que existían, la baja esperanza de vida que se tenía y, las

desfavorables condiciones en que se desarrollaban. Si nos remontamos al año 1950, si alguien alcanzaba la edad de 55 años, seguramente se le considerada como viejo o adulto mayor, teniendo en cuenta que para la época ni siquiera se esperaba que llegará a dicha edad, ya que la esperanza de vida máxima era de 49.2 para hombres y de 52.4 para mujeres (Bronfman, 1983). Por lo tanto la definición variará dependiendo de la época y el lugar del que se este hablando.

“Con frecuencia la edad social del individuo nada tiene que ver con su edad cronológica. Es decir no son iguales los roles desempeñados por una persona con una misma edad cronológica en un sistema social que en otro. No es igual la ancianidad en la época pre-industrial que en el post-industrialismo”. (Riesco, 115, 1993).

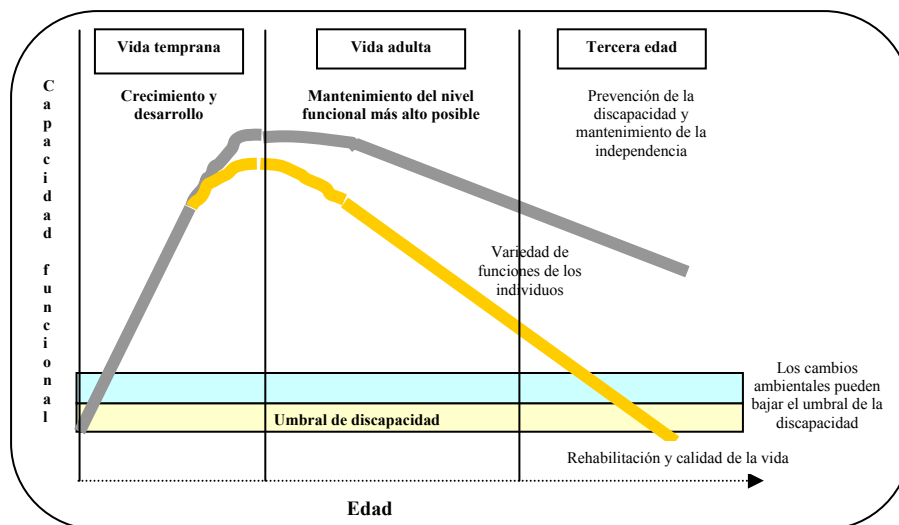
Pese a que en todos los países existen personas envejecidas, distintos son los puntos de corte para definir quien es viejo, anciano o adulto mayor. Así, por ejemplo, en Tailandia y Malasia a los 60 años se adquiere el derecho de servicios y cuidados para ancianos, a los 65 años en Hong Kong, Corea y Singapur, mientras que en México éste derecho se adquiere sólo hasta los 70 años (Gutiérrez, 2005).

Sin embargo como una manera de establecer comparaciones a nivel mundial, la Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el envejecimiento en 1982 estableció la edad de 60 años como el límite inferior de envejecimiento. Pero, aun así este corte sigue siendo subjetivo, pues no es un secreto que existen adultos mental y físicamente deteriorados antes de llegar a los 60 años pero, de igual manera existen adultos que aún superando esta edad se encuentran en óptimas condiciones. La edad para definir si una persona es adulta mayor o no, en parte es una construcción social pero, a la vez ésta depende del tópico que se este tratando, es decir, si se trata de aspectos relacionados con la salud, con la jubilación u otros.

En algunos casos la edad avanzada se relaciona con una mayor probabilidad de presentar discapacidad. En México con datos del censo de población del año 2000, la tasa de discapacidad para personas mayores de 60 años fue de 135 por cada mil y, de 207 por cada mil personas mayores de 70 años (OPS, 2004). En la perspectiva de que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, la

OMS desarrolló un marco conceptual que abarca el ciclo vital, teniendo en cuenta que la capacidad funcional es más alta en la niñez y alcanza su máxima expresión en los adultos jóvenes, para luego disminuir con el tiempo, ésta disminución esta directamente relacionada con los estilos de vida que se hayan llevado durante la edad adulta-joven, como se observa en la siguiente gráfica (OMS, 2000). Siguiendo esta visión estaríamos ante una definición de adulto mayor relacionada con la pérdida de autonomía e independencia.

Gráfica 2. La capacidad funcional y el ciclo vital



Fuente: OMS/HPS, Ginebra, 2000. Citado en: Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital.

Otras clasificaciones para definir al adulto mayor pueden ser la legal, la proveniente de la esfera institucional y finalmente la concebida en el espacio académico. La primera de ellas se refiere a la legislación particular que adopte cada país con respecto a su sistema de seguridad social en el campo de la jubilación principalmente, en el caso mexicano, tanto la ley de los derechos de las personas adultas mayores como la ley del seguro social, coinciden en clasificar como adultos mayores a aquellas personas con sesenta años o más.

La clasificación institucional, en el caso mexicano la más utilizada es la del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en la cual la consideración que se hace es que la población adulta mayor no es un grupo homogéneo en cuanto a características y necesidades, razón por la cual

divide al grupo de los adultos mayores en cuatro subgrupos: 60-64 años, correspondiente a quienes inician su vejez, aún tienen buen estado físico y demandan empleo; 65-74 años, denominado población de la tercera edad, siguen formando parte de la población económicamente activa; 75-84, en éste la población presenta ya una disminución de sus funciones físicas y mentales; y el de 85 y más años, el cual lo integran personas con un notorio desfavorable estado físico e intelectual.

Existen también varias clasificaciones de tipo académico, una de ellas es la propuesta por Laslett (1993), en la cual se realiza una subdivisión en dos categorías, la primera corresponde a la población de la tercera edad de 60-79 años y, la segunda como la cuarta edad de 80 y más años. Para el caso mexicano esta clasificación no es muy utilizada, ya que usualmente cuando se estudia el envejecimiento poblacional, el interés suele concentrarse en la población mayor de 65 años (Garrocho, 2005). Es entonces la edad cronológica la más utilizada para clasificar y definir los intervalos de tercera edad, edad adulta, ancianidad o vejez. Dada la necesidad de hacer estimaciones estadísticas al respecto para el caso mexicano, se tiene la siguiente clasificación (Ham, 2003).

-60-64-, período de transición hacia la vejez, en éste rango aunque el individuo no es joven, aun es capaz y autónomo.

-65-74-, periodo en el cual aunque se presentan ya disminuciones a nivel físico, actividades sociales y económicas, aun se tienen oportunidades reales para llevar una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

-75 y más-, corresponde a la cuarta edad propiamente dicha, generalmente con pérdida de capacidad, aparición de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes y, creciente dependencia.

Para los fines de la presente investigación se consideran personas adultas mayores a quienes tengan 60 años y más. Entre otras razones por ser este corte de edad una convención a nivel mundial para identificar a las personas pertenecientes a la tercera edad, a pesar de que como se ha descrito la edad cronológica no es el mejor indicador del envejecimiento, sin embargo es probable que para la población

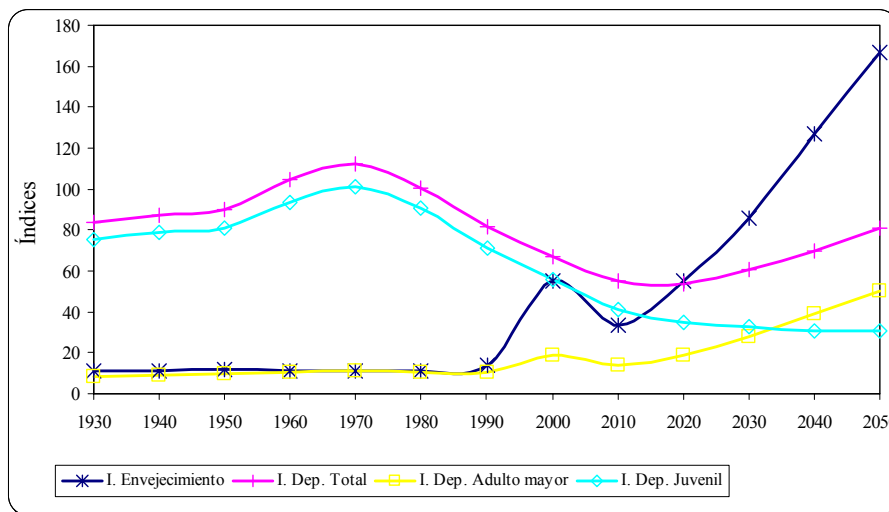
mexicana los 60 años sean fiel reflejo del envejecimiento dado su grado de desarrollo, sus particularidades sociales y, en segundo lugar por ser a la edad de 60 años donde la jubilación empieza a ser notoria para el caso mexicano (Ham, 2003).

En cuanto al envejecimiento poblacional se refiere, si quisiéramos resumirlo diríamos que una población envejece si su edad mediana aumenta continuamente en el tiempo o, que la proporción de quienes tienen mayor edad es creciente frente a una disminución de la proporción de quienes tienen menor edad. Pero dada su magnitud e importancia actual no es tan sencillo y simple como esto, es más que una cuestión de cifras, proporciones o edades medianas, ya que en la medida en que estos montos de población aumenten demandarán mayor atención en salud, de vivienda, de pensiones, distribución de recursos, de planes y programas, entre otros aspectos propios de éste sector de la población.

El fenómeno del envejecimiento tiene su origen en la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, un aumento en la esperanza de vida, el efecto de la migración y, las mejoras en el campo de la salud. Según el comportamiento de éstas variables a través del tiempo (ver cuadro 2), podríamos decir entonces que la población mexicana está y continuará envejeciendo. Para complementar la idea anterior y, como una manera alternativa de medir el proceso de envejecimiento poblacional observemos el comportamiento del índice de envejecimiento¹, el cual mide la capacidad de renovación de la población, dicho índice muestra a partir de 1990 un constante y acelerado crecimiento. Para el año 2000 había 21 personas adultas mayores por cada 100 menores de 15 años, esta cifra se duplicará en menos de 20 años y, en 20 años más casi se habrá triplicado. Además a partir del 2040 según las proyecciones el congreso nacional de población el grupo de los adultos mayores rebasará al grupo de los menores de 15 años.

¹ Entendido como la relación entre la población de 60 años y más y la población menor de 15 años. Representando el número de personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años.

Gráfica 3. Evolución de los índices de envejecimiento, dependencia total, dependencia del adulto mayor y juvenil, México, 1930-2050



Fuente: Elaboración propia con base en datos de: Ham, 2003; proyecciones de CONAPO 2000-2050.

Por su parte el índice de dependencia del adulto mayor, el cual evalúa la carga de las personas de la tercera edad (60 y más) con respecto a las personas adultas en edades activas (15-59), de alguna manera proporciona una visión del avance del proceso de envejecimiento. Así, a partir de 1990 el índice de dependencia del adulto mayor comienza a crecer al igual que lo hace el índice de envejecimiento pero, a un ritmo menor, dado que aunque el grupo de adultos mayores en valores absolutos sigue en aumento, también el de las edades activas lo hace, conservando ambos índices la misma tendencia. No ocurre así con el índice de dependencia juvenil, el cual en contraste con los dos anteriores presenta una disminución desde la década del setenta, esto como resultado de la baja de la fecundidad, por lo tanto había menos personas de 0-14 años que dependían de las del grupo 15-59 años, éste índice terminará su acelerado descenso alrededor de 2020, a partir de este año seguirá descendiendo pero a un ritmo lento. Estos cambios en los índices de dependencia tanto juvenil como de los adultos mayores, seguramente exigirá a la población en general, prepararse para responder a las necesidades que presentaran los actuales y futuros viejos. En todo caso, el envejecimiento es hoy una realidad innegable para México.

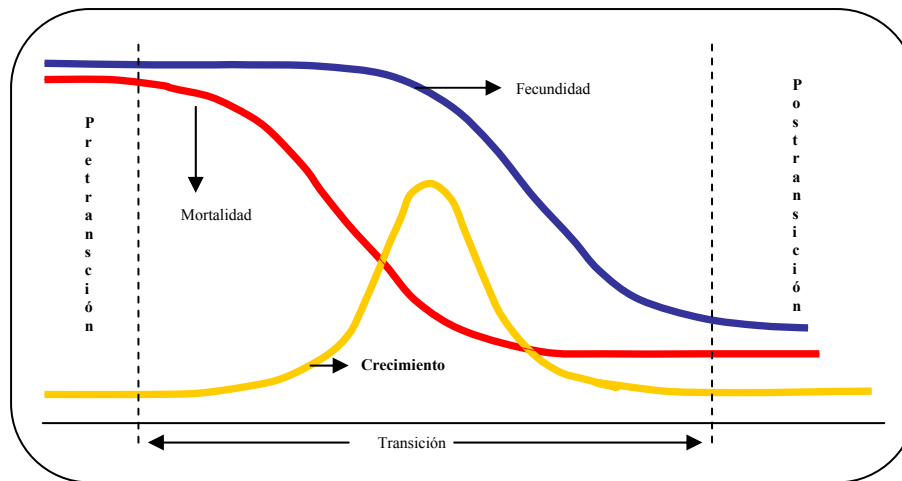
1.2 Transición demográfica

Una vez definidos el envejecimiento individual, el envejecimiento poblacional y, la relación que la edad guarda con éstos, lo siguiente es describir los aspectos, eventos o situaciones que han propiciado el envejecimiento poblacional que hoy se presenta. El envejecimiento poblacional se produce en la última etapa de la transición demográfica cuando tanto la fecundidad como la mortalidad son bajas, producto de los cambios sociales, económicos y de salud. En sentido estricto la transición demográfica es descrita como un proceso de largo plazo en el que la mortalidad y la fecundidad pasan de niveles altos y no controlados a unos bajos y controlados. Con estas variaciones uno de los efectos directos es sobre la estructura por edades, ésta a su vez explicada por tres factores: La inercia de crecimiento², la baja de la mortalidad y los cambios en la fecundidad (Chesnais, 1990).

La transición demográfica a su vez se subdivide en tres etapas: La primera de ellas caracterizada por el descenso de las tasas de mortalidad y una cierta estabilidad en las tasas de fecundidad. Como la baja en la mortalidad ocurre principalmente en las edades infantiles, el efecto que se obtiene es el rejuvenecimiento de la población. La segunda etapa se caracteriza por el notorio descenso en las tasas de fecundidad más acelerado que las de mortalidad, como resultado se presenta el envejecimiento por la base de la pirámide poblacional al ocurrir una reducción en la proporción de niños. Finalmente la tercera etapa corresponde a una donde las tasas de mortalidad y fecundidad son bajas y tienden a coincidir, propiciando un bajo crecimiento demográfico, tal como se observa en la siguiente gráfica.

² Este concepto fue propuesto por Paul Vincent en el año de 1945. Se calcula como el cociente entre la población estacionaria neta final y la población inicial reducida neta, con la condición de que la fecundidad baje instantáneamente al nivel de reemplazo (Chesnais, 1990)

Gráfica 4. Esquema de la transición demográfica modelo



Fuente: Elaboración propia con base en: González, 2004

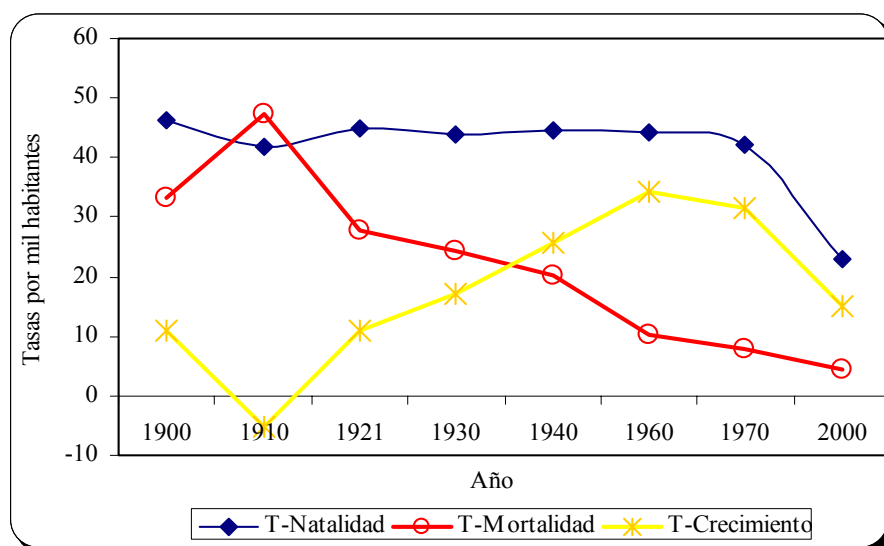
Durante gran parte del siglo XX, la mortalidad descendió, siendo la causa inicial y principal del crecimiento demográfico. Por lo tanto los cambios en la esperanza de vida, pueden enunciarse en función de los cambios de la mortalidad por grupos de edad, siendo los cambios en la mortalidad infantil, los que contribuyen con una mayor número de años de vida a la esperanza de vida total (Arriaga, 1988). Fue a partir de los años treinta, después de finalizar la revolución mexicana y los conflictos armados que siguieron hasta mediados de los años veinte, que se hizo notable el inicio del descenso acelerado en las tasas de mortalidad el cual continuó hasta el año de 1960. A partir de esta fecha y hasta finales del siglo XX el descenso siguió pero a un ritmo menor. Durante este período, de una tasa de mortalidad de 24.4 por mil y una esperanza de vida de 34 años en promedio se paso a una tasa de mortalidad de 4.4 por mil y una esperanza de vida de 73.7 años en promedio para el año 2000. Por lo anterior y, debido en gran medida al avance en la transición epidemiológica³ y a los montos de población envejecida cada vez mayores, la mortalidad se desplazará de las edades tempranas a las edades avanzadas.

En segundo lugar, a mediados de los años sesentas comienza la caída de los niveles de fecundidad. Para el período de 1965 a 1970 se tenía una tasa global de fecundidad de 6.7 hijos por mujer y una tasa de natalidad de 42 por mil, logrando una tasa global de fecundidad de 2.9 hijos por mujer en

³ La teoría de la transición epidemiológica se formuló para enfocar el cambio en los patrones de salud y enfermedad a largo plazo en las poblaciones humanas y, fue formulada por primera vez en 1971 por Omram, A (Vera: 1999).

1995 y una tasa de natalidad de 22.8 por mil en el año 2000 (Benítez, 1993). La tasa global de fecundidad para el año 2000 fue de 2.4 hijos por mujer (Partida, 2001). Teniendo en cuenta que se espera que ésta disminuya por debajo del nivel de reemplazo demográfico, 2.1 hijos por mujer y, se establezca alrededor de 1.7 hijos por mujer para el año 2030, el monto de población de menores de 14 años disminuirá en 13.8 millones frente a un incremento de 14.1 millones de los que tienen entre 65 a 75 años (Partida, 2001). México se encuentra en plena transición demográfica tal y como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 5. Evolución de la transición demográfica, México, 1900-2000



Fuente: Elaboración propia con base en: Ham, 2003

Si bien el fenómeno migratorio no es un componente que se haya incluido en la definición original de la transición demográfica, es claro que está presente en ella y habrá de considerarse en la presente investigación, ya que juega un papel importante en los cambios de la estructura por edades de la población y muy particularmente en el caso mexicano. El proceso migratorio entre México y Estados Unidos, es un fenómeno de larga trayectoria. Así, entre 1910 y 1930, cerca de 750.000 personas emigraron hacia Estados Unidos, esta situación se vio favorecida por las malas condiciones políticas y económicas que se vivían en México debido a la Revolución Mexicana de 1910, los problemas

ocasionados por la reforma agraria después de 1920 y la guerra de los cristeros de 1926 a 1929. Después de una reducción de los flujos migratorios entre 1930 a 1940 por la crisis de 1929 en Estados Unidos, a partir de 1942 aproximadamente se reactiva de nuevo el flujo migratorio gracias al acuerdo firmado entre los dos países, denominado “Programa Bracero” y cuyo objetivo era contratar trabajadores Mexicanos ante la escasez de mano de obra que tenía Estados Unidos debido a la segunda guerra mundial. Fue el programa Bracero el responsable en gran parte del flujo migratorio de México hacia Estados Unidos durante las décadas de los cuarenta y cincuenta, aunque este fenómeno existía desde antes pero, con tal magnitud. Los flujos migratorios continúan hasta la actualidad pero en su mayoría en la modalidad de flujos indocumentados (Chávez, 1998).

Éstos cambios ocasionados por la migración, no solo ocurren con la migración internacional, la migración interna presenta sus propios matices, desarrollándose de manera diferente entre regiones. Los estados del norte del país presentan bajas proporciones de población envejecida debido a los inmigrantes internos en edades jóvenes y adultas. En los Estados de Chiapas, Campeche y Tabasco, igualmente se presentan bajas proporciones de población anciana pero, en este caso porque aún están rezagadas en su transición demográfica presentando altos niveles de fecundidad. Otras de las situaciones que favorecen el envejecimiento en México están dadas en primer lugar por las condiciones favorables de algunas zonas del país como Morelos o Nayarit que por su clima atraen a personas mayores en su etapa de jubilación, en segundo lugar está el efecto de la migración de retorno pues algunas de las personas que emigraron en su juventud regresan al país siendo ya adultos mayores (Negrete, 2001).

El aporte que hace la migración en el cambio de la estructura por edad y sexo, se da básicamente por las características de los desplazamientos migratorios, los que frecuentemente son con fines laborales y se realizan en edades jóvenes y adultas (Arroyo, 1991; Ham, 2003), modificando tanto a la estructura poblacional de destino como a la de origen. En la primera tendrá un efecto rejuvenecedor ya que llegarán más personas en edades entre jóvenes y adultas. Mientras que en la segunda y teniendo en cuenta que por su cercanía de México con Estados Unidos, el efecto será de envejecimiento poblacional ya que se pierde

peso relativo en las mismas edades jóvenes y adultas, haciendo mayormente notorio el peso de la edades avanzadas.

Con datos del censo de población de 2000, las entidades que tienen menor proporción de población de 60 años y más -menos del 6 por ciento- son Baja California, México, Chiapas y Quintana Roo. Las entidades que tienen mayor proporción de población envejecida -8 por ciento o más- son Nayarit, Zacatecas, San Luis Potosí, Veracruz, Oaxaca, Yucatán, Michoacán y el Distrito Federal. Todas las entidades que poseen la mayor proporción de personas adultas mayores son las que tienen un crecimiento social negativo al 2000 siguiendo la serie de indicadores demográficos elaborados por el CONAPO, mientras que las entidades que tienen la menor proporción de personas adultas mayores, son las que tienen un crecimiento social positivo, exceptuando el caso de Chiapas, en donde el crecimiento es negativo.

Cuadro 1. Distribución de los adultos mayores por tipo de localidad y entidad federativa, México 2000

Entidad federativa	Urbano*	No urbano**	Crecimiento social
Baja California	76.68	23.32	Positivo
México	66.06	33.94	Negativo
Chiapas	30.74	69.26	Positivo
Quintana Roo	43.45	56.55	Positivo
Distrito Federal	99.63	0.37	Negativo
Yucatán	59.82	40.18	Negativo
Michoacán	33.61	66.39	Negativo
Nayarit	35.75	64.25	Negativo
Oaxaca	18.71	81.29	Negativo
San Luis Potosí	34.34	65.66	Negativo
Veracruz	42.78	57.22	Negativo
Zacatecas	23.43	76.57	Negativo

Fuente: Elaboración propia con base en CONAPO, Índices demográficos para adultos mayores

* Localidades con 15.000 ó más habitantes

** Localidades con menos de 15.000 habitantes

Como se observa en el cuadro anterior, de las entidades que tienen mayor proporción de adultos mayores, la mayoría -6 de 8- concentran la mayoría de adultos mayores en el medio no urbano, por lo

tanto se podría decir con base en dichos datos y en términos generales que la migración propicia el envejecimiento en el medio menos urbano de una manera más marcada que en el medio urbano.

Las variaciones en las tasas de mortalidad, fecundidad y el fenómeno migratorio, permite comprender los cambios actuales en la estructura por edad y sexo. Son entonces estos tres factores en conjunto, aunados a algunos cambios sociales que ocurrieron durante el siglo XX y de los cuales se hablará en el próximo apartado, los que han provocado lo que hoy llamamos proceso de envejecimiento demográfico, entendido éste como el incremento continuo de la población adulta mayor (mayores de 60 años) con respecto al total de la población.

El incremento del peso relativo de la población adulta mayor se sentirá mucho más en el transcurso del siglo XXI. México es un país en plena transición demográfica por lo que enfrentará mayores requerimientos económicos y sociales seguramente durante la primera mitad del siglo XXI gracias al rápido crecimiento de éste grupo poblacional. Según las proyecciones del Consejo Nacional de Población el mayor incremento del envejecimiento de la población empezará a manifestarse aproximadamente a partir del año 2020, año para el cual el porcentaje de la población adulta mayor casi se habrá duplicado con relación al actual y su importancia relativa comenzará a incrementarse más rápidamente, para el año 2050 cerca de la tercera parte de la población tendrá 60 años o más (ver anexo 3-b).

1.3 Los cambios sociales y su relación con el cambio epidemiológico

Durante gran parte del siglo XX se dieron en México algunas situaciones sociales, económicas y políticas que incidieron no solamente en la transición demográfica sino también en la transición epidemiológica. En el transcurso de la Revolución Mexicana se perdió un número considerable de población, viéndose al final de la misma la necesidad de recuperar o al menos equilibrar estas pérdidas. La idea de poblar fue entonces uno de los principales objetivos de la primera ley general de población promulgada en 1936, con una visión plenamente pronatalista, promoviendo los matrimonios a temprana

edad y la natalidad (Cabrera, 1994), favoreciendo la inmigración de extranjeros y teniendo prioridad por las familias más prolíficas.

El 1947, se estableció la segunda ley general de población, ésta al igual que la primera ley de 1936 también tuvo una inspiración pronatalista, se hizo más visible el deseo de que los extranjeros vinieran a poblar a México pero, esta vez se quería una inmigración selectiva, rechazando a los negros y asiáticos, permitiendo el ingreso sólo a aquellas personas de buen comportamiento, sanos y que se pudieran insertar fácilmente al medio mexicano. Se autorizaron los matrimonios a los 14 años para las mujeres y a los 16 para los hombres, mientras que los medios de planificación familiar estaban prohibidos al igual que el aborto (Zavala, 1990).

Finalmente en cuanto a leyes generales de población se refiere, en 1973 se promulgó la tercera ley general de población, misma que permanece vigente en la actualidad. Esta ley rompió con la trayectoria de las dos anteriores, uno de los objetivos principales fue entonces la reducción del crecimiento poblacional ante el fuerte crecimiento demográfico observado durante la década de 1960 - 1970, aunado a las proyecciones proporcionadas por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), las cuales evidenciaron los límites del modelo de desarrollo económico adoptado en México y la finalización del así llamado “milagro mexicano” (Zavala, 1990).

Igualmente contribuyeron al cambio epidemiológico, la promulgación de la Ley Federal del Trabajo en 1931, cuyos objetivos entre otros fueron prevenir accidentes de trabajo, establecer la jornada laboral de ocho horas, vacaciones obligatorias y proporcionar al trabajador servicio médico. La fundación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales en 1939, encargado de estudiar los problemas de salud en general pero con especial interés en las situaciones que tenían que ver con las enfermedades tropicales. La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943, brindando acceso a los servicios de salud y seguridad social para la clase obrera, además de la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en el mismo año, cuyo objetivo principal fue la atención de la población de escasos recursos y la ejecución de programas sanitarios. En 1974 la creación del CONAPO, institución encargada de guiar las políticas demográficas del país (Benítez, 1993;

Bustamante, 1982; Sepúlveda, 2000). Durante los dos últimos años de gobierno del presidente López Portillo (1980-1982) se diseñó el primer Plan Global de Desarrollo, en el cual se incluían lineamientos con respecto a la política demográfica. En 1982 se descentraliza la política de población, estableciendo programas estatales de población integrados al programa nacional de población (Zavala, 1990).

Otro de los cambios importantes del siglo XX fue el incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo, el cual se intensificó durante las dos últimas décadas del siglo XX, coincidiendo con el descenso de la fecundidad, más aun después de la promulgación de la ley general de población y, aunado al aumento en el nivel de escolaridad (Rendón, 2003-2004).

Esta serie de cambios sociales, del sector salud y de las políticas de población entre otros aspectos han contribuido a que México presente hoy un perfil epidemiológico diferente al de mediados del siglo XX. Predominando hoy en día los padecimientos crónico-degenerativos como enfermedades cardiovasculares, diabetes, traumatismos, enfermedades cerebro-vasculares, neumonías y enfermedades como la demencia y la depresión, aunque de manera diferente entre los estados. Esta última tan prevalente en México como en otros países (Gutiérrez, 2001). Han cambiado tanto los padecimientos como el orden que históricamente habían ocupado, disminuyendo las enfermedades infecciosas y parasitarias y, observándose con mayor frecuencia la aparición y el peso de las enfermedades crónicas y degenerativas, mismas que aumentan su prevalencia con la edad y están relacionados no solamente con factores biológicos sino también con factores como los ambientales, la modernidad y el incremento en la esperanza de vida. A pesar del visible cambio en el patrón de morbi-mortalidad todavía existen en México enfermedades transmisibles que se presentan mayormente en los grupos sociales menos favorecidos (Ham, 2003; Gutiérrez, 2001).

1.4 Panorama demográfico de México 2000-2050

“En la actualidad un recién nacido tiene una esperanza de vida al nacer de alrededor de 70 años contra 41 de hace 50 años, es decir, 29 años de diferencia. Un niño que nazca en este año, podrá convivir con sus padres y abuelos por muchos más años, debido a la menor mortalidad infantil y a la mayor esperanza de vida. Será común ver a tres generaciones y hasta cuatro al mismo tiempo” (Ondorica, 46, 1994).

Siguiendo las proyecciones del CONAPO, para el año 2000 se presentó un monto de población de 100.569.263 personas, se tuvo una tasa global de fecundidad de 2.41 hijos por mujer, la tasa de natalidad fue de 21.1 por mil habitantes y la de mortalidad fue de 4.5 por mil habitantes. Para el año 2010 se proyecta una población de 111.613.906 personas, con una tasa global de fecundidad de 1.97 hijos por mujer, una tasa de natalidad de 17 por mil habitantes y, una tasa de mortalidad de 4.6 por mil habitantes. Mientras que para el año 2030 la población esperada es de 127.205.586, con tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad de: 1.9 hijos por mujer, 13.0 y 6.4 por mil habitantes respectivamente. Para el año 2050 se prevé tener 129.592.522 millones de personas, con una tasa de fecundidad de 1.9 hijos por mujer muy cercana al reemplazo (2.1 hijos por mujer), una tasa de natalidad de 11.0 por mil habitantes y una tasa de mortalidad de 10.4 por mil habitantes. Este incremento en las tasas de mortalidad creíblemente se deberán en buena medida a las defunciones de los adultos mayores, es decir si en décadas pasadas la mortalidad se concentraba en las edades infantiles y jóvenes, para el 2050 se habrán concentrado en el grupo de las edades avanzadas, el cual habrá crecido en forma importante tal como se observa en el cuadro 2.

Cuadro 2. Indicadores demográficos, México, 2000-2050

Indicador	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Población total	100569263	111613906	120639160	127205586	130154661	129592522
Tasa de mortalidad*	4.5	4.6	5.2	6.4	8.2	10.4
Tasa de mortalidad infantil*	22.3	15.4	10.7	8.0	6.4	5.5
Tasa de natalidad*	21.1	17.0	15.2	13.0	11.6	11.0
Tasa de fecundidad**	2.4	2.0	1.9	1.9	1.9	1.9
Esperanza de vida	74.0	76.6	78.5	79.8	80.7	81.3
Esperanza de vida-Hombres	71.6	74.2	76.1	77.5	78.4	79.0
Esperanza de vida-Mujeres	76.5	79.1	80.9	82.1	83.0	83.6
% población de 60 años y más	6.8	8.8	12.5	17.5	23	28
Tasa de crecimiento social ***	-0.39	-0.36	-0.33	-0.28	-0.26	-0.23

Fuente: Elaboración propia con base en las proyecciones de CONAPO

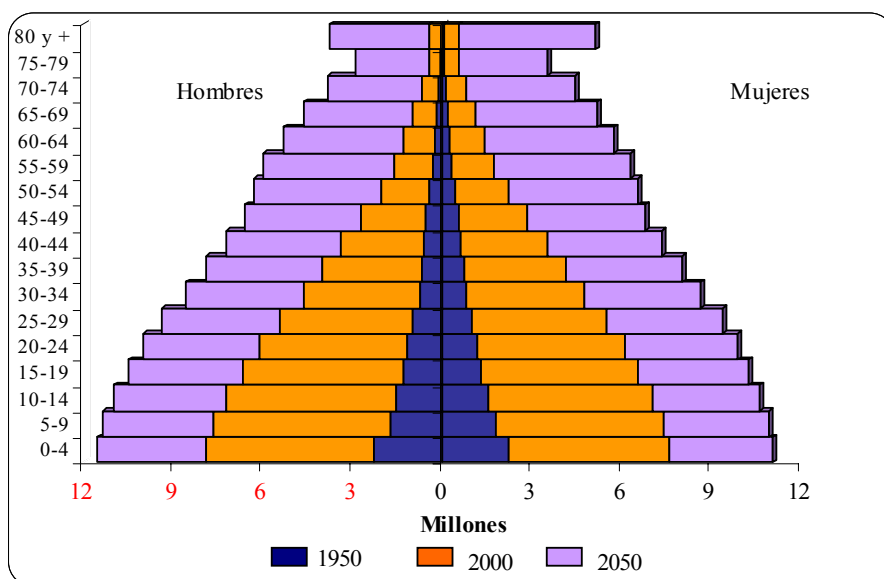
* Tasas por mil habitantes

** Hijos en promedio por mujer

*** Tasas por cien mil habitantes

Ante este panorama podría decirse que a mediados del siglo XXI habrá menos hijos para cuidar de sus padres, si tenemos en cuenta que la esperanza de vida va en aumento, pasando en promedio de 74 años en 2000 a 81.3 años en 2050 (ver cuadro 2) y, que el grupo de los mayores de 60 años continuará creciendo no solo en volumen sino también en importancia relativa frente al total de la población tal como se observa en el cuadro anterior y, como se refleja en las siguientes pirámides de población.

Gráfica 6. Pirámides de población, México, 1940-2050



Fuente: Elaboración propia con base en las proyecciones del CONAPO 2000-2050

Como se muestra de manera gráfica en las pirámides de población, es claro el cambio en la estructura poblacional. Con el transcurrir de las décadas el grupo de adultos mayores (60 y más) va ganando importancia con respecto a las demás edades. La pirámide cambia de una forma expansiva a una constrictiva, para el año 2050 los grupos de edad se aprecian más homogéneos en cuanto a su importancia numérica, con un repunte bastante notorio del grupo de 80 años y más, frente a un cada vez más reducido grupo de edades infantiles.

Este envejecimiento poblacional a largo plazo provocará un desequilibrio entre la población en edad de trabajar y el grupo de las edades avanzadas (dependientes) y representará presiones sobre el sistema de pensiones y seguridad social, los sistemas de salud, el sistema educativo, en las familias y se

hará visible la necesidad de nuevos lineamientos en las políticas de población, las cuales deberán tener presente sin duda el comportamiento en la estructura y composición de los grupos etareos y no solamente el volumen de población.

CAPÍTULO 2

PRIORIDADES EN SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

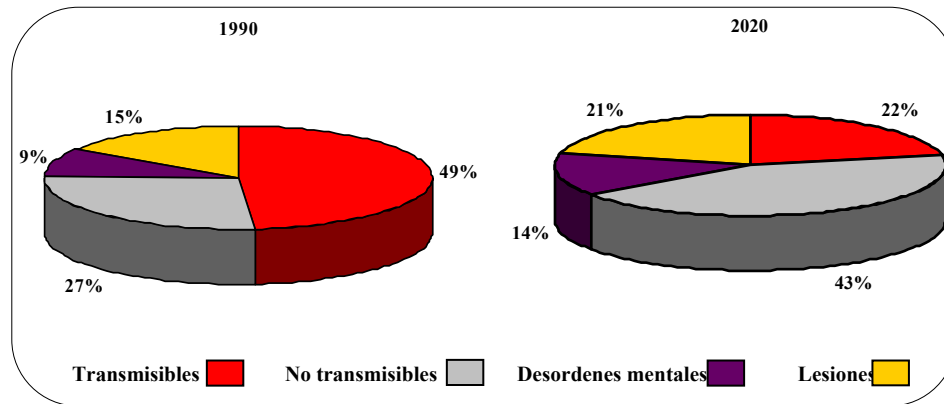
2.1 Enfermedades crónicas y vejez

Como resultado del proceso de la transición demográfica y epidemiológica, el perfil epidemiológico ha venido cambiando, aunado a los nuevos estilos de vida, la urbanización e industrialización, la modernidad y los cambios en los patrones alimenticios entre otros factores.

Debido a la disminución de la mortalidad expresado en mayor esperanza de vida, las personas viven hoy más años en promedio pero, no necesariamente en mejores condiciones de salud. La salud⁴ de los adultos mayores es el resultado de varios factores, desde el biológico, hasta el cultural y económico, factores que pueden acelerar o retardar el proceso mismo del envejecimiento. De manera que en la medida que se tenga una cultura de asistir a los servicios de salud y se cuente con los recursos económicos para hacerlo, la salud al envejecer será más favorable. En general el perfil epidemiológico ha estado cambiando de enfermedades infecto-contagiosas hacia las crónico-degenerativas y de salud mental, siendo las del segundo grupo (crónico-degenerativo, incluido en el grupo de las no transmisibles, y las de salud mental), las más predominantes actualmente. Tal como se observa en la gráfica 7.

⁴ Entendiendo salud, como lo expresado por la OMS en 1974. Donde indica que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y, no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.

Gráfica 7. Carga mundial de morbilidad por grupo de enfermedades en países en desarrollo, período 1990-2020



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2002.

Para el año 2000 los padecimientos crónicos y los de salud mental representaron el 60 por ciento de la morbilidad total en el mundo y el 46 por ciento de la carga global de enfermedad. Para el año 2020 su incidencia se incrementará al 60 por ciento, siendo la enfermedad coronaria, la embolia, la depresión y el cáncer los padecimientos que más contribuirán. En el 2020, los padecimientos crónicos, los mentales y las lesiones representarán 70 por ciento de las necesidades de salud (Gutiérrez, 2005).

En este sentido las enfermedades crónicas son persistentes y requieren de control a través del tiempo, aumentan continuamente en todo el mundo, desafían a los sistemas de salud actuales y, desencadenan consecuencias económicas y sociales (OMS, 2002). Así, las enfermedades crónicas no sólo tienen efectos sobre quien las padece, sino también sobre sus familias, que deben asumir los costos asociados a la atención médica, mientras que quien la padece posiblemente pierda días laborales y en otros casos el empleo (OMS, 2002).

Según el Estudio sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) para Ciudad de México, en adultos mayores de 60 años, se reportó que 43 por ciento de las personas padecían hipertensión, las cardiopatías 10 por ciento, la diabetes 22 por ciento, los accidentes cerebro vasculares 8 por ciento, mientras que una de cada 3 personas reportó artritis (OPS, 2002).

Para el caso Mexicano, en cuanto a las causas de mortalidad se refiere y considerando sólo a la población de 60 años y más se presenta un comportamiento similar, a lo que ocurre a nivel general en los países en desarrollo con la morbilidad, de la siguiente manera.

Cuadro 3. Tasas de mortalidad de la población mexicana de 60 años o más según causa de muerte, 1980-2002

Causas de mortalidad	Hombres			Mujeres		
	1980	1990	2002	1980	1990	2002
Transmisibles	72.2	57.8	31.8	63.8	50.1	29.8
No transmisibles	326.6	330	318.5	285.4	293.2	283.2
Accidentes y lesiones	37.1	27	18.9	13.3	10.6	8.0
Total	435.9	414.8	369.2	362.5	353.9	321.0

Fuente: Elaboración propia con base en: Zuñiga, 2004

Tasas por cada 10000 personas de 60 años y más

De manera que las causas no transmisibles que abarcan a las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental incluida la depresión ganan terreno a nivel mundial no solo como causas de morbilidad sino también de mortalidad, situación que puede seguir en aumento debido al proceso de envejecimiento poblacional.

Es importante anotar que México ya esta incluyendo en la formulación de sus planes y programas el tema del envejecimiento y a su vez el asunto de los enfermos crónicos, en el programa de acción: “Atención al envejecimiento 2001-2006”. Dicho programa esta integrado en el Programa Nacional de Salud dentro de la estrategia para enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explicita de prioridades, el que a su vez esta inmerso en el Plan Nacional de Desarrollo para el periodo 2001-2006 (Secretaria de Salud, 2001).

El sector salud mexicano desarrolló el Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento, dando respuesta a las necesidades de la transición demográfica y epidemiológica que presenta el país y las necesidades sentidas por parte de la población (Secretaria de salud, 2001).

En la medida que la población de adultos mayores se incrementa, lo hará también el impacto sobre la estructura social y económica del país, uno de los impactos más importantes estará dado por la frecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas, siendo las más importantes: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer, aunados a tres problemas de salud mental que son prioritarios como la depresión, la demencia y los relacionados con el exceso de consumo de alcohol (Secretaría de Salud, 2001). Estos padecimientos crónicos y degenerativos que cada vez se presentan con mayor frecuencia están ejerciendo presión sobre el sistema de salud actual, que no está totalmente preparado, ya que tradicionalmente los sistemas de salud estaban diseñados para atender enfermedades agudas como las enfermedades infecciosas, mismas que continúan presentándose actualmente pero con menor frecuencia. Para efectos de la presente investigación, ahondaremos en tres enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes y artritis, por razones que se exponen en el capítulo 3.

Hipertensión

Es un padecimiento crónico de origen variado caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas. Puede ocasionar daños a diferentes órganos en diferente grado, dependiendo de la gravedad. La hipertensión incrementa de tres a cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica y de dos a tres veces el riesgo cardiovascular general (OMS, 2004). El riesgo de padecerla aumenta a medida que aumenta la edad y varía según variables socioeconómicas como la educación y el ingreso (Bautista, 2002). A nivel mundial la prevalencia se estima de entre 10 a 15 por ciento en la población general, es decir, alrededor de 200 a 300 millones de personas (García, en línea). En el caso mexicano y con base en la encuesta nacional de salud (ENSA), para el año 2000 la prevalencia en adultos (mayores de 20 años) oscila entre 22-35 por ciento (García, en línea).

Diabetes

Es una enfermedad crónica, que se desarrolla cuando el páncreas no produce suficiente insulina, o el cuerpo no logra utilizarla de manera correcta, provocando que los niveles de azúcar en la sangre se

eleven por encima del nivel normal (Barquera, 2005). Es el principal factor de riesgo para las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares. Los pacientes con diabetes generalmente presentan un cuadro de comorbilidad, siendo la hipertensión, la obesidad y la depresión, las patologías comúnmente asociadas (OMS, 2004). La frecuencia de este padecimiento aumenta alrededor del 20 por ciento a la edad de 80 años (OMS, 2001). A nivel mundial el número de personas diagnosticadas con diabetes pasará de 135 millones en 1995 a 300 millones en el año 2025 (OMS, 2002).

La participación de la diabetes en las causas de morbi-mortalidad en México, ha sido creciente en las anteriores 4 ó 5 décadas, como producto de nuevos factores de riesgo y cambios en los estilos de vida (Escobero, 1995). Trece de cada 100 muertes en México son a causa de la diabetes, durante el año 2004 murieron en México 15.000 personas más que en el año 2000 a causa de este padecimiento. Ello es un reflejo de los problemas asociados con el envejecimiento poblacional, la falta de diagnóstico oportuno (Secretaría de Salud, 2005) y los cambios en la dieta alimenticia.

Artritis

La artritis es una enfermedad inflamatoria y progresiva, que afecta diversas partes del cuerpo, produce dolor y pérdida de movimientos, convirtiéndose en una causa importante de limitación funcional. Quienes la padecen pierden en mayor o menor grado funciones de la vida diaria, autonomía para el cuidado personal y actividades relacionadas con el trabajo. Así, la presencia de artritis tiene repercusión directa sobre la calidad de vida. Es una enfermedad que se presenta a nivel mundial, afectando principalmente a las mujeres y su prevalencia en el mundo esta alrededor del 1 por ciento (Ruiz, 2001).

Una vez expuesta la importancia de las enfermedades crónicas con respecto al envejecimiento, se pasará a definir la depresión y por consiguiente los síntomas depresivos, para posteriormente plasmar las posibles relaciones que existen entre las enfermedades crónicas y otras variables con la depresión en las personas adultas mayores, mediante la revisión de diferentes investigaciones tanto de depresión

clínicamente diagnosticada, como también de investigaciones sustentadas en datos captados por medio de encuestas como percepción personal.

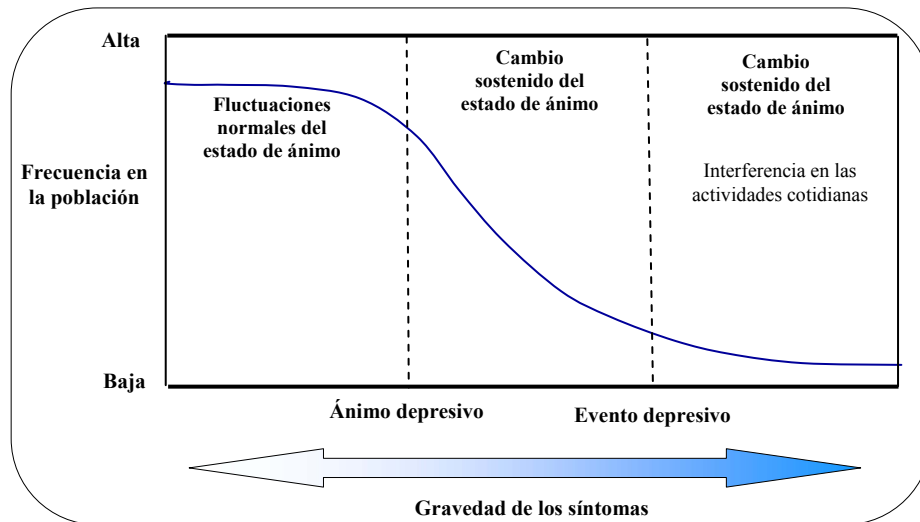
2.2 Depresión y vejez

La depresión es un desorden mental que se manifiesta por un disturbio primario del humor (Pando, 2004) y caracterizado entre otros por algunos síntomas como: humor negativo, pérdida de interés por actividades antes placenteras, pérdida de peso y en ocasiones dificultades cognitivas, ideas de suicidio, menor capacidad de concentración, trastornos del sueño, sentimiento de culpabilidad y, pérdida de confianza y autoestima (Morgan, 2000). La OMS, define la depresión y los diferentes episodios depresivos que pueden existir de la siguiente manera:

- ❖ **Evento depresivo:** Durante los eventos depresivos la persona suele estar baja de ánimo, sin energía y su actividad puede ser menor a la normal, con una capacidad disminuida de disfrute, motivación y concentración, de igual manera puede cansarse notablemente ante un esfuerzo leve. Puede presentar alteraciones del sueño y cambios en el apetito, con usual pérdida de autoestima y confianza en si mismo, llegando a sentir que vale poco y tener sentimientos de culpabilidad. El evento depresivo puede ser leve, moderado o grave en función del número y la gravedad de los síntomas.
- ❖ **Evento depresivo leve:** Se presentan dos o tres de los síntomas antes mencionados. El individuo puede sentirse angustiado por los síntomas, pero normalmente puede continuar con gran parte de sus actividades.
- ❖ **Evento depresivo moderado:** Usualmente se presentan cuatro o más síntomas de los mencionados al mismo tiempo, ocasionando dificultades para realizar las actividades habituales.
- ❖ **Evento depresivo grave:** Evento en que varios de los síntomas descritos, presentan gravedad y causan gran sufrimiento, a lo que se suman sentimientos de pérdida de autoestima, poca valía o culpabilidad. Son frecuentes los pensamientos y sucesos suicidas (OMS, 2001).

Para que una persona padezca un evento depresivo debe pasar por una serie de fluctuaciones del estado de ánimo, de manera que no es lo mismo un bajo estado de ánimo y la depresión, como se observa en la siguiente gráfica. Se diagnostica depresión cuando los síntomas superan un umbral y duran al menos dos semanas, pudiendo ir desde leve a grave y ser episódica o volverse recidivante o crónica (OMS, 2001).

Gráfica 8. Continuidad de síntomas depresivos en la población a nivel mundial



Fuente: OMS, 2001

Los problemas de salud mental representarán 5 de las 10 principales causas de la discapacidad total en el mundo, en vista del progresivo envejecimiento poblacional y el deterioro de la situación social, el aumento de estos trastornos es previsible. Los desórdenes mentales son otro grupo de enfermedades que al igual que las no transmisibles ganan terreno día tras día, pasando de un 9 por ciento de la carga mundial de enfermedad en 1990 a 14 por ciento en el año 2000 como se observa en la gráfica 7. (OMS, 2002).

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia a nivel mundial. En el año 2002 de todos los años de vida ajustados por discapacidad el 4.5 por ciento se atribuyeron a la depresión y se espera que para el año 2020 sea la segunda causa en orden de importancia de la carga de

morbilidad con 5.7 por ciento del total. Después de la enfermedad coronaria isquémica, la depresión representará la tercera parte de toda la discapacidad causada por trastornos neuropsiquiátricos a nivel mundial, lo que la convierte en el trastorno mental más importante a enfrentar en las próximas décadas (OMS, 2004 **b**).

Los estudios sobre el tema de la depresión en los adultos mayores son mayormente de origen Europeo y Norteamericano. Esto se puede explicar porque se encuentran en una etapa de la transición demográfica y epidemiológica más avanzada. Igualmente son varios los tipos de instituciones donde se han desarrollado estudios sobre la depresión, entre ellos, universidades, institutos especializados en el tema de envejecimiento y/o depresión y hospitales. También los profesionistas que lo han investigado son de diferentes áreas como gerontólogos, sociólogos, epidemiólogos, salubristas y psicólogos.

De los trastornos psíquicos en el anciano el más frecuente es la depresión, pudiendo llegar a ocasionar incapacidad, convirtiéndose en un problema de salud pública debido a las consecuencias que ocasiona tanto para quien la padece como para su familia la sociedad y el sistema de salud (Agudelo, 2005). Este padecimiento es una epidemia silenciosa en la vejez, la prevalencia de problemas de salud mental entre las personas mayores contribuye al mal uso de medicamentos, el abuso del alcohol y el comportamiento autodestructivo (OPS, 2002).

En un estudio realizado en Brasil y desde el punto de vista de las teorías de la integración social y la equidad, derivada esta última de la teoría del intercambio social, se encontró que el tener poco intercambio social incrementa los síntomas depresivos y el tener integración social los disminuye. Al igual que el ser casado y estar satisfecho con las relaciones familiares favorece la ausencia de los síntomas, mientras que el vivir solo incrementa los síntomas depresivos (Ramos, 2003). Puede ser también que quienes están deprimidos se casen en menor proporción y se separen más.

Con base en el estudio SABE, los síntomas depresivos representan 18 por ciento en promedio en las ciudades analizadas, Buenos Aires, Bridgetown, Santiago, Ciudad de México, La Habana, Montevideo, San José y Sao Paulo. Es mayormente un fenómeno femenino (CEPAL, 2004).

En la población mexicana mayor de 65 años, la depresión es una de las enfermedades más comunes (Pando, 2004). A nivel nacional la prevalencia es mayor para las mujeres que para los hombres, aumenta con la edad y está estrechamente relacionada con los bajos niveles de escolaridad para ambos sexos. A nivel de estado y por sexo la mayor prevalencia de depresión se da para las mujeres en Hidalgo y en Jalisco para los hombres (Bello, 2005).

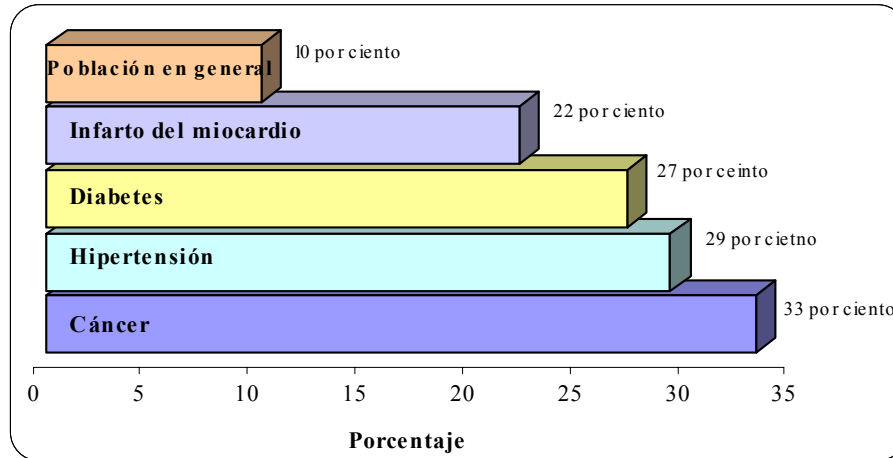
En un estudio realizado para analizar la asociación entre variables demográficas con depresión, realizado en cuatro comunidades del sur de Ciudad de México a finales de la década de 1990, se encontró que quienes habían perdido a sus parejas y tenían un nivel de ingreso menor a dos salarios mínimos presentaban mayor prevalencia de depresión, en cuanto a los hombres el factor más significativo para presentar depresión fueron ser jefe de familia y pertenecer a una familia extensa, mientras que para las mujeres fue el estado civil la variable que más influyó (Berenzon, 2005).

2.3 Relación entre enfermedad crónica y depresión en la vejez

La relación entre depresión y enfermedad crónica puede ser de dos vías, es decir, en algunos casos las enfermedades crónicas propician el desarrollo de depresión y en otros sucede de manera inversa, de igual manera las dos enfermedades (depresión y padecimiento crónico) pueden coexistir al mismo tiempo. Los estudios relacionados en este documento son de ambos tipos, sin embargo, el interés de la presente tesis es mostrar la relación entre enfermedad crónica y depresión, es decir, tomando la enfermedad crónica como causa y la depresión como efecto.

La tasa de prevalencia de la depresión en la población general varía de 3 a 10 por ciento, situación que se agrava cuando coexiste una enfermedad física crónica, tal como se observa en la siguiente gráfica. Además los pacientes con depresión no cumplen los tratamientos médicos con una frecuencia tres veces mayor que quienes no la padecen. De igual manera existe evidencia de que la depresión predice la incidencia de problemas cardíacos. Por lo tanto la depresión que acompaña a la enfermedad física deteriora la calidad de vida de quienes tienen enfermedades crónicas (OMS, 2004 a).

Gráfica 9. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades físicas a nivel mundial



Fuente: OMS, 2004 a

Algunos factores asociados con la depresión en la tercera edad son: ser mujer, estar separado (a), viudez, nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producida por enfermedades físicas, siendo frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva. Al igual que percibir el estado de salud como malo o regular, sufrir de dolores, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir sustancias adictivas, estar desempleado, tener alguna incapacidad (Gómez, 2004), vivir solo, tener bajos niveles de educación, padecer problemas de salud crónicos (Swenson, 2000). Así mismo, el lugar de residencia puede influir en la presencia o no de síntomas depresivos ya que en las áreas menos urbanas es común que se presenten algunos problemas como el aislamiento, ante la falta de transporte y comunicación, las insuficientes oportunidades educativas y económicas. Además de la ausencia de recursos y personal médico, el cual suele concentrarse en áreas urbanas, dejando a las personas del medio menos urbano desprotegidas en estos aspectos (OMS, 2001). La urbanización puede afectar negativamente la salud mental por representar estrés, ante entornos superpoblados y contaminados, pobreza, altos niveles de violencia y poco apoyo social (Desjarlais, 1995).

La depresión puede ser peligrosa en las personas de edad avanzada por que agrava otras afecciones, algunos estudios han encontrado que la depresión aumenta la tasa de derrames y el riesgo de

sufrir ataques cardíacos, como también fracturas de cadera e infecciones graves. La depresión también puede aparecer cuando hay cáncer, diabetes o derrames (Federación Mundial de Salud Mental, 1999).

Algunas enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, artritis y, algunas incapacidades en actividades de la vida diaria o de movilidad incrementan sustancialmente los síntomas depresivos en la población americana de 50 años y más. La mayor parte de estas enfermedades e incapacidades se presentan a medida que aumenta la edad. Reproduciendo las interacciones entre edad y enfermedad, indicando que quienes desarrollan enfermedades crónicas a edades más tempranas son quienes reportan más síntomas depresivos que quienes las desarrollan tardíamente (Schnittker, 2005).

Un estudio realizado a hombres Americanos de origen japonés con edades entre 71 y 93 años, comprobó que los síntomas depresivos predicen gran parte de la mortalidad. El efecto adicional de la depresión en la mortalidad puede ser mínimo al compararlo con la carga de enfermedades crónicas, ya que hay fuerte asociación entre depresión y enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares y diabetes (Takeshita, 2002)

Para América Latina los estudios sobre el tema de la depresión en ancianos, existen aunque en menor medida que los que se han realizado para Norteamérica y Europa. En algunos casos los hallazgos son similares: 1) existe mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres, 2) a mayor nivel de escolaridad disminuye el riesgo de padecer depresión, 3) a mayor edad aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad y 4) existe mayor depresión en presencia de enfermedades crónicas. Sin embargo, no se encuentran a la fecha investigaciones en México en lo que respecta a la investigación de síntomas depresivos y las enfermedades crónicas en los adultos mayores desde el punto de vista demográfico.

En México, el deterioro del estado funcional, la salud mental, alteraciones de la cognición, entre otros, son aspectos poco conocidos y por lo tanto no se les da la importancia que merecen en la planeación. Como caso particular la depresión y los padecimientos demenciales, son enfermedades que afectan la calidad de vida y repercuten sobre la funcionalidad de las personas, (Gutiérrez, 2005). En los

adultos mayores la situación es más grave, pues aunque la depresión se presenta con regularidad se le da poca importancia, debido a que se percibe como un proceso normal del envejecimiento y no como una enfermedad. Sin embargo existen algunos hallazgos, como los siguientes:

De la literatura revisada se desprende que existe una estrecha relación entre la enfermedad mental y la enfermedad física, como ejemplo esta la elevada proporción de personas diabéticas en la población y que provoca trastornos depresivos. De igual manera más de 50 por ciento de quienes tienen enfermedad cerebro vascular presentan alteraciones del estado de ánimo (Sandoval, en línea).

Teniendo en cuenta que el grupo poblacional de los adultos mayores seguirá en aumento, sería factible que se presentaran consecuencias a distintos niveles. Por ejemplo, el sector salud podría enfrentar una demanda de servicios especializados propios de éste grupo poblacional ocasionada por la depresión. El mercado laboral se podría ver afectado por una baja de productividad ocasionada por las personas que padezcan la enfermedad, dado que se incrementaría el ausentismo laboral y la productividad en el empleo. El sistema de pensiones también podría verse afectado en caso de que las personas terminaran con una incapacidad a raíz de la depresión, viéndose obligados a abandonar su trabajo definitivamente (OMS, 2004 a).

Por su parte la responsabilidad de cuidar a quienes padezcan la enfermedad y no trabajen ni tengan seguridad social, seguramente recaerá sobre sus familias, quienes deberán cubrir los costos de tratamiento y asumir nuevos roles o arreglos familiares que quizás no estaban previstos. Teniendo en cuenta que usualmente los cuidadores son las esposas o las hijas que en algunos casos, también podrían deprimirse al estar al cuidado de su esposo/a padre o madre ya que asumen una gran carga, lo que finalmente irá en detrimento de su propia salud (Bonita, 1998; Ceridwyn, 1999).

Con base en lo expuesto a lo largo de estos dos capítulos y sin perder de vista que las previsiones demográficas auguran un continuo envejecimiento poblacional, la depresión en los ancianos es sin duda un problema que requiere ser atendido y estudiado cuanto antes. Las causas de ésta patología hay que buscarlas a diferentes niveles, tanto en el biológico como en el social y económico. En el siguiente

capítulo se presentan las variables que tienen relación con el desarrollo de síntomas depresivos en el adulto mayor.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Fuente de datos

Para desarrollar la presente investigación se utilizará el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Esta encuesta es pertinente para el estudio de los síntomas depresivos en el adulto mayor, en primer lugar por ser especializada en el tema de envejecimiento y en segundo lugar porque contiene un módulo específico sobre síntomas depresivos. Además cuenta con otras secciones que contienen variables de interés como las sociodemográficas, las económicas y las de salud para analizar su posible relación con la presencia o ausencia de síntomas depresivos y es una encuesta longitudinal levantada en dos años, 2001 y 2003. Capta información de personas a partir de los 50 años de edad, es representativa a nivel nacional y por área urbana y menos urbana. La población objetivo fue identificada a partir de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE), mediante la cual fueron identificados 11.000 hogares con al menos una persona de 50 años o más. El tamaño de muestra fue ~ 15.200 en 2001 y ~14.200 en 2003.

En 2003 se entrevistaron a los encuestados sobrevivientes del año 2001 y se aplicó una encuesta para el informante sustituto. De esta manera los tipos de cuestionarios utilizados en cada año fueron: en 2001 cuestionario básico y por informante sustituto y en 2003 además de los dos anteriores se aplicó uno por persona fallecida. El cuestionario básico es el que se le aplicó a la persona seleccionada directamente, el sustituto fue aplicado cuando la persona seleccionada no podía responder directamente y, el cuestionario de persona fallecida se aplicó cuando el encuestado en el año 2001 había fallecido.

La encuesta ENASEM incluye datos sobre

Medidas de salud: Hace referencia al auto-reporte de condiciones, síntomas, estado funcional, hábitos (tabaquismo, consumo de alcohol), uso de servicios de salud, depresión, dolor y, estado cognitivo.

Antecedentes: De salud y condiciones de vida en la niñez, educación, migración, historia marital.

Familia: Hace referencia a los hijos (vivos, fallecidos); sus características demográficas, estado de salud actual y en la niñez, educación, actividad económica actual, migración, además de historia migratoria de los padres y hermanos.

Transferencias: Aportes de dinero y de tiempo proporcionada al entrevistado por parte de de sus hijos.

Datos económicos: Fuente y monto del ingreso como: salarios, pensiones y ayudas por parte del gobierno; bienes.

Ambiente de la vivienda: Condiciones y calidad de la vivienda. (Wong, 2002).

Algunos de los propósitos de la ENASEM son:

Explorar el proceso del envejecimiento y peso de enfermedades y discapacidades de la población mexicana de mayor edad. Valorar la relación de eventos de los primeros años de vida, la migración, aspectos económicos y características de la comunidad en resultados del estado de salud. Confrontar la salud de residentes de mayor edad con la de los migrantes nacidos en México que viven en Estados Unidos y de norteamericanos cuyos padres nacieron en México. Así mismo considerar como las transferencias intergeneracionales afectan la dinámica de salud de la población en edad adulta en un país donde la migración es común (Enasem: en línea).

3.2 Alcances y limitaciones de la investigación

La investigación permitirá conocer la situación de las personas adultas mayores con respecto a la presencia o ausencia de síntomas depresivos a nivel nacional con una diferenciación de área de residencia urbano y menos urbano. Aunque la definición de adulto mayor para efectos de ésta investigación es de 60 y más años, se podrá analizar la situación en la prevejez ya que la encuesta cuenta con información de edad a partir de los 50 años. Se realizará un análisis de tipo transversal en dos momentos 2001 y 2003, por lo tanto se podrá realizar un análisis comparativo entre los dos años de referencia.

Estudios de este tipo proporcionarán información representativa a nivel nacional sobre la problemática de los síntomas depresivos en adultos mayores, lo cual brindará un marco de referencia a aquellos encargados de diseñar políticas para este grupo poblacional. La limitación principal radica en que no se puede realizar análisis a nivel estatal, ya que la encuesta solo permite desagregación a nivel urbano y menos urbano. No se podrá hablar de depresión, sólo de síntomas depresivos, ya que la información captada hace referencia a como se ha sentido la persona la semana anterior, es decir, es un autoinforme mas no un diagnóstico clínico.

3.3 Diseño de la investigación

3.3.1 Tipo de investigación

La investigación será de tipo descriptivo, comparativo, de asociación y de tipo transversal. Se realizará en dos momentos, primero se analizarán los datos del año 2001 y posteriormente los del año 2003.

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión de registros

Se omitieron los registros en los cuales las personas no respondieron la entrevista en su totalidad (entrevista incompleta) y de aquellas entrevistas que fueron contestadas por un informante sustituto ya que en esos casos el módulo de depresión no fue aplicado. Para el caso del año 2003 además de los criterios anteriores se incluyeron sólo los registros correspondientes a personas vivas al momento de la entrevista.

3.3.3 Tamaño de muestra

Después de depurar las bases de datos con los criterios antes expuestos, los tamaños de muestra obtenidos fueron: $n_1(2001) = 12.431$ y $n_2(2003) = 11.560$

3.3.4 Estructura de análisis

El análisis descriptivo tendrá una desagregación por sexo, grupo de edad y lugar de residencia, por ser variables básicas en el análisis demográfico. Posteriormente se realizará un modelo de regresión multinomial para establecer el grado de asociación entre las variables propuestas con los síntomas depresivos. Los datos serán procesados en los paquetes estadísticos SPSS 11.5 y STATA 8.

Sexo

El sexo es una de las variables básicas en el análisis demográfico y en el proceso de envejecimiento tiene un comportamiento diferencial. Igual que sucede en otros países, en México el comportamiento de ésta variable da cuenta de la feminización de dicho proceso. Tal como lo indica el índice de masculinidad para el grupo de los adultos mayores (de 60 y más años) para el año 2005, el cual fue de 75 hombres por cada 100 mujeres. El desequilibrio que muestra dicho índice puede dar cuenta no solo de la mayor mortalidad masculina, sino también de la mayor emigración que históricamente se ha dado principalmente por parte de los hombres.

Las mujeres a diferencia de los hombres, padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas que causan graves limitaciones y deterioran la calidad de vida, como osteoporosis, diabetes, hipertensión, artritis y trastornos mentales, enfermedades que tendrán que soportar más tiempo que los hombres debido a su mayor mayor prevalencia y expectativa de vida. El panorama se empeora en la medida que las mujeres tienen una menor posibilidad de acceso a los servicios de atención a la salud (OPS, 1990). Además, las mujeres adultas mayores tienen mayor probabilidad de vivir en condiciones de pobreza que los hombres (CEPAL, 2004). El comportamiento por sexo es en todo caso diferente, aun más en las edades avanzadas, por estas razones se incluye dicha variable en la presente investigación, siendo ésta uno de los referentes más importantes para el análisis.

Edad

Como se estableció en el primer capítulo, la edad cronológica es uno de los parámetros más utilizados para definir la línea de entrada al envejecimiento. Tratando de diferenciar entre los adultos mayores las particularidades propias de cada edad y teniendo como base la perspectiva del ciclo vital, el cual considera que a mayor edad disminuye la capacidad funcional, la independencia y autonomía, se construyeron cuatro grupos de edad para facilitar el análisis de dicha variable en la presente investigación.

El primer grupo considerado es el de 50-59 años. Este grupo abarca un intervalo más amplio que los tres grupos restantes, si bien en el primer capítulo se definió la edad de 60 años para considerar a una persona como adulta mayor y considerando que la ENASEM proporciona información desde los 50 años, se construyó éste primer grupo precisamente para analizar la situación de los síntomas depresivos en la prevejez, con respecto a los demás grupos de edad.

El siguiente grupo de edad considerado es el de 60-64 años, el cual es la puerta de entrada para los adultos mayores. Hacen parte aquellas personas que por su edad están próximas a jubilarse pero que bien pueden continuar trabajando y de hecho ejercen presión sobre el mercado laboral. Generalmente aun gozan de buena salud tanto física como mental, tienen redes sociales establecidas y son independientes.

El tercer grupo corresponde al grupo de 65-70 años. En las personas de este grupo esta presente el deterioro físico, apareciendo la presencia de enfermedades crónicas y mentales, se empieza a perder la autonomía a causa de la morbilidad cada vez más acentuada. Las redes sociales comienzan a disolverse, producto de la no actividad laboral, de la incapacidad que no permiten que estas personas socialicen lo suficiente y por las pérdidas de amigos o familiares contemporáneos que fallecen. Pero, en términos generales pueden llevar una vida normal.

Finalmente el último grupo de edad considerado es el de 70 y más años, se caracteriza por el acentuado y progresivo deterioro físico y mental y es en éstas edades donde se consolida la prevalencia de las enfermedades crónicas y la dependencia e incapacidad son más evidentes. La destreza física disminuye comparada con la que tenían anteriormente.

La construcción de los anteriores grupos de edad, además de considerar las diferencias que los adultos mayores presentan en cuanto a aspectos sociales y de salud, se construyeron teniendo en cuenta el tema a estudiar que son los síntomas depresivos. Dicha construcción, obedece entonces además de las anteriores a razones metodológicas propias del estudio, dado que la prevalencia de síntomas depresivos se relacionada con la edad.

Lugar de residencia

Si bien el envejecimiento tiene comportamientos particulares y diferenciales por sexo y edad, también los tiene en cuanto al lugar de residencia, es decir si se vive en un área urbana o menos urbana. En su mayor parte los estudios sobre el envejecimiento se hacen con referentes urbanos y pocas veces el interés se dirige a las zonas rurales (menos urbanas). Ésta es precisamente una de las razones para incluir esta variable en el análisis de la presente investigación.

El parámetro utilizado aquí para diferenciar un área de la otra, es el mismo utilizado por el estudio ENASEM. En dicha encuesta se consideró como áreas urbanas aquellas con 100.000 o más habitantes y, áreas rurales aquellas con menos de 100.000 habitantes. Existe una aparente ambigüedad y posible homogeneidad entre un área y otra, dado que, un área con 100.005 habitantes por ejemplo clasifica como área urbana, no obstante en cuanto a cantidad de habitantes se refiere es muy homogénea a la de menos de 100.000, otro aspecto que puede quedar escondido ante tal división es que un área clasificada como urbana puede tener características netamente rurales o viceversa, en cuanto a sus actividades económicas, realidad cultural, distribución territorial y nivel de desarrollo, por esta razón esta diferenciación entre ambas áreas no deja de ser ambigua y prestarse a posibles confusiones. Pese a lo anterior y siguiendo los criterios establecidos por ENASEM, para el desarrollo de la presente investigación identificaremos como área urbana aquella de 100.000 habitantes o más y, como área menos urbana aquella menor de 100.000 habitantes.

Es importante considerar la variable de lugar de residencia con respecto al envejecimiento, dado que las áreas menos urbanas se han distinguido por una menor cobertura de servicios médicos y sociales, a la vez que sus niveles económicos son menos favorables que en las áreas urbanas. De igual manera son diferentes las actividades que se llevan a cabo en ambas áreas, como también los roles por género y la situación de las redes sociales, las que usualmente son más sólidas en los medios menos urbanos.

3.4 Operacionalización de las variables

Se utilizan las siguientes secciones de la encuesta: sección A, datos demográficos; sección G, variables relacionadas con redes sociales; secciones I,J,K, variables relacionadas con lo económico; sección C, salud. Para identificar la forma original como se trataron las variables ver anexo 1. Para efectos del análisis descriptivo algunas variables tuvieron cambios, como recodificación o reagrupación tal como se ilustra a continuación.

3.4.1 Variables sociodemográficas

Estado civil

Se cuenta con 8 opciones para captar el estado civil (ver anexo 1-d). Normalmente aquellos adultos mayores separados, divorciados o viudos son mayormente propensos a padecer síntomas depresivos (Gómez, 1997; Pando, 2004). Es decir que quienes pueden padecer con mayor frecuencia síntomas depresivos son aquellas personas que no se encuentran unidas, por lo tanto la variable de estado civil se reagrupó de la siguiente manera para facilitar el análisis en unidos y no unidos.

Nivel educativo

Se capta la información de nivel educativo en siete categorías (ver anexo 1-e). Por las características educativas que se espera tenga la población objetivo y teniendo en cuenta que algunas investigaciones han encontrado que los bajos niveles de escolaridad tienen una asociación

negativa con la depresión (Pando, 2004), la variable de nivel educativo se agrupa en: Ninguno, primaria y secundaria o más.

Redes sociales

La formación y afianzamiento de las redes sociales en la vejez, representan una fuente de apoyo importante para las personas de estas edades, reflejándose muy probablemente su efecto en la calidad de vida. Además la presencia de apoyo social y la participación e integración en grupos de socialización (grupos para la tercera edad) se relacionan positivamente con la ausencia de síntomas depresivos, actuando como factor protector de esta patología (Gómez, 1997; Ramos, 2003; Tuesca, 2003).

Con respecto a las variables relacionadas con las redes sociales se tuvo en cuenta cuatro preguntas (ver anexo 1-f), de las cuales, ¿Tiene parientes que vivan en esta misma localidad, barrio o colonia?, ¿Tiene buenos amigos que vivan en su mismo barrio o colonia? y, ¿Tiene vecinos o amigos con los que pueda contar para cosas del diario, como traer comida si usted se enferma, o traerle algo de la tienda? se convirtieron en variables dicotómicas, representando la ausencia de parientes, buenos amigos y vecinos o amigos con quienes pueda contar por 0 y en caso de sí tenerlos por 1. En cuanto a cuarta pregunta considerada, ¿Cómo cuantas veces al mes plática con sus vecinos o tiene visitas sociales?, la variable se recodificó de la siguiente manera:

Frecuencia de pláticas: - Nula: Nunca plática	0
- Baja: Entre 1 y 10 veces al mes	1
- Media: Entre 11 y 20 veces al mes	2
- Alta: Entre 21 veces y todos los días del mes	3

Luego como las dos primeras preguntas se refieren a si el adulto mayor cuenta con redes sociales cerca de su casa, además de quienes habitan con él en la vivienda, se creo una variable única, denominada “Red_Próxima”, sumando las respuestas a dichas preguntas, la nueva variable tendrá como posibles resultados: 0, 1 ó 2. Asi:

Cuadro 4. Construcción de la variable red social, primer paso, para los datos de ENASEM 2001 y 2003

Red Próxima = (Parientes + amigos)		
Valores	Parientes	Amigos
0	No	No
1	Puede *	Puede *
2	Si	Si

* = Puede tener parientes o amigos pero no ambos al mismo tiempo

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

En segundo lugar como la tercera y cuarta pregunta se refieren a la interacción y frecuencia de éstas con los vecinos que viven en el área cercana a su domicilio, se creó una variable única llamada “Interacción”, que incluyera las preguntas 3 y 4, de la cual los posibles resultados son: 0, 1, 2, 3, 4. Así:

Cuadro 5. Construcción de la variable red social, segundo paso, para los datos de ENASEM 2001 y 2003

Interacción = (Vecinos + pláticas)					
Valores	Vecinos	Pláticas			
		Nula	Baja	Media	Alta
0	no	X			
1	No		X		
	Si	X			
2	no			X	
	si		X		
3	si			X	
	no				X
4	si				X

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Finalmente, como lo que interesa conocer es si los adultos mayores tienen o no redes sociales, se creó otra variable que incluyera los significados de las cuatro preguntas, sumando las posibles respuestas de las dos variables únicas creadas previamente “Red Próxima” e “Interacción”, por lo tanto los posibles resultados obtenidos serán: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Cuadro 6. Construcción de la variable red social, tercer paso, para los datos de ENASEM 2001 y 2003

Redes (Red próxima + interacción)							
Valores	Parientes	Amigos	Vecinos	Pláticas			
				Nula	Baja	Media	Alta
0	No	no	No	X			
1	Puede *	Puede *	no	X			
	no	no	no		X		
	no	no	si	X			
2	si	si	no	X			
	no	no	si		x		
	no	no	no			X	
	Puede *	Puede *	no		X		
	Puede *	Puede *	si	X			
3	no	No	si			X	
	no	No	no				X
	Puede *	Puede *	no			X	
	Puede *	Puede *	si		X		
	si	Si	no		X		
	si	Si	si	x			
4	no	No	Si				x
	Puede *	Puede *	si			X	
	Puede *	Puede *	no				X
	si	Si	No			X	
	si	Si	Si		X		
5	Puede *	Puede *	Si				X
	si	Si	Si			X	
	si	Si	No				X
6	Si	Si	si				X

* = Puede tener parientes o amigos pero no ambos al mismo tiempo

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Los seis posibles resultados anteriores se recodificaron en una nueva variable “Red social”, cuyos posibles resultados son:

0. Sin red social

En esta categoría se ubican aquellas personas adultas mayores que no tienen parientes, amigos ni vecinos y, que no platican nunca.

1- 2. Red social baja

Corresponde a quienes tienen una frecuencia de pláticas entre nula y media pero no alta y a quienes tienen relaciones a lo sumo con dos de los actores de las redes sociales al mismo tiempo (parientes/vecinos, amigos/vecinos, parientes/amigos).

3 - 4 = Red social media

En esta categoría se incluyen los adultos mayores que tienen una frecuencia entre nula y alta y, pueden tener relaciones con los tres actores al mismo tiempo (Parientes/amigos/vecinos).

5 - 6 = Red social alta

Finalmente quienes tienen las mejores condiciones en cuanto a redes sociales se refieren quedaría en esta categoría, correspondiendo a quienes tienen frecuencia de pláticas entre media y alta y, pueden tener relaciones con dos o tres actores al mismo tiempo (Parientes/vecinos, amigos/vecinos, parientes/amigos, parientes/amigos/vecinos).

3.4.2 Variables económicas

Condición de actividad

En la encuesta ENASEM la condición de actividad tuvo seis posibles respuestas para el año 2001 y tres en el año 2003 (ver anexo 1-g), ante la heterogeneidad de la clasificación en los dos años, para efectos de análisis en la presente investigación, las opciones son labora y no labora

Por lo tanto quienes en el año 2001 reportaron que se dedicaban a labores del hogar, en la nueva agrupación quedan incluidas en las personas que no trabajan, siguiendo el criterio utilizado por Enasem en el año 2003. Así, los desempleados y quienes se dedican a labores del hogar son quienes presentan la mayor prevalencia de depresión (Pando, 2004). Además quienes pierden el vínculo laboral, pueden

también empezar a resquebrajar sus relaciones sociales y al mismo tiempo ver desfavorecida su situación económica, como también su independencia y bienestar.

Pensión por jubilación

Generalmente el adulto mayor no está preparado para retirarse de la vida laboral, razón por la cual ésta situación suele afectarlo, propiciando problemas emocionales, de adaptación y depresión, llevándolo a un deterioro de la salud física y mental (Ortega, 2003). Además, el ser jubilado no significa necesariamente poder dejar de trabajar (Pando, 2004), por lo tanto quienes reciben una pensión por jubilación pueden también presentar síntomas depresivos al igual que quienes no la reciben. Esta variable se tomó sin modificaciones (Ver anexo 1-h).

Tenencia de la vivienda

En la encuesta ENASEM, se captan cuatro tipos de tenencia de la vivienda (ver anexo 1-i), ésta variable fue reagrupada de la siguiente manera: Propia y no propia. La reagrupación responde a que se espera que quienes habiten en viviendas propias presenten menos síntomas depresivos que quienes lo hacen en viviendas rentadas o prestadas.

Situación económica

La situación económica está estrechamente relacionada con la ocupación y el recibir o no una pensión por jubilación, el tener una mala situación económica puede ser una fuente de continuo estrés y preocupación que puede conducir a desarrollar síntomas depresivos. Es por ello que se incluye dicha variable en el análisis de los síntomas depresivos, misma que se tomó sin modificaciones (ver anexo 1-j).

3.4.3 Variables de salud

Estado de salud percibido

A medida que avanza la edad, la autopercepción del estado de salud es cada vez más desfavorable. A su vez, en la medida que esta autopercepción es mala existe una relación directa con la presencia de síntomas depresivos, estableciéndose de esta manera una interrelación entre la edad, la percepción del estado de salud y los síntomas depresivos (Ahn, 2003). La variable se tomó sin modificaciones (ver anexo 1-k)

Enfermedades crónicas

Se incluye la variable de enfermedades crónicas ya que, según la literatura sobre el tema, la presencia de éstas incrementa la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos, probabilidad que crece a medida que aumenta la edad (Gómez, 1997; Schnittker, 2005).

La encuesta ENASEM incluye siete de las enfermedades crónicas que las personas adultas mayores padecen con mayor frecuencia (ver anexo 1-l). Al encuestar a la persona se le aclara que sea una enfermedad diagnosticada por un doctor o personal médico, es decir no es una autopercepción sino un diagnóstico. Para el desarrollo de la presente investigación se tomaron en cuenta aquellas enfermedades que presentaron la mayor prevalencia, cuando se padecía solo una a la vez de las siete relacionadas en la encuesta (ver anexo 13-b), correspondientes a hipertensión, diabetes y artritis.

Síntomas depresivos

La encuesta ENASEM cuenta con una batería de preguntas para distinguir nueve síntomas depresivos (ver anexo 1-m). Los primeros siete síntomas corresponden a depresión, esfuerzo, disturbios del sueño, sentimientos de felicidad, soledad, disfrute de la vida y tristeza y fueron tomados de dos estudios, Estudio de Envejecimiento y Salud en América (Aging and health in America) AHEAD y, Estudio de salud y la jubilación (Health and Retirement Study) HRS. Los dos últimos síntomas

registrados: cansancio y energía se refieren al octavo síntoma incluido en ambos estudios, referido como “I could not get going”, al tratar de traducir dicha pregunta para el contexto mexicano, no se encontró una traducción que abarcará el concepto de “get going”, por lo que se decidió incluir en ENASEM dos preguntas que se correspondieran con la pregunta “I could not get going”, de manera que se incluyó la pregunta de ¿Se ha sentido cansado? Con una connotación negativa y la pregunta ¿ha sentido que tenía mucha energía? Con una connotación positiva.

Para el presente trabajo se construyó la variable síntomas depresivos de la siguiente manera. En primer lugar las respuestas a las preguntas ¿se ha sentido feliz?, ¿ha sentido que disfrutaba de la vida? y, ¿ha sentido que tenía mucha energía?, fueron recodificadas, es decir se invirtió el orden que tenían inicialmente (ver anexo 1-m), para facilitar su análisis y, en segundo lugar se reagrupó la cantidad de síntomas, tratando de crear grupos en los que el número de casos se distribuyeran de manera homogénea en cuanto al porcentaje de personas en cada grupo de la siguiente manera: ninguno, uno o dos, de 3 a 5 y de 6 a 9.

3.5 Estrategia de análisis

El primer paso será realizar un análisis descriptivo de las variables de interés por medio de frecuencias simples y tablas cruzadas. Luego se plantean modelos de regresión multinomiales utilizando como variable dependiente los síntomas depresivos y como independientes las variables que se han mencionado a través de la revisión teórica y que podrían estar relacionadas con los síntomas depresivos.

CAPÍTULO 4

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES RELACIONADOS EN LOS ADULTOS MAYORES DE MÉXICO

4.1 Análisis descriptivo

4.1.1 Características sociodemográficas de los adultos mayores

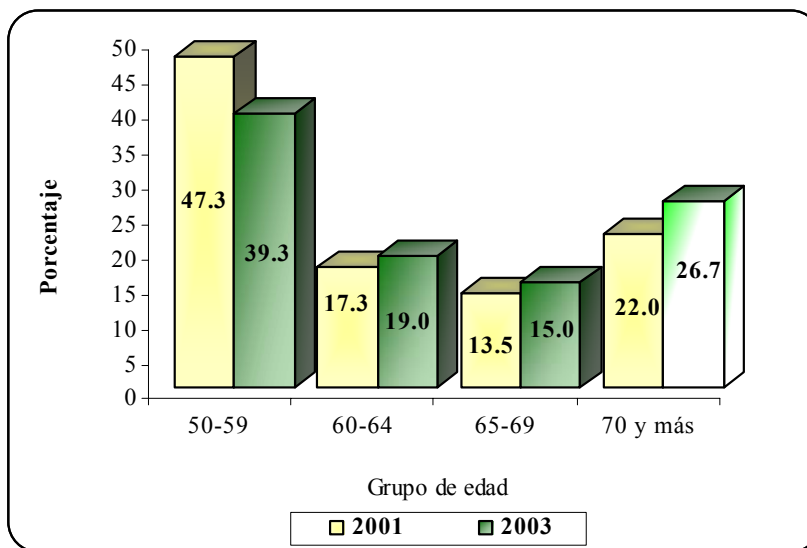
Sexo

Debido a la mayor expectativa de vida de las mujeres, es de esperarse que el proceso de envejecimiento continúe presentando una mayor representación femenina (Villa, 2000; Ham, 2003). Situación que en términos generales se presenta a nivel mundial. Como lo refiere la literatura sobre el envejecimiento, la distribución por sexo de la población adulta mayor de México presenta un comportamiento similar a la de otras regiones, siendo predominante la presencia de mujeres frente a la de los hombres. Confirmando la feminización del proceso de envejecimiento. Para los dos años estudiados el predominio de las mujeres es claro pero, mayormente notorio para el año 2003, ya que se pasó de 54.2 a 56.4 por ciento de población adulta mayor femenina (ver anexo 2). Esta situación continuará presentándose según los datos de las proyecciones de población del CONAPO elaboradas hasta el año 2050 y según las cuales, la población de 60 años y más, seguirá en aumento progresivo, pasando de 6.8 por ciento en el año 2000 a 28 por ciento en el año 2050 (ver anexo 3-a y 3-b).

Edad

La población mexicana esta envejeciendo y su evolución de población joven a una madura y envejecida se está produciendo con mayor rapidez que en algunos países desarrollados. En Francia por ejemplo, transcurrieron alrededor de 250 años para pasar de 5.2 en 1750 a 16.2 por ciento de población de 65 años y más en el año 2000, mientras que México se tardará cerca de 36 años para obtener porcentajes similares, pasando de 4.6 en el año 2000 a 16.0 por ciento en el año 2036 (Ham, 2001; Chasteland, 2002).

Gráfica 10. Distribución porcentual por grupo de edad de la población adulta mayor, México, 2001 y 2003



Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

En efecto, el grupo de 50-59 años pierde peso relativo del año 2001 al 2003, pasando de 47 a 39 por ciento. Caso contrario sucede con los tres grupos de edad restantes (60-64, 65-69 y 70 y +), los cuales para el año 2003 ganan terreno con respecto al 2001, consolidando así una población cada vez más envejecida y coincidiendo con las proyecciones del CONAPO. Puede esperarse entonces que cambios de esta magnitud, representaran significativas repercusiones en México, como por ejemplo, el perfil que se tiene hoy de una gran mayoría de adultos mayores, todavía autónomos e independientes, irá tendiendo a una población crecientemente dependiente, con elevada carga de morbilidad propia de su edad y demandantes de servicios y espacios especializados, mismos que en términos generales actualmente no se tienen y en caso de que existiesen, la mayoría de los adultos mayores no tienen los recursos suficientes para acceder a ellos.

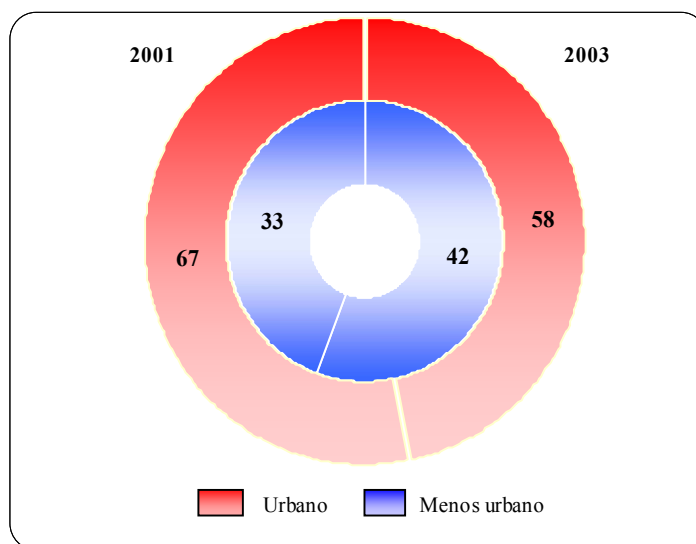
Cabe aclarar que los resultados presentados son con base en datos muestrales y que la mayoría de encuestados en 2003 son los mismo que se encuestaron en 2001, es decir, las personas que entran nuevas en 2003 son pocas, al igual que la cantidad de fallecidos entre 2001 y 2003. Sin embargo se hicieron pruebas con las estimaciones a partir de datos ponderadores y se encontró que además de conservar la

misma tendencia, el comportamiento es similar. Es decir efectivamente el grupo de edad de 50-59 años pierde peso relativo al transcurrir dos años y los demás grupos ganam peso relativo.

Lugar de residencia

Aunque generalmente las zonas rurales tienden a ser más envejecidas que las urbanas, en América Latina con excepción de países como Guatemala, Honduras y Haití, las personas adultas mayores viven mayormente en áreas urbanas (CEPAL, 2003). A su vez, los adultos mayores que viven en áreas rurales son quienes tienen menor posibilidad de acceso a los servicios médicos (Gutiérrez, 2005). Además, la valoración social del envejecimiento es diferente según lugar de residencia, por lo anterior resulta importante analizar las características del envejecimiento en áreas menos urbanas con respecto a las urbanas. Para México, los resultados con respecto al lugar de residencia fueron los siguientes.

Gráfica 11. Distribución porcentual por tamaño del área de residencia de la población adulta mayor, México, 2001 y 2003



Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Los adultos mayores viven principalmente en áreas urbanas, en el año 2001 la diferencia entre los porcentajes de ambas áreas eran bastante diferentes, mientras que para el año 2003 este

comportamiento aunque distante de ser igual, fue más homogéneo. En estos términos podríamos decir que en teoría son la minoría los adultos mayores que no tienen acceso a servicios médicos en cuanto a accesibilidad geográfica se refiere, dado que el 42 por ciento residían en áreas menos urbanas para el año 2003. Siendo en estas áreas donde existen una menor cobertura de servicios aunada a unas deterioradas condiciones económicas (CEPAL, 2003).

Resumiendo, para los dos años estudiados, tanto en el área menos urbana como urbana y por cada grupo de edad, predominan las mujeres, con excepción del grupo de 70 y más años, en el cual el predominio de hombres se presenta en el área menos urbana (ver anexo 4 y 5). Esta situación podría obedecer a la mayor viudez femenina en la vejez y, que a raíz de ello las mujeres se desplazan hacia áreas urbanas a reunirse con sus familiares, especialmente los hijos, quienes pudieron haber migrado del campo a la ciudad.

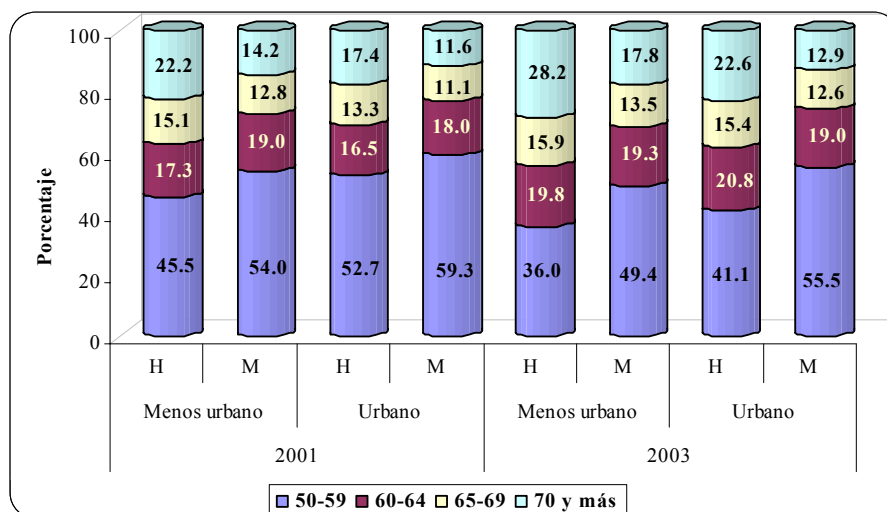
Estado civil

Los hombres adultos mayores reportan con mayor regularidad que las mujeres, ser casados, esto puede obedecer a dos aspectos. El primero es la mayor viudez de las mujeres resultado de su mayor expectativa de vida y la mayor edad del cónyuge. En segundo lugar a la mayor propensión que tienen los hombres de unirse una segunda vez, cuando su unión se disuelve por separación o viudez (CEPAL, 2004).

Para 1990, el 64.1 por ciento de los adultos mayores estaban casados o vivían en unión libre, 25 por ciento eran viudos, 6.3 estaban solteros y solo 3.2 declararon ser separados o divorciados, 1.4 por ciento no se supo su estado civil. Es decir que 64.1 por ciento de los adultos mayores estaban unidos, frente a un 34.5 por ciento que no lo estaban. En cuanto al estado civil por sexo, es claro el comportamiento de los hombres que tienden a estar unidos frente a las mujeres (INEGI, 1993). Para el año 2000, ocho de cada diez hombres mayores de 60 años estaban unidos, frente a cinco de cada diez mujeres que estaban viudas, divorciadas o separadas. Son entonces las mujeres quienes están más expuestas a vivir una vejez sin pareja, lo que las sitúa en una posición de vulnerabilidad, al no tener

relaciones afectivas y apoyos domésticos por parte de un cónyuge (Zúñiga, 2004). Sin embargo el tener una mala relación conyugal podría ser una fuente de conflicto, en este caso el no estar unida tal vez no la dejaría en situación de vulnerabilidad sino que, de manera contraria, aportaría al bienestar de la mujer envejecida.

Gráfica 12. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó estar unida, México, 2001 y 2003



Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Hasta los 64 años son las mujeres tanto en áreas menos urbanas como en urbanas quienes reportan estar unidas con mayor frecuencia que los hombres. Es a partir de los 65 años que se empieza a invertir dicho escenario, tal como se observa en la gráfica anterior. En los últimos dos grupos de edad reportados (65-69, 70 y más), son las mujeres quienes en su mayoría no están unidas, lo que seguramente es producto de su mayor expectativa de vida, por lo tanto gracias a su longevidad es mucho más común y probable que la mujer permanezca mayor tiempo siendo viuda que el hombre en su edad adulta, coincidiendo de esta manera con los expuesto por diferentes autores como INEGI (1993), CEPAL y Zuñiga, (2004).

Lo anterior puede contribuir al deterioro de la calidad de vida de la mujer, ya que tendrá que enfrentar en soledad situaciones desfavorables y dependerá en gran medida del apoyo de familiares,

especialmente los hijos, ante la ausencia de una pareja. En términos generales parece ser que en las áreas menos urbanas es más frecuente para los adultos mayores estar unidos que en las áreas urbanas, tanto para hombres como para mujeres. Para el año 2003, los que presentan el estado civil de unidos en las edades avanzadas (mayores de 60 años) aumentaron con respecto al año 2001 pero, con mayor importancia para los hombres que para las mujeres, lo que indica que siguen siendo las mujeres en edades avanzadas quienes menos frecuentemente viven en un estado de unidas bien sea por matrimonio o unión libre (ver anexo 6).

Nivel educativo

Los adultos mayores son el sector de la población con menor escolaridad, debido a que tuvieron su edad escolar en décadas en las que la cobertura educativa era aún escasa, situación mayormente desfavorable para las mujeres, reflejo de la desigualdad de género (CEPAL, 2003).

Para 1990, 1.7 millones de los adultos mayores de México eran analfabetas, 1.9 millones no tenían ningún tipo de instrucción, 1.6 tenían primaria incompleta, 662.000 habían terminado la primaria y alrededor de medio millón tenían un grado superior a la primaria. Los hombres se caracterizan por tener un nivel educativo superior al de las mujeres, pues 35.1 por ciento del total de los hombres no poseen ningún tipo de instrucción, mientras que las mujeres que presentan la misma característica corresponden a 42.2 por ciento (INEGI, 1993).

Para 1995, 32.7 por ciento de los hombres adultos mayores no tenían ningún tipo de instrucción, frente a 40.4 por ciento del total de las mujeres adultas mayores que estaban en igual situación. Asimismo existe diferencia en el nivel educativo por área de residencia, de tal manera que quienes viven en áreas urbanas tienen mayor nivel educativo que los demás (Jáuregui, 2000). Para el año 2000, 35.9 por ciento de los adultos mayores no tiene ningún tipo de instrucción, 34.8 por ciento tiene primaria incompleta, 17 por ciento completó la primaria y 12.3 por ciento restante cursó al menos un año de secundaria (Zúñiga, 2004). Actualmente, las generaciones de mujeres adultas mayores presentan menor

nivel educativo que los hombres, escenario que se espera continúe durante las próximas generaciones de mujeres adultas mayores (Ham, 2003).

Cuadro 7. Distribución porcentual del nivel educativo de la población adulta mayor, por grupo de edad, sexo y área de residencia, México, 2001

H O M B R E	Grupo de Edad	2001					
		Menos urbano			Urbano		
		Ninguno	Primaria	Sec y +	Ninguno	Primaria	Sec y +
	50-59	25.8	60.0	14.2	8.4	49.8	41.8
	60-64	29.6	60.4	10.0	15.4	55.7	28.9
	65-69	34.2	63.1	2.7	23.9	55.1	20.9
	70 y más	51.2	45.2	3.6	25.3	54.5	20.3
	Total	34.5	56.6	8.9	15.1	52.4	32.4
M U J E R	50-59	31.3	60.1	8.6	14.0	52.7	33.3
	60-64	39.9	54.2	5.9	21.2	56.0	22.8
	65-69	45.0	49.7	5.4	26.8	52.4	20.8
	70 y más	57.7	41.0	1.3	34.9	49.9	15.2
	Total	40.6	53.4	6.1	21.3	52.7	26.1

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Cuadro 8. Distribución porcentual del nivel educativo de la población adulta mayor, por grupo de edad, sexo y área de residencia, México, 2003

H O M B R E	Grupo de edad	2003					
		Menos urbano			Urbano		
		Ninguno	Primaria	Sec y +	Ninguno	Primaria	Sec y +
	50-59	20.0	61.6	18.4	7.1	46.8	46.2
	60-64	25.4	62.0	12.6	12.4	55.8	31.8
	65-69	32.1	60.5	7.4	21.4	56.0	22.6
	70 y más	45.6	51.3	3.1	24.2	54.7	21.1
	Total	31.2	58.2	10.6	14.8	52.1	33.1
M U J E R	50-59	24.7	63.9	11.4	11.9	52.2	35.9
	60-64	38.0	53.2	8.7	20.4	55.4	24.1
	65-69	41.1	54.0	4.9	22.6	54.2	23.2
	70 y más	52.7	44.0	3.3	32.0	50.2	17.8
	Total	37.1	55.1	7.8	19.9	52.6	27.5

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Lo que se encuentra para la población adulta mayor de México con respecto a su nivel educativo, es similar a lo referido por la literatura. El primer aspecto que se observa tanto para hombres como para mujeres es un mayor nivel educativo en el área urbana que en la menos urbana, igual a como lo planteó Jáuregui, (2000). Al realizar el análisis por sexo y, tal como lo refiere tanto el INEGI (1993) como Ham (2003); es bastante clara la tendencia de los hombres a tener mayor nivel educativo que las mujeres, en ambas áreas (menos urbana y urbana) y años estudiados.

El tercer aspecto que resalta es el mayor nivel educativo conforme las cohortes de edad son más jóvenes. Es decir, las personas de las cohortes de 50-59 años tienen mayor nivel educativo que los adultos mayores de la cohorte de 60-64 y así sucesivamente, siendo la cohorte de 70 y más años la que tiene menor nivel educativo con respecto a las demás, lo que tiene relación con las oportunidades que tuvieron estas personas en su edad escolar. Esta situación se presenta de igual manera tanto para hombres como para mujeres, en ambas áreas y años relacionados. Para el año 2003, en términos generales aumenta el nivel de educación con respecto al año 2001 (ver cuadro 7 y 8). Así, mientras en el año 2001 34.5 por ciento de los hombres y 40.6 por ciento de las mujeres del área menos urbana no tenían ningún grado de educación, para el año 2003 estos porcentajes se reducen a 31.2 y 37.1 por ciento respectivamente. En el medio urbano también se dio una disminución aunque mucho menor que en el medio menos urbano. Ante este comportamiento podría esperarse que las próximas generaciones de adultos mayores presentaran niveles educativos cada vez mayores, lo que a su vez podría tener efectos sobre la salud de este segmento de la población. Una vez que en la medida que durante el curso de sus vidas hayan tenido una mayor educación, seguramente propiciarán un cambio en sus hábitos y conductas permitiéndoles alcanzar una vejez más saludable.

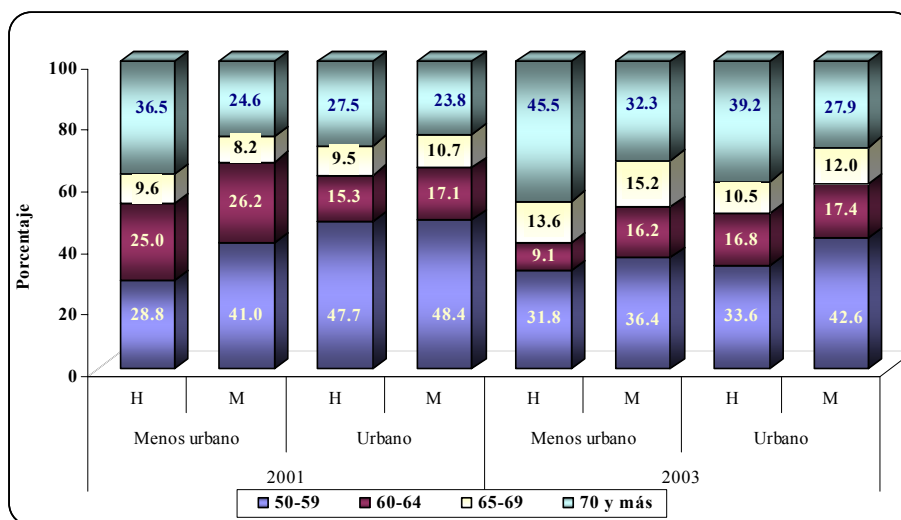
Redes sociales

Las relaciones sociales que se dan en las diferentes etapas de la vida (jóvenes, adultos, adultos mayores) son básicas para la creación de vínculos de pertenencia e identidad, que ayudan a afrontar las dificultades de la vida diaria. En el caso de las personas adultas mayores la existencia de estas relaciones

puede tener una repercusión positiva en su calidad de vida. Un frecuente contacto e intercambio con otras personas actúa como factor protector de síntomas depresivos entre este grupo poblacional (Ramos, 2003).

Desde este planteamiento la situación del envejecimiento con respecto a las redes sociales es un factor de particular importancia, una vez que pueden ver afectadas sus redes debido a que por la jubilación o la misma incapacidad producto de la edad avanzada, no pueden llevar una vida con intercambio social, igual a la que llevaban cuando estaban en mejores condiciones de salud e inmersos en el mercado laboral. Son los hombres quienes tienen menos propensión a establecer redes sociales, por lo que son ellos quienes pueden sufrir mayor aislamiento y recibir menos apoyo que las mujeres (OMS, 2001). En las áreas menos urbanas se da un intercambio social más dinámico que en la urbana, gracias a que las personas adultas mayores desarrollan relaciones de amistad bastante fuertes con sus vecinos, posiblemente por la escasez de espacios públicos en estas áreas, por que se dispone de más tiempo libre una vez que no tienen un trabajo que les exija cumplir con un horario determinado, por que viven con menos prisa y tienen menos temor de entablar pláticas con sus vecinos que quienes viven en áreas urbanas (Vázquez, 2003).

Gráfica 13. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó no tener ningún tipo de red social, México, 2001 y 2003



Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Para el caso mexicano y tanto para el área menos urbana como para la urbana, se encontró que hasta los 69 años son los hombres quienes reportan en menor porcentaje no tener ningún tipo de red social. Pero, a excepción del año 2001 y para el área menos urbana donde es hasta los 64 años que se presenta tal situación, a medida que avanza la edad, más exactamente a partir de los 70 años, son las mujeres quienes reportan en menor medida no tener ningún tipo de red social, lo cual coincide con lo planteado por la OMS (2001).

En cuanto a quienes reportaron tener una red social alta, fue en la prevejez donde se reportaron los mayores porcentajes (ver anexo 7-a y 7-b), siendo estas personas las que llevan una vida más activa y dinámica, gracias a que son autónomos e independientes y a que aún forman parte de la población económicamente activa, lo que les facilita tener mayor intercambio social. Al realizar el análisis por sexo, para el año 2001, a medida que aumenta la edad son los hombres de las áreas menos urbanas quienes tienen en mayor medida redes altas, mientras que a nivel urbano son las mujeres. Sin embargo, al analizar sólo por lugar de residencia, es en el área menos urbana donde en general se presentan con mayor frecuencia redes altas (ver anexo 7-a y 7-b), situación que concuerda con lo esbozado por Vásquez (2003).

4.1.2 Características económicas de los adultos mayores

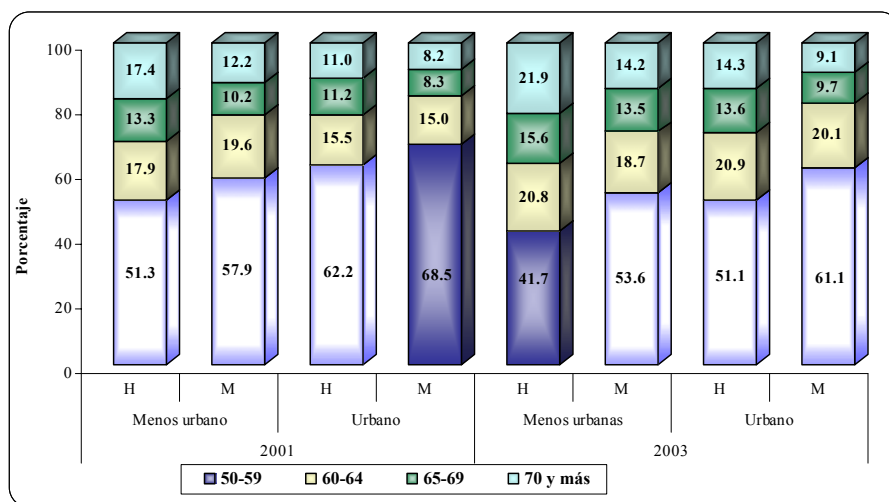
Condición de actividad

A pesar de la edad, un alto porcentaje de los adultos mayores continúan formando parte del mercado laboral. En 1996, alrededor de 60 por ciento de los hombres mayores de 60 años, realizaba alguna actividad económica, frente a 17 por ciento de las mujeres. Esta diferencia en los porcentajes tan marcada puede ser un indicativo de las diferentes posibilidades de acceso al trabajo para los adultos mayores por sexo (Montes de Oca, 2000). Para el año 2000, la participación económica de los adultos mayores fue de 48.8 por ciento para los hombres y de 11.8 por ciento para las mujeres. La alta participación de los adultos mayores en el mercado laboral, podría obedecer a la baja cobertura de pensiones para este grupo poblacional (Zúñiga, 2004). En este sentido un segmento de los adultos

mayores tratará de mantenerse en el mercado laboral, ante la imposibilidad de acceder a una pensión (Ham, 2003).

Las personas que trabajan en las áreas menos urbanas, están obligadas a hacerlo por mucho más tiempo que aquellas de las áreas urbanas, debido a que generalmente deben obtener los productos de la tierra para garantizar su sobrevivencia, bien sea como autoconsumo, o vendiendo algunos productos para satisfacer otras necesidades básicas (Montes de Oca, 2000).

Gráfica 14. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó laborar, México, 2001 y 2003



Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Analizando por grupo de edad, es claro como el grupo de 50-59 años tiene la mayor participación en la actividad laboral. Estos altos porcentajes de quienes trabajan en este grupo de edad, aún no se encuentran en edad de jubilación, como lo expone Ham (2003). En cuanto al comportamiento por sexo, en 2001 se observa que las mujeres que trabajan, 57.9 por ciento en el área menos urbana corresponden al grupo de edad de 50-59 años frente a 51.3 por ciento de los hombres. El comportamiento en los demás grupos de edad es relativamente homogéneo y en términos generales hay mayor participación de los hombres que de las mujeres conforme aumenta la edad. Es decir, las mujeres que trabajan lo hacen en edades más “jóvenes” y los hombres se mantienen durante más tiempo trabajando. En 2003, 21.9 por ciento de los hombres de 70 y más años contra 14.2 por ciento de las mujeres en áreas

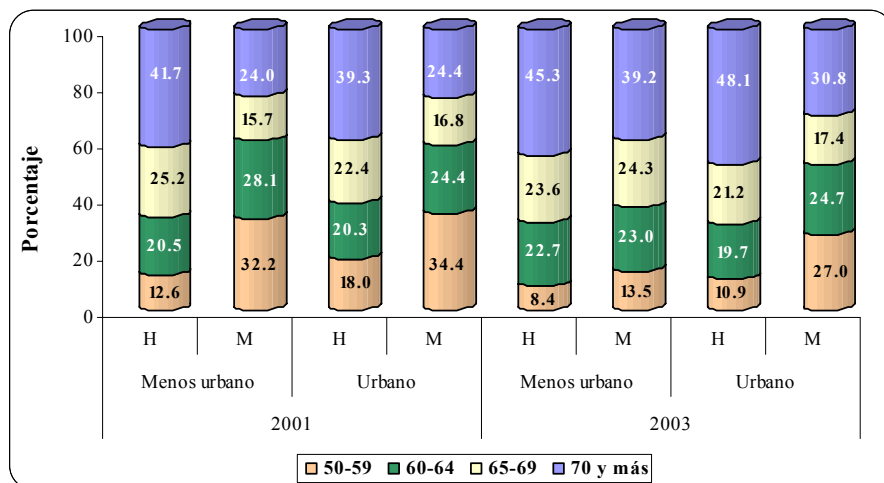
menos urbanas y 14.3 por ciento frente a 9.1 por ciento en áreas urbanas, aún permanecen en el mercado laboral, habiendo aumentado con respecto al 2001 en el medio menos urbano y disminuido en el urbano.

Mientras el comportamiento de la condición de actividad visto por área de residencia muestra que el grupo de 50-59 años tienen una mayor participación en el área urbana, en los tres grupos de edad restante, tanto para hombres como para mujeres, la participación es mayor en áreas menos urbanas, resultados similares a lo expuesto por Montes de Oca, (2000). Para 2003, son menos las personas del grupo de edad de 50-59 años que reportaron laborar, en contraste con un incremento en los demás grupos de edad (ver anexo 8-a y 8-b), lo que induce a pensar que cada vez los adultos mayores se incorporan al mercado laboral con mayor frecuencia, quizás respondiendo a la poca cobertura del sistema de pensiones o a la necesidad de conseguir medios económicos para sobrevivir. En todo caso nos encontramos con porcentajes bastante altos de adultos mayores que siguen trabajando, pese a la muy segura disminución de capacidades físicas y mentales, lo que finalmente da cuenta del deterioro en la calidad de vida de éstos.

Pensión por jubilación

Para la mayoría de los adultos mayores, la pensión por jubilación representa el paso de la actividad a la inactividad, de la independencia y autonomía se pasa a la necesidad de protección y ayuda (Bandera, 1993). Simboliza el cese de la actividad laboral, la disminución del bienestar económico, el reacomodo de la vida familiar y del tiempo libre. Con datos del censo general de población del año 2000, alrededor de 75 por ciento de los ancianos no tienen pensión (Vázquez, 2003), siendo los hombres quienes tienen mayor acceso que las mujeres a éstas (Montes de Oca, 2000).

Gráfica 15. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó tener pensión por jubilación, México, 2001 y 2003



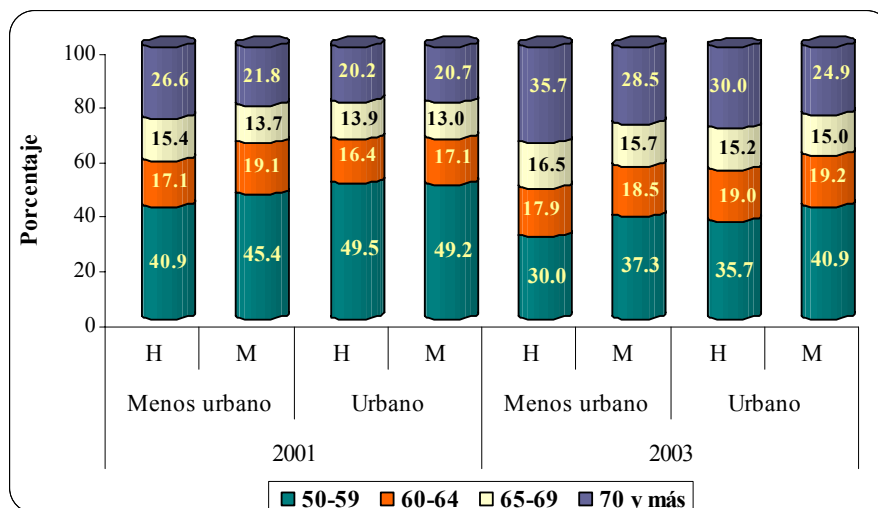
Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

En principio los adultos mayores que tienen pensión por jubilación son un porcentaje muy bajo, correspondientes a 11.8 por ciento en 2001 de los cuales el 52 por ciento eran hombres y 14.5 por ciento en 2003 de los que el 64 por ciento eran hombres, concordando de ésta manera con lo expuesto por Montes de Oca (2000) y Vázquez (2003). En términos de área de residencia, para 2001, 81 por ciento de quienes si tenían pensión residían en áreas urbanas, Mientras que para 2003, este porcentaje disminuyo a 76 por ciento. Analizando por grupo de edad encontramos que de quienes sí tienen pensión, las mujeres la adquieren a edades más tempranas, situación que se presenta de manera similar en ambas áreas y en los dos años estudiados. Para 2003, en el grupo de 50-59 años disminuye la proporción de quienes si tienen pensión y aumenta en el grupo de 70 años y más. Esto muestra que la jubilación cada vez se adquiere más tardíamente (ver anexo 9-a y 9-b).

Tenencia de la vivienda

Con el paso del tiempo, el habitar en una vivienda propia seguramente constituye un desahogo en el presupuesto de los adultos mayores. Como también podría representar tranquilidad, protección, sentido de pertenencia, que quizás no se lograría en el caso contrario. Para los adultos mayores el tener una vivienda propia preserva no sólo la salud física sino también mental (INMERSO, 2004).

Gráfica 16. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia que reportó tener vivienda propia, México, 2001 y 2003



Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Un alto porcentaje de los adultos mayores son propietarios de vivienda, tanto en 2001 como en 2003, 85 por ciento reportó ser propietario. La mayoría de los propietarios de vivienda, pertenecían al grupo de edad de 50-59 años, con excepción de los hombres del área menos urbana en el año 2003, donde el grupo que reportó mayormente ser propietario fue el de 70 y más.

Situación económica

El llegar a la tercera edad, generalmente es sinónimo no solo de disminución de las capacidades físicas, sino también de las financieras, que finalmente terminan representando vulnerabilidad y dependencia, disminuyendo la calidad de vida y la autoestima de este grupo poblacional (Garrocho, 2005). Las consecuencias del envejecimiento sobre la salud, en buena medida dependen del nivel socioeconómico y de los aspectos geográficos, factores que con alguna frecuencia limitan el acceso a los servicios de salud (Gutiérrez, 2001).

Cuadro 9. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia, según su situación económica, México, 2001

H O M B R E	Grupo de edad	2001									
		Menos urbano					Urbano				
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
	50-59	11.1	45.5	41.3	44.3	34.4	56.5	54.7	56.7	48.4	43.4
	60-64	66.7	9.1	19.6	16.4	16.6	17.4	19.8	14.3	16.7	15.2
	65-69	11.1	9.1	14.2	15.0	15.7	13.0	14.0	11.4	13.7	15.8
	70 y +	11.1	36.4	25.0	24.3	33.3	13.0	11.6	17.5	21.2	25.7
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	50-59	33.3	33.3	45.4	48.4	37.6	44.0	54.1	54.0	48.7	40.8
	60-64	33.3	8.3	19.6	18.9	18.8	12.0	12.2	15.2	18.7	16.6
	65-69	0.0	8.3	15.9	13.6	13.9	16.0	17.6	11.4	12.8	12.5
	70 y +	33.3	50.0	19.2	19.1	29.6	28.0	16.2	19.5	19.8	30.1
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Cuadro 10. Distribución porcentual de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo y área de residencia, según su situación económica, México, 2003

H O M B R E	Grupo de edad	2003									
		Menos urbano					Urbano				
		Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
	50-59	0.0	56.0	34.2	34.4	26.1	41.2	34.0	44.8	38.3	31.2
	60-64	25.0	8.0	25.5	19.3	15.4	17.6	20.0	20.8	19.3	20.1
	65-69	50.0	16.0	12.6	15.9	17.5	11.8	8.0	12.2	16.3	17.6
	70 y +	25.0	20.0	27.7	30.4	40.9	29.4	38.0	22.3	26.1	31.2
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	50-59	36.4	50.0	41.3	42.3	31.9	27.3	46.3	46.0	44.6	32.5
	60-64	18.2	25.0	17.2	18.7	18.6	33.3	17.9	18.4	18.1	21.6
	65-69	27.3	0.0	16.3	15.4	12.8	9.1	17.9	13.7	14.3	14.8
	70 y +	18.2	25.0	25.3	23.6	36.7	30.3	17.9	21.9	23.0	31.1
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

En su mayoría los adultos mayores, perciben su situación económica de manera regular. Sólo 0.5 y 0.6 por ciento para 2001 y 2003 respectivamente lo perciben como excelente (ver anexo 11). Siguiendo estos resultados podríamos decir que la situación económica de este grupo poblacional es bastante precaria. Así, lo expuesto por Garrocho (2005), cobra sentido de manera importante, es decir, sería de

esperar que desde el punto de vista económico los adultos mayores tendrían una calidad de vida pobre, estarían en buena medida dependiendo de otras personas y constituirán un grupo altamente vulnerable.

Si hacemos la comparación por sexo, hasta los 64 años las mujeres perciben mayormente mala su situación económica y a partir de los 65 años son los hombres quienes lo perciben peor. Esta situación podría responder a que las mujeres reciben más ayuda o apoyo económico que los hombres. Al analizar por área de residencia, los hombres de las áreas urbanas perciben su situación económica como mala con mayor frecuencia hasta los 69 años. A partir de los 70 años, son los del área menos urbana quienes califican su situación económica como mala.

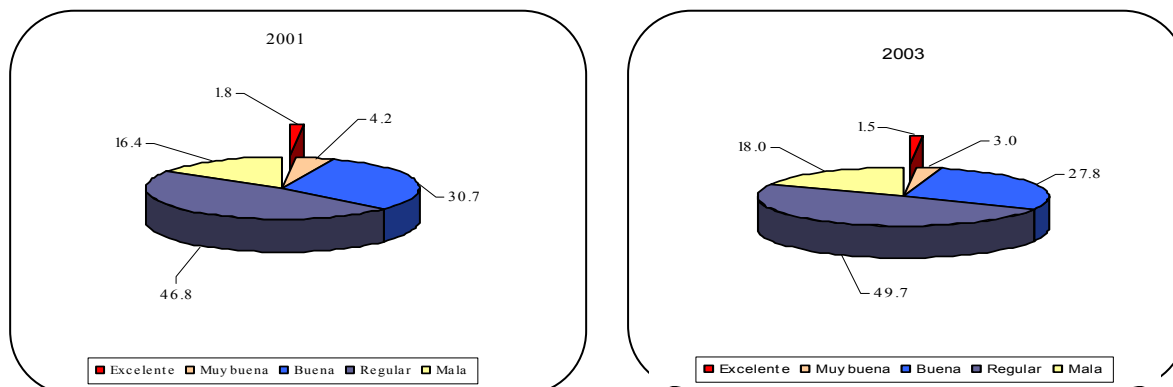
De manera general en 2003 empeora la percepción de la situación económica con respecto a 2001, percepción que empeora a medida que aumenta la edad. Así, en 2001, 33 por ciento de los hombres que consideraron su situación económica como mala y vivían en áreas menos urbanas pertenecían al grupo de edad de 70 años y más. Para el año 2003 este porcentaje se incrementó a 40.9 por ciento. En el área urbana el cambio fue de 25.7 a 31.2 por ciento. En el caso de las mujeres el cambio se presentó en el área menos urbana, pasando de 29.6 a 36.7 por ciento, mientras que en el área urbana, los porcentajes permanecieron casi invariables, de 30.1 se pasó a 31.1 por ciento.

4.1.3 Características de salud de los adultos mayores

Estado de salud percibido

La autopercepción del estado de salud puede estar condicionada por las características de cada persona, tales como, edad, sexo, enfermedades padecidas, situación económica. A su vez, la decisión de cuidar la salud esta influenciada directamente por los estilos de vida, el nivel educativo y los patrones culturales (Gutiérrez, 2001).

Gráfica 17. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según la percepción de su estado de salud, México, 2001 y 2003



Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

De manera similar a como ocurre con la situación económica, los adultos mayores perciben su estado de salud en su mayoría como regular, aumentando esta percepción en el año 2003. En contraste con lo anterior, quienes perciben su estado de salud como excelente son la minoría, 1.8 por ciento en 2001 y 1.5 por ciento en 2003. De esta manera, la tendencia es que el estado de salud se deteriore cada vez más tal como se observa en las gráficas anteriores. Tener una mala percepción del estado de salud, podría tener implicaciones en el desarrollo de síntomas depresivos en la población adulta mayor, más aún si esta mala percepción es ocasionada por la presencia de enfermedades crónicas, que en cierto grado podrían estar ocasionando incapacidad física, limitando a esta persona para realizar actividades de la vida diaria.

La percepción del estado de salud como excelente, tanto para hombres como para mujeres, predomina en el grupo de 50-59 años. Esto es de esperar, ya que en este grupo de edad, como se plasmó en los capítulos anteriores, se conserva un estado de salud, grado de independencia y autonomía mayor que en los demás grupos. No ocurre lo mismo en los demás grupos de edad y prueba de ello es el resultado de bajos porcentajes de quienes perciben su salud como excelente con respecto al primer grupo de edad. En contraste, es claro como la percepción del estado de salud malo aumenta cada vez que se pasa de un grupo de edad a uno superior, de modo que la percepción está directamente relacionada con la edad y ésta a su vez con un mayor deterioro. Al comparar por sexo, la tendencia muestra que son las

mujeres quienes perciben su estado de salud de manera más desfavorable que los hombres, posiblemente porque tienen mayor conciencia de su salud que los hombres, como también quienes viven en áreas menos urbanas son los que refieren un peor estado de salud, quizás por la falta de atención oportuna propiciada por la baja cobertura de servicios de salud en éstas áreas (ver anexo 12-a y 12-b).

Enfermedades crónicas

La exposición a diferentes factores riesgo para la salud durante el ciclo vital, provoca que las personas lleguen a la tercera edad con un estado de salud bastante deteriorado, esta situación es especialmente desfavorable para las mujeres (Gutiérrez, 2005). Las tres enfermedades crónicas referidas en esta investigación (hipertensión, diabetes y artritis) corresponden a las que los adultos mayores reportaron padecer principalmente como única patología (ver anexo 13-a y 13-b). En orden de importancia aparecen hipertensión, artritis y diabetes. Así, la pérdida de la salud es un factor de riesgo importante asociado con depresión y en muchos de los casos los síntomas depresivos aparecen después de la aparición de una enfermedad crónica (Gil, 2004).

La hipertensión esta asociada con la aparición de síntomas depresivos aunque, en algunas ocasiones lo que desencadena dicha aparición son algunos de los medicamentos utilizados para tratar la hipertensión o, la combinación de antihipertensivos y otros medicamentos al mismo tiempo (Ávila, 2006; OPS, 1999). La diabetes y la depresión están directamente relacionadas. Cuando el tratamiento de la diabetes es insuficiente, es posible que la depresión empeore, las reacciones a la insulina y el desarrollo de complicaciones como hemorragias o neuropatías, también pueden ser desencadenantes de la depresión (Popkin, 1989). Finalmente, varios estudios han investigado la relación entre artritis y depresión encontrando fuerte asociación. Dichos estudios sugieren además que la variable más asociada con la depresión en personas con artritis es el sexo, ya que son las mujeres las que con mayor frecuencia muestran dicha asociación. Los síntomas depresivos tienen una elevada prevalencia en pacientes con patologías de larga duración como la artritis. Tener artritis y depresión al mismo tiempo es uno de los predictores más confiables de discapacidad (Lozano, 2003).

Cuadro 11. Distribución porcentual de los adultos mayores que reportaron alguna de las tres enfermedades crónicas principales o, ninguna, por área de residencia, México, 2001 y 2003

H O M B R E	Lugar de residencia	2001				2003			
		Ning	Hipert	Diab	Artri	Ning	Hipert	Diab	Artri
M U J E R	Menos urbano	35.7	32.9	26.3	48.7	46.0	41.5	32.3	56.6
	Urbano	64.3	67.1	73.7	51.3	54.0	58.5	67.7	43.4
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	Menos urbano	32.5	32.0	31.8	30.9	41.4	40.2	35.8	34.5
	Urbano	67.5	68.0	68.2	69.1	58.6	59.8	64.2	65.5
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Lo primero que se observa es que las tres enfermedades se presentan en mayor medida en áreas urbanas, sin embargo pareciera ser que para 2003 las diferencias ya no son tan marcadas. La alta concentración presente en el año 2001 en el medio urbano, para el año 2003 comienza a diluirse, de manera que se vuelve más común padecer estas enfermedades en áreas menos urbanas tanto para hombres como para mujeres.

Si realizamos el análisis por grupo de edad, de todos los que padecen hipertensión la mayoría se encuentra en el grupo de 50-59 años, siendo mayor para las mujeres en ambos años y áreas. La diabetes presenta el mismo comportamiento en cuanto a distribución por grupos de edad se refiere, es decir que al igual que la hipertensión, ésta se concentra en el grupo de la prevejez. Mientras que de todos los afectados por la artritis, la mayoría se concentran en el grupo de 50-59 años para las mujeres tanto del área menos urbana como la urbana pero, para los hombres la situación varía, afectando principalmente en el grupo de 70 y más años. Por lo tanto pareciera ser que la artritis afecta a más temprana edad a las mujeres, mientras que son los hombres más jóvenes y del medio menos urbano los más afectados por dicha enfermedad, aunque para 2003 son los hombres de 50-59 años del medio urbano los que padecen en mayor medida la artritis (ver anexo 13-a y 13-b).

En términos generales, la presencia de las tres enfermedades en las mujeres, se concentra claramente en el grupo de 50-59 años, es decir, cuando las mujeres entran en la etapa de la vejez (a partir de los 60 años), lo hacen ya con una carga de morbilidad alta. Aunque los hombres presentan un

comportamiento similar, distan bastante de la carga de morbilidad que presentan las mujeres, en cuanto a la edad se refiere. Este comportamiento podría estar sustentando la realidad de que las mujeres se depriman en mayor medida que los hombres. En el caso particular de la artritis, que para los hombres se presenta a partir de los 70 años, con excepción del medio urbano en el año 2001 (ver anexo 13-a), podría estar indicando que la artritis es una patología propia de la mujer o, que ésta tiene ya una predisposición genética para desarrollarla más prontamente que los hombres pero, también podría estar relacionada con las clases de actividades que desempeñan hombres y mujeres, una vez que las de los hombres tradicionalmente han sido actividades que requieran de mayor destreza física, siendo de alguna manera más activos que las mujeres.

4.1.4 Prevalencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor

Actualmente se observa un incremento en la prevalencia de depresión, en personas jóvenes y de mediana edad, posiblemente ocasionada por cambios en los estilos de vida, mayor desempleo, estrés y, menor apoyo social resultado de la modernidad (OMS, 2001). Así, algunos autores han encontrado que varios factores sociodemográficos y del estado de salud se asocian con la presencia de síntomas depresivos, como el ser mujer, ser divorciado, no tener pareja, la comorbilidad, el escaso soporte social y, un desfavorable estado de salud, (Balmón, 2004). Otras investigaciones encuentran que una causa importante de la depresión es la relacionada con aspectos sociales, relacionados con la pérdida de vinculación laboral, la defunción de un familiar, la soledad y las dificultades económicas (Oquendo, 2003).

Cuadro 12. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, población general, por sexo, grupo de edad, México, 2001 y 2003

	Síntomas	2001					2003				
		Grupo de edad					Grupo de edad				
		50-59	60-64	65-69	70 y +	Total	50-59	60-64	65-69	70 y +	Total
Población general	Ninguno	16.3	13.5	11.3	10.1	13.8	14.3	12.1	11.6	8.7	12.0
	De 1 a 2	31.4	29.1	28.7	23.8	29.0	32.2	30.7	28.3	24.7	29.3
	De 3 a 5	30.0	31.4	32.1	34.2	31.4	28.9	31.0	33.2	33.6	31.2
	De 6 a 9	22.4	26.0	27.9	31.9	25.8	24.7	26.2	26.9	33.1	27.6
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Hombres	Ninguno	21.4	17.4	13.9	12.6	17.7	18.7	16.4	12.8	10.3	14.9
	De 1 a 2	36.4	33.4	34.7	27.3	33.6	37.9	37.7	33.5	27.6	34.2
	De 3 a 5	29.0	32.6	31.6	35.9	31.5	28.6	29.4	33.9	36.1	31.7
	De 6 a 9	13.2	16.6	19.8	24.3	17.2	14.8	16.5	19.8	26.0	19.2
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Mujeres	Ninguno	12.1	10.5	8.9	7.8	10.5	11.3	8.6	10.6	7.2	9.7
	De 1 a 2	27.2	25.8	23.1	20.7	25.0	28.4	25.0	23.9	22.0	25.5
	De 3 a 5	30.7	30.4	32.6	32.8	31.3	29.0	32.3	32.7	31.3	30.8
	De 6 a 9	30.0	33.3	35.3	38.7	33.1	31.3	34.1	32.9	39.4	34.0
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Efectuando el análisis por grupo de edad, en la población general la presencia de síntomas depresivos aumenta a medida que se incrementa la edad y esto sucede para los dos años estudiados. Sin embargo es de resaltar que buena parte de quienes integran el grupo de la prevejez (50-59) presentan una cantidad considerable de síntomas depresivos, en dicho grupo la mayoría (más del 50 por ciento) presentan entre 1 y 5 síntomas depresivos.

Al analizar por sexo y tomando a quienes tienen la mayor cantidad de síntomas (de 6 a 9), observamos que las mujeres son quienes presentan esta cantidad en mayor medida, con una marcada diferencia con respecto a los hombres, en contraste, quienes están más libres de síntomas depresivos (ningún síntoma) son los hombres, concordando con lo plasmado por Balmón, (2003). Para 2003, la presencia de síntomas depresivos parece aumentar en la población adulta mayor, pero muy levemente. Por área de residencia, los datos indican que existe mayor presencia de síntomas depresivos en las áreas

menos urbanas y, además estos síntomas aparecen a edades más tempranas en dichas áreas, resultado similar a lo planteado por la OMS (2001) (ver anexo 14-a y 14-b).

La bibliografía sobre depresión es amplia, aunque como se aclaró anteriormente, es de origen americano y europeo principalmente. No obstante, los resultados encontrados al realizar el análisis descriptivo, entre síntomas depresivos y algunas variables, sociodemográficas, de salud y económicas para la población mexicana, coinciden con la literatura revisada. Esto sugiere, que el proceso del desarrollo de síntomas depresivos en los adultos mayores mexicanos sigue el mismo curso que a nivel mundial.

De esta manera, con respecto al estado civil, el no estar unido (viudo, separado, divorciado) es factor que favorece el desarrollo de síntomas depresivos, según indican los datos, pues son estas personas quienes presentan mayor cantidad de síntomas depresivos (ver anexo 15). Concuere esto con lo planteado por Gómez (2004) y Berenzon (2005). El nivel educativo tiene efectos directos sobre la calidad de vida de las personas, aquellos que tienen un nivel más alto, tienen también mayor conocimiento para adaptarse a las situaciones que se presentan en el transcurso de la vida, los bajos niveles educativos que presentan los adultos mayores en la actualidad, son el reflejo de los rezagos de varias décadas pasadas, lo que representa una desventaja para ellos frente a otros grupos de edad (Zúñiga, 2004). Así, se encontró que un mayor nivel educativo esta asociado con la ausencia de síntomas depresivos, por ejemplo, en 2001, de todos los que no tienen ningún nivel educativo, 34.8 por ciento, presentaron de 6 a 9 síntomas, frente a 26 por ciento de quienes tienen algún grado de primaria y de todos los que tienen educación secundaria o más, sólo 15.2 por ciento presenta dicha cantidad de síntomas (ver anexo 16). Para el 2003, el comportamiento fue similar, 37 por ciento de quienes no tenían ningún gado de educación presentaron la mayor cantidad de síntomas (entre 6 y 9), frente al 28 por ciento de quienes tenían algún grado de primaria y 15 de quienes tenían algún grado de secundaria o más. De esta manera se encuentra lo mismo que lo expuesto por Swenson (2000) y Bello (2005), respecto del papel de la educación en la presencia de síntomas depresivos.

Con respecto a las variables sociales, también se coincide con lo dicho por Swenson (2000) y, Ramos (2003), una vez que para la población adulta mayor mexicana el tener unas buenas redes sociales, incide directamente en la presencia de síntomas depresivos. Así, de quienes reportaron no tener ningún tipo de red social, la mayoría tienen entre 3 y 9 síntomas depresivos, cantidad que va disminuyendo conforme la red social se hace más sólida (ver anexo 17).

Las variables económicas también tuvieron un comportamiento similar al de otras latitudes. Así, con respecto a la condición de actividad, se encontró que el estar laborando es un factor asociado con la ausencia de síntomas depresivos y el no trabajar pareciera ser un factor asociado para desarrollar dichos síntomas (ver anexo 18), hallazgos similares a los expuestos por Pando y Gómez (2004). En cuanto a la pensión por jubilación, quienes no la tienen son los que presentan la mayor cantidad de síntomas depresivos, en contraste quienes mayormente están libres de síntomas depresivos (ningún síntoma) son quienes poseen pensión por jubilación (ver anexo 19).

Con respecto a la variable de tenencia de vivienda, la cual se tomó como vivienda propia y no propia, en términos generales quienes tienen vivienda propia están relativamente menos expuestos a presentar la mayor cantidad de síntomas depresivos (de 6-9). Sin embargo el comportamiento entre quienes tienen vivienda propia y quienes no, es bastante homogéneo, es decir el hecho de no tener vivienda propia no parece ser un factor desencadenante o agravante para desarrollar síntomas depresivos (ver anexo 20).

En relación a la situación económica, se observó que en 2001, de quienes reportaron su situación económica como mala, la mayoría (45.2 por ciento) tienen la mayor cantidad de síntomas (6 a 9), porcentaje que se incrementó en 2003 a 48.7 por ciento. Entre tanto, de quienes reportaron su situación como excelente, la mayoría, 36.7 por ciento en 2001, están libres de síntomas, mientras que en 2003 este porcentaje disminuyó a 18.5 por ciento. En todo caso la tendencia es que a peor situación económica, existe una mayor frecuencia de síntomas depresivos (ver anexo 21), en acuerdo con lo hallado por Gómez (2004) y Berenzon (2005).

Finalmente con respecto a las variables de salud, mientras el estado de salud es peor, se presenta una mayor cantidad de síntomas. Esta situación se acentúa principalmente en 2003, donde del total de quienes tienen un estado de salud malo, 58.1 por ciento presentan de 6 a 9 síntomas depresivos, frente al 55.8 por ciento presentado en el año 2001 (ver anexo 22). Esto, es similar a lo escrito por, Swenson (2000), Ahn (2003), Gómez (2004), Schnittker y Salgado (2005) y Sandoval (en línea), con respecto a la relación entre estado de salud, enfermedades crónicas y depresión, descripción que también se cumple para el caso mexicano. De tal manera que, para en 2001 de quienes reportaron padecer las enfermedades crónicas seleccionadas previamente, la mayoría tenía de 6 a 9 síntomas depresivos. Para 2003 esta incidencia se ubica principalmente entre los 3 y 5 síntomas. De esta manera, los datos indican que el padecer cualquiera de las enfermedades referidas esta asociado con el desarrollar síntomas depresivos (ver anexo 23).

4.2 Modelos de regresión multinomial

Como se mencionó en el tercer capítulo se construyeron modelos de regresión multinomial tomando como variable dependiente los síntomas depresivos, para efectos del modelo se realizó una nueva reagrupación de los síntomas, quedando de la siguiente manera: entre 0 y 2, entre 3 y 5 y, entre 6 y 9 síntomas, tomando la categoría de entre 0 y 2 síntomas como la de referencia. La nueva recodificación obedece a criterios metodológicos y en ningún momento a criterios clínicos o médicos. Se unificaron los grupos de personas sin síntomas y quienes tienen uno o dos, por considerarlos bastante homogéneos en cuanto a cantidad de síntomas se refiere. Para efectos de análisis y tratando de obtener los modelos que se ajustaran de la manera más correcta, las variables se recodificaron de la siguiente manera:

Cuadro 13. Construcción de las variables para los modelos estadísticos

Variabes	Código	Categoría	Variabes	Código	Categoría
Síntomas depresivos	0	Entre 0 y 2	Artritis	0	No
	1	Entre 3 y 5		1	Si
	2	Entre 6 y 9			
Sexo	1	Hombres	Nivel educativo	0	Sin educación
	0	Mujeres		1	Con educación
Edad	0	50-64	Situación económica		
	1	65 y más		1	Buena
Estado civil	0	No unidos	Actividad económica	0	No trabaja
	1	Unidos		1	Trabaja
Percepción del estado de salud	0	Malo	Pensión por jubilación	0	Sin pensión
	1	Bueno		1	Con pensión
Hipertensión	0	No	Tenencia de la vivienda	0	No tiene
	1	Si		1	Si tiene
Diabetes	0	No	Red social	0	entre nula y baja
	1	Si		1	Entre media y alta

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Se formuló un modelo para cada área de residencia (menos urbana y urbana) y para cada uno de los dos años referidos, esto con el fin de identificar el papel que juegan las variables descritas en el análisis descriptivo con respecto a los síntomas depresivos por área de residencia. Los modelos se construyeron incluyendo una a una las variables, mismas que se incluyeron de acuerdo al marco conceptual y metodológico, hasta construir el modelo global (con todas las variables) que finalmente fue el que mejor se ajustó y sobre el cual se realizó el análisis y por lo tanto el que se incluye en el documento. Dichos modelos se construyeron con un 95 por ciento de confianza. El modelo que mejor se ajustó fue el global (el último en elaborarse) y por lo tanto el que se incluye en el documento.

4.2.1 Factores asociados con la presencia o ausencia de síntomas depresivos

La hipertensión, en la categoría de 3-5 síntomas no presenta asociación con la presencia de síntomas para el año 2001. En este año es factor asociado en el medio menos urbano y para la categoría de 6-9 síntomas. En el medio urbano es factor asociado con la presencia de síntomas depresivos, siendo 12 por ciento más probable tener entre 6 y 9 síntomas si se tiene hipertensión. En el año 2003, es factor

asociado en la categoría de 3-5 síntomas pero, únicamente en el medio menos urbano, mientras que en la categoría de 6-9 síntomas es factor asociado solo en el área menos urbana.

La diabetes, en el año 2001 no representó asociación con la presencia de síntomas en ninguna de las dos áreas de residencia y para ninguna de las categorías de síntomas depresivos. Para el año 2003, sólo resultó estar asociada con la presencia de síntomas en la categoría de 6-9 síntomas, pero para el medio menos urbano.

En cuanto a la percepción del estado de salud, en todos los casos, es decir, para ambas áreas de residencia, ambos años y ambas categorías de síntomas depresivos es la variable que presenta la mayor asociación con la presencia de síntomas, siendo siempre mayor dicha asociación en la categoría de 6-9 síntomas.

Las variables, sexo, edad, y estado civil, aparecen como factores asociados, para ambos años, áreas de residencia y categorías de síntomas depresivos, al igual que la educación, situación económica y pensión. La vivienda y las redes sociales se comportan de la misma manera. Las redes sociales por su parte, en el medio menos urbano pero del año 2001 no presentan asociación con un índice de riesgo relativo de 0.93.

Ahora bien, después de mirar la distribución y comportamiento de las variables en los diferentes modelos, veamos con base en los valores de los índices de riesgo relativo, cuáles son los factores asociados con la presencia y/o ausencia de síntomas depresivos.

Sin lugar a dudas, la mala percepción del estado de salud, es el atributo que presenta la mayor asociación con el desarrollo de síntomas depresivos. Por ejemplo, el tener una mala percepción del estado de salud indica que es alrededor de 5 veces más probable que se padezcan entre 6-9 síntomas en contraste con quienes perciben su estado de salud como bueno y comparados con aquellos que tienen entre 0-2 síntomas. Y alrededor de 2 veces más probable que se presenten entre 3-5 síntomas que quienes tienen una buena percepción del estado de salud y comparados con quienes tienen entre 0-2 síntomas. En el 2001, para la categoría de 6-9 síntomas la mala percepción del estado de salud representa la mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en el área menos urbana con un índice de riesgo relativo

de 5.90, frente a 5.32 en la urbana pero, para el año 2003, tal situación se invierte, apareciendo un índice de riesgo relativo de 5.25 en el área menos urbana y de 5.96 en la urbana.

Por su parte en la categoría de 3-5 síntomas, la mala percepción del estado de salud representa una mayor probabilidad en el área urbana, en los dos años, siendo mayor la diferencia en el año 2003, es decir, en el 2001, el índice de riesgo relativo fue de 2.25 en el área menos urbana frente a un 2.36 en la urbana, en el 2003 el índice de riesgo relativo fue de 2.19 en la menos urbana y de 2.35 en la urbana. Concluyendo, en cuanto al área de residencia se refiere, la mala percepción del estado de salud representa la mayor probabilidad para presentar síntomas depresivos en el área urbana, aumentando en 2003 con respecto al 2001 para la categoría de 6-9 y disminuyendo en la de 3-5 síntomas.

Con respecto a las enfermedades crónicas, la artritis aparece asociada con los síntomas depresivos en todos los casos, cuando se trata de menos síntomas (3-5) la probabilidad es mayor en el área urbana pero, cuando se trata de la mayoría de síntomas (6-9) la mayor probabilidad se presenta en las áreas menos urbanas.

La hipertensión, esta asociada con los síntomas en la categoría de 3-5 síntomas, sólo en el área menos urbana del año 2003, con un índice de riesgo relativo de 1.27, lo que significa que, padecer hipertensión incrementa la probabilidad de presentar entre 3-5 síntomas depresivos en 27 por ciento con respecto a quienes no la padecen y comparados con quienes tienen entre 0 y 2 síntomas depresivos. En la categoría de 6-9 síntomas, la hipertensión esta asociada en el área urbana y en el año 2003, en el resto de los casos, dicha patología incrementa la probabilidad de padecer entre 6 y 9 síntomas entre 0.2 y 45 por ciento, siendo el área menos urbana en el año 2003 donde se presenta la mayor probabilidad.

La diabetes es un factor asociado para desarrollar entre 3 y 5 síntomas únicamente en el área urbana y del año 2003, siendo el índice de riesgo relativo de 1.07. Es decir que, padecer diabetes en el área urbana incrementa en 0.7 por ciento la probabilidad de tener entre 3 y 5 síntomas con respecto a quienes no tienen la enfermedad y en contraste con quienes tienen entre 0 y 2 síntomas. Para la categoría de 6 a 9 síntomas solo aparece asociada en el área menos urbana pero del año 2003, siendo de 1.17, de

manera que, tener diabetes en el área menos urbana y en el año 2003, incrementa en 17 por ciento la probabilidad de desarrollar entre 6 y 9 síntomas depresivos.

En cuanto a las variables demográficas, para presentar entre 3 y 5 síntomas, la variable que representa mayor probabilidad es la edad en el medio menos urbano y para los dos años, de manera que, tener 65 años o más en el área menos urbana y en cualquiera de los dos años estudiados, incrementa la probabilidad de padecer entre 3 y 5 síntomas depresivos entre 32 y 39 por ciento para 2001 y 2003 respectivamente con respecto a quienes tienen menos de 65 años y comparados con quienes tienen entre 0 y 2 síntomas. Mientras que en el medio urbano y para la misma cantidad de síntomas, las variables que mayor asociación representan son el estado civil en el año 2001 y la educación en el 2003, así, no estar unido en el área urbana y en el 2001 representa 40 por ciento más probabilidad para desarrollar entre 3 y 5 síntomas que quienes están unidos, en relación con quienes tienen entre 0 y 2 síntomas. Y, el no tener ningún nivel educativo incrementa la probabilidad de padecer entre 3 y 5 síntomas en 33 por ciento en el medio urbano y en el 2003 que quienes tienen algún nivel de educación, con respecto a quienes tienen entre 0 y 2 síntomas.

En la categoría de 6 a 9 síntomas y con respecto a las variables demográficas el comportamiento es un poco diferente. En este caso, para el año 2001 y para las dos áreas de residencia la variable que mayor asociación representa es el estado civil, es decir, el no estar unido incrementa la probabilidad de padecer entre 6 y 9 síntomas depresivos en más de 200 por ciento en el área menos urbana y en 60 por ciento en el área urbana, con respecto a quienes si están unidos y comparándolos con quienes presentan entre 0 y 2 síntomas En el 2003, la variable con mayor asociación fue el sexo, ser mujer incrementa la probabilidad en más de 200 por ciento en el medio menos urbano y en 82 por ciento en el área urbana con respecto a los hombres y comparadas con quienes tienen entre 0 y 2 síntomas.

De las variables económicas, es totalmente claro que calificar la situación económica como mala es el atributo que esta representando la mayor probabilidad en cuanto a las variables económicas (situación económica, empleo, pensión por jubilación, tenencia de la vivienda) se refiere, en ambos años y áreas relacionadas, siendo mucho más grave la situación en el medio urbano y para el año 2003. Así,

tener una mala situación económica en el 2001, incrementa la probabilidad de presentar entre 6 y 9 síntomas depresivos en 96 por ciento para el área menos urbana y en más del 200 por ciento en el área urbana, mientras que para el año 2003, en el área menos urbana el incremento sería de 79 por ciento y de más del 200 por ciento en el área urbana, con respecto a quienes tienen una buena situación económica y comparados con aquellos que tienen entre 0 y 2 síntomas depresivos.

Finalmente la variable de las redes sociales, en el único caso que no aparece asociada con la presencia de síntomas depresivos es en el medio menos urbano y en el año 2001, en los demás casos si lo es. De modo que, tener una red social entre nula y baja, incrementa entre 22 y 24 por ciento probabilidad de presentar entre 6 y 9 síntomas en el año 2001, en el área urbana y menos urbana respectivamente, con respecto a quienes tienen una red social entre media y alta y comparados con quienes tienen entre 0 y 2 síntomas. Mientras que en el año 2003, para las áreas menos urbanas y urbanas respectivamente, tener redes entre nulas y bajas representa una probabilidad entre 17 y 28 por ciento mayor de padecer entre 6 y 9 síntomas que quienes tienen redes entre medias y altas, con respecto a quienes tienen entre 0 y 2 síntomas depresivos.

De tal modo podemos concluir que las variables que figuran como factores asociados, según los modelos de regresión multinomial propuestos y tomando como base principal para el análisis el modelo global (el que incluye todas las variables, en cada área de residencia y año estudiados), son: En primer lugar la mala percepción de salud, siendo la variable que más explica y con mayor significancia la presencia de síntomas depresivos. De las enfermedades crónicas, el padecer artritis es la variable que se consolida como factor asociado. La hipertensión sería la segunda variable (de las enfermedades crónicas) asociada, siéndolo principalmente en la categoría de 6-9 síntomas. Finalmente la diabetes es la enfermedad crónica que menor probabilidad representa, ya que en primer lugar sólo aparece en el año 2003 y, donde causa mayor problema es en el medio menos urbano, pues allí esta presente en la categoría de 6-9 síntomas.

En cuanto a las variables demográficas; ser mujer, tener más de 64 años, no estar unido y no tener ningún nivel educativo, son sin lugar a dudas factores asociados con el desarrollo de síntomas

depresivos. A su vez de las variables económicas (situación económica, empleo, pensión por jubilación, tenencia de la vivienda), el tener una mala situación económica, no tener pensión por jubilación y no tener vivienda propia son factores asociados con la presencia de síntomas depresivos, el no tener empleo es la variable económica que en el 2003 aparece como factor asociado pero sólo para la mayoría de los síntomas. La última variable incluida fue la de las redes sociales, el tener unas redes sociales entre nulas y bajas igualmente presenta asociación con el desarrollo de síntomas depresivos.

A manera de contraste, el ser hombre, menor de 65 años, estar unido, tener una buena percepción de la salud, no padecer artritis, ni hipertensión, tener algún grado de primaria o más, una situación económica buena, empleo, pensión por jubilación, una vivienda propia y, tener unas redes sociales entre medias y altas, son los atributos que según los modelos propuestos están actuando como factores asociados con la ausencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor de México.

Así, de los hallazgos arrojados a través del análisis descriptivo y posteriormente reforzados y confirmados con el análisis multinomial, los factores asociados con la presencia y/o ausencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor de México en los años 2001 y 2003, son afines con los encontrados en otros estudios de México y a nivel Latinoamericano y de otras latitudes (ver anexos 24-25).

CONCLUSIONES

A partir de la revisión teórica realizada a través de los dos primeros capítulos y del análisis descriptivo y multinomial, algunos de los hallazgos más importantes son los siguientes.

✧ La estructura de edad de la población mexicana esta envejeciendo y lo hará más en la medida que nuevas cohortes vayan ingresando en la etapa de adultos mayores, tal como lo revelan las proyecciones de población del CONAPO. Estos cambios en la estructura provocarán consecuencias a nivel individual, familiar, de los estados y a nivel nacional.

✧ La definición de adulto mayor, no es sólo cuestión de un rango de edad, es también una construcción social pero, a la vez ésta depende del propósito que se tenga o tópico que se este tratando, es decir, si se trata de aspectos relacionados con la salud, con la jubilación u otros. En México, el envejecer se manifiesta de manera diferente para hombres y mujeres. Mientras que los hombres viven la mayor parte de su vejez unidos, las mujeres por su parte viven como no unidas. Así, también las mujeres son quienes presentan los niveles más bajos de educación, reflejo de que fueron ellas quienes tuvieron menos oportunidades de acceso al sistema educativo que los hombres. Todo esto lleva a pensar que a pesar de que el envejecimiento es un proceso generalizado en México, se presenta con algunas diferencias al interior, siendo los adultos mayores mexicanos heterogéneos en cuanto a las cohortes generacionales a que pertenecen, lo que genera necesidades y demandas diferentes.

✧ En todo caso el comportamiento de los síntomas depresivos en los adultos mayores, sigue el mismo patrón que a nivel mundial. Los afectan los mismos aspectos que en otras latitudes. Pudiendo afirmar que la presencia de síntomas depresivos es multicausal o multifactorial.

✧ Un estado de salud deteriorado, es la mayor razón para presentar síntomas depresivos. La mala percepción de la salud podría estar directamente relacionada con la presencia de enfermedades crónicas, comunes en el segmento de la población adulta mayor, siendo la hipertensión, la diabetes y la artritis, las enfermedades que con mayor regularidad se diagnóstica a estas personas.

✧ Otro de los resultados importantes, es que los síntomas depresivos afectan no sólo a los adultos mayores (60 y más), sino que también se presenta en el grupo que hemos denominado como la prevejez (50-59) de manera importante.

✧ Algunos factores asociados con el desarrollo de síntomas depresivos son: ser mujer, mayor de 64 años, no estar unido, percibir el estado de salud como malo o regular, padecer hipertensión o artritis, tener nulos o bajos niveles de educación, tener una mala situación económica, ser desempleado, no tener pensión por jubilación, no tener vivienda propia, y, tener insuficientes redes sociales. A su vez, los factores asociados con la ausencia de síntomas depresivos son: ser hombre, ser menor de 65 años, estar unido, tener un estado de salud bueno (excelente, muy bueno, bueno), no tener enfermedades crónicas, tener algún grado de primaria o más, tener una buena situación económica, tener empleo, tener pensión por jubilación, tener vivienda propia y, tener redes sociales entre medias y altas.

✧ Ante este comportamiento podría decirse que la mayoría de los factores asociados con la presencia de síntomas depresivos son intervenibles. Así, por ejemplo, las enfermedades crónicas son prevenibles, fomentando el ejercicio, los buenos hábitos alimenticios y procurando que los adultos mayores tengan mejor y mayor acceso a los servicios médicos. Mejorando y previniendo las enfermedades, seguramente la percepción del estado de salud mejorará sustancialmente.

✧ En cuanto al nivel educativo, recordando lo encontrado en el análisis descriptivo, sería de esperar que en los próximos años el factor educación no sea factor asociado para desarrollar síntomas

depresivos, una vez que la tendencia es a que cada vez las cohortes de adultos mayores tendrán mayores niveles educativos.

✧ Los atributos de la mala situación económica, el desempleo, falta de pensión por jubilación y, tener vivienda propia, también son factores que se podrían intervenir y mejorar, pero con la situación actual, no se ve un panorama que pueda facilitar dicha intervención a corto plazo. En consecuencia, podría esperarse que en el futuro cercano estas variables, estén cada vez más asociadas con el desarrollo de síntomas depresivos.

✧ Las redes sociales podrían fomentarse creando sitios de convergencia para los adultos mayores, como grupos de socialización, creando espacios propicios para sus encuentros pero, finalmente la decisión de formar o no parte de las redes es una decisión personal.

✧ Finalmente las variables de: Ser mujer, ser mayor de 64 años y no estar unido, no son intervenibles directamente. Es decir, lo que se podría hacer en este caso, sería mejorar las condiciones de las mujeres para que su entorno sea un tanto favorable y no recaigan en ellas tantas cargas tradicionales como, ser las encargadas de cuidar de sus familiares, cuidar más de su salud, para que no vivan tanto tiempo con una alta carga de morbilidad, dada su mayor longevidad en comparación con los hombres. En cuanto a la edad, esta quizás dejará de ser factor asociado o al menos disminuirá, en la medida que quienes tengan esta edad, lleguen a ella en mejores condiciones.

✧ El estado civil, es tal vez la variable que no se puede intervenir.

✧ De tal modo, que siguiendo los objetivos propuestos, se identificaron los factores asociados con la presencia o ausencia de síntomas depresivos, se analizaron las características demográficas, económicas, sociales y de salud de la población adulta mayor de México para los dos años

estudiados y por área de residencia, como también se determinó la prevalencia de los síntomas depresivos, permitiendo a su vez responder la pregunta planteada. Asimismo, se confirmaron las hipótesis de partida.

✧ La revisión teórica realizada y los resultados expuestos, dan cuenta de la necesidad de realizar más estudios de carácter cuantitativo y cualitativo que posibiliten analizar las complejas interacciones entre variables de diferente índole y los síntomas depresivos en los adultos mayores, de manera que se pueda intervenir de la mejor forma, teniendo en cuenta las características propias de esta franja de la población.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, Diana et al, “Evaluación del componente afectivo de la depresión: Análisis factorial del ST/DEP revisado”, en *Salud Mental*, vol. 28, núm. 3, Junio de 2005. La Rioja, 2005.

Ahn, Namkee, et al, Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España, documento de trabajo 7, Fundación BBVA, Bilbao, 2003.

Arriaga, Eduardo E, “Problemas relacionados con la medición de la mortalidad”, en Bronfman, Mario y Gómez de León, José (compiladores), *La mortalidad en México., Niveles, tendencias y determinantes*, El Colegio de México, primera edición, pp. 143-164, México, 1988.

Arroyo, Jesús et al, *Migración rural hacia Estados Unidos, Un estudio regional en Jalisco*, Consejo Nacional para la cultura y las artes, México, 1991.

Ávila-Funes, José Alberto et al, “Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México”, en *Revista Panamericana de la Salud*, vol. 19, núm. 5, pp. 321-330, Washington DC , 2006.

Balmón Cruz, Carmen et al, “Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria”. Sección: Originales y revisiones”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 24, núm 90, pp. 9-20, Huelva, 2004.

Bandera, Joaquín, “Interacción y elaboración de la identidad en la tercera edad”, en Sanchez Vera, Pedro (editor), *Sociedad y población anciana*, Universidad de Murcia, pp. 77-110, Murcia, 1993.

Barquera Cervera, Simón et al, “Diabetes Mellitas”, Instituto nacional de salud Pública de México, 2005. En: http://www.insp.mx/Portal/Cuidados_salud/diabetes-INSP.pdf, consultado junio 6 de 2006.

Bautista, Leonelo et al, “Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia”, en *Salud Pública de México*, vol. 44. núm. 5, pp. 399-405, México, 2002.

Bello, Mariana et al, “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”, en *Salud pública de México*, vol. 47. Suplemento 1. México, 2005.

Benítez Zenteno, Raúl, “Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México”, en *CEPAL, Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*, Serie Seminarios y Conferencias núm 2, pp. 333-369, Santiago de Chile, 1993.

Berenzon Gorn, Shoshana, “Variables demográficas asociadas con la depresión: Diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos”, en *Salud Mental*, vol. 28, núm. 6, México, 2005.

Bonita, Ruth, *Mujeres, envejecimiento y salud, conservar la salud a lo largo de la vida*. Organización Mundial de la Salud, Primera edición, Ginebra, 1998.

Bronfman, Mario et al, “La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez”, en *Memorias del congreso latinoamericano de población y desarrollo*, vol. 1, Universidad autónoma de México, El colegio de México, México, 1983.

Bustamante, Miguel E et al, *La salud pública en México 1959-1982*. Secretaria de salubridad y asistencia, México, 1982.

Cabrera Acevedo, Gustavo, “El estado mexicano y las políticas de población”, en Alba, Francisco y Cabrera, Gustavo (compiladores), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, El Colegio de México, primera edición, pp. 345-370, México, 1994.

CEPAL, Naciones Unidas, *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas*, 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, 2003.

CEPAL, ONU, *Población, envejecimiento y desarrollo*, trigésimo período de sesiones de la CEPAL, 28 de junio al 2 de julio, San Juan, 2004.

Ceridwyn, Nancy, “La Salud Mental y el Envejecimiento. Los que cuidan a personas de edad se enfrentan ante riesgo de depresión”, en *Psiquiatría Pública*, vol. 11, núm. 5-6, Septiembre-Diciembre, Madrid, 1999.

Chasteland, Jean-Claude et al, “Conclusion Générale, La grande transformation démographique du XXI siècle”, en *La Population du Monde*, Institute Nationale D’etudes Démographiques, seconde édition revue et augmentée, pp. 755-768, Paris, 2002.

Chávez, Ana María, Segundo capítulo: “Panorama de la migración en México”, en *La nueva dinámica de la migración interna en México*, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias, Cuernavaca, 1998.

Chesnais, Jean-Claude, *El proceso de envejecimiento de la población*. Centro latinoamericano de demografía, Santiago, 1990.

CONAPO, Proyecciones de la población de México 2000-2050, CONAPO, México, en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>, consultado, febrero de 2006.

Desjarlais R, Eisenberg L, et al, 1995, citado en Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2001, *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, 2001.

Engler, T. A. y Peláez, M. B, *Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2002.

Escobero de la Peña, Jorge et al, “La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud”, en *Salud Pública de México*, vol, 37, núm. 1, pp. 37-46, México, 1995.

Federación Mundial de Salud Mental, “La salud mental y el envejecimiento”, en *Psiquiatría Pública*, vol. 11, núm. 5-6, Septiembre-Diciembre, Madrid, 1999.

García, Javier E et al, “Hipertensión arterial en la clínica”, Universidad de Guadalajara, Centro universitario de ciencias de la salud, Departamento de clínicas Médicas, En: <http://virtual.cucs.udg.mx/recursos/capitulo2.pdf>, consultado junio 10 de 2006.

Garrocho, Carlos et al, “La población adulta mayor en el área metropolitana de Toluca, 1999-2000”, en *Papeles de población*, núm. 45, año. 11, pp. 71-106, Toluca, 2005.

Gil Gregorio, Pedro, *Guía de buena práctica clínica en Geriatría, Depresión y Ansiedad*, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid, 2004.

Gómez Restrepo, et al, “Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXVI, nú. 1, Bogotá, 1997.

Gómez Restrepo, Carlos, “Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana”, en *Revista Panamericana de la Salud*, vol. 16, núm. 6, Diciembre, Washington, 2004.

González González, César Alfredo, *Funcionalidad y salud: Una tipología del envejecimiento en México*. Tesis de maestría, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, 2004.

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, “Morbilidad en la población mayor. El proceso de la transición epidemiológica”, en *Demos, Carta demográfica sobre México*, núm. 14, pp. 8, México, 2001.

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel et al, *Salud y envejecimiento de la población en México*, United Nations expert group meeting social and economic implications of changing population age structure, Population division, City México, 2005.

Ham Chande, Roberto, *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*, Miguel Ángel Porrúa, México, 2003.

INEGI, *La tercera edad en México*, México, 1993.

INMERSO, *Las personas mayores en España, Informe 2004, Tomo 1*, Madrid, 2004.

Jáuregui Díaz, José Alfredo, *Análisis de cohortes sobre la población con 60 y más en 1995*, Tesis de maestría, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, 2000.

Laslett, P, “The emergente of the third age”, en *Plenary address to the IUSSP general conference*, Montreal, 1993. Citado en Garrocho, Carlos et al, “La población adulta mayor en el área metropolitana de Toluca, 1999-2000”, en *Papeles de población*, núm. 45, año. 11, pp. 71-106, Toluca, 2005.

Lozano de Castro, Juan Guillermo et al, “Artritis reumatoidea y trastorno depresivo mayor”, en *Medunab*, vol. 6, núm. 18, Bucaramanga, 2003.

Luszcz MA, *Psychological ageing: Themes and variations. Inaugural Professorial Lecture*, Flinders University of South Australia, 1999.

Montes de Oca, Verónica, “¿Envejecimiento? Una discusión sobre la edad y su relación con el empleo, retiro y reproducción social”, en *Envejecimiento demográfico y empleo*, Secretará del trabajo y previsión social, pp. 61-98, México, 2000.

Morgan Leslie y Unkel Suzanne, *Aging the social context*, Pine Forge, Second edition, California, 2000.

Muñoz, Ricardo F, “La depresión y la salud de nuestros pueblos”, en *Salud Mental*, vol. 28, núm. 4, Agosto, La Rioja, 2005.

Negrete Salas, María Eugenia, “Envejecimiento y migración. Distribución geográfica de la población mayor”, en *Demos, Carta demográfica sobre México*, núm. 14, pp. 18-20, México, 2001.

Oquendo González, María Elena, et al “¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?”, en *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 19, núm. 2, pp. 162-166, Ciudad de la Habana, 2003.

Organización Mundial de la Salud, *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vida. Repercusiones para la capacitación*. Ginebra, 2000.

Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2001, *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, 2001.

Organización Mundial de la Salud, *Hombres, envejecimiento y salud, Conservar la salud a lo largo de la vida*, departamento de prevención de las enfermedades no trasmisibles y promoción de la salud, unidad de envejecimiento y el curso de la vida, Ginebra, 2001.

Organización Mundial de la Salud, *Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio*, Informe global, ISBN: 92 72 32454 9, Ginebra, 2002.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Envejecimiento activo: Un marco político*. Programa de envejecimiento y ciclo de vida, Organización Mundial de la Salud. Segunda asamblea mundial de las naciones unidas sobre el envejecimiento, Madrid, 2002.

Organización Mundial de la Salud, *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*, Washington, 2004.

Organización Mundial de la Salud, *Invertir en Salud Mental*, Ginebra, 2004 **a**.

Organización Mundial de la Salud, *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*, Informe compendiado, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias y, Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, Ginebra, 2004 **b**.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Condiciones de salud en las Américas, vol. I, pp. 145-147, 1990.

Organización Panamericana de la Salud, “Información farmacológica: Reacciones adversas”, en *Revista Cubana Panamericana de la Salud*, vol. 5, núm. 3, Washington DC, 1999.

Organización Panamericana de la Salud, *La salud y el envejecimiento*, 36ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, DC, 2002.

Organización Panamericana de la Salud, e Instituto Merck de envejecimiento y salud, *El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe*, Washington, 2004.

Ondorica Mellado, Manuel, “Evolución demográfica y estudios de población en México”, en Alba, Francisco y Cabrera, Gustavo (compiladores), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, El Colegio de México, primera edición, pp. 29-52, México, 1994.

Ortega Alarcón, Martha, “Hacia una vejez y seguridad social inciertas”, en Vázquez Palacios, Felipe, (compilador), *Contando nuestros días: Un estudio antropológico sobre la vejez*, CIESAS, primera edición, pp. 147-186, México, 2003.

Pando Moreno, Manuel et al, *Salud y enfermedad mental en la tercera edad*, Universidad de Guadalajara, Primera edición, México, 2004.

Partida Bush, Virgilio, et al, “El cambio epidemiológico reciente”, en *La situación demográfica de México*, pp. 17-27, México, 2002.

Partida Bush, Virgilio, “Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050”, en *Demos, Carta demográfica sobre México*, núm. 14, pp. 6, México, 2001.

Popkin, Michael K et al, “Depresión and patients with diabetes mellitus”, en *Depesion and coexisting disease*, IGAKU-SHOIN, pp. 7382, New York, 1989.

Ramos, Marilia et al, “Social Relationships and Depressive Symptoms Among Older Adults in Southern Brazil”, en *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 58B, núm. 4, pp. 253-261, 2003.

Rendón Gan, Teresa, “Doble Jornada femenina y bajos salarios”, en *Demos, Carta demográfica sobre México*, núm. 16, pp. 16-17, México, 2003-2004.

Riesco Vazquez, Emilia et al, “La ancianidad, un producto social”, en Sánchez Vera, Pedro (Editor), *Sociedad y población anciana*, Universidad de Murcia, pp. 111-159, Murcia, 1993.

Rowe JW, et al, *Human aging: Usual and successful*, Science, 1987.

Ruiz, Benito et al, “Hablemos de... artrtrtis reumatoide ¿Por qué un tratamiento precoz en la artritis reumatoide?”, en *Revista Medifan*, vol. 11, núm. 6, Madrid, 2001.

Salgado de Zinder, V Nelly et al, “No hacen viejos los años, sino los daños: Envejecimiento y salud en varones rurales”, en *Salud pública de México*, vol. 47, núm. 4, México, 2005.

Sandoval de Escordia, Juan Martín, et al, *La Salud Mental en México*, Servicio de investigación y análisis, División de Política Social, en: <http://www.cddhcu.gob.mx/biblio./publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf.pdf>. Consultado enero de 2006.

Secretaria de Salud, *Programa de acción: Atención al envejecimiento*, México D.F, 2001.

Secretaria de Salud, Informe, *Salud: México 2004, Información para la rendición de cuentas*, Segunda edición, México D.F, 2005.

Schnittker, Jason, “Chronic illness and depressive symptoms in late life”, en *Journal Social Science and Medicine*, vol. 60, núm. 1, Philadelphia, 2005.

Sepúlveda Amor, Jaime et al, “La salud pública en México”, en Aréchiga, Hugo y Benítez Bribiesca, Luis (coordinadores), *Un siglo de ciencias de la salud en México*, Consejo nacional para la cultura y las artes, primera edición, pp. 315-347, México, 2000.

Swenson Carolyn, J, et al, “Depressive Symptoms in Hispanic and Non-Hispanic white Rural Elderly The San Luis Valley y Health and Aging Study”, in *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, núm. 11, U.S.A, 2000.

Takeshita, Junji et al, “Are depressive symptoms a risk factor for mortality in elderly Japanese American men?: The Honolulu-Asia Aging study”, in *The American Journal of psychiatry*, vol. 159, núm. 7, 2002. En: <http://ajp.psychiatryonline.org>.

Tuesca Molina, Rafael et al, “Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas” en *Revista española de salud pública*, vol. 77, núm. 5, Madrid, 2003.

Vázquez Palacios, Felipe, (compilador), *Contando nuestros días, un estudio antropológico sobre la vejez*, CIESAS, primera edición, México, 2003.

Vera Bolaños, Marta, *La teoría de la transición epidemiológica*, documentos de investigación, El Colegio Mexiquense, A.C, México, 1999.

Villa, Miguel et al, El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: Una expresión de la transición demográfica, Centro Latinoamericano de y Caribeño de Demografía, CELADE, Serie: Seminarios y conferencias, No. 2, Santiago de Chile, 2000

Wong. Rebeca. “Bienestar económico de la Población de Edad Media y Avanzada en México: Primeros resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México”. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos en Redes Sociales de Apoyo a las Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. CELADE. División de Población de CEPAL. 9-12 diciembre. Santiago de Chile. 2002.

Ybáñez Zepeda, Elmyra, *Envejecimiento demográfico en México. Importancia de los ingresos durante la vejez*, Tesis de doctorado, El Colegio de México, México D.F, 2001.

Zavala de Cosío, María E, “Políticas de población en México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 1, año. LII, pp. 15-32, México, 1990.

Zuñiga Herrera, Elena, et al, “Mortalidad de la población de 60 años o más”, en *La situación demográfica de México*, México, 2004.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

1-a. Edad: Edad desplegada

1-b. Sexo

Sexo	
1	Hombre
2	Mujer

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-c. Área de residencia

Tamaño de la localidad

Menor 100000 hab

100000 hab o más

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-d. Estado civil

Estado civil		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Actualmente usted es?	Soltero	1
	Casado	2
	Vive en unión libre	3
	Divorciado	4
	Separado de Unión libre	5
	Separado de Matrimonio	6
	Viudo de Unión libre	7
	Viudo de Matrimonio	8

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-e. Nivel educativo

Nivel educativo		
Pregunta	Respuestas	Código
¿Cuál es el último año o grado que usted aprobó en la escuela?	Ninguno	0
	Primaria	1
	Secundaria	2
	Carrera técnica o comercial	3
	Preparatoria o bachillerato	4
	Normal básica	5
	Profesional	6
	Posgrado	7

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-f. Redes sociales

Vecinos		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Además de las personas que viven aquí con usted?	¿Tiene parientes que vivan en esta misma localidad, barrio o colonia?	1. Si 2. No
	¿Tiene buenos amigos que vivan en su mismo barrio o colonia?	
	¿Cómo cuantas veces al mes plática con sus vecinos o tiene visitas sociales?	--- Número de veces 30. Todos los días
	¿Tiene vecinos o amigos con los que pueda contar para cosas del diario, como traer comida si usted se enferma, o traerle algo de la tienda?	1. Si 2. No

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-g. Condición de actividad

Actividad				
Pregunta	2001		2003	
	Respuesta	Código	Respuesta	Código
¿La semana pasada usted?	Trabajó	1	Trabajo	1
	Tenía empleo pero no trabajó	2	Busca trabajo	2
	Buscó trabajo	3	No trabaja	3
	Es estudiante	4		
	Hogar	5		
	No trabajó	6		

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-h. Pensión

Pensiones		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Excluyendo otros ingresos, durante el año pasado recibió usted ingreso por pensiones de?	Jubilación	1. Si 2. No

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-i. Tenencia de la vivienda

Tenencia de la vivienda		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Esta vivienda/Unidades?	Rentada o alquilada	1
	Prestada	2
	Privada o se esta pagando	3
	Otro	7

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-j. Situación económica

Situación económica		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Diría usted que su situación económica es?	Excelente	1
	Muy buena	2
	Buena	3
	Regular	4
	Mala	5

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-k. Percepción del estado de salud

Estado de salud		
Pregunta	Respuestas	Código
¿Diría usted que su salud es?	Excelente	1
	Muy buena	2
	Buena	3
	Regular	4
	Mala	5

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-l. Enfermedad crónica diagnosticada

Enfermedades crónicas		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que tiene usted (enfermedad)...?	Hipertensión	1. Si 2. No
	Diabetes	
	Cáncer	
	Enfermedad pulmonar	
	Enfermedad del corazón	
	Embolia cerebral	
	Artritis	

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

1-m. Síntomas depresivos

Síntomas depresivos		
Pregunta	Respuesta	Código
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:	¿Se ha sentido deprimido?	1. Si 2. No
	¿Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?	
	¿Ha sentido que su sueño era intranquilo?	
	¿Se ha sentido feliz?	
	¿Se ha sentido solo?	
	¿Ha sentido que disfrutaba de la vida?	
	¿Se ha sentido triste?	
	¿Se ha sentido cansado?	
	¿Ha sentido que tenía mucha energía?	

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 2. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según sexo, México, 2001 y 2003

Sexo	2001	2003
	%	%
Hombre	45.8	43.6
Mujer	54.2	56.4
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 3-a. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según grupo de edad, México, 2001 y 2003

Grupos de edad	2001	2003
	%	%
50-59	47.3	39.3
60-64	17.3	19
65-69	13.5	15
70 y más	22	26.7
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 3-b. Evolución de la proporción de la población adulta mayor, México, 2000-2050

Año	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Porcentaje	6.8	8.8	12.5	17.5	23.0	28.0

Fuente: Elaboración propia con base en Ham, 2003 y proyecciones del CONAPO

Anexo 4. Distribución porcentual de la población adulta mayor según lugar de residencia, México, 2001 y 2003

Tamaño de la zona de residencia	2001	2003
Menos de 100000	33.4	41.7
Igual o mayor a 100000	66.6	58.3
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 5. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según sexo, grupo de edad y lugar de residencia, México, 2001 y 2003

Grupo de edad	2001				2003			
	Menos urbano		Urbano		Menos urbano		Urbano	
	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
50-59	46.1	53.9	45.1	54.9	41.3	58.7	39.1	60.9
60-64	45.6	54.4	42.3	57.7	47.0	53.0	43.0	57.0
65-69	50.3	49.7	46.2	53.8	47.8	52.2	43.7	56.3
70 y +	53.1	46.9	44.2	55.8	50.7	49.3	44.2	55.8
Total	48.3	51.7	44.6	55.4	46.1	53.9	41.8	58.2

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 6. Distribución porcentual de la población adulta mayor según estado civil, México, 2001 y 2003

Grupo de edad	2001				2003			
	Menos urbano		Urbano		Menos urbano		Urbano	
	Unidos	No unidos	Unidos	No unidos	Unidos	No unidos	Unidos	No unidos
50-59	45.5	23.6	52.7	34.3	36.0	17.4	41.1	26.6
60-64	17.3	15.6	16.5	13.5	19.8	15.9	20.8	14.8
65-69	15.1	14.8	13.3	14.3	15.9	16.1	15.4	15.4
70 y +	22.2	46.0	17.4	37.9	28.2	50.6	22.6	43.2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
50-59	54.0	29.3	59.3	36.3	49.4	23.7	55.5	27.9
60-64	19.0	18.8	18.0	17.1	19.3	17.3	19.0	18.6
65-69	12.8	16.0	11.1	14.4	13.5	17.3	12.6	16.3
70 y +	14.2	36.0	11.6	32.3	17.8	41.8	12.9	37.2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 7-a. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según tipo de red social, México, 2001

H O M B R E	Grupo de edad	2001							
		Menos urbano				Urbano			
		Nula	Baja	Media	Alta	Nula	Baja	Media	Alta
	50-59	28.8	33.8	43.3	42.8	47.7	47.3	52.2	49.0
	60-64	25.0	19.9	16.3	16.7	15.3	15.3	16.0	17.1
	65-69	9.6	15.2	14.6	15.6	9.5	14.9	12.9	14.4
	70 y más	36.5	31.2	25.8	24.9	27.5	22.5	19.0	19.4
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	50-59	41.0	41.8	45.4	47.2	48.4	48.2	50.8	47.2
	60-64	26.2	20.4	16.7	19.9	17.1	16.7	17.1	19.2
	65-69	8.2	12.9	15.3	13.5	10.7	14.4	12.3	11.9
	70 y más	24.6	25.0	22.6	19.4	23.8	20.7	19.8	21.7
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 7-b. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según tipo de red social, México, 2003

H O M B R E	Grupo de edad	2003							
		Menos urbano				Urbano			
		Nula	Baja	Media	Alta	Nula	Baja	Media	Alta
	50-59	31.8	25.6	30.8	30.5	33.6	32.6	34.7	38.3
	60-64	9.1	20.6	19.6	16.8	16.8	18.1	22.0	17.5
	65-69	13.6	14.6	15.1	19.5	10.5	14.6	14.8	15.8
	70 y más	45.5	39.2	34.5	33.2	39.2	34.8	28.4	28.4
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	50-59	36.4	36.3	36.9	38.6	42.6	39.9	41.8	37.8
	60-64	16.2	17.8	18.2	19.7	17.4	18.0	19.9	20.8
	65-69	15.2	14.1	16.6	15.0	12.0	14.7	14.8	15.2
	70 y más	32.3	31.7	28.4	26.7	27.9	27.4	23.5	26.3
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 8-a. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según condición de actividad, México, 2001

H O M B R E	Grupo de edad	2001			
		Menos urbano		Urbano	
		Labora	No labora	Labora	No labora
	50-59	51.3	17.5	62.2	22.7
	60-64	17.9	14.3	15.5	17.2
	65-69	13.3	19.4	11.2	18.2
	70 y más	17.4	48.9	11.0	42.0
	Total	100	100	100	100
M U J E R	50-59	57.9	41.1	68.5	42.6
	60-64	19.6	19.0	15.0	18.4
	65-69	10.2	15.3	8.3	14.2
	70 y más	12.2	24.6	8.2	24.8
	Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 8-b. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según condición de actividad, México, 2003

H O M B R E	Grupo de edad	2003			
		Menos urbano		Urbano	
		Labora	No labora	Labora	No labora
	50-59	41.7	11.6	51.1	16.6
	60-64	20.8	15.3	20.9	17.8
	65-69	15.6	16.6	13.6	18.5
	70 y más	21.9	56.4	14.3	47.1
	Total	100	100	100	100
M U J E R	50-59	53.6	35.9	61.1	37.2
	60-64	18.7	18.5	20.1	18.4
	65-69	13.5	15.3	9.7	15.8
	70 y más	14.2	30.3	9.1	28.6
	Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 9-a. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según pensión por jubilación, México, 2001

Características	2001	2003
Si tiene pensión	11.8	14.5
Hombre	52.0	64.0
Mujer	48.0	36.0
Urbano	81.0	76.0
Menos urbano	19.0	24.0

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 9-b. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según pensión por jubilación, México, 2003

H O M B R E	Grupo de edad	2001				2003			
		Menos urbano		Urbano		Menos urbano		Urbano	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	50-59	12.6	43.9	18.0	56.1	8.4	34.1	10.9	47.5
	60-64	20.5	16.7	20.3	15.2	22.7	16.9	19.7	18.8
	65-69	25.2	14.2	22.4	11.7	23.6	15.2	21.2	11.6
	70 y más	41.7	25.2	39.3	17.1	45.3	33.7	48.1	22.2
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	50-59	32.2	46.1	34.4	50.9	13.5	38.0	27.0	41.7
	60-64	28.1	18.4	24.4	16.6	23.0	18.3	24.7	18.5
	65-69	15.7	13.8	16.8	12.0	24.3	15.1	17.4	14.4
	70 y más	24.0	21.7	24.4	20.6	39.2	28.6	30.8	25.4
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 10-a. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según tenencia de la vivienda, México, 2001

Características	2001	2003
Propia	85.0	85.0
Hombre	46.0	34.5
Mujer	54.0	65.5
Menos urbano	35.3	42.1
Urbano	64.7	57.9

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 10-b. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según tenencia de la vivienda, México, 2003

H O M B R E	Grupo de edad	2001				2003			
		Menos urbano		Urbano		Menos urbano		Urbano	
		Propia	No propia	Propia	No propia	Propia	No propia	Propia	No propia
	50-59	40.9	46.9	49.5	50.8	30.0	28.8	35.7	30.7
	60-64	17.1	15.8	16.4	14.3	17.9	17.9	19.0	19.5
	65-69	15.4	11.2	13.9	11.3	16.5	17.9	15.2	13.4
	70 y más	26.6	26.0	20.2	23.6	35.7	35.3	30.0	36.4
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	50-59	45.4	44.7	49.2	46.8	37.3	35.6	40.9	36.0
	60-64	19.1	17.7	17.1	19.6	18.5	17.6	19.2	18.8
	65-69	13.7	14.9	13.0	11.1	15.7	13.9	15.0	13.4
	70 y más	21.8	22.8	20.7	22.5	28.5	32.9	24.9	31.8
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 11. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según situación económica, México, 2001 y 2003

	2001	2003
Excelente	0.5	0.6
Muy buena	1.5	1.3
Buena	18.5	17.1
Regular	62.9	63.8
Mala	16.7	17.2
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 12-a. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según estado de salud percibido, México, 2001

H O M B R E	Percepción del estado de salud	2001									
		Menos urbano					Urbano				
		50-59	60-64	65-69	70 y +	Total	50-59	60-64	65-69	70 y +	Total
	Excelente	1.4	1.5	0.7	0.6	1.1	4.0	2.2	2.4	1.3	3.0
	Muy buena	5.0	2.3	2.7	1.3	3.2	8.4	6.9	6.0	4.7	7.1
	Buena	37.7	34.6	28.9	24.7	32.4	42.0	36.5	32.0	32.4	37.8
	Regular	44.0	47.5	45.2	43.1	44.5	37.8	40.9	45.3	42.7	40.3
	Mala	11.8	14.1	22.6	30.3	18.7	7.8	13.5	14.3	18.8	11.9
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	Excelente	0.6	0.2	0.3	0.0	0.4	2.3	1.4	2.1	1.3	1.9
	Muy buena	2.1	2.2	0.3	1.7	1.8	4.2	2.5	4.0	2.6	3.6
	Buena	24.2	26.8	19.1	19.0	22.8	32.3	27.3	24.7	20.6	28.0
	Regular	56.6	51.7	52.3	43.3	52.2	49.0	51.7	51.7	52.9	50.6
	Mala	16.5	19.0	27.9	36.0	22.8	12.2	17.1	17.5	22.6	15.9
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 12-b. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según estado de salud percibido, México, 2003

H O M B R E S	Percepción del estado de salud	2003									
		Menos urbano					Urbano				
		50-59	60-64	65-69	70 y +	Total	50-59	60-64	65-69	70 y +	Total
	Excelente	1.4	2.1	1.4	0.7	1.3	3.1	2.3	1.4	1.5	2.3
	Muy buena	3.4	2.8	2.3	1.8	2.6	4.6	5.2	5.5	3.6	4.6
	Buena	34.3	29.6	25.1	19.0	27.0	40.3	36.6	30.4	32.3	36.0
	Regular	49.0	49.8	48.3	49.7	49.3	43.8	45.2	47.2	44.1	44.7
	Mala	11.9	15.7	22.9	28.7	19.8	8.1	10.6	15.4	18.5	12.5
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	Excelente	0.5	0.4	0.5	0.6	0.5	1.4	2.4	1.3	1.4	1.6
	Muy buena	2.0	1.2	1.3	1.3	1.6	3.8	3.1	2.0	2.6	3.1
	Buena	22.1	20.0	21.4	18.4	20.6	30.2	24.6	27.0	23.3	27.0
	Regular	57.3	54.9	52.2	48.2	53.6	51.2	51.4	51.2	50.8	51.1
	Mala	18.1	23.5	24.5	31.5	23.7	13.4	18.5	18.6	21.9	17.1
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 13-a. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según enfermedades crónicas, México, 2001

H O M B R E	Grupo de edad	2001						2003					
		Menos urbano			Urbano			Menos urbano			Urbano		
		Hip	Diab	Artr	Hip	Diab	Artr	Hip	Diab	Artr	Hip	Diab	Artr
	50-59	39.1	48.8	34.4	47.4	49.4	34.2	29.1	33.3	22.2	33.6	38.2	27.4
	60-64	18.0	18.6	20.1	17.0	16.2	17.6	17.6	26.7	17.0	21.3	20.5	17.0
	65-69	19.2	11.6	12.2	15.7	15.4	11.6	17.6	14.3	20.5	18.1	18.2	11.9
	70 y +	23.7	20.9	33.3	19.9	19.1	36.7	35.6	25.7	40.3	27.1	23.2	43.7
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	50-59	46.8	55.0	39.3	49.2	45.8	41.2	41.3	46.3	33.1	41.0	42.5	43.0
	60-64	18.8	20.0	19.7	19.4	22.9	18.7	18.9	15.4	14.9	19.3	21.7	17.7
	65-69	13.3	12.0	13.9	12.1	14.0	14.8	12.2	21.1	17.7	16.1	15.4	12.5
	70 y +	21.1	13.0	27.2	19.4	17.3	25.4	27.6	17.1	34.3	23.6	20.4	26.7
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 13-b. Distribución porcentual de la población adulta mayor, según enfermedades crónicas, México, 2003

2001			2003		
Dos de las tres patologías principales al mismo tiempo					
Hipertensión y Diabetes	Diabetes y Artritis	Hipertensión y Artritis	Hipertensión y Diabetes	Diabetes y Artritis	Hipertensión y Artritis
8.7	3.9	10.4	6.1	1.3	5.6
Las tres patologías al mismo tiempo					
2.6			2.2		
Una de las tres principales patologías y cualquier otra al mismo tiempo					
Hipertensión y Otra	Diabetes y Otra	Artritis y Otra	Hipertensión y Otra	Diabetes y Otra	Artritis y Otra
37.6	15.8	20.4	36.1	16.7	18.5
Sólo una de las tres patologías principales					
Hipertensión	Diabetes	Artritis	Hipertensión	Diabetes	Artritis
17.5	5.2	7.6	17.9	5.8	7.2

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 14-a. Distribución porcentual de la población adulta mayor según cantidad de síntomas depresivos, por grupo de edad, sexo y área de residencia, México, 2001

	Síntomas	2001									
		Menos urbano					Urbano				
		50-59	60-64	65-69	70 y +	Total	50-59	60-64	65-69	70 y +	Total
H O M B R E	Ninguno	18.5	16.7	10.3	9.4	14.6	22.7	17.7	16.1	14.8	19.3
	De 1 a 2	37.0	31.7	31.6	25.2	32.2	36.1	34.5	36.6	28.8	34.4
	De 3 a 5	29.7	33.7	34.9	36.3	32.9	28.8	31.9	29.6	35.6	30.8
	De 6 a 9	14.8	17.9	23.3	29.1	20.4	12.5	15.9	17.7	20.9	15.5
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	Ninguno	10.2	9.6	7.4	6.0	8.8	13.0	10.9	9.7	8.7	11.3
	De 1 a 2	25.7	22.4	19.1	18.3	22.6	27.8	27.5	25.2	21.8	26.2
	De 3 a 5	30.4	33.0	36.6	30.5	31.8	30.8	29.2	30.6	33.9	31.1
	De 6 a 9	33.7	35.0	36.9	45.2	36.9	28.3	32.4	34.5	35.6	31.4
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 14-b. Distribución porcentual de la población adulta mayor según cantidad de síntomas depresivos, por grupo de edad, sexo y área de residencia, México, 2003

H O M B R E	Síntomas	2003									
		Menos urbano					Urbano				
		50-59	60-64	65-69	70 y +	Total	50-59	60-64	65-69	70 y +	Total
	Ninguno	14.4	14.1	10.7	8.1	11.7	21.5	18.1	14.5	12.4	17.4
	De 1 a 2	37.6	36.4	31.1	22.6	31.5	38.1	38.8	35.5	32.4	36.4
	De 3 a 5	30.7	30.5	36.2	41.2	34.9	27.2	28.5	32.0	31.1	29.2
	De 6 a 9	17.3	19.0	22.0	28.1	21.8	13.2	14.5	18.0	24.1	17.0
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
M U J E R	Ninguno	9.90	5.60	7.50	6.00	7.70	12.3	10.6	12.7	8.1	11.0
	De 1 a 2	26.4	23.1	23.5	20.3	23.7	29.5	26.2	24.2	23.3	26.7
	De 3 a 5	28.4	30.8	35.7	28.5	30.0	29.4	33.4	30.6	33.5	31.3
	De 6 a 9	35.3	40.5	33.3	45.2	38.6	28.8	29.9	32.6	35.1	31.0
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 15. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según su estado civil, México, 2001 y 2003

Cantidad de síntomas	2001			2003		
	Unido	No unidos	Total	Unidos	No unidos	Total
Sin síntomas	15.3	10.3	13.8	12.9	10.0	12.0
De 1 a 2	31.5	23.3	29.0	32.0	23.4	29.3
De 3 a 5	31.1	32.1	31.4	31.2	31.1	31.2
De 6 a 9	22.1	34.3	25.8	23.9	35.5	27.6
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 16. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según nivel educativo, México, 2001 y 2003

Cantidad de síntomas	2001				2003			
	Ninguno	Primaria	Secundaria y +	Total	Ninguno	Primaria	Secundaria y +	Total
Sin síntomas	8.8	12.0	23.8	13.8	7.4	10.8	20.4	12.0
De 1 a 2	24.1	29.3	33.7	28.9	22.2	29.3	37.4	29.3
De 3 a 5	32.3	32.7	27.3	31.4	33.4	31.9	26.7	31.2
De 6 a 9	34.8	26.0	15.2	25.8	37.0	28.1	15.5	27.6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 17. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según el tipo de red social, México, 2001 y 2003

Tipo de red social	2001					2003				
	Nula	Poca	Aceptable	Consolidada	Total	Nula	Poca	Aceptable	Consolidada	Total
Sin síntomas	8.4	12.3	13.5	15.5	13.7	8.3	9.9	11.6	12.4	11.2
De 1 a 2	29.1	29.3	28.7	28.8	28.9	25.2	25.8	29.0	27.9	27.6
De 3 a 5	31.8	30.6	32.8	30.6	31.5	29.4	33.0	30.2	30.1	30.8
De 6 a 9	30.7	27.7	25.0	25.1	25.9	37.1	31.3	29.2	29.6	30.4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 18. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según su condición de actividad, México, 2001 y 2003

Cantidad de síntomas	2001			2003		
	Labora	No labora	Total	Labora	No labora	Total
Sin síntomas	16.8	11.3	14.3	14.9	9.8	12.0
De 1 a 2	33.7	25.0	29.7	34.7	25.3	29.3
De 3 a 5	30.4	31.8	31.0	30.5	31.7	31.2
De 6 a 9	19.1	32.0	25.0	19.9	33.2	27.5
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 19. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según pensión de jubilación, México, 2001 y 2003

Cantidad de síntomas	2001			2003		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Sin síntomas	16.4	13.4	14.8	14.1	10.8	11.2
De 1 a 2	32.8	28.6	29.0	34.7	26.2	27.5
De 3 a 5	31.1	32.5	31.4	29.5	31.0	30.8
De 6 a 9	21.7	27.5	26.8	21.8	32.0	30.5
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 20. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según tenencia de la vivienda, México, 2001 y 2003

Síntomas depresivos	2001			2003		
	Propia	No propia	Total	Propia	No propia	Total
Ninguno	14.1	12.1	13.8	11.4	10.0	11.2
De 1-2	29.4	26.3	29.0	27.7	25.8	27.5
De 3-5	31.2	32.8	31.4	30.8	30.8	30.8
De 6-9	25.3	28.8	25.8	30.0	33.4	30.5
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 21. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según situación económica, México, 2001 y 2003

2001	Cantidad de síntomas	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
		Sin síntomas	36.7	27.3	22.0	12.8	6.3
	De 1 a 2	30.0	34.4	36.4	29.7	17.4	29.0
	De 3 a 5	18.3	28.4	28.1	32.7	31.1	31.4
	De 6 a 9	15.0	9.8	13.5	24.8	45.2	25.9
	Total	100	100	100	100	100	100
2003	Sin síntomas	18.5	18.2	22.6	10.8	5.0	12.0
	De 1 a 2	38.5	46.1	37.1	30.0	17.0	29.3
	De 3 a 5	27.7	24.7	26.7	33.1	29.2	31.2
	De 6 a 9	15.4	11.0	13.5	26.1	48.7	27.5
	Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 22. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según estado de salud, México, 2001 y 2003

2001	Cantidad de síntomas	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
		Sin síntomas	37.4	35.5	21.7	9.4	3.2
	De 1 a 2	36.6	37.8	39.4	27.4	10.8	29.0
	De 3 a 5	19.4	20.9	28.2	35.4	30.2	31.4
	De 6 a 9	6.6	5.9	10.7	27.8	55.8	25.8
	Total	100	100	100	100	100	100
2003	Sin síntomas	34.5	29.3	20.9	8.6	2.8	12.0
	De 1 a 2	39.3	43.5	40.4	28.5	11.3	29.3
	De 3 a 5	19.0	20.7	28.2	35.1	27.8	31.2
	De 6 a 9	7.1	6.5	10.5	27.9	58.1	27.5
	Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 23. Distribución porcentual de los síntomas depresivos, en la población adulta mayor, según enfermedades crónicas reportadas, México, 2001 y 2003

H I P E R T E N S I Ó N	Cantidad de síntomas	2001			2003		
		No	Si	Total	No	Si	Total
D I A B E T E S	Sin síntomas	16.4	9.4	13.8	2.2	1.2	1.9
	De 1 a 2	31.5	24.7	29.0	16.8	11.2	14.8
	De 3 a 5	31.4	31.5	31.4	57.7	53.7	56.3
	De 6 a 9	20.7	34.4	25.8	23.2	33.9	27.1
	Total	100	100	100	100	100	100
A R T R I T I S	Sin síntomas	14.5	9.9	13.8	1.9	1.7	1.9
	De 1 a 2	30.0	23.5	29.0	15.3	12.2	14.8
	De 3 a 5	31.3	32.2	31.4	56.8	53.5	56.3
	De 6 a 9	24.2	34.4	25.8	25.9	32.7	27.1
	Total	100	100	100	100	100	100
A R T R I T I S	Sin síntomas	15.4	7.5	13.8	2.1	0.8	1.9
	De 1 a 2	31.1	20.7	29.0	16.0	9.6	14.8
	De 3 a 5	30.9	33.4	31.4	57.9	49.3	56.3
	De 6 a 9	22.6	38.5	25.8	24.1	40.3	27.1
	Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de Enasem 2001 y 2003

Anexo 24. Modelos multinomiales para los factores asociados con la presencia o ausencia de síntomas depresivos, en los adultos mayores. Índices de riesgo relativo (RRR). Área menos urbana, ENASEM 2001

Síntomas	VARIABLES	RRR	Error estándar	Z	P>z	Intervalo de confianza del 95%	
Entre 3 y 5	sexo_m	1.29416	0.13317	2.51	0.012	1.05780	1.58334
	edad02	1.31817	0.12906	2.82	0.005	1.08801	1.59701
	civ_no_u	1.27626	0.13808	2.25	0.024	1.03239	1.57773
	salud_ma	2.25025	0.21124	8.64	0.000	1.87209	2.70480
	hipe_con	0.84254	0.10413	-1.39	0.166	0.66130	1.07346
	diab_con	0.57704	0.12338	-2.57	0.010	0.37950	0.87741
	artr_con	1.00512	0.15547	0.03	0.974	0.74226	1.36108
	educ_sin	1.18430	0.11204	1.79	0.074	0.98388	1.42557
	s_eco_ma	1.10788	0.13871	0.82	0.413	0.86680	1.41601
	empl_sin	1.32338	0.13144	2.82	0.005	1.08928	1.60779
	pens_sin	1.51332	0.27212	2.30	0.021	1.06382	2.15274
	vivi_sin	1.40707	0.20746	2.32	0.021	1.05392	1.87854
	red01	0.92616	0.11818	-0.60	0.548	0.72122	1.18932
	Entre 6 y 9	sexo_m	2.01321	0.22298	6.32	0.000	1.62037
edad02		1.24261	0.13550	1.99	0.046	1.00350	1.53869
civ_no_u		2.14626	0.24459	6.70	0.000	1.71664	2.68340
salud_ma		5.89637	0.74076	14.12	0.000	4.60944	7.54261
hipe_con		1.02447	0.13583	0.18	0.855	0.79003	1.32847
diab_con		0.41971	0.10941	-3.33	0.001	0.25180	0.69958
artr_con		1.17750	0.19424	0.99	0.322	0.85222	1.62695
educ_sin		1.55771	0.16148	4.28	0.000	1.27130	1.90864
s_eco_ma		1.95694	0.32710	4.02	0.000	1.41026	2.71554
empl_sin		1.75230	0.19017	5.17	0.000	1.41654	2.16763
pens_sin		1.57064	0.32824	2.16	0.031	1.04277	2.36573
vivi_sin		1.36240	0.22473	1.87	0.061	0.98604	1.88240
red01		1.23821	0.16821	1.57	0.116	0.94877	1.61595
LR chi2(26) = 657.53				Prob > chi2 = 0.0000			

Entre 0 y 2 síntomas, se tomó como categoría de referencia
 Fuente: Elaboración propia, con datos de ENASEM 2001

Anexo 24a. Modelos multinomiales para los factores asociados con la presencia o ausencia de los síntomas depresivos, en los adultos mayores. Índices de riesgo relativo (RRR). Área urbana, ENASEM 2001

Síntomas	VARIABLES	RRR	Error estándar	Z	P>z	Intervalo de confianza del 95%	
Entre 3 y 5	sexo_m	1.16274	0.07878	2.23	0.026	1.01815	1.32786
	edad02	1.04410	0.07201	0.63	0.531	0.91209	1.19522
	civ_no_u	1.40145	0.09796	4.83	0.000	1.22203	1.60721
	salud_ma	2.35639	0.14714	13.73	0.000	2.08495	2.66317
	hipe_con	0.99216	0.07987	-0.10	0.922	0.84734	1.16172
	diab_con	0.95085	0.12138	-0.39	0.693	0.74038	1.22114
	artr_con	1.18151	0.14156	1.39	0.164	0.93422	1.49425
	educ_sin	1.10300	0.09096	1.19	0.235	0.93838	1.29650
	s_eco_ma	1.52649	0.10795	5.98	0.000	1.32893	1.75343
	empl_sin	1.16937	0.07775	2.35	0.019	1.02649	1.33214
	pens_sin	1.03595	0.08751	0.42	0.676	0.87788	1.22249
	vivi_sin	1.13225	0.08808	1.60	0.110	0.97214	1.31872
	red01	1.08195	0.07003	1.22	0.224	0.95304	1.22829
	Entre 6 y 9	sexo_m	2.29273	0.17866	10.65	0.000	1.96799
edad02		1.16074	0.09010	1.92	0.055	0.99693	1.35148
civ_no_u		1.45589	0.11305	4.84	0.000	1.25035	1.69521
salud_ma		5.32392	0.42941	20.73	0.000	4.54544	6.23573
hipe_con		1.11626	0.09999	1.23	0.220	0.93652	1.33049
diab_con		0.76678	0.11672	-1.74	0.081	0.56899	1.03334
artr_con		1.12141	0.15009	0.86	0.392	0.86266	1.45777
educ_sin		1.42819	0.12402	4.10	0.000	1.20468	1.69319
s_eco_ma		2.32003	0.21765	8.97	0.000	1.93037	2.78835
empl_sin		1.27600	0.09661	3.22	0.001	1.10003	1.48012
pens_sin		1.15252	0.11521	1.42	0.156	0.94746	1.40195
vivi_sin		1.31566	0.11395	3.17	0.002	1.11024	1.55907
red01		1.22049	0.08969	2.71	0.007	1.05677	1.40957
LR chi2(26) =		1355.05	Prob > chi2 =		0.0000		

Entre 0 y 2 síntomas, se tomó como categoría de referencia
 Fuente: Elaboración propia, con datos de ENASEM 2001

Anexo 25. Modelos multinomiales para los factores asociados con la presencia o ausencia de los síntomas depresivos, en los adultos mayores. Índices de riesgo relativo (RRR). Área menos urbana, ENASEM 2003

Síntomas	VARIABLES	RRR	Error estándar	Z	P>z	Intervalo de confianza del 95%	
Entre 3 y 5	sexo_m	1.10191	0.12139	0.88	0.378	0.88792	1.36748
	edad02	1.39204	0.13840	3.33	0.001	1.14558	1.69154
	civ_n_un	1.09677	0.10821	0.94	0.349	0.90392	1.33076
	salud_ma	2.19346	0.22431	7.68	0.000	1.79508	2.68026
	hipe_con	1.26859	0.15761	1.91	0.056	0.99442	1.61836
	diab_con	0.88111	0.20262	-0.55	0.582	0.56142	1.38286
	artr_con	1.15607	0.20588	0.81	0.415	0.81544	1.63898
	educ_sin	1.20262	0.12204	1.82	0.069	0.98571	1.46726
	S_eco_ma	1.28712	0.16441	1.98	0.048	1.00205	1.65329
	empl_sin	0.99073	0.10612	-0.09	0.931	0.80312	1.22217
	pens_sin	1.05188	0.17081	0.31	0.755	0.76515	1.44606
	vivi_sin	1.03600	0.15395	0.24	0.812	0.77423	1.38628
	red01	1.06156	0.11681	0.54	0.587	0.85562	1.31708
	Entre 6 y 9	sexo_m	1.55062	0.17944	3.79	0.000	1.23595
edad02		1.18365	0.12148	1.64	0.100	0.96797	1.44737
civ_n_un		1.59735	0.15986	4.68	0.000	1.31283	1.94351
salud_ma		5.24549	0.64910	13.39	0.000	4.11581	6.68526
hipe_con		1.45352	0.18242	2.98	0.003	1.13656	1.85888
diab_con		1.17558	0.25869	0.74	0.462	0.76373	1.80953
artr_con		1.25853	0.22641	1.28	0.201	0.88457	1.79059
educ_sin		1.54364	0.15724	4.26	0.000	1.26427	1.88474
S_eco_ma		1.96562	0.29326	4.53	0.000	1.46726	2.63326
empl_sin		1.41367	0.15729	3.11	0.002	1.13667	1.75817
pens_sin		1.79928	0.34611	3.05	0.002	1.23414	2.62322
vivi_sin		1.27679	0.18927	1.65	0.099	0.95486	1.70727
red01		1.17041	0.12905	1.43	0.154	0.94294	1.45276
LR chi2(26) = 495.48		Prob > chi2 = 0.0000					

Entre 0 y 2 síntomas, se tomó como categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia, con datos de ENASEM 2003

Anexo 25a. Modelos multinomiales para los factores asociados con la presencia o ausencia de los síntomas depresivos, en los adultos mayores. Índices de riesgo relativo (RRR). Área urbana, ENASEM 2003

Síntomas	VARIABLES	RRR	Error estándar	Z	P>z	Intervalo de confianza del 95%	
Entre 3 y 5	sexo_m	1.22038	0.11055	2.20	0.028	1.02185	1.45749
	edad02	1.06067	0.08807	0.71	0.478	0.90137	1.24813
	civ_n_un	1.31368	0.10418	3.44	0.001	1.12457	1.53458
	salud_ma	2.35019	0.18634	10.78	0.000	2.01193	2.74532
	hipe_con	0.89928	0.08805	-1.08	0.278	0.74226	1.08952
	diab_con	1.07402	0.16124	0.48	0.634	0.80024	1.44146
	artr_con	1.19424	0.16922	1.25	0.210	0.90464	1.57654
	educ_sin	1.33137	0.13917	2.74	0.006	1.08473	1.63409
	S_eco_ma	1.49019	0.13411	4.43	0.000	1.24922	1.77766
	empl_sin	1.36681	0.11888	3.59	0.000	1.15259	1.62085
	pens_sin	1.30931	0.13593	2.60	0.009	1.06825	1.60478
	vivi_sin	1.12455	0.11405	1.16	0.247	0.92183	1.37185
	red01	1.33139	0.10383	3.67	0.000	1.14268	1.55129
	Entre 6 y 9	sexo_m	1.81845	0.18958	5.74	0.000	1.48238
edad02		1.11045	0.10031	1.16	0.246	0.93027	1.32552
civ_n_un		1.47955	0.12862	4.51	0.000	1.24777	1.75437
salud_ma		5.95501	0.60538	17.55	0.000	4.87922	7.26799
hipe_con		0.90780	0.09552	-0.92	0.358	0.73863	1.11572
diab_con		0.80687	0.13780	-1.26	0.209	0.57734	1.12765
artr_con		1.04022	0.15821	0.26	0.795	0.77209	1.40147
educ_sin		1.67606	0.17999	4.81	0.000	1.35793	2.06872
S_eco_ma		2.61958	0.30591	8.25	0.000	2.08367	3.29331
empl_sin		1.62207	0.15774	4.97	0.000	1.34058	1.96266
pens_sin		1.20910	0.14149	1.62	0.105	0.96129	1.52079
vivi_sin		1.25626	0.13717	2.09	0.037	1.01423	1.55604
red01		1.28146	0.10948	2.90	0.004	1.08389	1.51504
LR chi2(26) = 926.65		Prob > chi2 = 0.0000					

Entre 0 y 2 síntomas, se tomó como categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia, con datos de ENASEM 2003