



FLACSO
MÉXICO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Sede Académica de México

Maestría en Población y Desarrollo
XIII Promoción
2018-2020

**En la salud y en la enfermedad...factores asociados con las limitaciones
funcionales en parejas de adultos mayores mexicanos, 2015**

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Población y Desarrollo

Presenta:

Mariana Vázquez Martínez

Directores de tesis:

Dra. Marcela Agudelo Botero

Dr. Claudio Alberto Dávila Cervantes

Lectores:

Dra. Karina Videgain Martínez

Dra. Liliana Giraldo Rodríguez

Seminario de tesis: Población y Salud

Línea de investigación: Familia, Género, Grupos de Edad, Salud

Ciudad de México, diciembre de 2020

Esta maestría fue realizada gracias a una beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

Resumen

Objetivo: Analizar las limitaciones funcionales en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de las parejas de adultos mayores mexicanos que permanecieron unidas (con el mismo cónyuge) de 2003 a 2015, así como establecer sus factores asociados. Para ello se utilizó el marco analítico de la concordancia en parejas.

Método: Se incluyó una submuestra de 1246 parejas de adultos mayores (casados/unidos) sin limitaciones funcionales (en ABVD y AIVD) en 2003, que permanecieron unidas con la misma persona en 2015. Se realizaron análisis descriptivos y modelos multinomiales para determinar los factores asociados con las limitaciones funcionales de las parejas en 2015.

Resultados: En general, la presencia de limitaciones funcionales fue concordante en las parejas. La edad, menor escolaridad, multimorbilidad, depresión, autopercepción de salud y la actividad física, fueron factores que se asociaron con las limitaciones funcionales de las parejas. Por el contrario, una mayor la escolaridad y la práctica de actividad física se asociaron con no presentar limitaciones funcionales en las parejas.

Conclusión: El análisis de concordancia es útil para entender y analizar las transiciones en las limitaciones funcionales de las personas adultas mayores y podría servir para el diseño de estrategias de intervención que considere a ambos miembros, en lugar del enfoque individual que ha prevalecido para entender la salud de este grupo poblacional.

Palabras clave: parejas de adultos mayores, limitaciones funcionales, factores asociados, México.

Abstract

Objective: To analyze the functional limitations in the basic activities of daily living (ABVD) and in the instrumental activities of daily living (AIVD) of Mexican elderly couples who remained together (with the same spouse) from 2003 to 2015, as well as establish its associated factors. For this, the analytical framework of concordance in pairs was used.

Design: A subsample of 1246 older adult couples (married / united) without functional limitations (in ABVD and AIVD) in 2003, who remained united with the same person in 2015. Descriptive analyzes and multinomial models were performed to determine the factors associated with functional limitations of couples in 2015.

Results: In general, the presence of functional limitations was concordant in couples. Age, lower education, multimorbidity, depression, self-perceived health and physical activity were factors that were associated with the functional limitations of the couples. On the contrary, greater schooling and the practice of physical activity were associated with not presenting functional limitations in couples.

Conclusion: The concordance analysis is useful to understand and analyze the transitions in the functional limitations of older adults and could serve for the design of intervention strategies that consider both members, instead of the individual approach that has prevailed to understand the health of this population group.

Keywords: older adult couples, functional limitations, associated factors, Mexico.



FLACSO
MÉXICO

Lo más importante ahora no es lo que somos o lo que son los demás, sino lo que pasa entre nosotros —lo que los demás nos presentan, y cómo lo recibimos, y lo que presentamos nosotros, y cómo eso es recibido por los demás, y lo que resulta de todo esto, de manera continua, lo que se va formando, los remolinos, las formas de las olas.

Margaret Trawick, 1996

A mis abuelas, Mercedes y Gudelia

Te extraño y me hubiera gustado platicarte sobre esto y otras tantas cosas, lo siento

Agradecimientos

Quisiera agradecer en primer lugar a mi comité de tesis, especialmente a mis directores, la Dra. Marcela Agudelo y Dr. Claudio Dávila, por su guía y paciencia. También a la Dra. Liliana Giraldo y a la Dra. Karina Videgain por sus agudos y constructivos comentarios que me hicieron reflexionar y mejorar esta investigación.

A mi familia por apoyarme en todos los caminos que he elegido y confiar en que de algún modo todo saldrá bien, los tres son muy importantes para mí.

A Yair, mi persona favorita, por ser el mejor compañero en esta travesía y permitirme compartir todo con él.

A Marco, por animarme a hacer estas cosas.

Finalmente, le agradezco a la gente linda que tuve la fortuna de conocer en la maestría, porque sin su luz no habría sido capaz de ver el camino.



Índice

Introducción	11
Capítulo 1. Marco teórico-conceptual.....	14
1.1 Discapacidad en adultos mayores	14
1.1.1 Definición de la discapacidad.....	14
1.1.2 Envejecimiento y discapacidad	18
1.1.3 Medición de la discapacidad.....	21
1.1.4 Jerarquía y escalas en la discapacidad.....	23
1.2 Relación salud-pareja	26
1.2.1 Interrelación conyugal en la vejez	26
1.2.2 Concordancia en el estado de salud de la pareja	30
Capítulo 2. Antecedentes	33
2.1 Condiciones de salud y prevalencia de discapacidad en personas adultas mayores	33
2.2 Factores asociados con la discapacidad a nivel individual	36
2.2.1 Características demográficas y socioeconómicas.....	37
2.2.2 Condiciones y comportamientos en salud	39
2.2.3 Factores asociados con la discapacidad en México.....	42
2.3 Factores asociados con la discapacidad a nivel pareja.....	45
Capítulo 3. Planteamiento del problema y metodología.....	48
3.1 Planteamiento del problema.....	48
3.1.1 Objetivo	49
3.1.2 Justificación	49
3.1.3 Hipótesis	49
3.2 Metodología	50
3.2.1 Diseño del estudio y fuente de información	50
3.2.2 Selección de la población de estudio	51
3.2.3 Definición de Variables	52
3.2.4 Plan de análisis	54
3.2.5 Consideraciones éticas.....	55
Capítulo 4. Resultados	56
4.1 Análisis descriptivo.....	56
4.1.1 Limitaciones funcionales en adultos mayores en México	56
4.1.2 Características sociodemográficas y de salud de las parejas	57



4.1.3 Análisis bi-variado.....	63
4.2 Factores asociados con las limitaciones funcionales de las parejas de adultos mayores	63
Capítulo 5. Discusión y conclusiones	68
Referencias.....	74
Anexos	86

Índice de cuadros

Cuadro 1. Estudios sobre factores asociados a la presencia de limitaciones funcionales en adultos mayores mexicanos	43
Cuadro 2. Categorías de la variable dependiente conforme a las limitaciones en ABVD y AIVD de los miembros de la pareja.....	53
Cuadro 3. Limitaciones funcionales en ABVD y AIVD de las parejas de adultos mayores mexicanos en 2015	57
Cuadro 4. Características sociodemográficas y de salud de las parejas de adultos mayores mexicanos sin limitaciones en 2015.....	58
Cuadro 5. Características sociodemográficas y de salud de las parejas de adultos mayores mexicanos con limitaciones en 2015.....	60
Cuadro 6. Características sociodemográficas y de salud de las parejas de adultos mayores mexicanos con solo un miembro con limitaciones en 2015.....	62
Cuadro 7. Análisis bi-variado entre las limitaciones funcionales (sin limitaciones, con limitaciones, solo uno con limitaciones) y las variables sociodemográficas y de salud.	63
Cuadro 8. Modelos multinomiales. Razones de riesgo relativo de presentar limitaciones funcionales en parejas de adultos mayores mexicanos en 2015, según factores sociodemográficos y de salud	66

Índice de figuras

Figura 1. Modelo del proceso de desactivación.....	16
Figura 2. Interrelación conyugal en la vejez.....	28
Figura 3. Proceso de desactivación en parejas de adultos mayores.....	32
Figura 4. Incidencia de dificultades en ABVD y AIVD por grupo de edad, 2001 y 2015.....	35
Figura 5. Selección de la población de estudio, ENASEM.....	52
Figura 6. Esquema de la construcción de co-variables y factores asociados a nivel de parejas.....	54

Introducción

El envejecimiento demográfico es una característica importante de la dinámica reciente de la población de México. Este fenómeno es resultado, en parte, de la disminución de la mortalidad y el descenso sostenido en los niveles de fecundidad. La combinación de estos factores ha llevado al aumento de la proporción de personas adultas mayores de forma paulatina. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 1990 la población de 60 años y más representaba 6.4% de la población total, proporción que aumentó a 11% en 2019 y que se espera ascienda a 21.5% en 2050 (CONAPO, 2020). Estos cambios en la estructura por edad de la población tienen profundas consecuencias en la estructura de morbilidad de la misma, así como para los sistemas de salud que deben atenderla. Además, plantea nuevos desafíos y responsabilidades en la formulación de políticas públicas.

En México, las condiciones de salud de las personas adultas mayores se caracterizan por la coexistencia de enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades transmisibles y desnutrición, junto con diversos grados de discapacidad (Gutiérrez, Agudelo, Giraldo, & Medina, 2016). Al respecto, es importante señalar que, aunque eventualmente la mayoría de las personas mayores experimentan múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica en sí dependencia (OMS, 2015). Así, mantener la capacidad funcional es fundamental para la mayoría de los adultos mayores. En México, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, 27.9% de los adultos mayores reportó alguna dificultad, total o parcial, para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y 28.2% mucha dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las limitaciones funcionales, sobre todo si son permanentes, afectan no solo al adulto mayor que las padece, sino que modifican la manera en cómo vive su entorno inmediato, más aún si la limitación se agrava y deriva en discapacidad y/o dependencia. De esta manera, en el marco de las grandes transformaciones que trae la transición demográfica en México, la presente investigación pretende explorar la discapacidad en adultos mayores, cambiando el enfoque individual a una *aproximación a nivel pareja*. Si bien, se sabe que existe una interrelación entre los miembros de

una pareja y sus estados de salud, en México, hace falta conocer si existen características compartidas en la pareja y su relación con el deterioro funcional del adulto mayor. El presente estudio se centra en la presencia de limitaciones funcionales de parejas de adultos mayores co-residentes (unidos o casados) que tienen un vínculo conyugal y sus factores asociados. Dicho panorama será analizado desde el marco conceptual de la discapacidad, específicamente considerando las limitaciones funcionales como parte del *proceso de desactivación* propuesto por Verbrugge y Jette (1994). Asimismo, se propone observar la presencia de limitaciones funcionales, así como los factores asociados a éstas, de manera conjunta y en un determinado momento, para presentar una aproximación a la pareja (*concordancia*).

Dentro de los estudios de funcionalidad y discapacidad en México, la aproximación al estudio de pareja es un tema novedoso. Por lo tanto, el principal aporte de esta investigación es generar conocimiento sobre las limitaciones funcionales de los adultos mayores que se encuentran en pareja, considerando que en este tipo de relación se comparten condiciones de vida y hábitos, mismos que pueden derivar en características individuales, igualmente compartidas entre los miembros de la pareja.

En este sentido, la pregunta de investigación que se planteó en este trabajo fue: ¿Cuáles son las principales características de pareja, sociodemográficas y de salud asociadas con las limitaciones funcionales de parejas de adultos mayores mexicanos? El objetivo general planteado fue analizar las limitaciones funcionales en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de las parejas de adultos mayores mexicanos que permanecieron unidas (con el mismo cónyuge) de 2003 a 2015, así como establecer sus factores asociados.

El presente documento se estructura en cinco capítulos, además de esta introducción. En el primero, se desarrolla el marco teórico, donde se tratan los dos ejes teórico- conceptuales que guían la investigación: la discapacidad en adultos mayores y la relación salud-pareja. En el segundo capítulo se exponen los antecedentes de los trabajos que han estudiado la discapacidad en la vejez, especialmente en lo relacionado con las limitaciones funcionales y sus factores asociados; se revisan tanto los estudios a nivel individual como aquellos que abarcan a las parejas. El tercer

capítulo incluye la metodología de la investigación, dando cuenta de la fuente de información, la población de estudio, la descripción de las variables y las técnicas de análisis utilizadas. Por su parte, en el cuarto capítulo se da cuenta de los resultados descriptivos, los modelos estimados y su respectiva interpretación. Finalmente, en el último capítulo, el quinto, se hace una discusión de los hallazgos y se establecen las conclusiones más relevantes de este trabajo, además de que se establecen las limitaciones de esta investigación.

Capítulo 1. Marco teórico-conceptual

En este capítulo se establece el marco teórico-conceptual para el análisis del deterioro funcional en parejas de adultos mayores mexicanos. Para tal fin, se proponen dos grandes ejes para guiar el marco de esta investigación: la discapacidad en adultos mayores y la relación salud-pareja.

1.1 Discapacidad en adultos mayores

En este apartado se discute el tema de la discapacidad en adultos mayores. En primer lugar, se define conceptualmente la discapacidad y los factores que influyen en su desarrollo de acuerdo con el modelo de desactivación. Posteriormente, se trata el tema de envejecimiento y discapacidad, enfocándose en cómo se presenta este proceso en adultos mayores y los instrumentos que se han utilizado para medirlo, haciendo énfasis en el concepto de limitaciones funcionales y la relación jerárquica que guardan algunas actividades utilizadas en su medición.

1.1.1 Definición de la discapacidad

La discapacidad es una situación heterogénea y compleja, dependiente del medio y la cultura, lo que dificulta su estudio. Por ello, a lo largo de la historia se han presentado distintos modelos que tratan el tema: tradicional, médico, social y de desactivación¹ (Padilla, 2010:384). Este último, se desarrolla en respuesta a la necesidad de integrar perspectivas médicas, psicológicas y sociales (Jiménez & Huete, 2010:138). Asimismo, dicho modelo presenta la discapacidad como resultado de un proceso dinámico en el que intervienen diversos factores (Verbrugge y Jette, 1994). Estos factores reflejan la interacción de la persona con su entorno y hacen que el modelo de desactivación contenga elementos pertinentes para la discusión de discapacidad en adultos mayores, por lo que a continuación se presenta un panorama general de su enfoque y principales conceptos.

¹ Para ver un resumen sobre cada modelo ver anexo 1, cuadro 1.

El modelo de desactivación es una propuesta de Verbrugge y Jette (1994) que se basa en dos esquemas conceptuales para la discapacidad: la ICIDH y el esquema Nagi². Con estos referentes, los autores hacen su propuesta, en donde definen la *desactivación* como “el impacto que tiene una condición crónica y grave sobre el funcionamiento de sistemas corporales específicos y sobre la capacidad de las personas para actuar de la manera necesaria, habitual, esperada y personalmente deseada en su sociedad” (Verbrugge & Jette, 1994:3). Además, al considerar la *desactivación* como un proceso, los autores tienen interés en su dinámica y reconocen que se puede presentar de múltiples maneras. Asimismo, la dinámica se refiere a “la trayectoria o ruta de las consecuencias funcionales a lo largo del tiempo y los factores que afectan su dirección, ritmo y patrones de cambio” (Verbrugge & Jette, 1994:3). Para presentar su modelo los autores realizan un esquema con los cuatro principales conceptos del modelo y algunos elementos importantes (figura 1).

Dentro de la trayectoria o ruta principal se observan los conceptos que guían el modelo de desactivación:

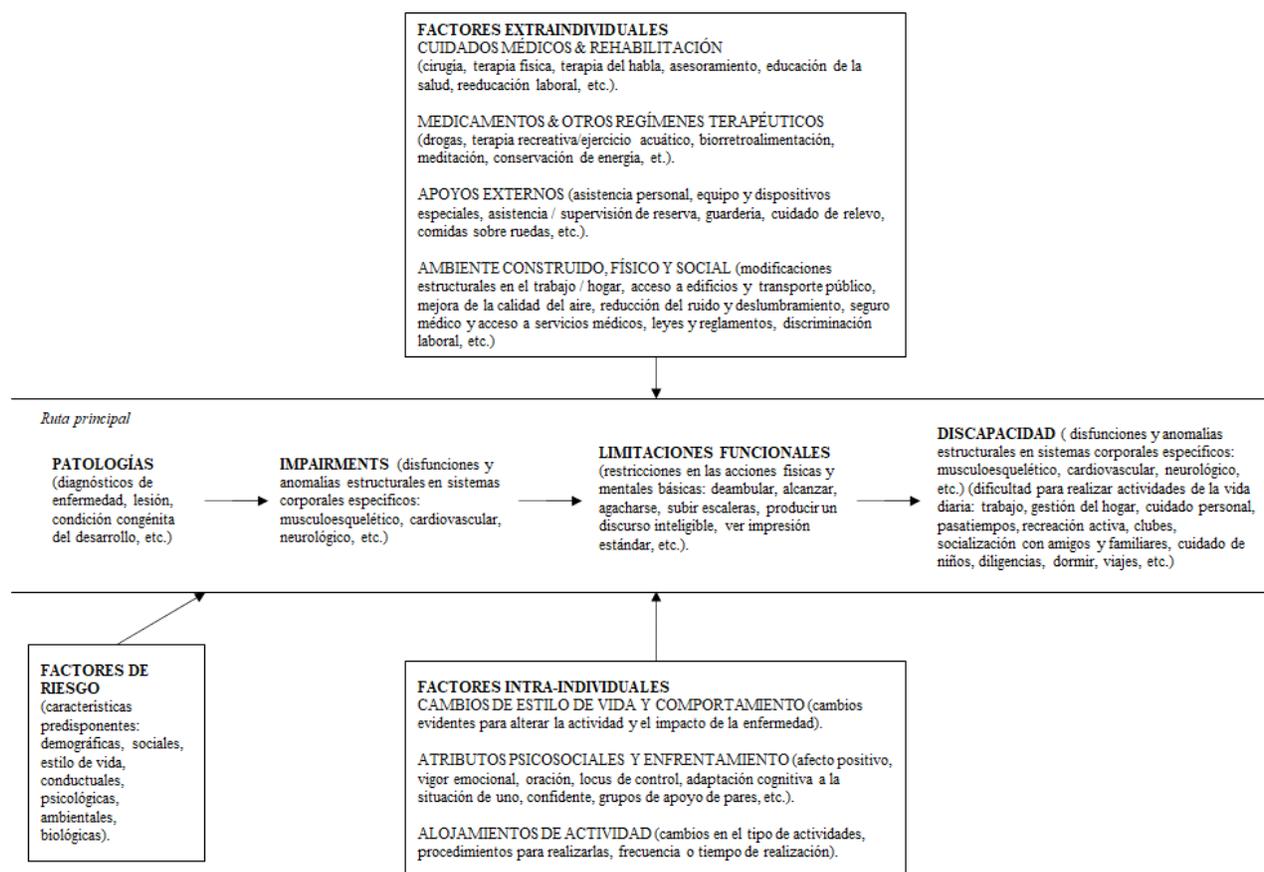
- El primero es la *patología*, que se refiere a anormalidades bioquímicas y fisiológicas que se detectan como enfermedades, lesiones o condiciones congénitas o desarrolladas; hay patologías crónicas (a largo plazo) y patologías graves (a corto plazo) (ej. cáncer de pulmón, cataratas o alzheimer) (Verbrugge & Jette, 1994:3).
- Después están los *impairments*, definidos como disfunciones o anormalidades estructurales significativas de los sistemas del cuerpo, es decir, anormalidades que tienen consecuencias en el funcionamiento físico, mental o social (Verbrugge & Jette, 1994:3)
- Las *limitaciones funcionales* son las restricciones para realizar acciones físicas y/o mentales utilizadas en la vida diaria, estas actividades varían de acuerdo el sexo y el grupo de edad (ej. -físicas: movilidad, problemas para ver, problemas para oír; -mentales: funciones

² Al primero lo identificaron como una taxonomía con tres conceptos principales: impairments, que se refieren a la pérdida o anomalía psicológica, física o anatómica de la estructura o función de un órgano; discapacidad, es la restricción o carencia de habilidad para realizar una actividad de manera normal; y handicap, que es la desventaja debido a la discapacidad que limita o impide el cumplimiento de un rol normal (Verbrugge & Jette, 1994:2). A diferencia de este esquema conceptual, el desarrollado por Nagi tiene cuatro conceptos principales que derivan de su teoría sociológica sin intereses taxonómicos: patología, definida como interrupción o interferencia con un proceso normal y un esfuerzo por el organismo por regresar a su estado normal; impairments, pérdida o anomalía anatómica, física, mental o emocional; limitación funcional, limitación en el rendimiento en cualquier nivel del organismo o persona; y discapacidad, que es la limitación en el rendimiento de roles socialmente definidos y tareas dentro de un ambiente sociocultural y físico (Verbrugge & Jette, 1994:2).

emocionales, problemas en la memoria a corto plazo, orientación). Estas acciones son la interacción entre la persona y el ambiente físico y social donde se desenvuelve (Verbrugge & Jette, 1994:3).

- Finalmente, como posible desenlace de la ruta está la *discapacidad*, definida como la experiencia de realizar actividades con dificultad en varios dominios de la vida a causa de un problema de salud o físico (Verbrugge & Jette, 1994:4).

Figura 1. Modelo del proceso de desactivación



Fuente: Verbrugge y Jette, 1994 (traducción).

Hay una diferencia fundamental entre la limitación funcional y la discapacidad; la primera se refiere solo a la acción, sin un contexto. Por otro lado, la discapacidad es la expresión de una limitación funcional en un contexto social (Verbrugge & Jette, 1994:5). Esta distinción se refiere a patrones de comportamiento, es decir, una limitación funcional puede definirse como lo que se

puede hacer y la discapacidad como lo que de hecho se hace; por ejemplo, una persona sin una extremidad inferior (limitación) no puede caminar, pero de hecho lo hace con ayuda de un bastón.

Ahora bien, para ahondar en la importancia de la interacción entre la persona y su ambiente físico y social, Verbrugge y Jette ilustran en su esquema (figura 1) que durante el proceso de desactivación hay varios factores que inciden: los de riesgo y los extra o intra individuales. Primero, los factores de riesgo son comportamientos permanentes o atributos que incrementan los cambios de una limitación funcional y/o discapacidad, cuando una condición crónica ocurre y/o progresa. En este sentido, las acciones encaminadas a reducir la enfermedad o disfunción se denominan *intervenciones* (ej. cuidados médicos, rehabilitación, modificaciones en el ambiente-construido/físico/social, cambios en el tipo de actividades y su frecuencia); por otro lado, las acciones que aumentan dicha disfunción son conocidas como *exacerbadores* (ej. una intervención mal aplicada, comportamientos perniciosos, barreras sociales, impacto de la enfermedad, afecto positivo) (Verbrugge & Jette, 1994:8) (figura 1). Los factores extra-individuales se refieren a *intervenciones* o *exacerbadores* externos, del entorno hacia el individuo; los factores intra-individuales son *intervenciones* o *exacerbadores* internos, del individuo hacia el entorno. Sin embargo, esta ambivalencia interna y externa no es mutuamente excluyente, sino que es una relación dinámica y dependiente en donde se considera la capacidad de la persona y sus demandas.

En resumen, el modelo de desactivación brinda elementos con los que la discapacidad puede entenderse de una manera más amplia, primero porque la sitúa como posible desenlace de un proceso, haciendo que el tiempo y la interacción del individuo con su entorno tenga un papel fundamental; además se reconoce que no hay solo una manera de experimentar este proceso, sino que, al ser una interacción, existen diversos factores que pueden influir, haciendo que dicho proceso sea dinámico. En este sentido, las parejas o compañeros de vida comparten el entorno, condiciones de vida y hábitos que podrían contribuir a desarrollar patrones similares de discapacidad, aunque esto se discute más adelante junto con elementos sobre este vínculo socioafectivo y su relación con la salud.

1.1.2 Envejecimiento y discapacidad

La discapacidad es una experiencia que puede presentarse en cualquier momento en la vida de una persona, su inicio o aparición es significativo en la naturaleza y duración del proceso de *desactivación*; cuando una discapacidad se presenta en la niñez o juventud, generalmente se relaciona con condiciones congénitas o algún evento aislado, como un accidente grave (Verbrugge & Jette, 1994:11). Por el contrario, en la vejez la causa de la discapacidad se asocia con la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y el deterioro tiende a ser gradual y acumulativo. En este sentido, la presente investigación parte de la discapacidad en adultos mayores, enfocándose en las limitaciones funcionales como un concepto utilizado para aproximar el proceso de desactivación en este grupo de edad.

Para entender con mayor precisión la importancia de este grupo poblacional y la evolución de sus condiciones de salud, es necesario hacer referencia a dos procesos: la transición demográfica y la transición epidemiológica. El primero se refiere al cambio poblacional, dado por etapas, que ha experimentado una sociedad (Livi-Bacci, 1993). La transición demográfica es una propuesta trabajada por varios autores desde la dinámica poblacional europea (Notestein, 1945; Landry, 1934; Davis, 1945; Thompson, 1929); sus principales premisas se relacionan con el comportamiento de los niveles de fecundidad, mortalidad, crecimiento demográfico y la modernidad (Chesnais, 1992). De acuerdo con Miró (2003), se reconocen cuatro etapas en la transición demográfica: incipiente, moderada, plena y avanzada. En la incipiente y moderada, los niveles de mortalidad bajan lentamente, pero la fecundidad no desciende o lo hace de manera lenta. En la etapa plena, tanto la mortalidad como la fecundidad descienden y finalmente, en la avanzada, ambas presentan descensos significativos y sostenidos que tienden a equilibrar el comportamiento de estas dos variables. Como consecuencia inicia un proceso de envejecimiento de la población, donde la proporción de menores de 15 años disminuye paulatinamente, mientras que la proporción de adultos mayores aumenta (Miró, 2003:11). A este fenómeno se le conoce como *envejecimiento demográfico* y ocurre a la par de la transición epidemiológica.

La transición epidemiológica fue propuesta por Omran (1971) y se enfoca en el papel que tuvo la mortalidad en la dinámica poblacional; toma en cuenta el cambio en los patrones de salud y

enfermedad y sus consecuencias demográficas. Esta transición, como la anterior, varía en forma y ritmo dependiendo del lugar, pero su premisa principal es el cambio en el patrón de causa de muerte, primero dominado por enfermedades infecciosas, con una mortalidad muy alta y concentrada en edades jóvenes, y posteriormente dominado por enfermedades crónico-degenerativas presentes, en su mayoría, en adultos mayores (Vera, 2000:180).

Así, al reducirse la mortalidad no solo se logró el incremento de la población, sino que hubo una ganancia en la esperanza de vida que derivó gradualmente en el aumento en la proporción de adultos mayores y, simultáneamente, en un cambio en las causas de muerte. Ahora bien, vivir más años supondría un avance para la salud, sin embargo, actualmente se reconoce que esta ganancia en esperanza de vida presenta múltiples escenarios (Cambois, Robine, & Romieu, 1996). Uno de ellos es la calidad de vida, pues la prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta como resultado de una mayor supervivencia, sobre todo si la disminución de la letalidad no se compensa con una disminución equivalente en la incidencia. Aunado a este aumento en los riesgos de enfermedad se encuentran los riesgos de discapacidad, expresados dentro de la esperanza de vida como los años vividos con discapacidad (Cambois, Robine, & Romieu, 1996).

De este modo, el estudio de la discapacidad en este grupo de edad se ha convertido en un tema fundamental. Los primeros trabajos se basaron en muestras pequeñas de pacientes que habían fallecido; con el tiempo y la recolección de datos longitudinales, fue posible comparar a mayor escala los niveles y trayectorias de discapacidad de los adultos mayores fallecidos con los sobrevivientes, logrando obtener más información sobre este proceso (Verbrugge, 2016:1132). Asimismo, con la disponibilidad de datos longitudinales y el interés creciente en la dinámica, las investigaciones sobre discapacidad han buscado encontrar patrones típicos de este proceso a medida que las personas envejecen (Verbrugge, Latham, & Clarke, 2017:743). Algunas de estas investigaciones se han orientado en la discapacidad al “final de vida”, es decir, examinan las diferencias en el deterioro funcional antes de morir (Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003; Gill, Gahbauer, Han, & Allore, 2010; Wolf, Freedman, Ondrich, Seplaki, & Spillman, 2015); y otras se enfocan en el proceso de una manera más global (Fried & Guralnik, 1997; Chatterji, Byles, Seeman, & Verdes, 2015; Yu, Chen, Chiang, Tu, & Chen, 2015).

Por otro lado, se sabe que en los adultos mayores el proceso de *desactivación* se presenta de forma gradual y en ocasiones la rehabilitación no es una posibilidad, por lo que una discapacidad en la vejez puede convertirse en una discapacidad de por vida (Verbrugge & Jette, 1994:12). Así, la disminución en el funcionamiento puede tener un efecto importante en la vida de un adulto mayor y su progresión puede reducir la capacidad de un individuo para vivir de manera independiente. En cuanto a las principales causas, se reconoce a las enfermedades crónicas, incluyendo eventos graves como fractura de cadera, accidente cerebrovascular, y enfermedades de progresión lenta como la artritis y las enfermedades cardíacas (Fried & Guralnik, 1997:92). Asimismo, la evidencia empírica indica que la prevalencia de discapacidad es mayor en mujeres que en hombres, las razones son variadas, pero una de ellas es su mayor longevidad que hace que más mujeres mayores pasen más años viviendo en estado de discapacidad (Fried & Guralnik, 1997:93). Por su parte, de acuerdo con Verbrugge, Latham y Clarke (2017), en los estudios longitudinales de discapacidad en adultos mayores generalmente se encuentran tres trayectorias: discapacidad alta y creciente, discapacidad baja que incrementa gradualmente a medida que aumenta la edad, y discapacidad casi nula durante un periodo de tiempo largo que aumenta ya en edades muy avanzadas.

Aunque se reconocen ciertos patrones en el desarrollo de discapacidad en las personas adultas mayores, muchas de las causas de la discapacidad en esta etapa, son el resultado del estilo de vida acumulado y la exposición a diversos riesgos a lo largo del curso de vida (Chatterji, Byles, Seeman, & Verdes, 2015), por lo que la variedad de trayectorias de discapacidad, o bien, del proceso de *desactivación*, no depende tanto de la edad (Verbrugge, Latham, & Clarke, 2017), sino de determinantes de la salud que se establecen incluso antes de nacer, como los entornos físicos y sociales que la madre y posteriormente la persona habitaron, la relación que se tiene con el entorno, las desigualdades presentes en materia de salud, entre otras (Ahmad, y otros, 2013). Así, el funcionamiento en la edad avanzada es probablemente un efecto acumulativo de diversas inequidades en salud a lo largo de toda la vida, especialmente en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2015;7-9). Sin embargo, en términos operativos la discapacidad en adultos mayores puede ser dividida en tres áreas principales: la física, la mental y social (Ocampo, 2004). La discapacidad física se ha operacionalizado con las actividades de la vida diaria de la persona; la mental se refiere a la salud mental y realización de actividades cognitivas; por último, la discapacidad social tiene relación con el funcionamiento adecuado y la interacción de los dos tipos de discapacidad

anteriores (Ocampo, 2004). En este sentido, la presente investigación se enmarca en el área de discapacidad física en adultos mayores, centrándose en el concepto de limitación funcional.

1.1.3 Medición de la discapacidad

La medición de la discapacidad en adultos mayores es compleja, sin embargo, se ha basado en la evaluación de la pérdida de funcionalidad (Díaz, Reistetter, Yi, & Wong, 2016; Díaz, Reistetter, & Wong, 2016). La funcionalidad hace referencia a la capacidad de ejecutar las acciones que componen el quehacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel individual y social (Trigás, Ferreira, & Meijide, 2011). De este modo, la medición de la funcionalidad se relaciona con el concepto de limitación funcional, es decir, con un momento dentro del proceso de desactivación (Verbrugge & Jette, 1994).

Respecto a las escalas de valoración funcional, una de las primeras y más utilizadas herramientas fue el Índice de Independencia en Actividades de la Vida Diaria (AVD), desarrollado por Katz y colegas en 1963. Para hacer este índice, los autores observaron a un grupo de pacientes con fractura de cadera mientras realizaban diversas actividades que consideraron como rutinarias y necesarias (bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, continencia y alimentación), luego los clasificaron según su rendimiento (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). Enseguida hubo varias aproximaciones para evaluar el funcionamiento mediante otros instrumentos o la modificación y adaptación del índice de Katz. Una de estas aproximaciones fue la inclusión de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) propuesta por Lawton y Brody en 1969; estas actividades, diferenciadas por sexo (mujeres: ir de compras, cocinar y lavar la ropa / hombres: transportarse y manejar el dinero), se identificaron como forma previa de evaluación a las AVD, considerando que el comportamiento humano varía en el grado de complejidad (Lawton & Brody, 1969). Así, durante varios años de investigación empírica sobre discapacidad, los estudios se han enfocado en las limitaciones para realizar AVD, en español más conocidas como Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), y en las AIVD (Verbrugge, 2016:1133), con ciertas modificaciones al pasar del tiempo y dependiendo de los autores.

El uso prolongado en el tiempo de las ABVD y AIVD refleja la importancia de estas actividades; dentro del proceso de *desactivación*, estas se reconocen como de “cuidado personal” y de “gestión del hogar”, respectivamente. Para Verbrugge y Jette (1994) estas actividades son aspectos de la *discapacidad*, ya que una persona las lleva a cabo como miembro de una sociedad, sin importar si lo hace en público (gestión del hogar) o en privado (cuidado personal). Esta acotación es importante para visualizar la fuerte carga sociocultural que tienen ambas actividades, razón por la cual su medición conlleva algunos problemas. Uno de ellos es la precisión, lo que se busca es obtener una evaluación que cubra todos los rangos posibles de habilidad que tiene una persona, sin embargo, este tipo de cuestionarios involucran entrenamiento, equipo y más tiempo, por lo que resultan más costosos; además, tanto las actividades como los rangos de habilidad varían en el tiempo y el lugar (Verbrugge & Jette, 1994:6). Aunado a esto están los balances positivos y negativos en la evaluación. Generalmente, solo se evalúa la disfunción o limitación, no se pregunta sobre lo que puede hacerse bien y por qué, esto significaría un cambio de enfoque que quizá sea beneficioso en la investigación del proceso de desactivación y sus posibles intervenciones (Verbrugge & Jette, 1994:6). Además, buscando valorar la dependencia, la evaluación restringe las preguntas a si se tienen dificultades en realizar una actividad sin equipo o asistencia, evaluando solo la discapacidad intrínseca. Finalmente, diseñar instrumentos que evalúen solo limitaciones funcionales es difícil, dado que las capacidades físicas y mentales no actúan de forma aislada, sino en combinación al momento de realizar una actividad (Verbrugge & Jette, 1994:6).

Si bien, la medición de la discapacidad tiene aún desafíos que enfrentar, ha habido esfuerzos en cambiar la forma de operacionalizar y entender esta situación. Por ejemplo, Verbrugge (2016) plantea como meta actual, incluir actividades como socializar, entretenimiento, hobbies, reparaciones del hogar, educación y sueño, además de las ABVD y las AIVD, en la evaluación, ya que estas últimas actividades ocupan muy poco del tiempo diario en la vida de una persona. También hay ejemplos de evaluaciones con mayores categorías en “grados de dificultad” para medir la severidad de la discapacidad de mejor forma; evaluaciones con bloques de preguntas cortas para una mejor cobertura de actividades; entre otras (Verbrugge, 2016:1135). Aún así, el Índice de Katz y el de Lawton y Brody son los instrumentos más aplicados y con los que más se ha trabajado.

1.1.4 Jerarquía y escalas en la discapacidad

La idea de jerarquía y progresión de la discapacidad está presente desde las primeras mediciones de la discapacidad. En el Índice de Katz (1963), por ejemplo, las actividades que los autores identificaron como ABVD, fueron un conjunto de funciones primarias que, de acuerdo con ellos, estaban graduadas y guardaban relación jerárquica entre sí (Katz & Akpom, 1976:494). Antes de continuar, en este punto es pertinente retomar una aclaración que hacen Verbrugge y Jette (1994) en su modelo de *desactivación*; las ABVD y AIVD no son “funciones físicas”, como las manejaron Katz y colegas (1963) en su momento, sino que, son actividades que dependen de capacidades físicas y mentales básicas. En este sentido, lo que guarda una posible relación jerárquica es la realización de estas actividades en presencia de alguna *limitación funcional* derivada de un *impairment* y; no las ABVD y AIVD en sí. En este sentido, la elección de actividades para en el Índice de Katz (vestirse, ir al baño, trasladarse, continencia y alimentación) fue hecha por los autores basándose en observaciones empíricas y posteriormente sustentada con la afirmación de que la adquisición de discapacidades en el adulto mayor toma el curso contrario a las del desarrollo en la infancia, es decir, la primera habilidad que se adquiere en la infancia, es la primera que se pierde en la vejez (Katz & Akpom, 1976:502). Sin embargo, esta hipótesis nunca fue probada empíricamente, aunque se fortaleció por repetición (Verbrugge, Yang, & Juarez, 2004:111). Por otro lado, dentro cada actividad se tiene una escala para graduar la independencia (con y sin asistencia), con lo que el índice es sensible a progresión y cambio en el tiempo (Katz & Akpom, 1976:502). El índice se probó por sus autores en varias muestras de pacientes adultos mayores, resultando ser un buen predictor de resultados prospectivos (atención domiciliaria, movilidad y confinamiento); además, identificaron que la dependencia en ir al baño ocurre primero, y que la dependencia en alimentarse es la última (Katz & Akpom, 1963:917).

Posterior a este índice, la propuesta de Lawton y Brody (1969), también involucró la noción de jerarquía. Las AIVD fueron desarrolladas por estos autores bajo la premisa de que el comportamiento humano varía en grados de complejidad; el nivel más bajo, es el mantenimiento o cuidado personal, seguido de niveles más complejos como salud funcional, percepción-cognición, auto mantenimiento instrumental, efectividad y comportamiento social (Lawton & Brody, 1969:1). Según los autores, cada uno de estos niveles se organiza jerárquicamente dentro

de ellos y entre niveles, por lo que la evaluación del funcionamiento debe abarcar ambas situaciones. En su investigación, Lawton y Brody (1969) se enfocaron en el nivel de auto mantenimiento instrumental, buscando medir la competencia instrumental durante la vejez y obteniendo las AIVD. Asimismo, aunque no se discute a profundidad en su trabajo, la diferenciación sexual que hicieron estos autores en su propuesta es un aporte muy importante, ya que al hacerla se reconoció que el contexto social y los roles que desempeña la persona con discapacidad son diferentes y esto repercute en el funcionamiento.

Después de estas primeras aproximaciones, la jerarquía de la discapacidad se ha estudiado a lo largo del tiempo en múltiples poblaciones (habitantes de la comunidad, pacientes, en asilos), dominios de discapacidad (ABVD, AIVD, movilidad, actividades sociales), aspectos (dependencia, dificultad, cansancio) y con diferentes técnicas de escala (Verbrugge, Yang, & Juárez, 2004:111). Para entender los diferentes aportes a la construcción de escalas y jerarquías de la discapacidad, es necesario definir algunos conceptos y revisar las premisas utilizadas en ciertas técnicas de escala. Verbrugge, Yang, y Juárez (2004) definen la *severidad* como el grado de dificultad para lograr la tarea, puede referirse a la naturaleza intrínseca de las tareas (tareas consideradas “fáciles” o “difíciles” de hacer), o bien, a la dificultad personal de ejecutar la tarea. Luego presentan la *duración*, que indica los tiempos de inicio y remisión de la discapacidad. Los autores indican que estas dos características generan una *estructura de la discapacidad*, entendida como la *prevalencia*, los *recuentos* (número de tareas con discapacidad en cada dominio) y *patrones* de discapacidad de una población. En la investigación sobre jerarquía de la discapacidad se estudia la *severidad* y la *duración*; la primera como una dimensión subyacente a las escalas de discapacidad, que junto con la duración suponen una jerarquía acumulativa, con la presencia de discapacidades menos severas al principio y las más severas al final (Verbrugge, Yang, & Juárez, 2004:111).

Si bien, la presente investigación no trabaja la jerarquización de las diferentes actividades, los conceptos anteriores sirven para reconocer la importancia del tiempo y lo dinámico del proceso, además de reafirmar la relevancia de las ABVD y las AIVD como actividades para medir o evaluar la funcionalidad de los adultos mayores.

En resumen, abordar la discapacidad como un proceso es un acercamiento que permite entender que los cambios en las condiciones de salud son complejos y están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona (OMS, 2015). Asimismo, la discapacidad en adultos mayores se asocia principalmente a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, aunque el deterioro funcional en esta etapa, probablemente es resultado del estilo de vida y la exposición a diversos riesgos a lo largo del curso de vida. Sin embargo, al momento de operacionalizar la discapacidad en los adultos mayores, generalmente se evalúan las limitaciones funcionales, por ser un concepto más concreto y referirse a la interacción inmediata entre las restricciones para realizar acciones físicas y/o mentales de la persona y el ambiente físico donde se desenvuelve (Verbrugge & Jette, 1994).

1.2 Relación salud-pareja

En este apartado se discute la relación salud-pareja. En primer lugar, se trata la interrelación conyugal en la vejez y su vínculo con la salud. Posteriormente, se desarrolla el tema de concordancia en el estado de salud de la pareja. Finalmente, se plantea el abordaje del problema de investigación desde el diálogo entre el proceso de desactivación y la concordancia en el estado de salud basada en la hipótesis de recursos compartidos.

1.2.1 Interrelación conyugal en la vejez

De acuerdo con la OMS, la salud se define como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” (OMS, 1948:1). Si bien, el completo bienestar físico, mental y social de una persona presenta múltiples aristas, la relación de pareja³ se inserta en cada una de ellas y se reconoce como un vínculo que influye de manera significativa en la salud y bienestar de sus miembros, especialmente en edades avanzadas (Kiecolt-Glaser & Wilson, 2017; Meyler, Stimpson, & Peek, 2007; Hoppmann, Gestorf, & Hibbert, 2011; Walker & Luszcz, 2009; Quiroutte & Gold, 1992; Smith & Zick, 1994). Así, la relación salud-pareja es un tema ampliamente desarrollado por diferentes disciplinas desde mediados del siglo XX⁴ (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007:2298). Esta diversidad de disciplinas ha aportado múltiples conceptos y perspectivas teóricas al estudio de la relación salud-pareja (Hoppmann & Gerstorf, 2009:449). Sin embargo, para poder entender con mayor precisión los temas y abordajes teóricos relacionados con la salud, antes es preciso discutir algunos elementos de la interrelación conyugal en la vejez.

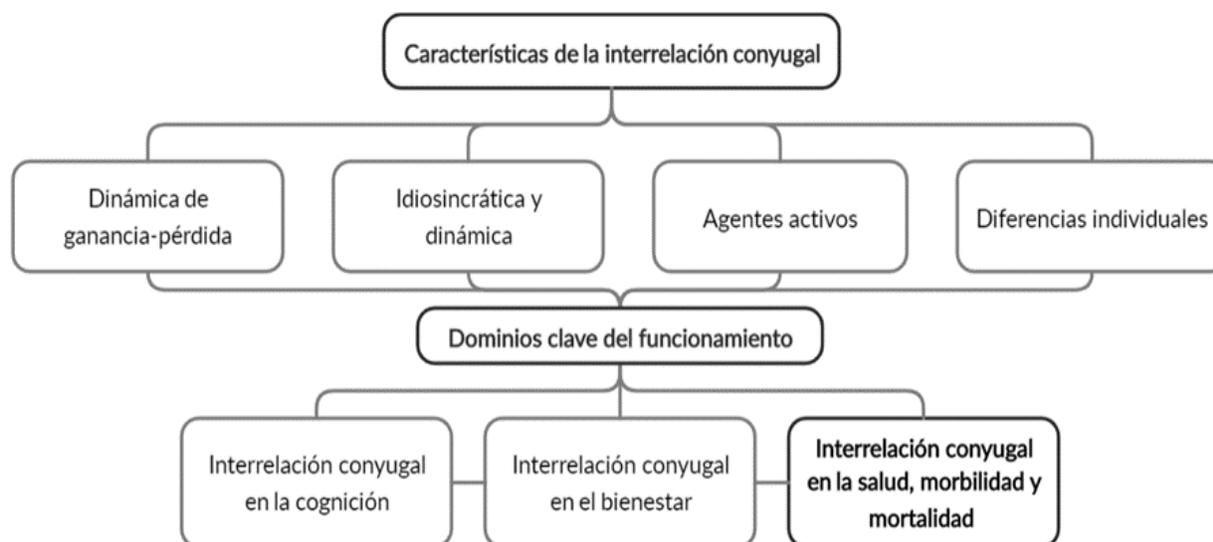
³ A partir de este apartado y a lo largo de la investigación, el término “pareja” se utilizará para referirse únicamente a *parejas románticas heterosexuales*, por ser el tema de interés en el presente trabajo y además contar gran variedad de literatura (situación que no se repite para otro tipo de parejas).

⁴ En este punto es importante aclarar que las primeras investigaciones y varias posteriores, toman a la relación de pareja como sinónimo de *matrimonio*, por muchos años sólo se trabajó el tema considerando este tipo de unión, aún actualmente, las razones son variadas, pero destacan dos: 1) antes solo se disponía de datos para abordar este tipo de relación y 2) el matrimonio es, culturalmente, la relación de pareja más conocida, aceptada y reproducida, con una carga histórica y social sumamente importante. La importancia del matrimonio en la construcción histórica de la pareja es un tema muy interesante, sin embargo, queda fuera del alcance de esta investigación; para más información del tema consultar a Esteban (2011) y Coontz (2005). De esta manera, todas las referencias siguientes en el apartado son sobre este tipo de unión a menos que se indique lo contrario.

Para Hoppmann y Gerstorff (2009), existen tres perspectivas teóricas que han aportado elementos para el entendimiento de la interrelación conyugal en la vejez: la social, el desarrollo de la vida útil y la psicología de la salud. A pesar de sus diferentes enfoques, estas perspectivas comparten cuatro supuestos centrales necesarios en la comprensión de esta interrelación (figura 2). Primero está la *dinámica de ganancia-pérdida*, esto se refiere a los mecanismos que tiene la interrelación para facilitar o dificultar el desarrollo individual. El segundo es que las relaciones conyugales en la vejez son *dinámicas e idiosincráticas*, es decir, en comparación con las primeras fases de la vida, las relaciones matrimoniales en esta edad generalmente suelen ser más cercanas y estar motivadas por intercambios emocionales; además comparten una larga historia y varias experiencias que están ligadas a los diferentes roles que han desempeñado a lo largo del tiempo compartido. El tercero se refiere a que las personas son *agentes activos* de su propio desarrollo en interacción dinámica con lo que ofrece su entorno social, es decir, los objetivos que la parejas establecen y tratan de lograr activamente deben considerarse en el contexto específico de su relación. Finalmente, las *diferencias individuales* (ej. sexo, edad) son un factor que media toda interrelación conyugal.

Estos supuestos se pueden utilizar para cambiar el enfoque individual en los estudios sobre envejecimiento y explorar qué tanto contribuyen otras personas, como los cónyuges, a un envejecimiento exitoso, o bien, si esta interrelación los hace mutuamente más vulnerables a resultados negativos. En este sentido, los supuestos se han examinado en los dominios clave del funcionamiento de acuerdo con el modelo de envejecimiento exitoso (Rowe y Kahn, 1998): cognitivo, bienestar y de salud (figura 2). Estos dominios no son mutuamente excluyentes ni exhaustivos, sin embargo, el dominio de salud resulta de particular interés para esta investigación.

Figura 2. Interrelación conyugal en la vejez



Fuente: elaboración propia con base en Hoppman y Gerstorf, 2009

Los estudios en salud basados en la interrelación conyugal en edades avanzadas han abarcado gran variedad de temas, sin embargo, los más recurrentes son: la *depresión* como factor de riesgo; *calidad de la relación* y salud; la pareja como *soporte* en la enfermedad o discapacidad; las influencias de *género* en la salud y la interrelación; y la *concordancia* en el estado de salud de la pareja (Bloch, Klein, Silva, Noriega, & Salis, 2003; Falba & Sindelar, 2008; Hong, y otros, 2005; Townsend, Miller, & Guo, 2001; Ayotte, Yang, & Jones, 2010; Hoppmann & Gerstorf, 2009; Meyler, Stimpson, & Peek, 2007). Cada tema ha tenido múltiples abordajes teóricos dependiendo del objetivo de la investigación; en la mayoría, se discuten varios de los supuestos centrales y se resalta el papel que tiene el contexto social sobre la salud. Por ejemplo, para abordar la *depresión* como factor de riesgo en la pareja algunas investigaciones (Ayotte, Yang, & Jones, 2010; Hoppmann, Gerstorf, & Hibbert, 2011; Berg & Upchurch, 2007) han utilizado los *modelos socio-contextuales*, en los que se involucran varias partes relacionadas e influencias recíprocas o interactivas entre las partes, basándose en una actitud social donde los contextos, los roles y sistemas sociales donde se desenvuelve la persona, son importantes en la creación, transmisión y el mantenimiento de estados emocionales (Townsend, Miller, & Guo, 2001:S352). Por otro lado, en la *calidad de la relación* se han propuesto varios modelos explicativos que van desde el ámbito

social hasta el biológico, el desafío radica en la dirección de la causalidad, las relaciones infelices pueden contribuir a una mala salud, así como una mala salud puede disminuir la satisfacción conyugal y empeorar la calidad de la relación (Robles, Slatcher, Trombello, & McGinn, 2014:2). Además, para estudiar a la pareja como *soporte* en la enfermedad o discapacidad se han utilizado teorías de cuidado con un enfoque diádico (Lyons & Lee, 2018); en las influencias de *género* se destaca el rol social que ha tenido la mujer dentro de la interacción conyugal a lo largo del tiempo y cómo éste ha contribuido a su salud (Wanic & Kulik, 2011; Palo & Cutler, 1992); y finalmente, en la *concordancia* en salud se han utilizado teorías relacionadas con la formación de parejas, roles sociales y el contexto social (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007).

Es necesario resaltar que en los trabajos expuestos previamente, el objetivo principal no ha sido comprobar o evaluar la teoría propuesta, sino mostrar una relación específica (ej. síntomas depresivos/angustia conyugal), por lo que en realidad, teóricamente, se sabe poco sobre cómo la dinámica de pareja construye y modifica la salud (Lewis, y otros, 2006). Esto también tiene relación con los instrumentos de medición. Los trabajos que han diseñado sus propios instrumentos cuentan con datos específicos, pero su reducido tamaño de muestra hace insuficiente la evidencia empírica obtenida para comprobar o evaluar una teoría; por otro lado, las investigaciones que trabajan con muestras más grandes, generalmente no cuentan con la información necesaria para esto (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007). Adicionalmente, las muestras con las que se han trabajado estos temas, provienen de grupos de parejas mayores seleccionados positivamente, es decir, parejas unidas por un largo periodo de tiempo (treinta años o más), con edades de 60 a 80 años en las que aún no se reflejan las limitaciones características de edades ya muy avanzadas, entre otras características que las hacen pertenecer a un grupo ya ventajoso, comparado con otros (Hoppmann & Gerstorf, 2009).

Considerando lo anterior, la presente investigación busca mostrar una relación específica enmarcada en la *concordancia* en salud, por lo que a continuación se desarrolla a profundidad el tema y se discuten elementos relevantes de sus diferentes abordajes teóricos, para determinar el más adecuado para la investigación.

1.2.2 Concordancia en el estado de salud de la pareja

La *concordancia* en salud es la conexión entre los cónyuges y sus estados similares de salud; generalmente se evalúa de dos formas: determinando el nivel de correlación entre la salud de los cónyuges y examinando si las características de un cónyuge influyen en las mismas características del otro (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007:2297). Esta aproximación se basa en la convergencia de estados y comportamientos en salud de la pareja al pasar del tiempo (Kiecolt-Glaser & Wilson, 2017:424).

Se han propuesto varias teorías para explicar la *concordancia*: 1) el *apareamiento selectivo* sugiere que los individuos tienen más probabilidades de casarse con personas con las que comparten características similares, como actitudes, personalidad y comportamientos; 2) la hipótesis de *recursos compartidos* sugiere que la convergencia de estados y comportamientos es resultado de compartir el ambiente físico, las redes sociales y recursos financieros. Este entorno compartido se traduce en riesgos en salud compartidos que pueden ser positivos o negativos para la salud; 3) el *control social* se refiere a la premisa de que un cónyuges, normalmente la esposa, intentará controlar los comportamientos de su cónyuge para mantenerlo sano; 4) el *contagio afectivo* indica que las emociones en la pareja están estrechamente vinculadas (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007:2298); y 5) la *teoría de la interdependencia*, donde se sugiere que la interdependencia entre los miembros de la pareja puede transformar una motivación centrada en el individuo en una centrada en la relación, es decir, el enfoque principal para las personas interdependientes es mantener la relación (Li, Cardinal, & Acock, 2013:450).

De esta manera, se sabe que la salud y los comportamientos en salud en la pareja tienden a converger a lo largo del tiempo (Kiecolt-Glaser & Wilson, 2017:424). Así, la concordancia conyugal es un tema ampliamente explorado desde diversas disciplinas, por lo que los abordajes teóricos son variados. En *salud mental* hay evidencia de concordancia dentro de la pareja, especialmente en síntomas depresivos. Se sabe que existe influencia mutua en la salud mental de ambos cónyuges; asimismo, el *contagio afectivo* suele ser de las explicaciones principales en salud mental, aunque no se conocen los mecanismos psicosociales específicos involucrados en este aspecto (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007:2298). Respecto a la *salud física* se reconoce que existe

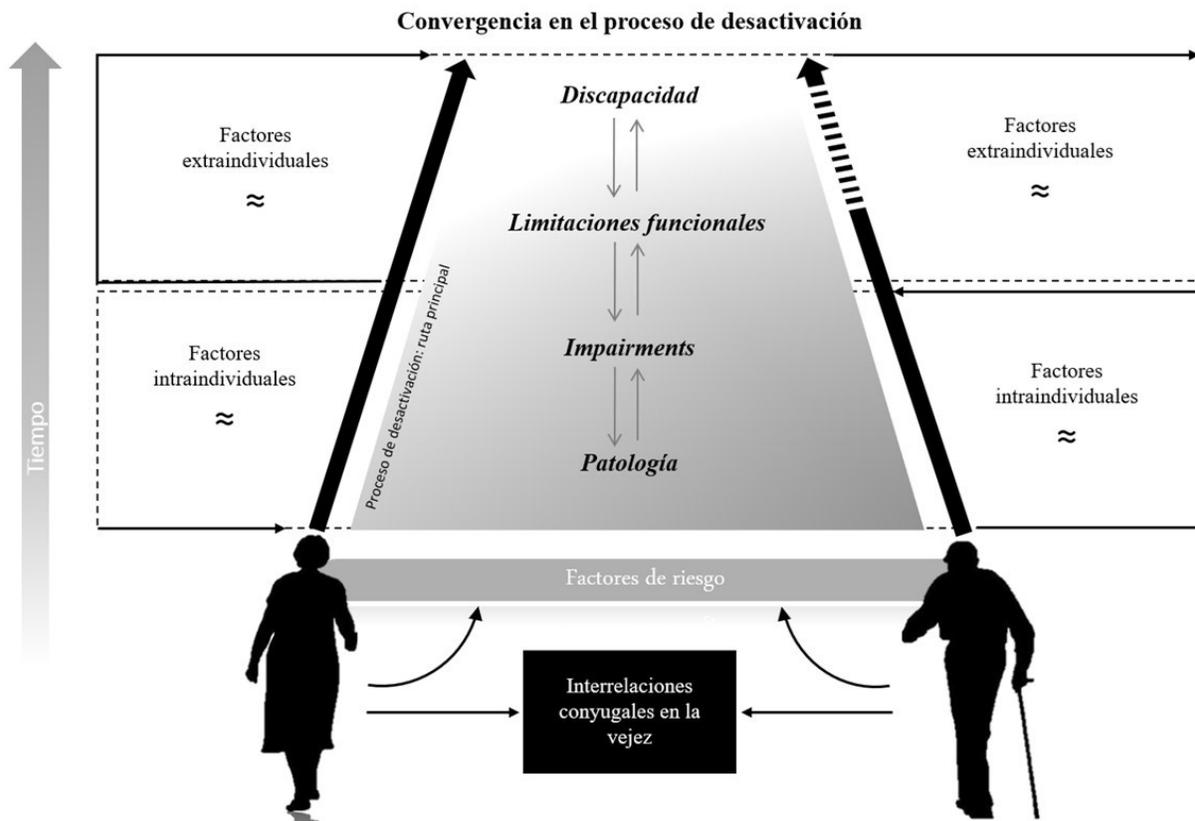
concordancia en la presión arterial de los cónyuges y sus enfermedades cardíacas; el *ambiente compartido* suele ser la explicación más recurrente aunque no se cuenta realmente con evidencia concluyente. En *comportamientos en salud*, se reconoce que existe concordancia en actividades como fumar, el consumo de alcohol y el estilo de vida, aunque con menor evidencia que en la salud mental y física; asimismo, el *contagio afectivo* es la principal explicación en este aspecto (Meyler, Stimpson, & Peek, 2007:2298).

Retomando lo expuesto en los apartados anteriores, la presente investigación propone un diálogo entre el proceso de *desactivación* y la *concordancia* basada en la hipótesis de *recursos compartidos*; argumentando que las parejas mayores son una unidad de interés para examinar la influencia de los factores contextuales y sociales en la salud física, ya que los cónyuges mayores suelen estar muy cerca el uno del otro, participar en muchas actividades conjuntas y vivir en el mismo entorno (Hoppmann, Gerstorf, & Luszcz, 2008), es decir, comparten condiciones de vida y hábitos, por tanto los factores extraindividuales, interindividuales y de riesgo que intervienen en el proceso de desactivación, pueden ser similares en la pareja y derivar en la convergencia en este proceso (figura 3).

En este punto, cabe aclarar que la relación salud-pareja involucra mucho más que solo compartir condiciones de vida que podrían derivar en la similitud de ciertos aspectos. La pareja es una unidad familiar íntima que comparte un curso de vida, particularmente, las parejas de adultos mayores comparten historias de vida prolongadas y han transitado juntas a través de diferentes roles y responsabilidades de edad y sexo (Mejía & Gonzalez, 2017). Además, las parejas pueden concretar normas compartidas, a través de experiencias compartidas y acciones colectivas, lo que ejerce una influencia independiente en los resultados individuales, es decir, los procesos de pareja amplifican las experiencias individuales (González y Griffin, 2002), especialmente en salud. La evaluación de todos estos elementos supondría un análisis de pareja (Thompson & Walker, 1982), sin embargo, esto sobrepasa el alcance de la presente investigación, ya que no se cuenta con los datos necesarios para conocer la relación de pareja de los adultos mayores (interacciones, acuerdos, organización, etc.) y su posible influencia sobre el proceso de desactivación. En este sentido, no se pretende mostrar a la pareja como un espacio de interacción homogéneo porque se sabe que no lo es, especialmente en parejas heterosexuales donde los roles de género son un parteaguas

sumamente importante (Wanic & Kulik, 2011; Palo & Cutler, 1992; Kiecolt & Newton, 2001). Lo que se busca es establecer que el abordaje elegido, la concordancia en el estado de salud basada en la hipótesis de recursos compartidos, no hace referencia a la dinámica que existe entre los miembros de la pareja, más bien propone que un ambiente marital compartido contribuye a patrones similares de enfermedad, o en este caso, de discapacidad, dentro de las parejas (Juri, y otros, 2006).

Figura 3. Proceso de desactivación en parejas de adultos mayores



Fuente: elaboración propia con base en Kiecolt-Glaser y Wilson (2017) y Verbrugge y Jette (1994)

Capítulo 2. Antecedentes

En este capítulo se presentan los antecedentes que sirven de base para esta investigación, organizados en tres secciones. En la primera, se abordan las condiciones de salud y prevalencia de la discapacidad de los adultos mayores mexicanos; y en la segunda, se sintetizan los resultados de la revisión sobre factores asociados con la discapacidad a nivel individual y posteriormente a nivel de pareja.

2.1 Condiciones de salud y prevalencia de discapacidad en personas adultas mayores

Desde los años setenta se han registrado reducciones en las tasas de mortalidad y fecundidad, así como aumentos en la esperanza de vida de los mexicanos (Wong & Lastra, 2001:519). Estas tendencias demográficas son parte de la transición demográfica del país e implican un cambio en la estructura etaria de la población que se ve reflejado en un continuo y acelerado proceso de envejecimiento poblacional (Soria & Montoya, 2017). De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 1990 la población de 60 años y más representaba 6.4% de la población total, proporción que aumentó a 9.9% en 2010 (CONAPO, 2015) y, según las estimaciones de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, para ese año residían 15.4 millones de adultos mayores⁵, cifra que representaba el 12.3% de la población total (INEGI, 2019).

El incremento prolongado en la proporción adultos mayores está directamente ligado con las condiciones de salud y con la transición epidemiológica (González & Ham, 2007). Esta última también puede entenderse como una “transición de riesgos”, ya que en el devenir histórico mexicano se han modificado las formas de vida y surgido riesgos relacionados con el desarrollo y la urbanización como el sedentarismo, el estrés, consumo de tabaco, alcohol y drogas, la violencia, el sobrepeso y obesidad, colesterol alto e hipertensión arterial, factores que, en conjunto, tienen un

⁵ En el Artículo 3, sección 1 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), se consideran adultos mayores a las personas que tienen sesenta años o más y que se encuentran domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional (DOF, 2018).

peso importante en la carga global de la enfermedad y provocan enfermedades crónico-degenerativas a edades más tempranas, minando la calidad de vida de las personas incluso antes de entrar a la vejez (Soto, Moreno, & Pahua, 2016). Aunado a esto, en la población adulta mayor, una vida de riesgos en salud acumulados asociados con la pobreza y el deficiente acceso a la atención médica, agravan los problemas de salud que pueden presentarse en esta etapa (Chaterji, Byles, Cutler, Seeman, & Verdes, 2015).

Por su parte, el perfil epidemiológico de los adultos mayores mexicanos se caracteriza por la coexistencia de enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades transmisibles y desnutrición acompañada de diversos grados de discapacidad (Parra, y otros, 2019). De acuerdo con las estimaciones de la ENSANUT 2018, 42% de los adultos mayores fueron diagnosticados con hipertensión arterial, 25% con diabetes y 28% con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Según datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento de México (ENASEM) 2015, se estima que 30% de los adultos mayores vive con dos o más enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, enfermedad respiratoria, hipertensión, artritis, ataque al corazón y accidente cerebrovascular), es decir, presenta multimorbilidad; además, entre las personas que reportaron tener alguna de estas enfermedades, el 27% también reportó dificultades en ABVD, mientras que entre las personas sin enfermedades crónicas, 10% reportó dificultades.

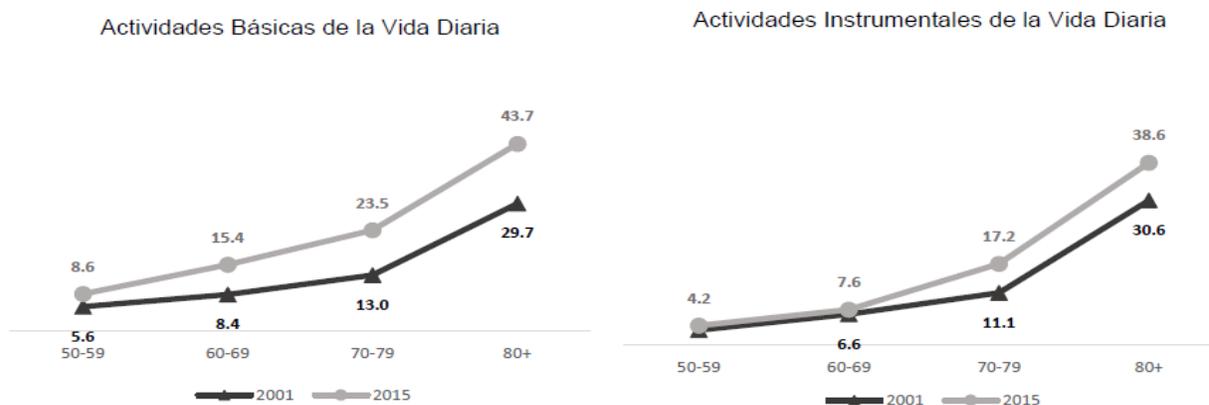
Al respecto, de acuerdo con la ENADID 2018, 7.8 millones de personas padecía alguna discapacidad, lo que representaba el 6.3% de la población total y de estas, la mitad eran personas adultas mayores. Las secuelas de enfermedades y edad avanzada son las principales causas de la discapacidad en esta población (INMUJERES, 2019). La actividad más recurrente en la que se reportó dificultad fue la de caminar, subir o bajar usando sus piernas (52.7%), seguida de ver (aunque se usen lentes) (39%) y mover o usar brazos y manos (17.8%) (ENADID, 2018). En cuanto a las limitaciones funcionales, según el ENASEM 2015, el 22.1% de los adultos mayores reportó experimentar dificultad para realizar al menos una de las ABVD, mientras que el 14.6% reportó tener dificultad en al menos una de las AIVD (López & Aranco, 2019).

La presencia de dificultades aumenta con la edad. Según datos del último estudio en mención, en el grupo de 60 a 69 años, el porcentaje de personas con dificultades para realizar ABVD fue de

15%, mientras que en el de 80 y más aumenta a 44%; lo mismo se observó en las AIVD, tanto en hombres como en mujeres (López & Aranco, 2019). Asimismo, de acuerdo con los datos del ENASEM 2015 trabajados por López y Aranco (2019), con el incremento de la edad es más probable presentar dificultad en más de una actividad: 12% del grupo de 60 a 79 años tuvo dificultades para realizar dos o más ABVD, mientras que en el de mayores de 80 aumenta a 25%. Las dificultades en las actividades de acostarse y levantarse de la cama, caminar, y vestirse fueron las de mayor incidencia dentro de las ABVD; por otro lado, la dificultad en realizar compras es la de mayor incidencia dentro de las AIVD (López & Aranco, 2019).

Igualmente, de las personas que reportaron alguna dificultad tanto en ABVD y AIVD, 62% recibió algún tipo de ayuda, esto podría considerarse como una aproximación a su nivel de dependencia y también dar una idea general de la oferta disponible en términos de personas, instituciones, o servicios que proveen dicha ayuda (López & Aranco, 2019). En ambos tipos de actividades (ABVD y AIVD), la ayuda recibida provenía en su mayoría de hijos, yernos/nueras, o nietos (64%), seguidos de la pareja (30%) y un porcentaje mínimo (1%) de personas contratadas (López & Aranco, 2019). Además, en la comparación que hacen López y Aranco (2019) entre las rondas del ENASEM 2001 y 2015 se puede observar cambios en la incidencia de limitaciones funcionales en ambos tipos de actividades y una tendencia creciente en todos los grupos de edad (figura 4). De acuerdo con los autores, esta tendencia podría sugerir un deterioro en las condiciones de salud de los adultos mayores mexicanos con el paso del tiempo.

Figura 4. Incidencia de dificultades en ABVD y AIVD por grupo de edad, 2001 y 2015



Fuente: López y Aranco (2019) con datos del ENASEM 2001 y 2015.

Por otro lado, existen características sociales, económicas y contextuales que contribuyen a estas enfermedades, discapacidades y limitaciones. Los adultos mayores mexicanos, especialmente los que nacieron en las primeras décadas del siglo pasado, se caracterizan por una infancia carente de servicios públicos de salud, educación y seguridad social, en comparación con las cohortes más jóvenes; tienen un perfil femenino y urbano, es decir, el número de mujeres supera al de hombres y la mayoría vive en áreas urbanas (López & Aranco, 2019). Asimismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016, en 30% de los hogares mexicanos vivía un adulto mayor, la mayoría en un hogar nuclear (pareja con o sin hija(o)s solteros o un jefe o jefa con hija(o)s solteros) (ENADID, 2018); el matrimonio y la unión libre son los estados conyugales predominantes en este grupo de edad; y su nivel educativo es más bajo que el promedio nacional (4.6 años) (López & Aranco, 2019).

Además, datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de 2014, indican que una tercera parte de la población adulta mayor trabaja y solo el 23% recibe una pensión contributiva (López & Aranco, 2019). Aunado a esto, los bajos niveles de protección social devienen en condiciones de pobreza para este grupo de edad, alrededor de un 40% de esta población muestra condiciones de vulnerabilidad económica, es decir, tienen riesgo a caer en la pobreza (López & Aranco, 2019). Todos estos son factores de riesgo que intervienen en los cambios fisiopatológicos y se suman a la enfermedad y discapacidad de los adultos mayores mexicanos.

2.2 Factores asociados con la discapacidad a nivel individual

Como se planteó anteriormente, en la discapacidad inciden diversos factores que pueden ralentizar, acelerar o cambiar este desenlace en los adultos mayores. Estos factores se han trabajado mayoritariamente a nivel individual y se pueden organizar en dos grupos: los relacionados con características demográficas y socioeconómicas; y los relacionados con condiciones y comportamientos en salud.

2.2.1 Características demográficas y socioeconómicas

La *edad* es uno de los factores que más se ha relacionado con la salud y capacidad funcional de los adultos mayores (Díaz, De La Vega, & Wong, 2015; Díaz, Reistetter, Yi, & Wong, 2016). Conforme aumenta la edad, incrementa la prevalencia de discapacidad, limitaciones funcionales y deficiencias crónicas (López & Aranco, 2019). Asimismo, un adulto mayor con limitaciones funcionales tiende a perder independencia y capacidad mental con el tiempo (Díaz, De La Vega, & Wong, 2015). Además de este declive en la funcionalidad y la reducción en la calidad de vida que implica, en esta etapa de la vida se agregan cargas sociales, de tiempo y financieras adicionales a la familia y la comunidad alrededor del adulto mayor que tienen un papel dinámico conforme avanza la edad (Díaz & Wong, 2016). Un ejemplo de la importancia de la edad en el deterioro funcional es el estudio de Boggatz y colegas (2010) sobre los factores sociodemográficos relacionados con las limitaciones funcionales y dependencia en adultos mayores egipcios. Comparando una muestra de adultos mayores receptores y no receptores de atención médica en el Cairo, los autores encontraron que la edad y el sexo eran características importantes para explicar la variación en las limitaciones funcionales en estos dos grupos; y concluyeron que el aumento en la edad está relacionado con el deterioro físico de los adultos mayores (Boggatz, y otros, 2010).

El *sexo*, al igual que la edad, es uno de los factores más importantes y diferenciadores en las trayectorias de discapacidad y limitación funcional de los adultos mayores (Martínez, 2003; Salgado & Wong, 2007). Los estudios que han resaltado la influencia del sexo en el proceso de desactivación, coinciden en que las mujeres tienden a tener mayor prevalencia y duración de la discapacidad y limitaciones funcionales (Salgado & Wong, 2007; Kaneda, Zimmer, Fang, & Tang, 2009; Leveille, Resnick, & Balfour, 2000). Un ejemplo es el estudio de Kaneda, Zimmer, Fang y Tang (2009) sobre las diferencias sexuales en el funcionamiento y mortalidad de adultos mayores chinos. Usando dos rondas (1992 y 1997) del *Estudio Longitudinal Multidimensional de Beijing sobre el Envejecimiento*, los autores abarcaron un periodo de cinco años y una muestra de adultos mayores de 55 años representativos del área municipal de Beijing, con los que estudiaron los cambios en las limitaciones en ABVD y la mortalidad. Entre sus principales resultados, los autores reportaron que las mujeres tenían mayor supervivencia, y por ello, mayor prevalencia de dependencia funcional (Kaneda, Zimmer, Fang, & Tang, 2009). Este es un patrón que se repite en

diversos países y se agrava, especialmente, en aquellos de ingresos bajos y medios, considerando la acumulación de desventajas en salud y en otros aspectos que ha tenido el rol femenino a lo largo de la historia (Kaneda, Zimmer, Fang, & Tang, 2009; Salgado & Wong, 2007).

Asimismo, el *nivel educativo* y el *ingreso* también se han asociado con los cambios en la capacidad funcional de los adultos mayores (Díaz, Reistetter, Yi, & Wong, 2016; Díaz, De La Vega, & Wong, 2015; Wong, Gerst, Michels, & Palloni, 2011). Normalmente el nivel educativo alcanzado se relaciona con el ingreso percibido, por lo que ambos pueden dar una aproximación del nivel socioeconómico de una persona (Ordaz, 2007); en edades avanzadas a estos indicadores se les suman los activos⁶ y propiedades de vivienda para una mejor clasificación (Zimmer & Amornsirisomboon, 2001). La influencia de estos factores, en la capacidad funcional del adulto mayor, se ha evaluado de ambas formas, dentro del nivel socioeconómico (Zimmer & Amornsirisomboon, 2001) y de manera individual (Díaz, Reistetter, Yi, & Wong, 2016). Un ejemplo del efecto que tiene el nivel educativo y el ingreso individualmente en los cambios en la funcionalidad de los adultos mayores es el estudio de Saenz y Wong (2016) sobre los gradientes educativos y vías de inicio de la discapacidad. El estudio se basó en datos de dos rondas (2001 y 2012) del ENASEM. En este periodo evaluaron si existían gradientes educativos en el momento en que se presentan las primeras limitaciones funcionales en ABVD en los adultos mayores mexicanos. Los autores observaron que tener un nivel educativo bajo se asociaba con mayores probabilidades de aparición de limitaciones en ABVD, sin importar la cohorte de nacimiento y el sexo. Finalmente, concluyeron que el nivel educativo bajo y el ingreso puede afectar el inicio de las limitaciones como mediadores de afecciones crónicas, es decir, las personas con mayor educación pueden tener mayores niveles de ingresos y riqueza, lo que puede proporcionarles una mejor atención médica, opciones de tratamiento y rehabilitación ante estas afecciones (Saenz & Wong, 2016). Asimismo, aunque el ingreso tenga cierta relación con la educación, evaluado individualmente en otros estudios (Díaz, Reistetter, & Wong, 2016; Díaz, De La Vega, & Wong, 2015) no resulta estadísticamente significativo al estudiar los cambios en la funcionalidad de los adultos mayores.

⁶ Un *activo* es un “recurso con valor que alguien posee con la intención de que genere un beneficio futuro (sea económico o no). En contabilidad, representa todos los bienes y derechos de una empresa o persona, adquiridos en el pasado y con los que esperan obtener beneficios futuros” (Llorente, 2020).

A pesar de las diferentes poblaciones objetivo y las diversas metodologías utilizadas en estos estudios, la mayoría coincide que dentro de las características demográficas y socioeconómicas, la edad, el sexo, el nivel educativo y en menor medida el ingreso, son factores asociados con la incidencia de limitaciones funcionales.

2.2.2 Condiciones y comportamientos en salud

Las *enfermedades crónicas* y la *multimorbilidad* se reconocen como causas importantes de la discapacidad y de las limitaciones funcionales en adultos mayores (Chalrabarty, y otros, 2010). Un ejemplo que muestra la relación entre algunas enfermedades crónicas y las limitaciones funcionales es el estudio de Chalrabarty y colegas (2010), en donde se evaluó la morbilidad e independencia en la realización de ABVD de adultos mayores de una comunidad rural en la India. Los autores, observaron las asociaciones entre diversas enfermedades y la incidencia de limitaciones en ABVD y encontraron que algunos padecimientos crónicos como la anemia, enfermedad pulmonar, hipertrofia de próstata, cardiopatía isquémica, osteoporosis, osteoartritis y trastorno péptido ácido fueron estadísticamente significativos en la incidencia de limitaciones. Otro ejemplo enfocado en la multimorbilidad es el estudio de Patel, Peek, Wong y Markides (2006) en el que compararon datos sobre la prevalencia de limitaciones funcionales en ABVD y enfermedades como artritis, cáncer, diabetes, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular en adultos mayores mexicanos y mexicoamericanos. Entre sus principales hallazgos, los autores reportaron que la prevalencia de enfermedades crónicas fue sustancialmente mayor en los adultos mayores mexicoamericanos en comparación con los mexicanos, pero la prevalencia de limitaciones funcionales en ABVD fue mayor en estos últimos. Además, en términos de morbilidad, en ambas muestras se observaron niveles más altos para las personas con alguna limitación. Asimismo, los efectos de la multimorbilidad en las limitaciones fueron similares para ambas poblaciones, tener dos o más condiciones crónicas se asocia con la presencia de limitación funcional (Patel, Peek, Wong, & Markides, 2006).

La *autopercepción del estado de salud* es un elemento subjetivo importante en la evaluación de las condiciones de salud y bienestar de los adultos mayores, ya que refleja elementos sociales y culturales que influyen en estos aspectos (Gallegos, García, Duran, Reyes, & Durán, 2006).

Además, la autopercepción se ha utilizado como un indicador para conocer el estado de salud de personas que viven en lugares donde el acceso al diagnóstico de enfermedades es limitado (Cruz, 2019). En relación con la funcionalidad, se ha visto que los resultados en la autopercepción del estado de salud tienen implicaciones en la pérdida o mantenimiento de la capacidad funcional del adulto mayor (Saenz & Wong, 2016). Por ejemplo, el estudio de Lee y Shinkai (2003) donde se examinaron los patrones de asociación entre el autoreporte y la discapacidad en adultos mayores japoneses y coreanos. Utilizando datos transversales sobre la incidencia de limitaciones en ABVD y AIVD y la autopercepción del estado de salud de adultos mayores en ambos países, los autores encontraron similitudes en el patrón general de las asociaciones en ambas poblaciones. En general, tanto en los adultos mayores japoneses como en los coreanos, la autopercepción del estado de salud y la presencia de limitaciones estaban altamente correlacionadas entre sí (Lee & Shinkai, 2003). Otra investigación es la realizada por Cruz (2019), quien estudió la multimorbilidad asociada con la *pobre* autopercepción del estado de salud en adultos mayores participantes en el ENASEM de 2012. Su estudio utilizó combinaciones de condiciones crónicas, en las que incluyó las limitaciones funcionales en ABVD y AIVD. El autor encontró que la prevalencia de autopercepción *pobre* se asocia con tres combinaciones de condiciones crónicas, de las cuales las primeras dos incluyeron la presencia de limitaciones funcionales.

Los *síntomas depresivos* se han reconocido como un factor que impacta significativamente la salud general y el bienestar de los adultos mayores (Ávila, Melano, Payette, & Amieva, 2007; Alexopoulos, 2005). Se ha visto que la depresión está asociada con la dependencia para realizar ABVD y AIVD (Doreantes, Ávila, Mejía, & Guitiérrez, 2007); a su vez, el deterioro funcional se reconoce como un factor de riesgo importante en la depresión de los adultos mayores (Geerlings, Beekman, Deeg, & Van Tilburg, 2000). De este modo, el estudio de Ávila, Melano, Payette y Amieva (2007) examinó la relación entre síntomas depresivos y dependencia funcional (limitaciones funcionales en ABVD y AIVD) utilizando una muestra de adultos mayores de 70 años que participaron en dos rondas del ENASEM (2001 y 2003). Los autores demostraron, que la presencia de síntomas depresivos es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de dependencia en AIVD, sin importar el efecto de otras covariables integradas al análisis; sin embargo, este mismo riesgo no se replicó para las ABVD una vez realizado el ajuste del modelo (Ávila, Melano, Payette, & Amieva, 2007). Por otra parte, el estudio transversal de Segura y

colaboradores (2015) se observó la asociación entre el riesgo de depresión y aspectos demográficos, sociales y funcionales en adultos mayores colombianos en 2012. En relación con aspectos funcionales, los autores encontraron que la mayor prevalencia de riesgo de depresión estuvo asociada con la dependencia en ABVD (Segura, Cardona, Segura, & Garzón, 2015).

La práctica de *actividad física* (ejercicio) se ha asociado con beneficios en la funcionalidad de los adultos mayores, además de utilizarse como predictor de las transiciones de la discapacidad y limitación funcional (Miller, Rejeski, Reboussin, Ten, & Ettinger, 2000; Paterson & Warburton, 2010). En la revisión sistemática que realizó Keysor en 2003, se reportaron investigaciones en donde la actividad física en los adultos mayores, particularmente la caminata, mejora la capacidad funcional (van Baar, Assendelft, Dekker, Oostendorp, & Bijlsma, 1999; Keysor, 2003). Otras investigaciones también sugieren que actividades funcionales como las transferencias de silla y subir o bajar escalones, mejoran entre los adultos mayores que practican algún tipo de ejercicio aeróbico (Keysor & Jette, 2001). De este modo, Manrique y colegas (2014) estudiaron el impacto de la actividad física en la capacidad funcional de los adultos mayores. Este estudio se basó en una muestra de adultos mayores mexicanos (65-74 años) de localidades rurales. Fue un estudio longitudinal que contó con información de tres momentos (2007, 2008 y 2009), sumando un periodo de 14 meses de seguimiento en el que se examinaron las relaciones entre la incidencia de limitaciones funcionales en ABVD y la obesidad y actividad física con varios modelos de regresión logística. Para evaluar la actividad física, los autores la dividieron en alta, moderada y baja de acuerdo con el tipo de actividad y su frecuencia. Así, observaron que practicar actividad física “alta” redujo significativamente el riesgo de limitación funcional; sin embargo, no encontraron asociación con la actividad moderada y baja. Finalmente, los autores concluyen que la actividad física “alta” es un factor protector contra la discapacidad y que vivir en áreas rurales constituía un factor potencial que determinaba mayores niveles de actividad física y, por tanto, un estilo de vida más activo.

En resumen, de acuerdo con la literatura presentada, dentro de las condiciones y comportamientos en salud, las enfermedades crónicas, la multimorbilidad, la autopercepción del estado de salud, los síntomas depresivos y la práctica de actividad física, son factores relacionados con la capacidad funcional de los adultos mayores.

2.2.3 Factores asociados con la discapacidad en México

En México, las investigaciones que han analizado las limitaciones funcionales, lo han hecho a partir de los cambios en el tiempo, tanto en ABVD como en AIVD, y también han examinado los factores asociados con estas con ayuda de modelos de regresión logística (cuadro 1). La principal fuente de datos en estas investigaciones ha sido el ENASEM y se ha trabajado con todas sus rondas (2001, 2003, 2012 y 2015), aunque muchos estudios se enfocaron en las dos primeras por tener similar temporalidad y ser altamente comparables con datos del *Health and Retirement Study* (HRS) de Estados Unidos.

La literatura consultada también coincide en que, dentro de las características demográficas y socioeconómicas, el incremento de la *edad*, ser *mujer* y baja escolaridad; y dentro de las condiciones y comportamientos en salud, las *enfermedades crónicas*, *autopercepción pobre* del estado de salud, *alta actividad física*, contar con *limitaciones previas* y la presencia de *síntomas depresivos* son los factores de riesgo más relevantes en la incidencia y prevalencia de limitaciones funcionales en los adultos mayores mexicanos. Otro grupo de factores evaluados cuya significancia varía dependiendo la investigación incluyen el *ingreso*, el *tipo de localidad*, el *índice de masa corporal* (IMC) y el *estado civil*. Finalmente, contar con *seguridad social* o *consumir alcohol o tabaco* no se ha asociado con las limitaciones funcionales en ningún estudio (cuadro 1).

Cabe señalar que estas aproximaciones son todas a nivel individual. Además, la construcción de variables se limita a la información considerada relevante desde este enfoque. A modo de resumen, el cuadro 1 muestran algunos de los trabajos y las variables que han servido para el análisis de factores asociados las limitaciones funcionales de los adultos mayores mexicanos, tanto desde una perspectiva individual como en pareja.

Cuadro 1. Estudios sobre factores asociados a la presencia de limitaciones funcionales en adultos mayores mexicanos

Año	Autores	Tamaño de la muestra	Años de seguimiento	Actividades incluidas	Factores asociados con la limitación (p < 0.5)	Factores no asociados con la limitación (p > 0.5)
2007	Ávila, Melano, Payette y Amieva	1 880	2	ABVD-AIVD	Edad, sexo, tipo de localidad (urbana), estado civil, escolaridad (mayor a 6 años) e ingreso (alto).	Ingreso (medio) y seguridad social.
2011	Wong, Gerst, Michels y Palloni **	11 373	2	ABVD	Edad, sexo (mujer), escolaridad, ingresos (altos) y tipo de localidad (urbana).	Estado civil (soltero y viudo), ingreso (medio) y seguridad social.
2011	Gerts, Michaels y Wong **	10 429	2	ABVD	Edad, sexo (mujer), escolaridad, actividad física.	Ingreso, tipo de localidad, seguridad social.
2012	Gerst, Michaels y Wong **	11 837	2	ABVD	IMC (sobrepeso y obesidad), edad, sexo, estado civil, escolaridad, ingreso, enfermedades crónicas.	Tipo de localidad.
2013	Beltrán y Drumond * ^a	4 207	2	ABVD	Presencia de limitaciones funcionales en la ronda base, edad y escolaridad.	
2014	Manrique y otros	2 477	14 (meses)	ABVD	IMC (obesidad) y actividad física (alta)	IMC (bajo peso, rango normal y sobrepeso) y actividad física (baja y moderada)
2015	Díaz, de la Vega y Wong	3 344	11	ABVD	Edad, sexo, tipo de localidad (urbana-rural), escolaridad (mayor a 6 años), autopercepción del estado de salud (pobre), síntomas depresivos, número promedio de limitaciones (ABVD) en la ronda base.	Escolaridad (menor a 6 años), ingreso, puntaje promedio combinado de recuerdo verbal.
2015	Gerst, Wong, Michaels y Palloni ** ^b	11 837	2	ABVD	IMC (sobrepeso y obesidad), edad, sexo, estado civil, escolaridad, ingreso, enfermedades crónicas.	Tipo de localidad.
2016	Díaz y Wong	5 765	11	ABVD	Edad, sexo (mujer), limitaciones funcionales (ABVD) en la ronda base.	Estado civil, escolaridad.
2016	Saenz y Wong	9 560	11	ABVD	Escolaridad (menor a 6 años), edad, enfermedades crónicas, autopercepción del estado de salud (pobre), ingreso (bajo).	Escolaridad (mayor a 6 años), estado civil, consumo de tabaco/alcohol y seguridad social.

Continúa en la siguiente página...

Año	Autores	Tamaño de la muestra	Años de seguimiento	Actividades incluidas	Factores asociados con la limitación ($p < 0.5$)	Factores no asociados con la limitación ($p > 0.5$)
2016	Díaz, Reistetter y Wong **	3 283	2	ABVD-AIVD	Edad, sexo (mujer), autopercepción (pobre), síntomas depresivos y escolaridad (siete o más años y en mujeres)	Tipo de localidad e ingreso
2018	López	2 925	12	ABVD-AIVD	Edad, sexo (mujer), escolaridad, autopercepción de salud, síntomas depresivos y multimorbilidad.	Estado civil.

** Estudios comparativos con datos del *Health and Retirement Study* (HRS) de Estados Unidos.

* Estudio comparativo con datos del estudio *Salud, Bienestar y Envejecimiento* (SABE) de São Paulo, Brasil.

^a Metodología diferente a modelos de regresión: método de microsimulación para estimar la esperanza de vida con discapacidad y la esperanza de vida con discapacidad, así como las probabilidades de transición entre los estados de discapacidad.

^b Metodología diferente a modelos de regresión: comparación de tasas de transición de discapacidad entre adultos mayores de México y EE.UU.

Fuente: elaboración propia con base en la literatura consultada.

2.3 Factores asociados con la discapacidad a nivel pareja

Como se ha mencionado, la información a nivel pareja es escasa, muy específica y para muestras pequeñas, por lo que para estudiar el cambio en la capacidad funcional de la pareja y los factores asociados a esta, varias investigaciones han optado por métodos latentes para construir trayectorias de funcionalidad y factores asociados con el nivel pareja (Hoppmann, Grestorf, & Hibbert, 2011; Mejía & Gonzalez, 2017; Li, Cardinal, & Acock, 2013). También, con diferentes metodologías, se ha estudiado la concordancia de la pareja respecto a los factores asociados con la discapacidad y las limitaciones funcionales, sin relacionarlos directamente con el deterioro funcional (Graham & Braun, 1999; Stimpson, Masel, Rudkin, & Peek, 2006; Juri, y otros, 2006; Falba & Sindelar, 2008). A continuación se presentan algunas de estas investigaciones y sus principales resultados.

Los *síntomas depresivos* son el factor asociado con la discapacidad y las limitaciones funcionales más investigado a nivel pareja (Hoppmann, Grestorf, & Hibbert, 2011; Ayotte, Yang, & Jones, 2010; Siegel, Bradley, Gallo, & Kasl, 2004; Townsend, Miller, & Guo, 2001; Saenz & Rote, 2018). Por ejemplo, en el estudio de Hoppmann, Grestorf y Hibbert (2011) se analizó la relación entre los niveles y cambios en las limitaciones funcionales y los síntomas depresivos entre los cónyuges, con datos longitudinales (14.5 años) de una muestra de parejas de adultos de 70 años y más, los autores construyeron trayectorias de limitaciones funcionales (ABVD - AIVD) y síntomas depresivos a nivel pareja utilizando ecuaciones estructurales. Sus resultados varían en escala; primero a nivel de trayectorias de pareja, encontraron que los niveles y cambios en los síntomas depresivos y las limitaciones funcionales están estrechamente entrelazados, es decir, el aumento en los síntomas depresivos durante el periodo de observación se acompañó de incrementos en la incidencia de limitaciones funcionales. Segundo, dentro de la pareja, el incremento en síntomas depresivos en uno de los miembros se acompañó del aumento en los síntomas depresivos de su pareja y de forma análoga, aunque más débil, se encontraron asociaciones para las limitaciones funcionales. Además, reportaron interrelaciones confiables entre los síntomas depresivos de un miembro de la pareja y las limitaciones funcionales de su compañero. Concretamente, mayores síntomas depresivos en un miembro de la pareja se relacionó con mayor incidencia de limitaciones funcionales en la otra persona. Finalmente, los autores concluyeron que las limitaciones

funcionales y los síntomas depresivos están significativamente asociados entre los cónyuges (Hoppmann, Grestorf, & Hibbert, 2011).

Otro factor asociado con la funcionalidad construido a nivel pareja son las *creencias sobre el envejecimiento*, que se refieren a la actitud hacia el propio envejecimiento (Lawton M., 1975). El estudio de Mejía y González (2017) es un *buen ejemplo* en el que se examinó en qué medida las creencias sobre el envejecimiento se comparten en la pareja y se vinculan con limitaciones funcionales futuras de los individuos y la pareja. Los autores trabajaron con dos rondas del Estudio de Salud y Jubilación (HRS, por sus siglas en inglés), abarcando un periodo de seis años de seguimiento. Utilizando modelos diádicos latentes⁷, los autores analizaron procesos compartidos (creencias sobre el envejecimiento y limitaciones funcionales) y procesos individuales (actividad física y carga de enfermedad) y posteriormente modelaron las contribuciones de las creencias compartidas sobre el envejecimiento a las limitaciones funcionales posteriores; para ajustar estos modelos, incluyeron covariables sociodemográficas (educación, raza y riqueza) e indicadores de experiencias en salud compartidas (índice de masa corporal, consumo de alcohol y tabaco). Como parte de sus resultados, los autores encontraron que las creencias de las parejas sobre el envejecimiento predijeron las limitaciones funcionales en el seguimiento y que las parejas con creencias más positivas tendieron a tener menos limitaciones funcionales posteriores. Así, concluyeron que las creencias sobre el envejecimiento efectivamente influyen en la salud y que las parejas son similares en sus creencias, experiencias y comportamientos en salud (Mejía & Gonzalez, 2017).

La *actividad física* es otro de los factores que se han trabajado a nivel pareja; como *ejemplo* está el estudio de Li, Cardinal y Acock (2013) en el que se examinó la concordancia conyugal de las trayectorias de actividad física entre parejas casadas de mediana edad y mayores y su influencia en enfermedades recientes y trayectorias de limitación funcional. Los autores clasificaron la muestra de adultos mayores en cuatro trayectorias de actividad física (estables activos, adoptantes, reincidentes, sedentarios estables) mediante clases latentes. La pertenencia individual a una trayectoria fue predicha por las trayectorias de los cónyuges, junto con las enfermedades recientes

⁷ Díada: Pareja de dos seres o cosas estrecha y especialmente vinculados entre sí (RAE, 2020).

y limitaciones funcionales de ambos miembros de la pareja. Como resultados, los autores reportaron que, en general, las trayectorias de un miembro predijeron las trayectorias del otro y que el incremento de limitaciones predijo trayectorias de actividad física más desfavorables. De tal forma se evidenció una concordancia conyugal en las trayectorias de actividad física, sin embargo, se presentaron diferencias por sexo y procesos subyacentes que no se pudieron explicar completamente con los datos y metodología aplicada.

En estas aproximaciones a la construcción de factores asociados con la discapacidad a nivel pareja es común ajustar los modelos latentes con variables relevantes en la interrelación conyugal de las personas adultas mayores, como la satisfacción de la relación, la duración de la unión y diferencia de edad y/o escolaridad entre los miembros (Hoppmann, Grestorf, & Hibbert, 2011; Mejía & Gonzalez, 2017; Li, Cardinal, & Acock, 2013).

Asimismo, la *concordancia* en enfermedades y comportamientos en salud ha sido un tema muy investigado, aunque sin asociación directa con las limitaciones funcionales. Algunos *ejemplos* que abordan esta interrelación en adultos mayores son investigaciones sobre la dieta (Davis, Sandberg, Bradford, & Larson, 2016; Silverman, y otros, 2003), el tabaquismo (Venters, Jacobs, Lueker, Maiman, & Gilum, 1984) y el consumo de alcohol y drogas (Graham & Braun, 1999; Juri, y otros, 2006), condiciones crónicas (Stimpson & Peek, 2005), presión arterial (Peek & Marrkides, 2003), y bienestar (Quiroutte & Gold, 1992). De forma general, en todas estas investigaciones se reportó cierta similitud entre los miembros de la pareja, o bien, correlaciones fuertes entre uno y otro.

Capítulo 3. Planteamiento del problema y metodología

A partir del marco teórico-conceptual expuesto y la revisión de los antecedentes en este apartado se define el problema de investigación, los objetivos e hipótesis que guían este estudio.

3.1 Planteamiento del problema

Entre los efectos de la transición demográfica en México se encuentra el incremento en números absolutos y porcentuales de la población de adultos mayores. Este fenómeno, conocido como *envejecimiento demográfico*, tiene importantes implicaciones en la composición, capacidad y necesidades de la población, además de tener profundas consecuencias para los sistemas de salud. Asimismo, la edad avanzada es, para la mayoría, la última etapa del curso de vida de una persona y donde se presentan cambios significativos como el deterioro general en la salud, dependencia física y/o económica y el menoscabo de roles familiares o sociales, lo que en conjunto influye en el bienestar de los adultos mayores.

En México, los datos apuntan a que un considerable porcentaje de las personas que llegan a esta etapa de la vida lo hacen en malas condiciones de salud y estas mismas condiciones frecuentemente se asocian con la pérdida de funcionalidad y autonomía. Este sentido, la capacidad física se ha reconocido como un factor relevante que interviene en las interrelaciones personales y con el entorno del adulto mayor, por lo que, en este grupo de edad, la discapacidad ha sido tema de interés en múltiples disciplinas. Desde la demografía, las aproximaciones al tema se han enfocado en las limitaciones funcionales. Estas investigaciones han abordado mayormente las limitaciones funcionales en ABVD y en menor medida en AIVD, evaluando a la par la relación que tienen estos cambios con características sociodemográficas y de salud. Sin embargo, estas aproximaciones se han hecho desde un enfoque individual, por lo que se sabe poco sobre las limitaciones funcionales de los adultos mayores que conviven en pareja y por tanto comparten un entorno, condiciones de vida y hábitos que pueden derivar en características sociodemográficas y de salud similares. En este sentido, se hace necesario investigar las limitaciones funcionales de los adultos mayores, considerando que se encuentran unidos o casados, e identificar si determinadas características

compartidas, influyen en el desempeño funcional de ambos miembros de las parejas. Es por ello, que la pregunta de investigación que se plantea en la presente investigación es: ¿Cuáles son las principales características de pareja, sociodemográficas y de salud asociadas con las limitaciones funcionales de parejas de adultos mayores mexicanos?

3.1.1 Objetivo

Analizar las limitaciones funcionales en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de las parejas de adultos mayores mexicanos que permanecieron unidas (con el mismo cónyuge) de 2003 a 2015, así como establecer sus factores asociados en 2015.

3.1.2 Justificación

Las limitaciones funcionales son un indicador importante en la evaluación de las condiciones de salud de la población de adultos mayores. Este estudio pretende generar conocimiento sobre las limitaciones funcionales en los adultos mayores que se encuentran en pareja, cambiando el enfoque individual, tradicionalmente desarrollado, y considerando que en una relación co-residente se comparten condiciones de vida y hábitos que pueden derivar en características similares que resultan relevantes en la incidencia de limitaciones funcionales. El análisis de esta similitud o concordancia es útil para entender y analizar las limitaciones funcionales en las personas adultas mayores y podría servir para el diseño de estrategias de intervención que considere a ambos miembros, en lugar del enfoque individual que ha prevalecido para entender la salud de este grupo poblacional.

3.1.3 Hipótesis

Se plantea que la presencia de limitaciones funcionales de los miembros de una pareja de adultos mayores serán similares. Esto significa que, se espera que la mayor proporción de parejas de adultos mayores sin limitaciones en las ABVD y AIVD en 2003 permanezcan sin limitaciones en 2015, o bien, encontrar que si un miembro de la pareja presenta alguna limitación, el otro también

lo haga; un menor porcentaje de parejas tendrán cambios disímiles. Características de la pareja como una baja escolaridad, un promedio de edad elevado, mala percepción de salud, multimorbilidad, síntomas depresivos, consumo de alcohol y tabaco, se asociaran a parejas con limitaciones funcionales (ABVD o AIVD) en 2015. En cuanto a las parejas donde solo uno presente limitaciones funcionales, se espera encontrar poca concordancia en sus características y factores asociados similares a los de las parejas con limitaciones funcionales.

3.2 Metodología

En esta sección se describe la metodología que se emplea en la presente investigación, comenzando con el diseño del estudio y la fuente de información, así como la selección de la población de estudio. Posteriormente se describe la variable dependiente y las covariables utilizadas y su operacionalización. Finalmente, se describen los procedimientos estadísticos que se utilizarán para el análisis de datos y la justificación de su elección.

3.2.1 Diseño del estudio y fuente de información

Análisis de tipo transversal donde se empleó la ronda 2015 del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Dicho estudio tiene representatividad nacional (urbano y rural) y su objetivo es examinar los procesos de envejecimiento, las enfermedades y la carga de discapacidad de los adultos mayores mexicanos y sus parejas (ENASEM, 2020). A la fecha, el ENASEM cuenta con cinco rondas, 2001, 2003, 2012, 2015 y 2018⁸ (esta última recientemente publicada). El diseño muestral es probabilístico, estratificado y por conglomerados, donde la última de selección es la vivienda. Las entrevistas se llevan a cabo persona a persona, a través de entrevistas directas con todos los informantes, mientras que las entrevistas por sustituto (*proxy*) se utilizan cuando el adulto mayor no puede responder. En el caso de los fallecidos, se entrevista a los familiares o el cónyuge/pareja sobreviviente para que informe sobre las causas de la defunción (ENASEM, 2020).

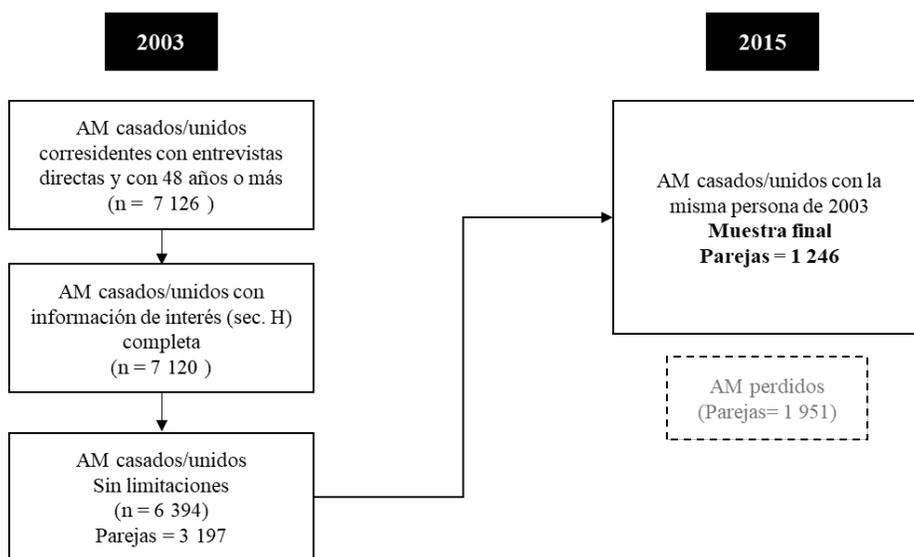
⁸ Esta ronda se publicó en el mes de junio de 2020, cuando ya se había avanzado en el análisis de datos de la ronda 2015, motivo por el cual ya no se consideró esa ronda en este estudio.

3.2.2 Selección de la población de estudio

La población de estudio de esta investigación es una submuestra de individuos adultos mayores (mujeres y hombres) que viven en pareja y han permanecido unidos con el mismo cónyuge en 2003 y 2015⁹. En este punto, es necesario aclarar que la fuente de información no cuenta con preguntas específicas sobre la interrelación conyugal y posibles relaciones con la salud de sus miembros, sin embargo, lo que se pretende es aproximar la pareja como unidad de análisis, con observaciones individuales, considerando que las parejas formadas conviven y comparten un vínculo socioafectivo. Los siguientes fueron los criterios de selección: 1) En 2003 adultos mayores (60 años o más) y sus parejas con edad mínima de 48 años, lo que significa que para 2015 también fueron adultos mayores; 2) Entrevistas directas con cuestionario completo en las variables de interés (desarrolladas más adelante); 3) Que ninguno de los dos miembros de la pareja presentara limitaciones en las ABVD y AIVD en 2003. Se excluyeron: 1) Encuestas incompletas en las variables de interés; 2) Casos perdidos por falta de información en el seguimiento, por viudez/separación/divorcio o por muerte de uno o ambos miembros de la pareja; y 3) Encuestas respondidas por un informante *proxy*. Con estas consideraciones, la muestra analítica quedó conformada por 1 246 parejas (casadas o unidas) (figura 5).

⁹ Para realizar el seguimiento de las mismas parejas en 2003 y 2015, fue necesario consultar los datos de la ronda 2012, puesto que en 2015 se preguntó a la persona adulta mayor si continuaba unida a la misma persona de la última encuesta que se le realizó; a su vez, en 2012 se verificó que los adultos mayores estuvieran unidos con la misma persona que refirió en 2003.

Figura 5. Selección de la población de estudio, ENASEM



Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM 2003 y 2015.

3.2.3 Definición de Variables

Para cumplir con el objetivo propuesto en esta tesis se utilizaron los siguientes módulos del ENASEM a saber: A-Características sociodemográficas; C y D-Salud y servicios de salud; y H-Funcionalidad y ayuda. Asimismo, cabe aclarar que los datos que proporciona la fuente de información se presentan a nivel individual, por lo que para realizar la aproximación estudio de la pareja se utiliza la concordancia en las limitaciones funcionales (variable dependiente) y en algunas de las co-variables que se describen a continuación.

Variable dependiente

La variable dependiente fueron las limitaciones en las ABVD y AIVD. Se consideró que un adulto mayor tenía limitaciones funcionales si declaró tener dificultades en, al menos, una de las siguientes ABVD: caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar el excusado; o en las AIVD, como: preparar una comida caliente, hacer compras de víveres o mandado, tomar sus medicamentos (si es que tuviera que hacerlo) y manejar su dinero. Las parejas podían concentrarse en alguno de los siguientes grupos: sin limitaciones en las ABVD y AIVD (cuando ambos miembros de la pareja

declararon no tener ninguna dificultad); con un miembro con limitaciones en las ABVD y/o AIVD (cuando uno de los adultos mayores presentó limitaciones y otro no); y con limitaciones en las ABVD y/o AIVD (cuando ambos declararon tener, cada uno, al menos, una limitación) (cuadro 2).

Cuadro 2. Categorías de la variable dependiente conforme a las limitaciones en ABVD y AIVD de los miembros de la pareja

Variable dependiente: Pareja		Valor
<i>Ella</i>	<i>Él</i>	
Sin limitaciones	Sin limitaciones	0
Con limitaciones	Con limitaciones	1
Sin limitaciones	Con limitaciones	2
Con limitaciones	Sin limitaciones	2

Fuente: elaboración propia con datos de ENASEM 2003 y 2015

Co-variables

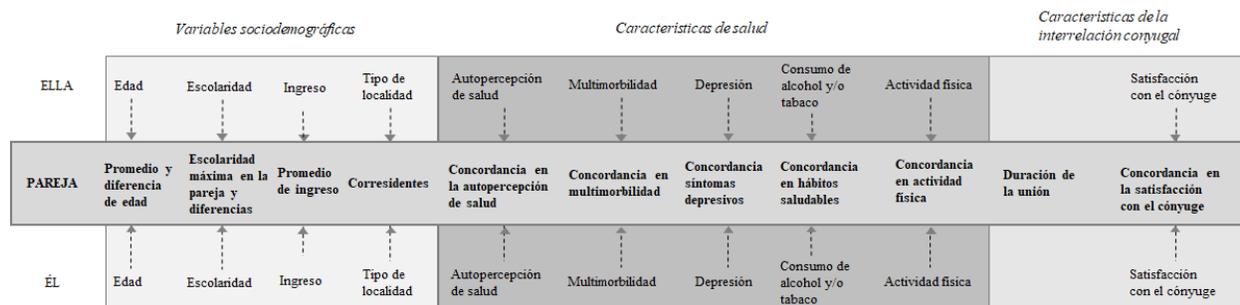
Para analizar los factores asociados con las limitaciones funcionales, las co-variables incluidas se dividieron en dos grupos: sociodemográficos y de salud. Estas se construyeron con la información de ambos miembros de la pareja (figura 6).

Las *variables sociodemográficas* elegidas para el análisis fueron: grupo de edad (definido por el promedio de edad en la pareja); diferencia de edad entre la pareja; años de escolaridad máxima alcanzada en la pareja (años); diferencia en los años de escolaridad; ingreso; tipo de localidad de residencia (urbana, rural); tiempo de duración de la unión; satisfacción con la unión.

Las *características de salud* elegidas para el análisis fueron: autopercepción de salud (muy buena/buena, regular, pobre/muy pobre); multimorbilidad (definida como la presencia de dos o más enfermedades crónicas; se categorizó en no y sí); depresión (medida a través de la Escala de Depresión (CES-D), que ha sido validada para la población del ENASEM. Esta escala se basa en síntomas de depresión geriátrica, con respuesta afirmativa en, al menos, cinco de las nueve preguntas consideradas positivas para la depresión; las respuestas se clasificaron como no o sí);

consumo de alcohol; consumo de tabaco; práctica de actividades físicas. Estas variables se clasificaron a su vez, en: concordantes (ambos adultos mayores compartían la característica) y no concordantes (solo un miembro de la pareja tenía la característica)¹⁰.

Figura 6. Esquema de la construcción de co-variables a nivel de parejas



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del ENASEM

3.2.4 Plan de análisis

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo a partir de frecuencias y porcentajes, dado que todas las variables incluidas en esta tesis fueron categóricas. Se calcularon pruebas bi-variadas mediante la Chi-cuadrada para evaluar la posible relación entre las covariables y la variable dependiente para determinar las covariables que fueron incluidas en los modelos finales.

Posteriormente, se estimaron modelos de regresión logística multinomial para determinar los principales factores asociados con las limitaciones funcionales en las parejas de adultos mayores, para lo cual se obtuvieron los riesgos relativos¹¹(RR), con intervalos de confianza (IC) del 95%.

¹⁰ Tanto las variables socioeconómicas como las características en salud se trabajaron como variables categóricas; para ver detalles de la construcción y operacionalización de cada co-variable ver anexo 2.

¹¹ El riesgo relativo se define como la asociación entre un evento y la vulnerabilidad a éste y puede ser cuantificado, se utilizan para determinar la fuerza de asociación entre la exposición y el evento, es decir, indican la posibilidad de que se desarrolle el evento en los expuestos a un factor de riesgo en relación al grupo de los no expuestos a dicho factor (Aedo, Pavlov, & Clavero, 2010); sin embargo, para esta investigación, los riesgos relativos se utilizan solo para evaluar la relación de las covariables con la variable dependiente.

La elección de utilizar modelos de regresión logística multinomial se debe a las características de la variable dependiente, ya que tiene más de dos posibles resultados nominales; además, es una extensión multivariante de la regresión logística binaria clásica, una alternativa recurrente en las investigaciones de transiciones en limitaciones funcionales para conocer la relación entre estas y factores asociados. Asimismo, para interpretar los modelos de regresión multinomial se usaron las razones de riesgo relativo (RRR), expresadas en la función exponencial de los coeficientes estimados por el modelo. Estas permiten determinar la relación entre las categorías de las variables explicativas y las categorías de la variable dependiente, considerando siempre la categoría de referencia de la variable dependiente y manteniendo constantes las demás variables (Villagómez, 2008).

3.2.5 Consideraciones éticas

El protocolo y los instrumentos del ENASEM fueron aprobados por la Universidad de Texas, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía y el Instituto Nacional de Salud Pública. El consentimiento informado oral se solicitó de conformidad con los principios éticos para la investigación en humanos en la declaración de Helsinki. La base de datos es totalmente anónima y no contiene información personal que permita la identificación de las personas que hacen o hicieron parte del estudio. Los datos son de acceso público y se encuentran disponibles en línea: http://www.enasem.org/index_Esp.aspx

Capítulo 4. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación, los cuales se dividen en tres apartados. El primero incluye un análisis descriptivo de la presencia limitaciones funcionales y las variables consideradas en esta investigación; en el segundo se presentan y analizan los modelos estimados.

4.1 Análisis descriptivo

En este apartado se presenta una descripción de la submuestra seleccionada y las variables utilizadas. Primero se presenta la incidencia de limitaciones funcionales ABVD y AIVD de las parejas de adultos mayores en 2015. En segundo lugar, se realiza un análisis bi-variado de las variables utilizadas en la investigación para definir las variables que se incluyen en los modelos finales.

4.1.1 Limitaciones funcionales en adultos mayores en México

En el cuadro tres se muestra que la mayoría de las parejas (60.4%) continuó sin presentar algún tipo de limitación respecto a 2003, seguido de las parejas donde uno de los miembros tuvo limitaciones, ya sea en las ABVD, en las AIVD o en las ABVD/AIVD (33.2%) y finalmente las parejas donde ambos tuvieron limitaciones (6.4%). En cuanto a la distribución dentro de cada grupo se tuvo que, en las parejas donde ambos presentaron alguna limitación, las parejas con limitaciones en ABVD fueron las más frecuentes. Asimismo, la mayor parte de las parejas de este grupo presentó concordancia en las limitaciones funcionales, es decir, en las parejas donde ambos presentaron limitaciones, las parejas donde ambos presentaron el mismo tipo de limitación fueron, en suma, más frecuentes (87.5%) que las parejas con diferente tipo de limitación entre sus miembros (12.5%). Por otro lado, dentro de las parejas donde solo uno tuvo limitaciones, lo más frecuente fue la prevalencia de ABVD, seguida de la prevalencia en ambas. Lo anterior indica que las AIVD son el tipo de limitación menos frecuente en las parejas donde se tuvo alguna limitación (un miembro o en ambos). De igual forma, en 6.4% de las parejas, ambos miembros presentaron

limitaciones funcionales, lo que significa que, la presencia de limitaciones en ABVD, AIVD o ABVD/AIVD, en ambos miembros de parejas sin limitaciones y unidas (corresidentes) desde hace más de diez años fue poco frecuente.

Cuadro 3. Limitaciones funcionales en ABVD y AIVD de las parejas de adultos mayores mexicanos en 2015

Tipo de pareja	n (% del grupo)	% del total
Parejas sin limitaciones	752	60.4
Ambos con limitaciones		
ABVD-ABVD	35 (43.8)	
AIVD-AIVD	19 (23.8)	
ABVD/AIVD-ABVD/AIVD	16 (20.0)	
ABVD-AIVD	10 (12.5)	
Total	80	6.4
Uno con limitaciones		
Sin-ABVD	173 (41.8)	
Sin-AIVD	103 (24.9)	
Sin- ABVD-AIVD	138 (33.3)	
Total	414	33.2
Total	1246	100

Fuente: elaboración propia con datos de ENASEM 2015

4.1.2 Características sociodemográficas y de salud de las parejas

Parejas de adultos mayores sin limitaciones

En 2015, la mayor parte de las parejas sin limitaciones se concentraron en el grupo de 60 a 69 años, con una diferencia de edad de 0 a 5 años. También se observó que estas parejas contaban con baja escolaridad, sus ingresos mensuales fueron inferiores a cinco mil pesos y la mayoría se concentró en localidades mayores a 15 mil habitantes. Asimismo, lo más frecuente fue parejas con

10 a 49 años de unidos y parejas que indicaron estar insatisfechas con su cónyuge. En cuanto a las características de salud de las parejas sin limitaciones, lo más frecuente fue una autopercepción positiva, sin presencia multimorbilidad y síntomas depresivos, así como tener hábitos poco saludables y no practicar actividad física (cuadro 4).

Cuadro 4. Características sociodemográficas y de salud de las parejas de adultos mayores mexicanos sin limitaciones en 2015

Características sociodemográficas		Características de salud			
	n	%			
Grupo de edad			Autopercepción de salud		
60-69 años	440	58.5	Autopercepción positiva	627	83.4
70 y más	312	41.5	Autopercepción negativa	13	1.7
			No concordante	112	14.9
Diferencia de edad			Multimorbilidad		
0-5 años	529	70.3	Sin multimorbilidad	386	51.3
más de 5 años	223	29.7	Con multimorbilidad	70	9.3
			No concordante	296	39.4
Escolaridad máxima			Síntomas depresivos		
0-6 años	529	70.3	Sin síntomas	336	44.7
7 o más	223	29.7	Con síntomas	121	29.1
			No concordante	295	32.3
Diferencia de años de escolaridad			Hábitos poco saludables		
0-5 años	646	85.9	No	619	82.3
mayor a 5 años	106	14.1	Sí	133	17.7
Ingreso mensual promedio			Práctica de actividad física		
0 - 4 999	562	74.7	Con actividad física	125	16.6
mayor a 5 000	190	25.3	Sin actividad física	316	42.0
			No concordante	311	41.4
Tipo de localidad					
Población 15 000 o más habitantes	537	71.4			
Población <15 000	215	28.6			
Duración de la unión					
10-49 años	532	70.7			
50 años y más	220	29.3			
Satisfacción con el cónyuge					
Satisfecha	47	6.3			
Insatisfecha	617	82.0			
No concordante	88	11.7			

Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM 2015

Parejas de adultos mayores con limitaciones

En 2015, la mayor parte de las parejas con limitaciones se concentró en el grupo de 70 y más, con una diferencia de edad de 0 a 5 años. Se observó que, en este grupo de parejas, la escolaridad máxima alcanzada es de 0 a 6 años, con un porcentaje mayor (90%) en comparación con el grupo de parejas anterior. Asimismo, la duración de las uniones fue superior a los 50 años y la mayoría se encuentra insatisfecha con su cónyuge. En cuanto a las características de salud de las parejas con limitaciones, la autopercepción de salud más frecuente fue la no concordante, seguida de una autopercepción positiva. La mayoría de estas parejas no presentó multimorbilidad pero sí síntomas depresivos. También, lo más frecuente fueron las parejas con hábitos poco saludables y que no practicaban actividad física (cuadro 5).

Cuadro 5. Características sociodemográficas y de salud de las parejas de adultos mayores mexicanos con limitaciones en 2015

Características sociodemográficas			Características de salud		
	n	%		n	%
Grupo de edad			Autopercepción de salud		
60-69 años	15	18.8	Autopercepción positiva	33	41.3
70 y más	65	81.3	Autopercepción negativa	13	16.3
Diferencia de edad			Multimorbilidad		
0-5 años	55	68.8	No concordante	34	42.5
más de 5 años	25	31.3	Sin multimorbilidad		
Escolaridad máxima			Con multimorbilidad		
0-6 años	72	90.0	No concordante	23	28.8
7 o más	8	10.0	Síntomas depresivos		
Diferencia de años de escolaridad			Hábitos poco saludables		
0-5 años	71	88.8	Sin síntomas	14	17.5
mayor a 5 años	9	11.3	Con síntomas	30	45.5
Ingreso mensual promedio			Práctica de actividad física		
0 - 4 999	68	85.0	No concordante	36	35.3
mayor a 5 000	12	15.0	Hábitos poco saludables		
Tipo de localidad			No		
Población 15 000 o más habitantes	53	66.3	Sí	66	82.5
Población <15 000	27	33.8	Síntomas depresivos		
Duración de la unión			Con síntomas		
10-49 años	22	27.5	No concordante	30	45.5
50 años y más	58	72.5	Hábitos poco saludables		
Satisfacción con el cónyuge			No		
Satisfecha	5	6.3	Sí	14	17.5
Insatisfecha	60	75.0	Práctica de actividad física		
No concordante	15	18.8	Con actividad física		
			Sin actividad física		
			No concordante		

Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM 2015

Parejas de adultos mayores con solo un miembro con limitaciones

En 2015, la mayor parte de las parejas con solo un miembro de la pareja con limitaciones se concentró en el grupo de 70 y más, una diferencia de edad de 0 a 5 años, baja escolaridad y un ingreso mensual inferior a cinco mil pesos. Asimismo, en este grupo de parejas se observó una distribución similar entre una duración de la unión de 10 a 49 años y 50 años o más. En cuanto a las características de salud de las parejas con solo un miembro con limitaciones, lo más frecuente fue una autopercepción del estado de salud positiva, no concordantes en multimorbilidad y síntomas depresivos, sin hábitos poco saludables y que no practican actividad física, o bien, que no son concordantes en la práctica de actividad física (cuadro 6) ¹².

¹² Para un análisis más detallado de las características generales de las uniones ver anexo 3.

Cuadro 6. Características sociodemográficas y de salud de las parejas de adultos mayores mexicanos con solo un miembro con limitaciones en 2015

Características sociodemográficas			Características de salud		
	n	%		n	%
Grupo de edad			Autopercepción de salud		
60-69 años	177	42.8	Autopercepción positiva	236	57.8
70 y más	237	57.2	Autopercepción negativa	21	5.1
			No concordante	151	37.0
Diferencia de edad			Multimorbilidad		
0-5 años	281	67.9	Sin multimorbilidad	144	34.8
más de 5 años	133	32.1	Con multimorbilidad	57	13.8
			No concordante	213	51.4
Escolaridad máxima			Síntomas depresivos		
0-6 años	343	82.9	Sin síntomas	90	21.7
7 o más	71	17.1	Con síntomas	106	32.7
			No concordante	218	38.6
Diferencia de años de escolaridad			Hábitos poco saludables		
0-5 años	373	90.1	No	347	83.8
mayor a 5 años	41	9.9	Sí	67	16.2
Ingreso mensual promedio			Práctica de actividad física		
0 - 4 999	341	82.4	Con actividad física	41	9.9
mayor a 5 000	73	17.6	Sin actividad física	193	46.6
			No concordante	180	43.5
Tipo de localidad					
Población 15 000 o más habitantes	282	68.1			
Población <15 000	132	31.9			
Duración de la unión					
10-49 años	208	50.2			
50 años y más	206	49.8			
Satisfacción con el cónyuge					
Satisfecha	27	6.5			
Insatisfecha	335	80.9			
No concordante	52	12.6			

Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM 2015

4.1.3 Análisis bi-variado

Para definir las variables que se incluyen en los modelos finales se realizaron pruebas de asociación Chi-cuadrada entre la variable dependiente (limitaciones funcionales) y las variables sociodemográficas y de salud. En el cuadro 7 se observa que, dentro de las variables sociodemográficas, el grupo de edad, la escolaridad máxima, ingreso y la duración de la unión se asociaron con las limitaciones funcionales en las parejas de adultos mayores. Por otro lado, la diferencia de edad y años de escolaridad, el tipo de localidad y la satisfacción con el cónyuge no están asociadas con la presencia de limitaciones funcionales. Asimismo, dentro de las características en salud, la autopercepción del estado de salud, multimorbilidad, síntomas depresivos y práctica de actividad física, resultaron tener asociación con la presencia de limitaciones funcionales, al contrario de los hábitos poco saludables (cuadro 7).

Cuadro 7. Análisis bi-variado entre las limitaciones funcionales (sin limitaciones, con limitaciones, solo uno con limitaciones) y las variables sociodemográficas y de salud.

Características	p-value		p-value
<i>Sociodemográficas</i>		<i>Salud</i>	
Grupo de edad	0.000	Autopercepción de salud	0.000
Diferencia de edad	0.675	Multimorbilidad	0.000
Escolaridad máxima	0.000	Síntomas depresivos	0.000
Diferencia de años de escolaridad	0.110	Hábitos saludables	0.806
Ingreso	0.003	Práctica de actividad física	0.000
Tipo de localidad	0.378		
Duración de la unión	0.000		
Satisfacción con el cónyuge	0.497		

Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM 2015

4.2 Factores asociados con las limitaciones funcionales de las parejas de adultos mayores

Para determinar las variables incluidas en los modelos finales de regresión logística multinomial se tomaron en cuenta aquellas variables que resultaron significativas en el análisis bi-variado, con

excepción de la duración de la unión, ya que tenía una alta correlación con el grupo de edad, y debido a su importancia, se decidió conservar esta última variable¹³. En el cuadro 8 se muestra los valores de las RRR para cada grupo de parejas: sin limitaciones, con limitaciones, al menos uno con limitaciones funcionales. En términos generales, se puede observar que las covariables tienen una asociación diferente de acuerdo con el estado funcional de las parejas, tal como se describe a continuación.

Considerando como categoría de referencia a las parejas “sin limitaciones funcionales”, se encontró que tener 70 años o se asoció significativamente con la presencia de limitaciones funcionales en ambos miembros de la pareja en 2015 (RRR 4.9). Esto también fue similar para las parejas donde solo uno tuvo limitaciones en las ABVD o las AIVD, aunque el RRR fue mucho menor (RRR 1.7). El que la pareja tuviera una percepción negativa de su salud también aumentó la posibilidad de que la pareja tuviera limitaciones funcionales o que al menos uno las tuviera. Asimismo, la multimorbilidad, los síntomas depresivos y no realizar actividad física se asoció de manera estadísticamente significativa con que ambos miembros de la pareja presentaran limitaciones funcionales, o también que uno de ellos las presentara, aunque cabe señalar que la RRR fue más elevada para el grupo con limitaciones. Por su parte, tener más años de escolaridad tuvo baja asociación con la presencia de limitaciones en ambos miembros de las parejas, tanto para los dos cónyuges como para uno de ellos.

En la categoría de referencia “con limitaciones funcionales” pertenecer al grupo con 70 años o más, tener una autopercepción negativa de salud o no concordante, tener multimorbilidad, presentar síntomas depresivos y no realizar actividad física disminuyó la posibilidad de pertenecer a una pareja sin limitaciones funcionales, principalmente, y en algunos casos se asoció con el hecho de que uno de los miembros de la pareja presentara alguna limitación. En contraste, contar con una escolaridad máxima superior a los seis años, incrementó la posibilidad de pertenecer a una pareja sin limitaciones funcionales.

¹³ El análisis de correlación puede verse en el anexo 4, cuadro 1.

Respecto al grupo de referencia “un miembro con, al menos, una limitación” se observó que tener una edad más avanzada tuvo baja asociación con pertenecer a una pareja con limitaciones, mientras que esta característica tuvo una asociación para el grupo con limitaciones. La autopercepción negativa de salud, la multimorbilidad, los síntomas depresivos redujeron significativamente la posibilidad de pertenecer a una pareja que tuviera limitaciones. En cambio, la percepción negativa de la salud y la multimorbilidad incrementó la posibilidad de pertenecer a una pareja con limitaciones en 2015.

En resumen, los resultados mostraron que, en todos los escenarios, el incremento de la edad promedio en la pareja, una autopercepción del estado de salud concordante negativamente o no concordante, presentar la multimorbilidad y síntomas depresivos, se asociaron con parejas con limitaciones funcionales. Asimismo, la escolaridad máxima alcanzada y la práctica de actividad física en la pareja, incrementaron la posibilidad de pertenecer a una pareja sin limitaciones funcionales.

Finalmente, en términos globales, el modelo resultó significativo, utilizando la prueba de chi-cuadrado de razón de verosimilitud, en donde el valor obtenido fue de 0.852, lo que indica que el ajuste del modelo es válido, es decir, el modelo es adecuado para el ajuste de los datos. Aunque, el porcentaje que logra explicar es bajo, de acuerdo con el coeficiente de Nagalkerke (0.196).¹⁴

¹⁴ Para una evaluación completa el modelo ver anexo 4.

Cuadro 8. Modelos multinomiales. Razones de riesgo relativo de presentar limitaciones funcionales en parejas de adultos mayores mexicanos en 2015, según factores sociodemográficos y de salud

	Referencia: Ambos sin limitaciones		Referencia: Ambos con limitaciones		Referencia: Un miembro con al menos una limitación	
	<i>Ambos con limitaciones</i>	<i>Un miembro con al menos una limitación</i>	<i>Ambos sin limitaciones</i>	<i>Un miembro con al menos una limitación</i>	<i>Ambos sin limitaciones</i>	<i>Ambos con limitaciones</i>
	RRR	RRR	RRR	RRR	RRR	RRR
Promedio de edad (Referencia: 60-69 años)						
70 y más	4.9***	1.7***	0.2***	0.3***	0.6***	2.9***
Escolaridad máxima (años) (referencia: 0-6 años)						
7 o más	0.4**	0.7**	2.3**	1.5	1.4*	0.6
Ingreso (referencia: Menor a \$5 000 (incluye parejas sin ingresos o ingresos negativos))						
Superior a \$5 000	0.8	0.9	1.3	1.1	1.1	0.9
Autopercepción del estado de salud (referencia: autopercepción positiva)						
Autopercepción negativa	9.9***	3.5***	0.1***	0.3***	0.4***	3.6***
No concordante	2.8***	2.8***	0.3***	0.8	0.4***	1.3
Multimorbilidad (referencia: sin multimorbilidad)						
Con multimorbilidad	2.9***	1.4	0.3***	0.5*	0.7**	1.9*
No concordante	1.4*	1.6***	0.7	1.1	0.6***	0.9
Síntomas depresivos (referencia: sin síntomas depresivos)						
Con síntomas depresivos	2.6**	1.9**	0.4**	0.8	0.5***	1.2
No concordante	2.1**	2.2***	0.5**	1.1	0.4***	0.8

Continúa en la siguiente página...

Continuación cuadro 9

	Referencia: Ambos sin limitaciones		Referencia: Ambos con limitaciones		Referencia: Un miembro con al menos una limitación	
	<i>Ambos con limitaciones</i>	<i>Un miembro con al menos una limitación</i>	<i>Ambos sin limitaciones</i>	<i>Un miembro con al menos una limitación</i>	<i>Ambos sin limitaciones</i>	<i>Ambos con limitaciones</i>
Actividad física (referencia: con actividad física)						
Sin actividad física	3.8**	1.5*	0.3**	0.4	0.7*	2.5
No concordante	2.7	1.5*	0.4	0.6	0.7*	1.8
p ≤ 0.1 (*Significativo al nivel 10%) p ≤ 0.05 (**Significativo al nivel 5%) p ≤ 0.01 (***) Significativo al nivel 1%)						
LR chi2(22)	= 271.205					
Pseudo R2 (Nagelkerke)	= 0.196					
Prob > chi2	= 0.000					
Número de observaciones	= 1246					

Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM 2003 y 2015

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación fue analizar las limitaciones funcionales en ABVD y AIVD de las parejas de adultos mayores mexicanos que permanecieron unidas (con el mismo cónyuge) de 2003 a 2015 y sus factores asociados. A partir de estos resultados se pudo comprobar la hipótesis de “concordancia” en la funcionalidad de las parejas de adultos mayores. Esto es, las parejas tienden a tener estados similares en su desempeño funcional, ya sea porque los dos están sin limitaciones en las ABVD o en las AIVD, o bien, porque ambos presentan estas condiciones. Este hallazgo coincide con las investigaciones que han trabajado la funcionalidad a nivel pareja (Li, Cardinal, & Acock, 2013; Hoppmann, Grestorf, & Hibbert, 2011) y da cuenta de cierta similitud en la presencia de limitaciones funcionales de las parejas de adultos mayores mexicanos.

En la hipótesis también se propuso que las características compartidas en la pareja, como una baja escolaridad, un grupo de edad elevado, mala percepción de salud, multimorbilidad, síntomas depresivos, consumo de alcohol y tabaco, se asociarían a parejas con limitaciones funcionales (ABVD o AIVD). Los resultados demuestran que estas variables se encuentran relacionadas significativamente, en la dirección que se esperaba, con la presencia de limitaciones funcionales. Considerando esto, se puede afirmar la presencia de limitaciones funcionales en las parejas de adultos mayores mexicanos se asocian a la edad, escolaridad, multimorbilidad, depresión, autopercepción de salud y la actividad física de la pareja. Así, los resultados reflejan que las características compartidas en la pareja son una buena aproximación al estudio de limitaciones funcionales a nivel de pareja e ilustran que este enfoque puede proveer de nueva información sobre esta etapa del proceso de desactivación.

Aunado a lo anterior, se observó que, en 2015, las parejas de adultos mayores analizadas presentaron similitudes en características de salud como la autopercepción positiva del estado de salud, presencia o ausencia de multimorbilidad y síntomas depresivos, y la ausencia de hábitos poco saludables. Compartir estas características sugiere que existe cierta similitud en el estilo de vida y el entorno entre los miembros de las parejas de adultos mayores mexicanos. Estos resultados

concuerdan con lo encontrado en otras investigaciones sobre concordancia en características de salud en la pareja (Graham & Braun, 1999; Juri, y otros, 2006; Silverman, y otros, 2003).

En cuanto a los factores asociados, dentro de las variables sociodemográficas se determinó que el incremento en el *grupo de edad de la pareja* está asociado con las limitaciones funcionales en la pareja, tanto en ambos miembros como en uno solo. Lo anterior, coincide con lo afirmado por Wong, Gerst, Michels y Palloni (2011); Díaz, de la Vega y Wong (2015); Díaz, Reistetter, Yi y Wong (2016); y Díaz y Wong (2016), en sus respectivos estudios donde considera a los adultos mayores individualmente. Asimismo, los resultados indican que, si bien, la mayoría de las parejas tenía una diferencia de edad entre los cónyuges de cinco años o menos, también había casos con diferencias superiores a los diez años, lo que sugiere que el promedio de edad de la pareja debe interpretarse de forma cautelosa. Cabe señalar que como aproximación al estudio de pareja esta variable no ha sido abordada de esta manera, en cambio, lo que se ha utilizado es la diferencia de edad como variable de control en diversas metodologías (Mejía & Gonzalez, 2017; Hoppmann, Grestorf, & Hibbert, 2011). Por lo tanto, se sugiere en el futuro explorar más acerca de esta variable y su efecto sobre la salud de las parejas.

Igualmente, la *máxima escolaridad alcanzada en la pareja* es un factor asociado con la presencia de limitaciones funcionales. Los resultados sugieren que tener más de seis años de escolaridad en la pareja incrementa la posibilidad de pertenecer a una pareja sin limitaciones funcionales, lo que coincide con la literatura sobre el tema (Díaz & Wong, 2016). En este punto, es importante recordar que esta variable hace referencia a los años de escolaridad de un solo miembro de la pareja (el que alcanzó mayor escolaridad), y que los mayores niveles educativos se encuentran en parejas no concordantes, es decir, en parejas donde uno de los miembros tiene mayor nivel educativo respecto a su pareja. En este sentido, la significancia de esta variable (máxima escolaridad alcanzada en la pareja) en el comportamiento de la variable dependiente (limitaciones funcionales), podría indicar que posiblemente existan mecanismos de la interacción conyugal, en donde uno de los miembros, quizá el de mayor escolaridad, regule ciertos comportamientos en salud de manera favorable, como lo indican ciertas teorías del control social (Mejía & Gonzalez, 2017).

Por otro lado, dentro de las características de salud, se encontró que la *autopercepción del estado de salud* concordante negativamente o no concordante se asoció a la presencia de limitaciones funcionales en la pareja, lo que también es similar a lo que la literatura consultada a nivel individual ha concluido (Díaz, Reistetter, Yi, & Wong, 2016; Saenz & Wong, 2016; Díaz, de la Vega, & Wong, 2015). Asimismo, al ser una medida subjetiva que da cuenta del entorno inmediato del adulto mayor (Gallegos, García, Duran, Reyes, & Durán, 2006), estos resultados sugieren que, si una pareja que comparte un entorno y un vínculo socioafectivo coinciden en su autopercepción de salud de forma positiva, son menos propensos a ser una pareja con limitaciones funcionales.

En cuanto a la *multimorbilidad*, los resultados indicaron que ser concordante con tener esta característica en la pareja incrementa la posibilidad de pertenecer a una pareja con limitaciones funcionales, lo que concuerda con los resultados individuales previos (López, 2018). Esta situación se repite para la presencia de *síntomas depresivos* en la pareja, es decir, las parejas con presencia de síntomas depresivos, ya sea en ambos miembros o en uno, tienen mayor posibilidad de pertenecer a parejas con limitaciones funcionales, lo que coincide con las aproximaciones a nivel pareja (Siegel, Bradley, Gallo, & Kasl, 2004; Hoppmann, Gestorf, & Hibbert, 2011) y sugiere que la sola presencia de estos síntomas en la pareja representa un factor asociado a la limitación funcional en la pareja. Finalmente, se encontró que la práctica de *actividad física* en la pareja se asocia a parejas sin limitaciones funcionales, lo que también es congruente con investigaciones previas a nivel individual (Gerst, Michaels, & Wong, 2012; Manrique, y otros, 2014); aunque, a nivel pareja habría que hacer algunas consideraciones, ya que, esta variable se ha estudiado como variable dependiente, encontrando que la incidencia de limitaciones funcionales en la pareja tiene relación con su práctica de actividad física (Li, Cardinal, & Acock, 2013).

Ahora bien, esta investigación presentó varias *limitaciones*, algunas de las cuales se convirtieron en nuevas preguntas para futuras posibles investigaciones. Para comenzar, las limitaciones funcionales en adultos mayores son un tema bastante explorado a nivel individual (Gerst, Wong, Michaels, & Palloni, 2015; Wong & Lastra, 2001; Díaz, De La Vega, & Wong, 2015), sin embargo, los referentes del tema que aproximan su estudio en pareja son escasos y se enfocan en la evaluación de un solo factor, lo que amplió la revisión de antecedentes a estudios relacionados aunque más generales. Lo anterior da cuenta de la dificultad de aproximarse a una unidad de

análisis diferente al individuo, las opciones más recurrentes para abordar información de la pareja con datos individuales son los métodos latentes, no obstante, dada la complejidad de su aplicación solo se puede evaluar un factor asociado a la vez. En este sentido, la presente investigación cumple con el objetivo de analizar las transiciones en limitaciones funcionales de las parejas de adultos mayores mexicanos unidos y sus factores asociados, sin embargo, los resultados obtenidos pueden reflejar la naturaleza individual de los datos, por lo que para futuras investigaciones sería recomendable construir y evaluar cada factor asociado con herramientas, como ecuaciones estructurales (Vargas, 2019) o análisis de secuencia diádico (Brinberg, Ram, Hülür, R. Brick, & Gerstorff, 2018), que den cuenta de las interacciones y varianzas entre los miembros de la pareja y su relación con las limitaciones funcionales en cada miembro. Aunque, lo ideal para poder estudiar a la pareja como unidad de análisis y no solo aproximarla, sería contar con instrumentos que reflejen las interacciones del adulto mayor con su pareja (qué tipo de relación considera que tienen, si es apoyo o no ante una limitación funcional, qué tanto le afecta la salud de su compañera(o), cree que su compañero se preocupa cuando usted se enferma, cuál es la organización de las tareas en el hogar, cuáles son los hábitos que comparten, alguno impone ciertos comportamientos al otro, entre otras muchas preguntas), no obstante, esto implicaría transitar del enfoque individual a uno más complejo desde el diseño de instrumentos de recolección de datos (Thompson & Walker, 1982).

En relación con lo anterior, otra limitante de la investigación es el sesgo positivo en la selección de la población de estudio, ya que se trabajó con una submuestra parejas que habían permanecido unidas un largo periodo de tiempo (entre 10 y 70 años), con edades concentradas entre los 60 a 80 años y sin presencia de limitaciones funcionales en el primer momento (2003). Estas características hacen que la muestra pertenezca a un grupo ya ventajoso, comparado con otros, además de limitar el análisis a las consideradas uniones exitosas y sin limitaciones funcionales. Este sesgo es común en las investigaciones a nivel pareja en esta etapa del ciclo de vida, dado que usualmente se comparte el objetivo general de conocer cómo evolucionan las parejas y qué se asocia a estos cambios (Hoppmann & Gerstorff, 2009). De igual forma, al realizar un análisis transversal, solo se puede hablar de factores asociados a las limitaciones funcionales en determinado momento (2015), por lo que se pierde el calendario y la duración de limitaciones funcionales en la pareja, además de variaciones en las mismas covariables a lo largo del tiempo; asimismo, se pierde información

sobre posibles limitaciones funcionales y/o recuperaciones, ocurridas antes de 2015. Al respecto, recientemente Díaz y Wong (2020) publicaron un estudio sobre los determinantes en la recuperación de limitaciones funcionales en adultos mayores, en el que dan cuenta de la importancia de analizar la temporalidad y dinámica de las limitaciones funcionales a lo largo del tiempo. En este sentido, para futuras investigaciones se recomienda trabajar de forma longitudinal para poder analizar los factores de riesgo asociados a las transiciones en limitaciones funcionales de las parejas. Otra posible aproximación sería analizar el calendario de uniones en conjunto con las transiciones en limitaciones funcionales, así como sus posibles factores asociados, considerando la interacción y los cambios en la pareja y de cada uno de sus miembros a lo largo del tiempo.

Aunado a lo anterior, una limitación ineludible en la investigación es que, al aproximar el análisis de pareja desde la concordancia, no se tratan las diferencias sexuales en la pareja. Estas diferencias sexuales se han abordado en múltiples investigaciones desde un enfoque individual, analizando el impacto que tiene la variable sexo sobre el desarrollo de limitaciones funcionales en los adultos mayores (Beltrán & Drumond, 2013; Díaz, de la Vega, & Wong, 2015; Wong, Gerst, Michels, & Palloni, 2011; Díaz, Reistetter, & Wong, 2016). Sin embargo, dichas diferencias no se han trabajado considerando que el adulto mayor se encuentra en una relación de pareja, por ejemplo, qué relación existe entre ser mujer y tener limitaciones funcionales dado que se está casada o unida con un hombre diez años mayor también con limitaciones y tiene el papel de cuidadora. Este ejemplo sería una aproximación al estudio de las limitaciones funcionales en la pareja considerando las diferencias sexuales dentro de la misma; no obstante, este enfoque resulta sumamente complejo y requiere de datos que reflejen la interrelación conyugal de la pareja, información con la que no se contó para esta investigación. En consecuencia, se optó por la hipótesis de recursos compartidos, buscando la similitud entre los miembros de la pareja, aunque reconociendo que en futuras investigaciones abordar estas diferencias sexuales en la pareja sería un gran aporte para el entendimiento de la salud en pareja.

Por otro lado, dentro de la construcción de variables también se presentaron algunas limitaciones al trabajar los datos de manera conjunta. En primer lugar, hay discrepancias en el calendario de uniones entre los miembros de las parejas (ej. personas separadas de otra persona y unidas/casada

en 2003, mientras que la pareja siempre ha estado unida/casada con la misma persona incluso antes de 2003, entre otros). En segundo lugar, en varios casos la fecha de inicio de la unión no concuerda entre los miembros de la pareja (ej. personas que reportan el inicio 10 años atrás, mientras que la pareja lo reporta 20 años atrás, entre otros). Finalmente, hay casos en donde el inicio de dicha unión se registra a edades inferiores a los 10 años, lo que, si bien es atípico, dada la época en la que registró la unión, no se descarta como posibilidad, aunque también podría sugerir un error al momento de capturar la información.

En resumen, los resultados de este estudio sustentan que existe cierta similitud en la presencia de limitaciones funcionales entre los miembros de las parejas de adultos mayores mexicanos que permanecieron unidos de 2003 a 2015. También, estos resultados sugieren que existen características compartidas en la pareja, como la presencia de multimorbilidad, síntomas depresivos y el promedio de edad, que aumentan la posibilidad de pertenecer a una pareja con limitaciones funcionales; o bien, otras características como la escolaridad máxima y la práctica de actividad física que se asocian a parejas sin limitaciones funcionales. Estos resultados junto con las limitaciones presentes en la investigación reflejan la importancia de generar conocimiento sobre las transiciones en limitaciones funcionales de los adultos mayores que se encuentran en pareja, cambiando el enfoque individual a uno más amplio. Entender y analizar las transiciones en limitaciones funcionales de las parejas de adultos mayores podría servir para el diseño de estrategias de intervención que considere a ambos miembros, en lugar del enfoque individual que ha prevalecido en la comprensión de la salud de este grupo poblacional.

Referencias

- Aedo, S. M., Pavlov, S. D., & Clavero, F. C. (2010). Riesgo relativo y Odds ratio ¿Qué son y cómo se interpretan? *Revista Obstet Ginecol*, 5(1), 51-54.
- Agular, N. S., Reyes Guerrero, J., & Borgues, G. (2007). Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Pública de México*, 49(4), s467-s474. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000005&lng=es&tlng=es
- Ahmad, R., Hosseinpoor, M., Stewart, W. J., Gautam, J., Posarac, A., Officer, A., . . . Chatterji, S. (2013). Socioeconomic Inequality in Disability Among Adults: A Multicountry Study Using the World Health Survey. *American Journal of Public Health*(7), 1278-1286. Obtenido de <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301115>
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- Ávila, F. J., Melano, C. E., Payette, H., & Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(5), 367-375.
- Ayotte, B. J., Yang, F. M., & Jones, R. N. (2010). Physical Health and Depression: A Dyadic Study of Chronic Health Conditions and Depressive Symptomatology in Older Adult Couples. *Journals of Gerontology*, 65B(4), 438-448. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq033>
- Beltrán, H., & Drumond, F. (2013). Educational and Sex Differentials in Life Expectancies and Disability-Free Life Expectancies in São Paulo, Brazil, and Urban Areas in Mexico. *Journal of ageing and health*, 25(5), 815-838.
- Berg, C., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychol Bull*, 133, 920-954.
- Bloch, K. V., Klein, C. H., Silva, N. A., Noriega, A. d., & Salis, L. (2003). Socioeconomic aspects of spousal concordance for hypertension, obesity, and smoking in a community of Rio de Janeiro, Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 179.186.
- Boggatz, T., Farid, T., Mohammedin, A., Dijkstra, A., Lohrmann, C., & Dassent, T. (2010). Sociodemographic factors related to functional limitations and care dependency among older Egyptians. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1047-1058. Obtenido de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05259.x>

- Brinberg, M., Ram, N., Hülür, G., R. Brick, T., & Gerstorf, D. (2018). Analyzing Dyadic Data Using Grid-Sequence Analysis: Interdyad Differences in Intraday Dynamics. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 73(1), 5-18. doi:0.1093/geronb/gbw160
- Cambois, E., Robine, J. M., & Romieu, I. (1996). Estimación de los años vividos con discapacidad: una iniciativa universal. *Notas de Población*, 7-32.
- Chalrabarty, D., Mandal, P. K., Manna, N., Mallik, S., Ghosh, P., Chatterjee, C., . . . Sinha Roy, A. (2010). Functional disability and associated chronic conditions among geriatric populations in a rural community of India. *Ghana Medical Journal*, 44(4), 150-154.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet (London, England)*, 385(9967), 563-575. doi:Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*, 385, 563-575. doi:10.1016/S0140-6736(14)61462-8
- Chatterji, S., Byles, J., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*, 385, 563-575. Obtenido de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8)
- Chesnais, J.-C. (1992). The Demographic Transition, stages, patterns, and economic implications: a longitudinal study of sixty-seven countries covering the period 1720-1984. *Oxford University*, 1-20.
- CONAPO. (9 de Octubre de 2020). *Consejo Nacional de Población, Indicadores* . Obtenido de <http://indicadores.conapo.gob.mx/Proyecciones.html>
- CONAPO, C. N. (2015). *La situación demográfica de México 2015*.
- Coontz, S. (2005). *Historia del matrimonio, Cómo el amor conquistó el matrimonio*. Barcelona: Gedisa.
- Cruz, F. R. (Octubre de 2019). Multimorbilidad en adultos mayores mexicanos de la comunidad: combinaciones de condiciones crónicas de salud asociadas a pobre autopercepción de salud. (Tecnológico de Monterrey, Ed.) *Tesis de Especialista en Geriatría*.
- Davis, K. (1945). The word demographic transition. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 273, 1-11.

- Davis, S. Y., Sandberg, J. G., Bradford, A. B., & Larson, J. H. (2016). Gender differences in couple attachment behaviors as predictors of dietary habits and physical activity levels. *Journal of Health Psychology, 21*(12), 3048-3059.
- Díaz, & Wong. (2020). Recovery from physical limitations among older Mexican adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 91*, 1-8.
- Díaz, C., de la Vega, S., & Wong, R. (2015). Transitions in activities of daily living in Mexico, 2001-2012. *Salud Pública de México, 57*(1), S54-S61.
- Díaz, Reistetter, T., & Wong, R. (2016). Differences in the progression of disability: A U.S.-Mexico comparison. *Journal Gerontology B. Psychology Science, 1-10*.
- Díaz, Reistetter, T., Yi, C., & Wong, R. (2016). The progression of disability among older adults in México. *Disability rehabilitation, 38*(20), 2016-2027.
- Díaz, V. C., & Wong, R. (2016). Trajectories of limitations in activities of daily living among older adults in Mexico, 2001-2012. *Journal of disability health, 9*(3), 524-532.
- Díaz, V. C., De La Vega, S., & Wong, R. (2015). Transitions in activities of daily living in Mexico, 2001-2012. *Salud Pública Mex, 57*, 554-561.
- DOF, D. O. (2018). *Cámara de Diputados*. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_120718.pdf
- Doreantes, M. G., Ávila, F. J., Mejía, A. S., & Guitiérrez, R. L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista panamericana de Salud Pública, 22*(1), 1-11.
- Dueñas, R. M. (2006). *Modelos de respuesta discreta en R y aplicación con datos reales*. Máster oficial en Estadística Aplicada: Universidad de Granada, España.
- ENADID, (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. *La discapacidad en México, datos al 2014*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- ENASEM (2020). *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México*. Obtenido de Descripción del estudio: http://www.enasem.org/StudyDescription_Esp.aspx
- ENSANUT (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Obtenido de Base de datos: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/index.php>
- Esteban, M. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Barcelona: Bellaterra.

- Falba, T. A., & Sindelar, J. L. (2008). Spousal concordance in health behavior change. *Health Services Research, 96*, 96-116.
- Fried, L. P., & Guralnik, J. M. (1997). Disability in Older Adults: Evidence Regarding Significance, Etiology, and Risk. *Journal of the American Geriatrics Society, 45*(1), 92-100.
- Gallegos, C. K., García, P. C., Duran, M. C., Reyes, H., & Durán, A. L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Salud Pública, 40*(5), 792-801. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40n5/792-801/es>
- Geerlings, S., Beekman, A. F., Deeg, D., & Van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine, 30*(2), 369-380.
- Gerst, K., Michaels, O., & Wong, R. (2012). BMI and transitions to disability among older adults in Mexico and the United States. En J. Angel, F. Torres-Gil, & K. Markides, *Aging, Health, and Longevity in the Mexican-Origin Population* (págs. 67-86). Boston: Springer.
- Gerst, K., Wong, R., Michaels, O., & Palloni, A. (2015). Cross-National Differences in Disability Among Elders: Transitions in Disability in Mexico and the United States. *The Journals of Gerontology, 70*(5), 759-768. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu185>
- Gerts, K., Michaels, A., & Wong, R. (2011). The Impact of Physical Activity on Disability Incidence among Older Adults in Mexico and the United States. *Journal of Aging Research, 2011*(ID420714), 1-10.
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Han, L., & Allore, H. G. (2010). Trajectories of Disability in the Last Year of Life. *The New England Journal of Medicine, 362*, 1173-1180. doi:10.1056/NEJMoa0909087
- González, C. A., & Ham, C. R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública Mex, 49*, S448-S458.
- Gonzalez, R., & Griffin, D. (2002). A statistical framework for modeling homogeneity and interdependence in groups. In G. J. O. Fletcher & M. S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook on social psychology: Interpersonal processes*, 505-534.
- Graham, K., & Braun, K. (1999). Concordance of use of alcohol and other substances among older adult couples. *Addictive Behaviors, 24*(6), 839-856.

- Gutiérrez, R. L., Agudelo, B. M., Giraldo, R. L., & Medina, C. R. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. Instituto Nacional de Geriátría.
- Hong, T. B., Franks, M. M., Gonzales, R., Keteyian, S. J., Franklin, B. A., & Artinian, N. T. (2005). A dyadic investigation of exercise support between cardiac patients and their spouses. *Health Psychology, 24*(4), 430-434.
- Hoppmann, C. A., Grestorf, D., & Hibbert, A. (2011). Spousal Associations Between Functional Limitations and Depressive Symptom Trajectories: Longitudinal Findings from the Study of Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD). *Health Psychol, 30*(2), 153-162. doi:10.1037/a0022094
- Hoppmann, C., & Gerstorf, D. (2009). Spousal Interrelations in Old Age. A Mini-Review. *Gerontology, 55*, 449-459. doi:10.1159/000211948
- Hoppmann, C., Gerstorf, D., & Luszcz, M. (2008). On the interplay between spousal social activity trajectories in the Australian Longitudinal Study on Aging in the context of cognitive, physical, and emotional resources. *The Journals of Gerontology, 63*, 41-50.
- INEGI, (2019). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de Octubre)*. Datos Nacionales. Comunicado de prensa núm.475/19.
- INMUJERES (2019). *Desigualdad en cifras. La discapacidad desde una perspectiva de género*. Año 5, Boletín N°6, julio de 2019.
- Juri, A. L., Wen, W., Li, H. L., Zheng, W., Yang, G., Xiang, Y. B., . . . Shu, X. O. (2006). Spousal correlations for lifestyle factors and selected diseases in Chinese couples. *Annals of Epidemiology, 55*(5), 285-291.
- Kaneda, T., Zimmer, Z., Fang, X., & Tang, Z. (2009). Gender Differences in Functional Health and Mortality Among the Chinese Elderly: Testing an Exposure Versus Vulnerability Hypothesis. *Research on Aging, 31*(3), 361-388.
- Katz, S., & Akpom, C. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *In J Health Serv, 6*, 493-507.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA, 185*(12), 914-919.

- Keysor, J. (2003). Does Late-Life Physical Activity or Exercise Prevent or Minimize Disablement? A Critical Review of the Scientific Evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 129-136.
- Keysor, J., & Jette, A. (2001). Have we oversold the benefit of late-life exercise? *J Gerontol A Biol Sci Med*, 56, 412-423.
- Kiecolt, G. J., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and Hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kiecolt-Glaser, J., & Wilson, S. J. (2017). Lovesick: How Couples' Relationships Influence Health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 13, 421-443.
- Landry, A. (1934). *"La révolution démographique : études et essais sur les problèmes de population"* (Vol. 13). Paris: Sirey. Obtenido de <https://doi.org/10.2307/2603337>
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lawton, P. M., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 179-186.
- Lee, R. (2003). The Demographic Transition. *The Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167-190.
- Lee, Y., & Shinkai, S. (2003). A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 37, 63-76.
- Leveille, S., Resnick, H., & Balfour, J. (2000). Gender differences in disability: Evidence and underlying reasons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 12, 106-112.
- Lewis, M. A., Colleen, M. M., Pollak, K. I., Puleo, E., Buterfield, R. M., & Emmons, K. (2006). Understanding health behavior change among couples: An interdependence and communal coping approach. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1369-1380. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.006>
- Li, K.-K., Cardinal, B., & Acock, A. (2013). Concordance of Physical Activity Trajectories Among Middle-Aged and Older Married Couples: Impact of Diseases and Funcinal Difficulties. *The Journals of Gerontology*, 68(5), 794-806.

- Livi-Bacci, M. (1993). Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina. *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, (págs. 13-28). Actas de la IV Conferencia Latinoamericana de Población. México.
- Llorente, J. J. (08 de Julio de 2020). *Economipedia. Haciendo fácil la economía*. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/activo.html>
- López, D. A. (2018). *Transiciones en las limitaciones funcionales de los adultos mayores mexicanos 2003-2015*. México: Tesis de maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- López, O. M., & Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en México*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Obtenido de https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf
- Lunney, J., Lynn, J., Foley, D., Lipson, S., & Guralnik, J. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2387-2392. doi:10.1001/jama.289.18.2387
- Lyons, K. S., & Lee, C. S. (2018). The Theory of Dyadic Illness Management. *Journal of Family Nursing*, 24(1), 8-28.
- Manrique, E. B., Moreno, T. K., Téllez, R. S., De la Cruz, G. V., Guitiérrez, R. L., & Salinas, R. A. (2014). Short-term effect of physical activity and obesity on disability in a sample of rural elderly in Mexico. *Salud Pública de México*, 56, 4-10. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2014/sal141b.pdf>
- Martínez, B. I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266. Obtenido de <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8750/10942>
- Mejía, S. T., & Gonzalez, R. (1 de Agosto de 2017). Couples' shared beliefs about aging and implications for future functional limitations. *The Gerontologist*, 57(2), S149-S159.
- Meyler, D., Stimpson, J., & Peek, M. (2007). Health concordance within couples: a systematic review. *Social science & medicine*, 64(11), 2297-2310.
- Miller, M. E., Rejeski, J., Reboussin, B., Ten, H. T., & Ettinger, W. (2000). Physical Activity, Functional Limitations, and Disability in Older Adults. *American Geriatrics Society*, 48, 1264-1272.

- Miró, G. C. (2003). Transición demográfica y envejecimiento demográfico. *Papeles de población*, 9(35), 9-28.
- Notestein, F. (1945). Population: The Long View. En T. Schultz, *Food for the World* (págs. 36-57). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ocampo, C. (2004). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica*. Maestría Profesional en Población y Salud: UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the Epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 509-538.
- OMS. (2015). Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- Ordaz, J. (2007). *México: capital humano e ingresos. Retornos a la educación, 1994-2005. Serie Estudios y Perspectivas de México*. Subsede de México: Nu. Cepal. .
- Padilla, M. A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*(16), 381-414. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid.
- Palo, S. E., & Cutler, S. J. (1992). The Impact of Gender on Configurations of Care among Married Elderly Couples. *Research on Aging*, 14(3), 313-330.
- Parra, R. L., González, M. J., Gómez, D. H., Gutiérrez, R. L., López, O. M., García, P. C., & Medina, C. R. (2019). The Burden of Disease in Mexican Older Adults: Premature Mortality Challenging a Limited Resource Health System. *Journal of Aging and Health*, 1-21. Obtenido de <https://doi.org/10.1177/0898264319836514>
- Patel, K. V., Peek, M. K., Wong, R., & Markides, K. (2006). Comorbidity and Disability in Elderly Mexican and Mexican American Adults: Findings From Mexico and the Southwestern United States. *Journal of Aging and Health*, 18(2), 315-329.

- Paterson, D. H., & Warburton, D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 7(38), 1-22. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-38>
- Peek, M. K., & Marrkides, K. S. (2003). Blood pressure concordance in older Mexican-American couples. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1655-1659.
- Pérez, D. M., & Gagan, C. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de discapacidad*, 7(I), 7-27.
- Quiroutte, C., & Gold, D. P. (1992). Spousal Characteristics as Predictors of Well-Being in Older Couples. *The International Journal of Aging and Human Development*, 34(4), 257-269.
- Robles, T., Slatcher, R., Trombello, J., & McGinn, M. (2014). Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 140(1), 140-187. doi:10.1037/a0031859
- Saenz, J., & Rote, S. (2018). Marital power and depressive symptoms among older Mexican adults. (C. U. Press, Ed.) *Ageing and Society*, 2520-2540. doi:doi:10.1017/S0144686X18000612
- Saenz, J., & Wong, R. (2016). Educational gradients and pathways of disability onset among older Mexicans. *Research on aging*, 38(3), 21-36.
- Salgado, d. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. (S. P. México, Ed.) *Medigraphic*, 49(4), s515-s521. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sals074k.pdf>
- Samper, L., & Mayoral, D. (1998). Homogamia educativa y capital cultural. *Papers*, 54, 139-155.
- Segura, C. A., Cardona, A. D., Segura, C. Á., & Garzón, D. M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 184-194.
- Shakespeare, T. (2006). The Social Model of Disability. En L. J. Davis, *The Disability Studies Reader* (págs. 197-204). New York: Routledge.
- Siegel, M., Bradley, E. H., Gallo, W. T., & Kasl, S. V. (2004). The Effect of Spousal Mental and Physical Health on Husbands' and Wives' Depressive Symptoms, Among Older Adults: Longitudinal Evidence From the Health and Retirement Survey. *Journal of Aging and Health*, 16(3), 398-425.

- Silverman, R. O., Hulman, A., Simmons, R. K., Nielsen, J., Witte, D., & R. (2003). Trajectories of obesity by spousal diabetes status in the English Longitudinal Study of Ageing. *Diabet Med*, 36, 105-109.
- Smith, K., & Zick, C. (1994). Linked lives, dependent demise? Survival analysis of husbands and wives. *Demography*, 31, 81-93.
- Soria, R., & Montoya, A. B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*, 59-93.
- Soto, E. G., Moreno, A. L., & Pahuja, D. D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. (UNAM, Ed.) *Revista de la Facultad de Medicina*, 8-22.
- Stimpson, J. P., Masel, M. C., Rudkin, L., & Peek, M. K. (2006). Shared health behaviors among older, Mexican American spouses. *American Journal of Health Behavior*, 30(5), 495-502.
- Stimpson, J., & Peek, M. (Julio de 2005). Concordance of chronic conditions in older Mexican American couples. *Prev Chronic Dis*, 2(3).
- ST-PREUX, H. (2016). *Fecundidad en la adolescencia en Haití: un análisis del efecto de la desigualdad social en la edad a la primera relación sexual y la edad a la primera unión*. FLACSO-México.
- Thompson, L., & Walker, A. (1982). The Dyad as the Unit of Analysis: Conceptual and Methodological Issues. *Journal of Marriage and the family*, 889-900.
- Thompson, W. (1929). Population. *American Journal of Sociology*, 34(6), 959-975.
- Townsend, A. L., Miller, B., & Guo, S. (2001). Depressive Symptomatology in Middle-Aged and Older Married Couples: A Dyadic Analysis. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 56B(6), S352-S364.
- Trigás, M., Fererira, L y Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicla Clin*, 72 (1). págs 11-16.
- van Baar, M., Assendelft, W., Dekker, J., Oostendorp, R., & Bijlsma, J. (1999). Effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review of randomized clinical trials. *Arthritis Rheum*, 42, 1361-9.
- Vargas, D. (2019). *Aspectos metodológicos para la investigación social: modelos de ecuaciones estructurales*. CDMX: Universidad Autónoma de México.

- Velarde, L. V. (2012). Los modelos de discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo*, XV(1), 115-136.
- Venters, M., Jacobs, D., Lueker, R., Maiman, L., & Gilum, R. (1984). Spouse concordance of smoking patterns: the Minnesota Heart Survey. *American Journal of Epidemiology*, 120(4), 608-616. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113922>
- Vera, M. B. (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de población*, 6(25), 179-206.
- Verbrugge, L. (2016). Disability Experience and Measurement. *Journal of Aging and Health*, 28(7), 1124-1158. doi:10.1177/0898264316656519
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The Disablement process. *Soc. Sci. Med.*, 38(1), 1-14.
- Verbrugge, L. M., Latham, K., & Clarke, P. J. (2017). Aging with Disability for Midlife and Older Adults. *Research on Aging*, 39(6), 741-777. doi:10.1177/0164027516681051
- Verbrugge, L. M., Yang, L.-S., & Juarez, L. (2004). Severity, timing, and structure of disability. *Originalartikel*, 110-121.
- Villagómez, O. P. (2008). *Maternidad adolescente en México: diversos escenarios de desventaja social*. Tesis de Maestría en Población y Desarrollo: FLACSO-México.
- Walker, R. B., & Luszcz, M. A. (2009). The health and relationship dynamics of late-life couples: a systematic review of the literature. *Ageing and Society*, 29(03), 455-480. Obtenido de http://journals.cambridge.org/abstract_S0144686X08007903
- Wanic, R., & Kulik, J. (2011). Toward an understanding of gender differences in the impact of marital conflict on health. *Sex Roles*, 65, 297-312.
- Wolf, D. A., Freedman, V. A., Ondrich, J. I., Seplaki, C. L., & Spillman, B. C. (2015). Disability Trajectories at the End of Life: A "Countdown" Model. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 70(5), 745-752. doi:10.1093/geronb/gbu182
- Wong, R., & Lastra, M. (2001). Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 16(3 (48)), 519-544. doi:<https://www.jstor.org/stable/40315087>
- Wong, R., Gerst, K., Michels, K., & Palloni, A. (2011). Burden of Aging in Developing Countries: Disability Transitions in Mexico Compared to the United States. [pdf. *En Universidad de Princeton. Annual Meeting of the Population Association of America*, 31 de marzo al 02 de abril de 2011. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/611c/ad155d211abd9fd28348a23b250518172dca.pdf>

- Yu, H.-W., Chen, D.-R., Chiang, T.-L., Tu, Y.-K., & Chen, Y.-M. (2015). Disability trajectories and associated disablement process factors among older adults in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 60*, 272-280.
- Zimmer, Z., & Amornsirisomboon, P. (2001). Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Social Science & Medicine, 52*, 1297-1311.

Anexos

Anexo 1

Cuadro 1. Modelos conceptuales de la discapacidad

Modelo tradicional	Modelo médico	Modelo social	Modelos integradores: modelo de desactivación
<p>El modelo tradicional, también conocido como de prescindencia, moral o religioso y desarrollado durante la Antigüedad y Edad Media, encaja dentro de los modelos individuales y se basa en creencias religiosas (Velarde, 2012:117; Pérez & Gagan, 2019:10). En este modelo, la discapacidad se veía como un castigo divino, o bien, se consideraba que las personas con discapacidad no aportaban nada a la comunidad por lo que su vida carecía de sentido (Velarde, 2012:117). Este modelo explicaba la discapacidad a partir de dos supuestos: el primero relacionado con la causa, ligada a la religión, los castigos y malos augurios; y el otro relacionado con el rol del discapacitado en la comunidad (Velarde, 2012:117). Así, estos supuestos se relacionaban con la edad en la que se adquiría la discapacidad y la posición social de las personas discapacitadas. Por ejemplo, de acuerdo con Velearde (2012), en la Antigüedad, en las <i>polis</i> griegas, si la discapacidad era congénita se practicaba el infanticidio, ya que se consideraba que si el niño no podía desarrollarse de forma normal y convertirse en ciudadano “completo”</p>	<p>El modelo médico o rehabilitador surge a principios del siglo XX, a raíz de la Primera Guerra Mundial y las primeras legislaciones en seguridad social (Velarde, 2012:123). Con los millares de soldados mutilados que dejó la guerra, los impedimentos físicos y mentales dejaron de ser considerados como castigos divinos y la discapacidad comenzó a verse como una enfermedad que se podía curar o reparar con tratamiento, por lo que las personas discapacitadas no necesitaban ser marginadas de la sociedad (Velarde, 2012:123). Según Palacios (2008), al igual que el modelo tradicional, este nuevo paradigma tenía dos supuestos: uno relacionado con la causa, que había dejado de ser religiosa para pasar a ser científica; y el otro relacionado con el rol de la persona con discapacidad, que había dejado de ser “inútil” respecto a las necesidades de su comunidad siempre y cuando rehabilitara sus discapacidades. El objetivo de este modelo era curar a la persona con discapacidad, normalizarla, es decir, ciertas situaciones se comenzaron a considerar modificables con lo que hubo una posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, además de la idea de</p>	<p>Este modelo surge del Movimiento de Vida Independiente, en Estados Unidos, y la Unión de Personas con Discapacidad Física contra la Segregación (UPIAS, por sus siglas en inglés) en Reino Unido. Estos movimientos fueron de lucha por los derechos civiles y en contra de la discriminación a la diversidad funcional. El modelo social supone un cambio radical en la manera de ver la discapacidad, de nuevo bajo dos supuestos, el primero es que la causa de la discapacidad ya no es ni religiosa ni científica, sino social o, al menos, predominantemente social; y el segundo es que las personas con discapacidad aportan lo mismo que el resto de las personas a la sociedad (Palacios, 2008:104). Con estos dos supuestos se cambia la visión individual a una social. Las deficiencias ahora se ven como producto social y como resultado de las interacciones entre el individuo y un entorno que no está pensado para él (Velarde, 2012:128). Un aporte importante de este modelo es que distingue la discapacidad de los <i>impairments</i>; la primera se considera como exclusión social y el segundo como la limitación funcional en sí (Shakespeare, 2006:197). Asimismo, este modelo define la discapacidad como una creación social, o bien, como la relación que existe entre la persona con <i>impairments</i> y una sociedad que discapacita (Shakespeare,</p>	<p>Teniendo como precedente el modelo médico y social, se desarrollaron nuevos modelos basados en Por ello, la aprobación de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (ICIDH en inglés), en 1980, provocó múltiples críticas por considerar que continuaba siendo un reflejo del modelo médico, ya que hacía referencia a la pérdida de “normalidad” como una situación desventajosa para un individuo, es decir, se extendía la visión individual y de normalidad física y psicológica (Pérez & Gagan, 2019:15). Además, dicha clasificación es solo una taxonomía sobre los impactos de las enfermedades y no se considera un modelo en sí. Sin embargo, la ICIDH junto con la propuesta del sociólogo Saad Nagi sobre el proceso de la discapacidad, fueron esquemas importantes en el desarrollo del modelo de desactivación propuesto por Verbrugge y Jette en 1994. El</p>

<p>no aportaría nada a la <i>poli</i> y no valía la pena que viviera. Por otro lado, si se trataba de un soldado que adquirió la discapacidad al servicio de la <i>poli</i>, se le otorgaba una pensión y era recompensado por su labor (Velarde, 2012:121). Posteriormente, en la Edad Media y con el cristianismo la situación cambió, el infanticidio se condenaba y los discapacitados cumplían el rol de ser mendigos para que los ricos pudieran dar limosna y con ello expiar sus pecados y alcanzar la salvación (Velarde, 2012:122). Durante los siglos medievales la discapacidad se asoció con pobreza y enfermedad, además de brujería. Si bien, el modelo tradicional deriva de experiencias en Europa, sus premisas permearon en todo el mundo; bajo este modelo las personas con discapacidad eran consideradas biológica y psicológicamente inferiores, se les veía como víctimas con las que había que ser condescendiente, personas frágiles y defectuosas que necesitaban ayuda (Pérez & Gagan, 2019:10).</p>	<p>prevención e integración social (Palacios, 2008:67). Sin embargo, al ser considerada como una deficiencia y caracterizada como anomalía patológica que impide a la persona ser considerada como “normal”, el enfoque de la discapacidad se centró en las actividades que la persona no podía realizar, provocando una respuesta social paternalista centrada en el déficit (Palacios, 2008:67). Además, bajo este modelo las personas con discapacidad eran socialmente reducidas, sus diferencias debían desaparecer o, al menos, ser disminuidas u ocultadas, ideas que se refleja en la institucionalización que se convirtió en una práctica común (Palacios, 2008:97).</p> <p>Aunque este modelo significó un cambio de visión de las personas con discapacidad no fue un cambio que trascendiera la mirada individual. Al respecto, Palacios (2008) destaca dos puntos fundamentales en el modelo: 1) la discapacidad se ve como un problema individual y 2) se considera que las causas de dicho problema es resultado de las mismas limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas. Bajo este modelo se entiende que las personas con discapacidad están obligadas a ser o parecerse lo más posible a los demás, de ahí la idea de rehabilitar o volver a la “normalidad” (Palacios, 2008:100).</p>	<p>2006:197). Gracias a este modelo se creó una agenda para el cambio social y la reivindicación de las personas con diversidad funcional, estableciendo que los problemas que ellos enfrentan son la opresión y la exclusión, no sus limitaciones individuales. Además, fue efectivo en términos psicológicos para las personas con diversidad funcional y sirvió para generar una identidad colectiva positiva (Shakespeare, 2002:198). Sin embargo, estos beneficios fueron solo políticos e ideológicos, ya que el modelo no era aplicable en el ámbito académico y de operacionalización de la discapacidad. Conjuntamente, asumir que la discapacidad era completamente una creación social dejaba de lado la prevención, rehabilitación o una posible cura de la limitación (Shakespeare, 2006:199).</p> <p>A pesar de que este modelo nace del movimiento social por los derechos de las personas con discapacidad como una minoría oprimida y discriminada, Shakespeare (2006) explica hay una diferencia central, respecto a otras minorías, que no debe de perderse, las personas con discapacidad además de discriminación enfrentan limitaciones intrínsecas; se trata de la interacción de las dos dimensiones. Este mismo autor resalta que no solo se trata de combatir la discriminación, sino de proporcionar lo necesario para satisfacer las necesidades y superar la desventaja que surge de la limitación.</p>	<p>modelo de desactivación forma parte de los modelos integradores.</p>
--	--	--	---

Cuadro 2 Construcción y operacionalización de variables (n=1 246)

	VARIABLES	AÑO	ENASEM	CATEGORÍAS (INDIVIDUAL)	CATEGORÍAS (PAREJA)
Variable dependiente	Limitaciones en las ABVD	2003	h15a h16a h17a h18a	0: Sin limitaciones	0: Ambos sin limitaciones
	Limitaciones en las AIVD		h26a h27a h28a	0: Sin limitaciones	
	Limitaciones en las ABVD	2015	h15a_15 h16a_15 h17a_15 h18a_15	0: Sin limitaciones 1: Con al menos una limitación	0: Ambos sin limitaciones 1: Ambos con limitaciones en ABVD y/o AIVD 2: Solo uno con limitaciones en ABVD y/o AIVD
	Limitaciones en las AIVD		h26a_15 h27a_15 h28a_15	0: Sin limitaciones 1: Con al menos una limitación	
Covariables	Grupo de edad, definido por el promedio de edad	2003	a1	0: edad de 60-69 años 1: edad de 70 y más	0: Parejas con una edad promedio de 60-69 años 1: Parejas con una edad promedio de 70 y más
	Diferencia de edad	2003	a1	NA	0: Pareja con 0 a 5 años de diferencia 1: Pareja con más de 5 años de diferencia
	Escolaridad máxima alcanzada en la pareja (años)	2001 2003	yrschool	0: de 0 a 6 años de escolaridad 1: más de 6 años de escolaridad	0: Pareja con 0 a 6 años de escolaridad 1: Pareja con más de 6 años de escolaridad
	Diferencia de años de escolaridad	2001 2003	yrschool	NA	0: Pareja con 0 a 3 años de diferencia en años escolaridad 1: Pareja con más de 3 años de diferencia en años de escolaridad
	Promedio de ingreso* mensual	2015	income_15	0: ingreso mensual menor a \$5 000 (incluye parejas sin ingresos o ingresos negativos) 1: ingreso mensual superior a \$5 000	0: Pareja con un ingreso mensual menor a \$5 000 (incluye parejas sin ingresos o ingresos negativos) 1: Pareja con un ingreso mensual superior a \$5 000
	Tamaño de localidad	2015	tam_loc_15	0: Población 15 000 o más habitantes 1: Población <15 000	0: Población 15 000 o más habitantes 1: Población <15 000
	Satisfacción con el cónyuge	2012	d20a_12	0: Satisfecha(o) con su cónyuge 1: Insatisfecha(o) con su cónyuge	0: Ambos satisfechos con su cónyuge 1: Pareja insatisfechas con su cónyuge 2: Pareja no concordante
	Duración de la unión**	2001 2003	a12_01 a13_01 a14_01 a15_01 a16_01 a17_01 a18_01	0: Generación 1940-49 1: Generación 1950-59 2: Generación 1960-69 3: Generación 1970-79 4: Generación 1980-89 5: Generación 1990-99 6: Generación 2000-10	0: Parejas con 10-49 años de unión 1: Parejas con más de 50 años de unión
	Autopercepción del estado de salud	2015	c1_15	0: Excelente/muy buena/buena/regular	0: Pareja concordante positivamente

				1: Mala	1: Pareja concordante negativamente 2_ No concordante
Multimorbilidad	2015	c4_15 c6_15 c12_15 c19_15 c22a_15 c26_15 c32_15		0: Sin multimorbilidad 1: Con multimorbilidad	0: Pareja sin multimorbilidad 1: Pareja con multimorbilidad 2: Pareja con un miembro con multimorbilidad
Síntomas depresivos	2015	c49_1_15 c49_2_15 c49_3_15 c49_4_15 c49_5_15 c49_6_15 c49_7_15 c49_8_15 c49_9_15		0: Sin síntomas depresivos 1: Con síntomas depresivos	0: Pareja sin síntomas depresivos 1: Pareja con síntomas depresivos 2: Pareja con un miembro con síntomas depresivos
Hábitos poco saludables (consumo de alcohol y tabaco ^a)	2015	c60_15 c61_15 c62_15 c63_15 c56_15 c52_1_15		0: Sin hábitos poco saludables (ni consumo de alcohol ni tabaco) 1: Con hábitos poco saludables (consumo de alcohol y/o tabaco)	0: Pareja sin hábitos poco saludables 1: Pareja con un miembro con hábitos poco saludables
Actividad física	2015	c50b_15		0: Realiza actividad física 1: No realiza actividad física	0: Pareja donde ambos realizan actividad física 1: Pareja donde ambos no realizan actividad física 2: Pareja donde solo uno realiza actividad física

NA: no aplica.

*Variable construida por el ENASEM, disponible en “Imputación de Variables Económicas” en la página del ENASEM http://www.enasem.org/Data_Esp.aspx

**Variable con casos imputados (122): sólo se conocía la información de un cónyuge.

Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM.

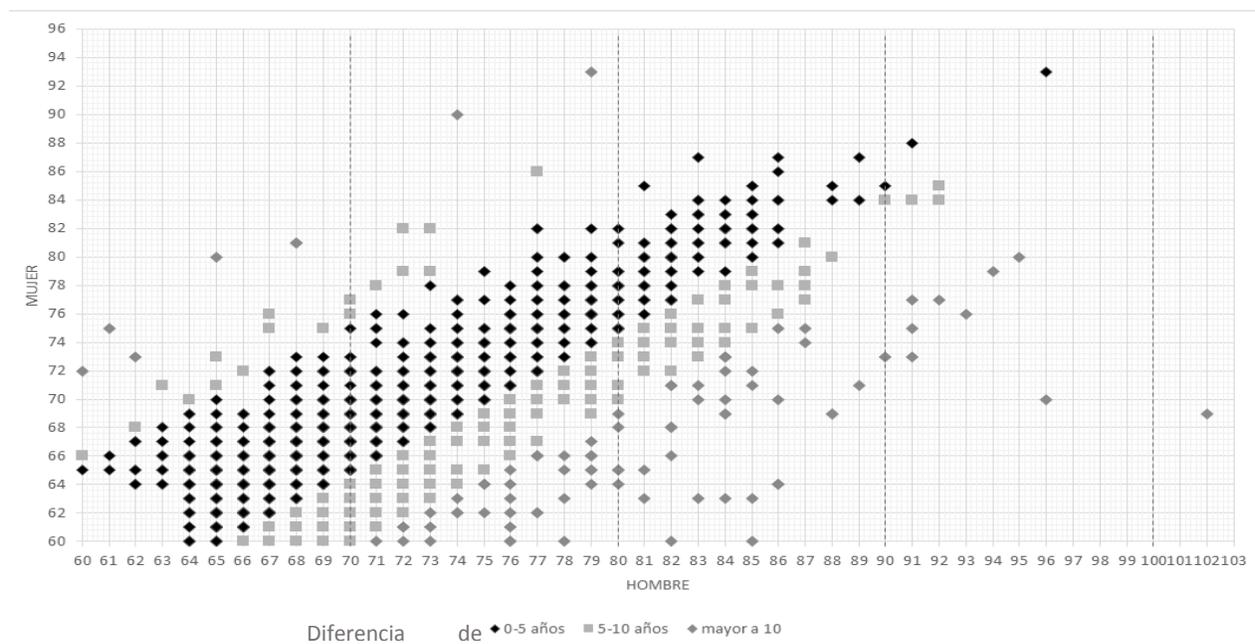
^a Para el consumo de tabaco se utilizó el índice tabáquico (IT) (Aguilar, Reyes Guerrero, & Borgues, 2007); y para el consumo de alcohol se utilizó el cuestionario CAGE incluido en el ENASEM.

Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM 2003 y 2015

Anexo 2. Características generales de las uniones

Con el fin de contextualizar las uniones de la muestra, se realizó un breve análisis de sus características generales. En 2015 todas las personas seleccionadas cumplen con una *edad* mínima de 60 años, por lo que son consideradas adultos mayores. Respecto a la distribución de las edades en las parejas, en la figura 1 se observa una concentración de parejas en el grupo de edad que va de los 60 a los 80 años, misma que disminuye considerablemente en el grupo siguiente (80-90 años) y se dispersa aún más en los grupos mayores (90 y más), lo que indica que a medida que aumenta la edad, el número de parejas es cada vez menor. Asimismo, se puede ver que la diagonal principal la conforman parejas con una diferencia de edad de 0 a 5 años, seguidas de las parejas de cinco a diez años de diferencia en la edad; en este último grupo fue más frecuente encontrar que los hombres superaran en edad a las mujeres, al igual que en las parejas que superan los diez años de diferencia, sin embargo, también hay casos donde las mujeres fueron mayores que los hombres, aunque fue menos frecuente. Finalmente, se presentan casos atípicos donde la diferencia de edad supera los 20 o 30 años (figura 1).

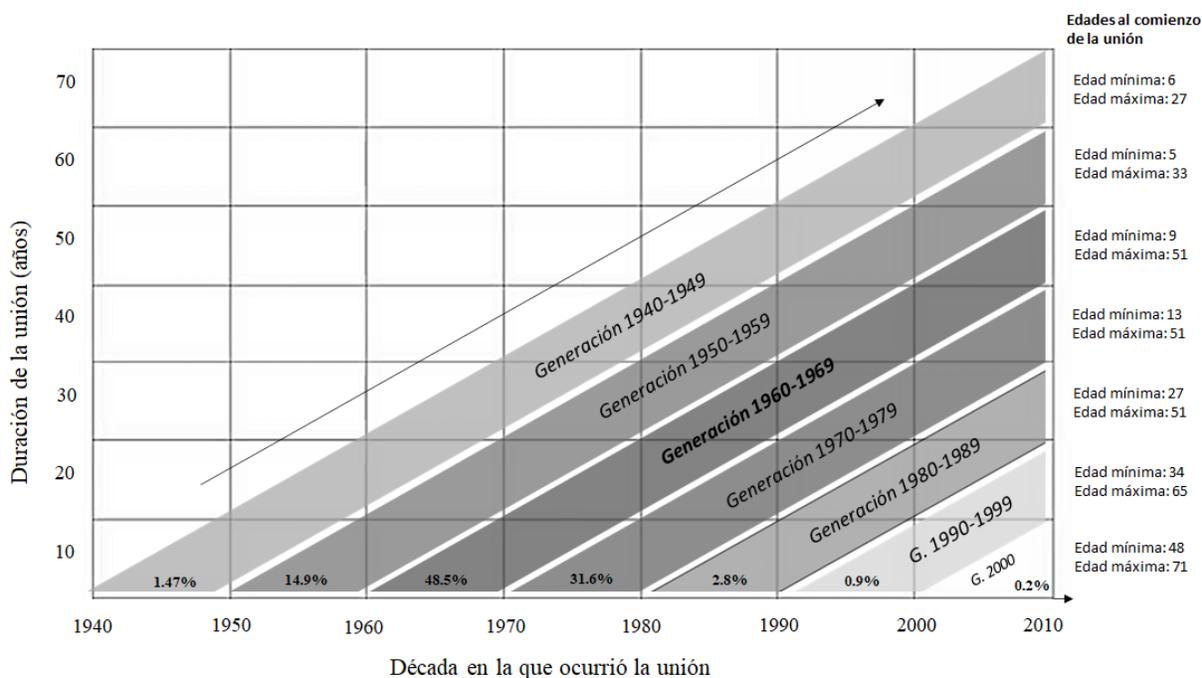
Figura 1. Distribución de las edades en las parejas



Fuente: elaboración propia con base en datos del ENASEM 2015

Aunado a la edad está el *inicio y duración de las uniones* que, en la muestra seleccionada, comenzó en la década de 1940 (figura 2). De acuerdo con los datos, las parejas se dividieron en siete generaciones, conforme a la década en la que comenzó su unión. En el diagrama de la figura 8 se muestra que la década más frecuente de comienzo de la unión fue la de 1960 (48.5%), seguida de la década de 1970, es decir, en estos veinte años se unieron la mayoría de las parejas. Asimismo, las edades al comienzo de la unión fueron variadas, sin embargo, se encontraron casos donde las uniones comenzaban antes de los 12 años, siendo cinco años la de menor edad; estas edades, aunque poco frecuentes en la muestra, eran comunes considerando la época y el contexto histórico del país por lo que se conservaron. La edad mínima al comienzo de la unión comienza a incrementar en la década de 1980, superando por primera vez los 15 años, mientras que la edad máxima superó los 25 años en cada generación. En cuanto a la duración, la primera generación (1940) resulta ser la más longeva al 2010, con 70 años; por otro lado las uniones más recientes fueron las que comenzaron en la década del 2000, acumulando apenas diez años de unión (figura 2). Por último, cabe mencionar que nueve de cada diez parejas la unión referida era la primera y única unión.

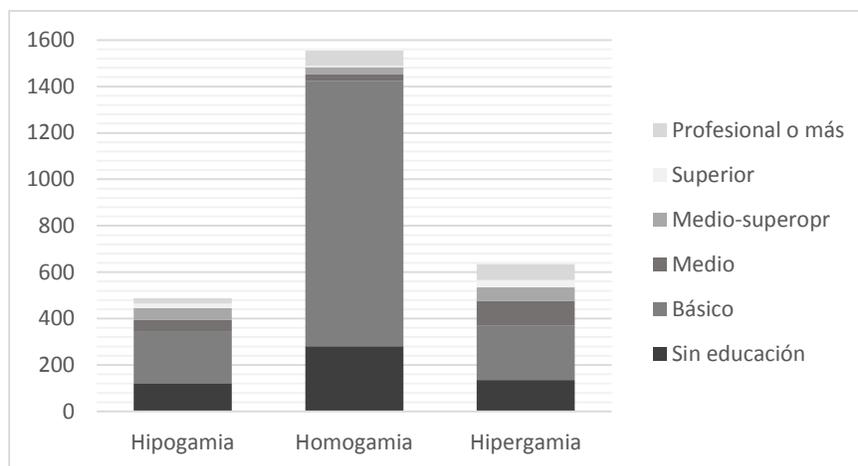
Figura 2. Diagrama de duración de las uniones



Fuente: elaboración propia con datos del ENASEM 2015

Respecto a la *escolaridad* en las parejas, una forma de describir esta característica a nivel pareja es la homogamia educativa, que se refiere a la igualdad o similitud en el nivel educativo alcanzado de los cónyuges (Samper & Mayoral, 1998), es decir, si la pareja comparte el mismo nivel educativo; también puede presentarse el caso donde el hombre sea el que tenga más nivel educativo (hipergamia), o bien, donde la mujer haya alcanzado mayores estudios (hipogamia) (Samper & Mayoral, 1998). En la figura 3 se puede ver que en los adultos mayores la homogamia educativa es más frecuente, seguida de la hipergamia y en menor medida la hipogamia. Asimismo, el nivel básico es el de mayor incidencia en los tres grupos, aunque es considerablemente mayor en la homogamia; el siguiente en importancia son parejas que no cuentan con escolaridad; el nivel medio es más frecuente en la hipergamia y el profesional tanto en la homogamia como en la hipogamia. En general, el nivel educativo de los adultos mayores seleccionados es bajo en ambos cónyuges y la hipergamia es donde se alcanzan mayores niveles educativos, es decir, las parejas donde el hombre tiene más escolaridad son donde se presentan mayores proporciones de niveles educativos medios, medio-superiores, superiores y profesionales.

Figura 3. Nivel educativo de las parejas



Fuente: elaboración propia con datos del ENASEM 2015

Anexo 3.

Cuadro 1. Matriz de correlación policórica entre variables explicativas de los modelos de limitaciones funcionales en la pareja

	Grupo de edad	Escolaridad máxima alcanzada	Duración de la unión	Ingreso	Autopercepción de salud	Multimorbilidad	Síntomas depresivos	Actividad física
Grupo de edad	1							
Escolaridad máxima alcanzada	-0.20	1						
Duración de la unión	0.78	-0.39	1					
Ingreso	-0.07	0.57	-0.19	1				
Autorreporte de salud	0.18	-0.24	0.20	-0.15	1			
Multimorbilidad	0.08	-0.07	0.08	-0.05	0.23	1		
Síntomas depresivos	0.03	-0.15	0.02	-0.12	0.26	0.08	1	
Actividad física	0.02	-0.07	0.07	-0.08	0.06	0.03	0.02	1

Fuente: elaboración propia con datos del ENASEM 2015

Se realizó un análisis de correlación policórica, el cual mostró una fuerte asociación entre la duración de la unión y el grupo de edad de las parejas, sobrepasando el 0.6, lo que indica que se debe elegir una de las dos variables (ST-PREUX, 2016).

Anexo 4. Ajuste, calidad y validación del modelo

A continuación, se presenta brevemente cómo se trabajó el ajuste y la validez del modelo, siguiendo los pasos de Dueñas (2006) para la evaluación de modelos multinomiales.

- **CONTRASTE SOBRE LOS PARÁMETROS**

Contraste condicional de razón de verosimilitud

Número de observaciones	=	1246
LR chi2 (22)	=	271.21
Prob > chi2	=	0.000

Este estadístico que sigue una distribución chi-cuadrado que presenta 22 grados de libertad es significativo con una probabilidad de error de 5%, por lo que podemos decir que **el modelo presenta buen ajuste**, es decir, *predice bien la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente*; por lo que se rechaza la hipótesis nula de que todos los coeficientes del modelo, a excepción de la constante, sean cero (Dueñas, 2006).

- **AJUSTE GLOBAL DEL MODELO**

Test de chi-cuadrado de razón de verosimilitud:

Número de observaciones	=	1246
Número de categorías	=	3
Categoría base	=	0
Número de grupos	=	10
Chi2	=	10.274
Grados de libertad	=	22
Prob > chi2	=	0.852

El resultado obtenido (0.852) indica que **el ajuste del modelo es válido**, es decir, el modelo es adecuado para el ajuste de los datos.

- **CALIDAD DEL AJUSTE DEL MODELO**

Finalmente, para medir la calidad del ajuste del modelo se utilizan los coeficientes *Pseudo-R2 de Mc-Fadden* y de *Nagelkerke*; su cálculo depende del valor de las devianzas del modelo final y del modelo inicial con sólo la constante (Dueñas, 2006).

R2 de Mc-Fadden

El valor obtenido (0.128) es menor que 0.2, por lo que podríamos decir que no se considera que el modelo presente un muy buen ajuste.

Nagelkerke

El valor obtenido (0.196) no se acerca a 1, aunque de acuerdo con su interpretación este número implicaría que las variables independientes empleadas en el modelo de regresión **explican el 19.6% de la varianza de la variable dependiente.**