



**FLACSO**  
MÉXICO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales  
Sede Académica de México

Maestría en Ciencias Sociales  
XXII Promoción  
2018-2020

**Bienestar Subjetivo de las Personas Adultas Mayores**

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Ciencias Sociales

**Presenta**

Lic. Karla Verónica Camacho Castañeda

**Directora de tesis:**

Alicia Puyana Mutis

**Lectores:**

Raúl Rojas Soriano

Roberto Castellanos Cereceda

**Seminario de Tesis:** Hacía una economía en contexto. Consideraciones para revisar la teoría económica, desde las experiencias del desarrollo socioeconómico latinoamericano

**Línea de investigación:** Familia, Género, Grupos de edad, Salud

**Ciudad de México, Septiembre de 2020**

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

## Dedicatoria

A mi mamá, que siempre me apoya y a quien adoro con todo el corazón.

A mi tía Luz y prima Mara que me han apoyado y cuidado siempre y a quienes también adoro.

A Reyna que desde hace años me acompaña en las largas noches de desvelo y siempre me pone una sonrisa en la cara, aún en días difíciles.

A toda mi familia.

## Agradecimientos

A la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y a todo el personal que ahí labora, quienes hicieron mi paso por la maestría una experiencia única y muy agradable.

A todos los profesores que me compartieron sus conocimientos y de quienes aprendí a mejorar como profesional.

A la Dra. Alicia Puyana a quien admiro y le agradezco por abrirme un espacio en su seminario de investigación, quien todo el tiempo me aconsejó, orientó, guió y apoyó hasta la culminación de este trabajo.

Al Dr. Marino Rojas por mostrarme el camino del bienestar subjetivo y quien me proporcionó las bases para iniciar este camino de investigación.

A los lectores, el Dr. Raúl Rojas y el Dr. Roberto Castellanos, por su tiempo al revisar mi trabajo y brindarme sugerencias y correcciones desde su amplia experiencia en el tema.

A Zully, Anel y todos los miembros del seminario de investigación “Hacia una economía en contexto” quienes me animaron a explorar los métodos cualitativos y me ayudaron en momentos de duda.

Por último, pero no menos importante, a mis amigos Selene y Erick quienes hicieron mi paso por FLACSO una dicha.

## Resumen

Esta investigación analiza los componentes principales en el aumento y disminución de la experimentación de bienestar subjetivo de los adultos mayores, el grupo etario mayor de 60 años, y por grupos de edad quinquenales. Para esta investigación se identificaron los componentes principales del bienestar, integrados por los dominios de salud, ocio, estado civil y relaciones familiares. No tener dificultades motrices y no experimentar dolor físico frecuente son características altamente valuadas por los adultos mayores, especialmente los mayores de 80 años; igualmente recibir ayuda en tiempo y cuidado por parte de familiares comienza a ser valorado a partir de los 70 años, beneficiando al bienestar subjetivo en mayor proporción conforme los grupos de edad aumentan. Recibir tratamiento para las morbilidades más comunes –hipertensión, diabetes y artritis– así como tener afiliación a algún sistema de atención a la salud no resulta ser significativo para ningún grupo de edad.

Palabras clave: Bienestar subjetivo, vejez, envejecimiento, salud, Enasem, México, adultos mayores, dominios de satisfacción, satisfacción con la vida.

## Abstract.

This research analyzes the main components in the increase and decrease of subjective well-being experimentation in older adults, the age group over 60 years, and by five-year age groups. For this research, the main components of well-being were identified, made up of the domains of health, leisure, marital status and family relationships. Not having motor difficulties and not experiencing frequent physical pain are characteristics highly valued by older adults, especially those over 80 years of age; Likewise, receiving help in time and care from family members begins to be valued from the age of 70, benefiting subjective well-being in a greater proportion as age groups increase. Receiving treatment for the most common morbidities - hypertension, diabetes, and arthritis - as well as being affiliated with a health care system is not significant for any age group.

Key words: Subjective well-being, old age, aging, health, Enasem, Mexico, older adults, satisfaction domains, life satisfaction.

## Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Capítulo 1. Marco teórico y metodológico.....	2
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Metodología.....	4
1.3 Envejecimiento.....	7
a. Factores biológicos.....	9
b. Factores psicológicos.....	9
c. Factores sociales.....	10
1.4 Bienestar subjetivo de las personas adultas mayores.....	10
a. Fundamentos de la teoría del bienestar subjetivo.....	12
b. Bienestar social.....	18
b1. Derechos sociales y bienestar.....	18
b2. El valor social del trabajo.....	23
Capítulo 2. Las características de la población objetivo.....	26
2.1 Factores que caracterizan a la población objetivo.....	26
2.2 Características de los adultos mayores, según ENASEM 2015.....	27
2.3 Edad y sexo.....	29
2.4 Estado civil.....	30
2.5 Satisfacción con la vida.....	30
2.6 Bienestar subjetivo.....	32
2.7 Condiciones de salud.....	32
a. Problemas de salud.....	33
a1. Hipertensión.....	33
a2. Cáncer.....	34

a3. Diabetes.....	34
a4. Enfermedad respiratoria.....	34
a5. Infarto/Ataque cardiaco.....	34
a6. Embolia cerebral.....	35
a7. Artritis/Reumatismo.....	35
a8. Dolor físico frecuente.....	35
a9. Dificultad motriz.....	35
b. Tratamiento médico a problemas de salud.....	36
b1. Tratamiento para hipertensión.....	36
b2. Tratamiento para el cáncer.....	36
b3. Tratamiento para diabetes.....	36
b4. Tratamiento para enfermedades respiratorias.....	37
b5. Tratamiento para infarto o ataque cardiaco.....	37
b6. Tratamiento para embolia cerebral.....	37
b7. Tratamiento para artritis/reumatismo.....	37
c. Autopercepción de salud.....	38
d. Afiliación a servicios de salud.....	39
e. Actividad física.....	40
2.8 Familia.....	41
a. Peso en la toma de decisiones familiares.....	42
b. Toma de decisiones familiares por sexo.....	42
c. Independencia en la toma de decisiones personales.....	43
d. Ayuda actual y expectativa de ayuda.....	44
d1. Apoyo en dinero o especie.....	44
d2. Apoyo en tiempo.....	45
d3. Apoyo de vecinos y amigos.....	45
d4. Expectativa de ayuda financiera.....	45
d5. Expectativa de recibir cuidados.....	46

e. Cuida de otros.....	46
f. Contacto con familiares.....	47
2.9 Situación económica y situación alimentaria.....	47
a. Situación alimentaria.....	48
b. Trabajo.....	49
c. Ingresos.....	50
3.0 Actividades de ocio.....	51
3.1 Religión.....	52
Capítulo 3. Desarrollo de modelos estadísticos y análisis de datos.....	54
3.1 Construcción de variables.....	54
a. Variable dependiente.....	54
b. Variables independientes.....	56
b1. Variables referentes a la salud.....	56
b2. Variables referentes a la familia.....	58
b3. Variables sobre el ocio.....	60
b4. Variable sobre comunidad.....	60
b5. Variable relacionada al trabajo.....	61
b6. Variables sobre la situación económica.....	61
b7. Variables sobre religión.....	62
3.2 Análisis de regresión lineal.....	62
a. Modelo de regresión lineal para toda la población de adultos mayores.....	62
a1. Modelo de regresión lineal sobre el bienestar subjetivo en adultos mayores.....	66
a1.1 Variables significativas positivas.....	67
a1.2 Variables significativas negativas.....	68
b. Modelo de regresión lineal para adultos mayores por grupos de edad.....	69
b1. Modelo de regresión lineal sobre el bienestar subjetivo en adultos mayores por grupos de edad.....	72

b1.1 Variables significativas positivas.....	74
b1.2 Variables significativas negativas.....	77
Capítulo 4. Conclusiones y sugerencias.....	81
Referencias.....	86
Anexos.....	88

## Índice de cuadros, gráficos y diagramas

Diagrama 1. Bienestar subjetivo.....	14
Gráfica 1. Proporción entre hombres y mujeres en México 2015.....	28
Gráfica 2. Pirámide poblacional de los adultos mayores ENASEM 2015.....	28
Cuadro 1. Edades por quinquenio y sexo.....	29
Cuadro 2. Unido.....	30
Cuadro 3. Satisfacción con la vida y edad.....	31
Cuadro 4. Índice de Bienestar Subjetivo.....	32
Cuadro 5. Problemas de salud.....	33
Cuadro 6. Tratamiento médico a problemas de salud.....	36
Cuadro 7. Autopercepción de la condición de salud.....	39
Cuadro 8. Afiliación a Servicio médico.....	40
Cuadro 9. Ejercicio físico.....	40
Cuadro 10. Toma de decisiones.....	42
Cuadro 11. Toma de decisiones según sexo.....	42
Cuadro 12. Independencia en toma de decisiones.....	43
Cuadro 13. Ayuda actual y expectativas de recibir ayuda familiar.....	44
Cuadro 14. Cuida de otros.....	46
Cuadro 15. Contacto con familiares.....	47
Cuadro 16. Autopercepción de situación económica y situación alimentaria.....	48
Cuadro 17. Actualmente trabaja.....	49
Cuadro 18. Ingresos.....	50
Cuadro 19. Actividades de ocio.....	51
Cuadro 20. Importancia de la religión y asistencia a servicios.....	52



## Introducción

A nivel mundial se experimenta de manera constante, un proceso de envejecimiento, en Latinoamérica y en México en particular, el envejecimiento poblacional avanza de manera menos pronunciada que en países europeos. Se tiene la oportunidad de investigar desde todos los ángulos el tema del envejecimiento y la vejez, con la finalidad de que el gobierno esté preparado y diseñe políticas públicas adecuadas para atender las necesidades de esta población que se considera vulnerable.

La investigación en torno al envejecimiento y la vejez ha de considerar todos los procesos biológicos como la salud y el deterioro natural del organismo; los procesos psicológicos como la paulatina pérdida de agilidad mental o las enfermedades crónico-degenerativas, y los procesos sociales como la pérdida de roles y la adaptación a nuevos contextos sociales. Así mismo, no sólo se tiene la responsabilidad de velar por cubrir las necesidades básicas de vivienda y alimentación, sino también, pensar en el derecho de los adultos mayores por alcanzar un bienestar global.

De ahí la importancia de profundizar en temas como el bienestar subjetivo, el cual va más allá de cubrir necesidades materiales. Esta tesis, tiene por objetivo analizar los factores que impactan en la experimentación de bienestar subjetivo en adultos mayores, se desarrolla en cuatro capítulos, cuyo contenido se presenta adelante.

En el primer capítulo ilustra el debate sobre qué es el envejecimiento y la vejez, y plantea las principales características de la teoría del bienestar subjetivo. En el segundo capítulo se presenta un análisis descriptivo del objeto de estudio: la población adulta mayor, para el cual se utilizó el “Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México” (ENASEM 2015) con el cual fue posible identificar y analizar las características principales que la definen.

En el tercer capítulo se encuentra el análisis de datos de la encuesta, con los cuales se construyeron modelos de regresión lineal para toda la muestra de adultos mayores y para la muestra separada por edades –de 60 a 64; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; 80 a 84; 85 y más años– y se analizan los covariantes del bienestar subjetivo en esta población. Por último, en el capítulo 4, se presentan las conclusiones y sugerencias que derivan de esta investigación.

## Capítulo 1. Marco teórico y metodológico

De manera introductoria al tema de esta tesis: El bienestar subjetivo de los adultos mayores, es decir las personas de 60 y más años, varía al ritmo del proceso de envejecimiento de una población, grupo de la población que ha crecido a efecto del aumento sostenido en la esperanza de vida y tanto los nacimientos como la mortalidad infantil disminuyen con respecto a los reportados anteriormente. Lo que da como resultado que el sector de la población que supera los 60 años aumenta de manera constante.

A medida que los progresos tecnológicos que conllevan el desarrollo tanto económico como humano crecen, aumentará la esperanza de vida, lo cual insta a estudiar las condiciones de vida de las personas adultas mayores: cuáles son sus problemas; cuáles sus retos y cómo pueden ser superados para que la etapa de vida de la vejez sea vista y vivida con satisfacción y no como carga en la cual sólo resta esperar la muerte.

Durante el proceso de envejecimiento ocurren cambios tanto fisiológicos, sociales y mentales, para los cuales es necesario adaptarse a las nuevas condiciones de vida que se gestan. A medida que las personas llegan a edades más elevadas, requerirán de cuidados específicos y eficientes, que consideren también los cambios bio-psico-sociales más pronunciados que experimentarán.

Ésta es una temática que se debe considerar seriamente, ya que las proyecciones que tiene INEGI sobre la composición de la pirámide poblacional para el año 2050 dejan prever que la población adulta mayor seguirá creciendo por lo que requerirá mayor atención especializada para contrarrestar las vulnerabilidades propias de la vejez y de la alta probabilidad de que su situación económica se deteriore al punto de caer en la pobreza si ya no lo estaban.

Habrá que prever cambios importantes en los sectores de salud, de vivienda, trabajo, de seguridad social y también familiar; siendo el tema de las pensiones central para el correcto desarrollo humano y la calidad de vida de la población adulta mayor, considerando factores que conforman el bienestar subjetivo e impactan directamente en la calidad de vida de los adultos mayores.

## 1.1 Planteamiento del problema

En la Encuesta Intercensal 2015, realizada por INEGI se reportaron 12.4 millones de personas de 60 y más años, lo que corresponde al 10.4% del total de la población y para el 2018 en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2018) se registraron 15.4 millones de personas de 60 y más años en México, representa el 12.2% de la población total. En tres años hubo un aumento aproximado de 3 millones de adultos mayores, los cuales necesitan atención a salud, vivienda digna, seguridad alimentaria, acompañamiento y apoyo.

En conjunto con el bienestar material, la importancia del bienestar subjetivo radica en englobar de forma más completa el estado de bienestar de una persona. El bienestar subjetivo se compone por la experimentación de afectos –positivos y negativos–, y la satisfacción con la vida en general o por áreas como podrían ser la situación familiar, de salud, económica, etc.

El campo del bienestar subjetivo de adultos mayores en México es relativamente nuevo, por lo que no se han agotado las líneas de investigación, las que aportarán conocimientos novedosos, por lo que, y según la literatura revisada durante esta investigación, no hay estudios que tratan a la población adulta mayor por grupos de edad, generalmente las investigaciones consideran a la población adulta mayor como si fuera un bloque.

De ahí que el aporte de esta tesis es precisamente el supuesto de que la población adulta mayor no conforma un grupo homogéneo y que habrá, por tanto, diferencias en la experimentación subjetiva de bienestar para los adultos mayores dependiendo su edad.

El objetivo de la investigación es analizar, utilizando el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2015), los componentes que influyen en el aumento o decremento del bienestar subjetivo de los adultos mayores y explorar si existen diferencias en la valoración de los componentes que influyen en la experimentación de bienestar subjetivo según la edad de los adultos mayores.

A pesar de que los adultos mayores consideran tener una condición de salud y económica regular, reportan un bienestar subjetivo alto, razón por la cual es importante conocer y analizar los factores que influyen en la experimentación de bienestar subjetivo además de la

condición de salud y la condición económica. Aunado a ello, ya que no se consideran los adultos mayores como una unidad, se analizan si los factores que influyen en la experimentación de bienestar subjetivo cambian dependiendo el grupo etario.<sup>1</sup>

Es decir, ¿qué factores influyen en la experimentación de bienestar subjetivo?, así como ¿por qué el bienestar subjetivo reportado es alto a pesar del auto-reporte de las condiciones de salud y económicas desfavorables?

La primera hipótesis es que los principales factores que aumentan el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores, son la disponibilidad de seguridad social, el sentido de autonomía en la toma de decisiones, en la movilidad física y la intensidad de los lazos sociales que dispongan.

La segunda hipótesis es que a mayor la edad, superior la valoración que los adultos mayores otorgan al impacto de los factores anteriores en su bienestar subjetivo.

## 1.2 Metodología

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) es la encuesta de carácter longitudinal, que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sobre el tema, con el principal objetivo de obtener información sobre los procesos de envejecimiento, las enfermedades y discapacidades en la población mexicana a partir de los 50 años y tiene representación nacional.<sup>2</sup> La primera se realizó en 2001 con la colaboración de investigadores de las Universidades de Pensilvania, Maryland y Wisconsin.

El INEGI ha hecho 5 encuestas de seguimiento: 2003, 2012, 2015 y 2018. En el año 2001 entrevistó a los adultos mayores seleccionados y a sus cónyuges –sin importar la edad– y se denominaron “personas de seguimiento”. Para la aplicación del año 2003 se entrevistaron las “personas de seguimiento” y a sus nuevos cónyuges –“nuevas personas”–, si es que su estado civil había cambiado desde la aplicación en 2001. En la encuesta del 2012 esas

---

<sup>1</sup> Con este fin se construyeron seis grupos etarios con la muestra disponible: de 60 a 64 años; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; 80 a 84 y 85 años en adelante.

<sup>2</sup> El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México es de acceso público y puede consultarse en la siguiente liga [http://www.enasem.org/Index\\_Esp.aspx](http://www.enasem.org/Index_Esp.aspx)

“nuevas personas” ya eran de seguimiento, se les aplicó nuevamente la encuesta y se agregaron “nuevas personas” en caso de que los adultos mayores hubieran cambiado de situación civil y tuvieran cónyuges distintos a los de 2003, la misma dinámica se realizó en las siguientes aplicaciones.

El objetivo principal de la encuesta es medir la condición de salud de los adultos mayores, y como objetivos específicos se encuentran: recabar características sociodemográficas de los hijos no residentes; recabar información que permita cuantificar el monto y tipo de ayuda que se otorga y reciben de los hijos; historia migratoria; tipos de ingresos y condición de vivienda, entre otros. El Enasem incluye secciones sobre satisfacción de vida y afectos, tanto positivos como negativos.

Son estas características las que permiten realizar la investigación propuesta en esta tesis sobre el bienestar subjetivo, aprovechando la variedad y cantidad de información que recabó la encuesta. Por ello se trabajó con la ENASEM 2015<sup>3</sup>, la cual ha recolectado los datos de los encuestados desde la primera aplicación en 2001, ya que es una encuesta tipo panel. Como se comentó anteriormente, recopila la información de las personas de seguimiento y de sus cónyuges.

Por otra parte, se decidió utilizar esta encuesta como fuente primaria de información sobre bienestar subjetivo, pues brinda información sobre 10,396 mil adultos mayores encuestados, es decir cerca del 0.08% de la población mayor total que era de 12.4 millones cuando la encuesta se levantó. Es de esperar que a la fecha ese porcentaje no haya variado sustancialmente. La encuesta permitió separar a los adultos mayores por grupos de edad y analizar los covariantes del bienestar subjetivo para cada quinquenio de la adultez mayor, punto que es importante debido a los cambios en el bienestar subjetivo con el avance de la edad.

Toda vez que el ENASEM recopila la información de los adultos mayores y también la de sus cónyuges sin importar la edad, fue necesario hacer un recorte a la base de datos original, donde se eliminaron a todas las personas menores a 60 años. Aunado a eso,

---

<sup>3</sup> No es la más reciente, a partir de abril de este año está disponible el ENASEM 2018, sin embargo, al momento de iniciar esta investigación y trabajar con la encuesta, la versión disponible más reciente era aplicada en el año 2015.

también se quitaron a todas las personas que a las variables de interés respondieron “no sabe” y “no responde”. Los dos recortes por los anteriores procedimientos redujeron a un total de 9,149 el universo de adultos mayores encuestados. Así, ese universo de 9,149 personas, el 88% del total, constituyó el objeto de estudio de esta investigación.

El ENASEM tiene una modalidad de respuesta llamada “encuesta por sustituto” en la cual, una persona cercana al entrevistado, responde a las preguntas, en caso de que por alguna razón el adulto mayor no estuviera capacitado para responder o estuviera ausente. En estos casos, las secciones de afectos y satisfacción con la vida no se aplican, ya que sólo el interesado puede responder por su satisfacción. Por ello, en dichas secciones, el total de la muestra se reduce acercándose a 8,444 personas adultas mayores, que corresponde al 81.22% del total de las personas encuestadas.

Con la información que ofrece el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México del año 2015, se construyeron dos modelos estadísticos de regresión lineal. Como variable dependiente se construyó un índice de bienestar subjetivo integrado por las variables de afectos positivos, negativos y la satisfacción con la vida, que se detalla en el capítulo 3.<sup>4</sup> Como variables independientes que inciden sobre el bienestar subjetivo se localizaron los símiles a los principales dominios de satisfacción: salud; familia; situación económica; uso de tiempo libre; comunidad; trabajo y amistad.

El estudio no contempla dominios de satisfacción, ya que la encuesta no indaga qué tan satisfechos están los entrevistados con las categorías antes mencionadas, por lo que se localizaron variables de interés que estuvieran dentro de estas categorías para analizar en qué medida influyen en el bienestar subjetivo de los adultos mayores.

La intención de hacer uso de esta técnica econométrica, es decir, los modelos estadísticos de regresión lineal, fue el análisis de la relación de dependencia del bienestar subjetivo con las variables independientes –ámbitos de familia, salud, trabajo, comunidad, amistad, situación económica y uso de tiempo libre–. Estos modelos se realizaron para todo el conjunto de los adultos mayores de la muestra y para los grupos de edad quinquenales mencionados.

---

<sup>4</sup> Para consultar a detalle cómo se construyó el índice de bienestar subjetivo, ver la página 54.

Las variables no categóricas, es decir, las que sólo tienen dos opciones de respuesta: “Sí” y “No”, se transformaron en variables *dummy*, por lo que se recodificaron a 0 y 1, otorgando 0 a la ausencia de la propiedad y 1 a su presencia.

El primer modelo se diseñó con la muestra de adultos mayores encuestados<sup>5</sup> y en total se consideraron 29 variables, entre las cuales y como variables de control se introdujeron: sexo; percepción económica; escolaridad y número de hijos.<sup>6</sup>

El resto de las variables independientes se puede consultar a detalle en el segundo capítulo, en donde se presenta el análisis descriptivo de los adultos mayores que forman parte del estudio; se especifica el modelo de regresión lineal sobre el bienestar subjetivo en adultos mayores –la ecuación del modelo se encuentra en la página 64–, y se muestra cuales variables no resultaron ser significativas<sup>7</sup> y, por tanto, se quitaron del modelo.

Para el segundo modelo de regresión lineal sobre el bienestar subjetivo en adultos mayores por grupos de edad –los cuales son: 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80-84 y 85 y más años–, se consideraron originalmente 27 variables. Entre las variables de control se consideraron las mismas que en el caso del modelo para toda la muestra de adultos mayores, sin embargo no todas las variables resultaron ser significativas y se omitieron del modelo final. La ecuación final se puede consultar en la página 70.

### 1.3 Envejecimiento

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) diferencia entre los conceptos de vejez y envejecimiento de la siguiente manera: “al proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte se le conoce como envejecimiento. Y la vejez es una

---

<sup>5</sup> Después de eliminar a todas las personas menores de 60 años y las personas que respondieron “no sabe” y “no responde” a las variables de interés.

<sup>6</sup> Dentro del estudio ENASEM existe la posibilidad de separar a la población por tamaño de localidad, sin embargo como el objetivo principal de esta investigación no es distinguir entre población rural y urbana, se decidió no tomar esa variable, ya que para un análisis completo se tendrían que poner en interacción todas las variables de interés con los tamaños de localidad.

<sup>7</sup> Para consultar los detalles de las variables que no resultaron ser significativas se puede ver el cuadro de la página 63 en el capítulo 3, los cuadros sin color corresponden a las variables no significativas. Así mismo, el capítulo dos contiene la descripción de todas las variables utilizadas para los modelos de regresión.

etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento”<sup>8</sup>.

Como se puede notar, el envejecimiento es un proceso permanente, que sucede en todas las etapas de vida y la vejez es una fase específica, sobre cuyo horizonte no hay un acuerdo universal que determine la edad para caracterizar ésta fase: en México, no obstante, tanto INAPAM como la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Diario Oficial 25/06/2002), establecen que se consideran como adultos mayores a la población que tenga 60 y más años. Por lo tanto, para éste trabajo se tomará esa definición política y siempre que se refiera a los adultos mayores se hace alusión a las personas de 60 y más años.

Hecha esta aclaración, se continua con el esclarecimiento de que la vejez no es una etapa homogénea, por ello es importante realizar una diferenciación en los grupos de edad cuando se realicen estudios sobre esta población, ya que una misma situación no afecta de la misma manera a una persona de 65 años a una de 80 años, pese a que ambas sean personas adultas mayores.

El envejecimiento puede ser vivido de una manera normal, saludable o patológica<sup>9</sup>, en éste proceso se involucran distintos factores tanto biológicos como psicológicos y sociales. En el plano biológico, el envejecimiento saludable contemplaría que los procesos naturales de morbilidad del envejecimiento sean mínimos, se conserven las funciones físicas a niveles adecuados, así como los casos de hospitalización sean poco frecuentes; en el plano psicológico, para un envejecimiento saludable se tendrían que involucrar procesos que compensen las pérdidas que se pudieran tener, así como una autovaloración o autoestima positiva, lo cual ayuda directamente a la aceptación de la disminución natural de funciones, así como a la pérdida de familiares y amigos.

Por último en el plano social se incluye la sustitución o evolución en los roles y lazos sociales con familiares y amigos, además del sentido de autonomía y apoyo social. Esto significa que las personas adultas mayores experimentan satisfacción al poder afrontar las nuevas situaciones que el envejecimiento trae consigo.

---

<sup>8</sup> Esta definición se encuentra en la página oficial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

<sup>9</sup> Rowe JW, Kahn RL. (1987). Human aging: usual successful. *Science: Vol.237* (4811), pp.143-149.



En un envejecimiento normal no se experimentaría el sentimiento de satisfacción ante la nueva etapa vivida pero no se habría de experimentar complicaciones con enfermedades crónicas, ya que en la medida de lo posible el envejecimiento normal debiera incluir atención médica adecuada y continua de tal suerte que los procesos de morbilidad sean diagnosticados, tratados y controlados consiguiendo que las hospitalizaciones no sean frecuentes.

En el envejecimiento patológico se notan enfermedades crónicas, hospitalizaciones continuas, en pocas palabras un mal estado de salud con un detrimento físico acelerado, pérdida de funciones motrices que imposibilitan mantener independencia física, podemos hablar de un envejecimiento acelerado.

#### a. Factores biológicos

*Reducción de la reserva homeostática:* Entre los factores biológicos se consideran los cambios anatómicos y fisiológicos naturales del envejecimiento, principalmente la reducción de la reserva homeostática, que permite mantener el equilibrio entre los cambios externos y los órganos y funciones biológicas. Una disminución en la reserva homeostática limita la regulación interna de las funciones, además de que el organismo no se repone de la misma forma y a la misma velocidad, el proceso se ralentiza sostenidamente.

*Disminución paulatina de funciones naturales:* esta disminución es natural en el proceso de envejecimiento, incluye con frecuencia la pérdida gradual auditiva, el debilitamiento óseo y la disminución de masa muscular, de manera menos frecuente, –pero que se atribuye al envejecimiento– es la hipertrofia miocárdica; así mismo las probabilidades de padecer diabetes y enfermedad tiroidea incrementan. En cuanto al sistema nervioso está dentro de la normalidad la disminución de capacidades de memorización, atención y concentración; así como el crecimiento de la próstata en hombres y la incontinencia urinaria en ambos sexos.

#### b. Factores psicológicos

La adaptación y aceptación de esa nueva etapa es clave para desarrollar mecanismos que suplan las disminuciones o pérdidas que se experimentan, no sólo debe existir aceptación

de un nuevo cuerpo también de una nueva mente, ya que el proceso de envejecimiento modifica física y psicológicamente el cuerpo y la forma de vivirlo.

Dentro de los factores psicológicos que guíen hacia un envejecimiento sano se deben compensar las pérdidas, tanto de familiares y amigos como de actividades, por ejemplo en el caso de la jubilación se pierde o al menos disminuye la red que se había establecido durante los años trabajados, es importante por tanto que los lazos que se conserven se mantengan de forma robusta para compensar los detrimentos.

### c. Factores sociales

Conforme el proceso de envejecimiento avanza se suelen perder contactos sociales, en esa etapa es importante reforzar los lazos que se puedan conservar, ya que la vejez incluye pérdida de roles, principalmente en el ámbito laboral pues, al finalizar la etapa de trabajo, se pierde el contacto constante que existía en ese medio, aunado a las posibles enfermedades que dificulten físicamente los desplazamientos, todo lo cual contribuye a la pérdida de contacto social. Por ello es importante que se conserven los lazos sociales que se tengan ya que impactan en mayor medida el bienestar. Así mismo el apoyo social debe reforzarse para compensar las disminuciones principalmente físicas pero también psicológicas.

Los nuevos papeles y roles que en la etapa de vejez surgen requieren adaptación, no sólo del adulto mayor sino también de su círculo social cercano. Este proceso de adaptación es necesario para que los lazos sociales puedan modificarse según las necesidades de los participantes, con lo cual se puede generar el apoyo social que sea requerido por los adultos mayores.

## 1.4 Bienestar Subjetivo de las Personas Adultas Mayores

Indagar sobre el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores no sólo es válido al tratarse de una vida digna, a la cual tiene derecho toda la población, también lo es en atención a la realidad social derivada del envejecimiento de la población. Si bien en México no se ha llegado a indicadores alarmantes como en países Europeos u otros países de

Latinoamérica como Chile —donde el porcentaje de la población adulta mayor supera los 20 puntos porcentuales—, es evidente que el país enfrenta forzosamente un cambio en la composición demográfica donde cada vez menos se parecerá a una pirámide.

El proceso de envejecimiento ocurre con el aumento sostenido de esperanza de vida, los nacimientos y la mortalidad infantil disminuyen, con respecto al pasado; lo que da como resultado que el sector de la población que alcanza la tercera edad aumente, —absoluta y relativamente— de manera constante.

De acuerdo con CONEVAL “se espera que para finales de 2019 existan 13 millones 900 mil personas mayores de 60 años”<sup>10</sup> y se contabiliza que 6 de cada 10 personas adultas mayores son mujeres, debido a que su esperanza de vida es mayor. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó en el año 2010 que las estimaciones para la esperanza de vida eran de 77 años para las mujeres y 71 años para los hombres, en 2016 se modificó a 78 años para mujeres y 73 años para hombres, es decir, una diferencia estimada de 5 años a favor de las mujeres.

La composición demográfica de la población en etapa de vejez, es decir a partir de los 60 años, tiene algunas particularidades a tomar en cuenta al considerar la calidad de vida que poseen y en específico las características y naturaleza del bienestar subjetivo que experimentan. La importancia de la investigación radica en que si bien se han realizado amplias investigaciones sobre el bienestar en la vejez sólo muy pocas abordan el tema desde la perspectiva del bienestar subjetivo en ésta etapa especial de vida.

Al no ser un derecho universal y vivir en un país en donde el trabajo informal está al alza — se estima que 6 de cada 10 empleo son informales<sup>11</sup>— se dibuja un panorama desalentador para la población adulta mayor, incluso si tuvieron un empleo formal, dado que el sistema de pensiones es frágil: el monto que puede percibir como pensión será limitado en la mayor parte de los casos e insuficiente para proveer y satisfacer sus necesidades.

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*

<sup>11</sup> El dato sobre el nivel de informalidad en el país, puede consultarse en la siguiente página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) <https://www.inegi.org.mx/rde/2019/08/20/determinantes-subnacionales-de-la-informalidad-laboral-en-mexico/>

Con un ingreso económico inestable o precario se debilitan otras áreas de la vida como la seguridad al enfrentar alguna enfermedad, la seguridad alimentaria, de vivienda, de esparcimiento y en general para cubrir las necesidades básicas. Si existe un sentimiento de incertidumbre hacia el futuro se merma el bienestar subjetivo.

Sin embargo, a pesar de las condiciones inseguras descritas y a pesar de que CONAPRED reporta que casi la mitad de la población de 65 y más años se encuentra en pobreza,<sup>12</sup> en la encuesta BIARE<sup>13</sup> que realiza INEGI y que mide el bienestar subjetivo se reportan niveles de satisfacción constantes y que superan los 6 de los 10 puntos posibles.<sup>14</sup>

Por ello surge la necesidad de comprender qué otros factores influyen de manera más destacada para que los niveles de bienestar subjetivo sean altos a pesar de las dificultades que provoca la inestabilidad económica de los adultos mayores.

#### a. Fundamentos de la Teoría del Bienestar Subjetivo

El bienestar subjetivo es uno de los componentes de la calidad de vida, la cual se descompone en condiciones materiales o bienestar material y bienestar subjetivo, el cual es una categoría amplia, compuesta por factores cognitivos y de afectos. Como lo refieren Millán y Castellanos “el bienestar subjetivo, es una dimensión “autoevaluada” del bienestar: ningún experto determina, de forma externa, los criterios, referentes o métodos para estimar el bienestar vital de cada persona, y de ahí su carácter subjetivo”<sup>15</sup>.

Toda vez que el bienestar subjetivo sólo puede ser auto-referido, no es válido juzgar a priori cuál es el bienestar subjetivo de una persona observando sus condiciones de vida. La única persona apropiada para referir cuál es su bienestar es la persona misma, por lo cual, la única manera de conocer cuál es el bienestar subjetivo de alguien es preguntárselo a ella misma y directamente.

---

<sup>12</sup> Tales datos sobre discriminación y pobreza pueden consultarse en la página oficial del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)

[https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=52&id\\_opcion=39&op=39](https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=52&id_opcion=39&op=39)

<sup>13</sup> El módulo de Bienestar Autoreportado (BIARE) puede ser consultado en el siguiente enlace <https://www.inegi.org.mx/investigacion/bienestar/piloto/>

<sup>14</sup> La medición se realiza en una escala de 0 a 10

<sup>15</sup> Millán Rene, Castellanos Roberto. (2018). Bienestar subjetivo en México, IIS, p.10

La distinción entre la llamada dimensión objetiva del bienestar, medida o referida con las condiciones materiales, y la dimensión subjetiva relativa al bienestar subjetivo, levanta cuestionamientos acerca de la validez de los indicadores subjetivos, ya que se cree que sólo los indicadores que pueden ser objetivamente medibles son válidos. Sin embargo lo que se busca es que se complementen las dos perspectivas o enfoques con el objeto de crear mejores valoraciones y predicciones, –objetivas y subjetivas– de la calidad de vida de las personas y proponer políticas públicas y acciones grupales, familiares e individuales.

La teoría del bienestar subjetivo es amplia, y por ello diversos autores la han desarrollado de distintas maneras, siempre siguiendo criterios generales: Como mencionan Millán y Castellanos “convencionalmente se mide con dos dimensiones generales: la satisfacción de vida y la felicidad, cuyos valores asignados son producto, insistimos, de la evaluación de cada individuo sobre su vida y sus experiencias”<sup>16</sup>.

Otros autores como Rojas<sup>17</sup> equiparan la satisfacción con la felicidad, y en específico enfatizan los dominios de satisfacción los cuales se componen de dimensiones como salud, económica, laboral, familiar, amistad, disponibilidad y uso de tiempo libre y comunidad; las cuales integran la parte cognitiva del bienestar, ya que es necesaria una reflexión sobre la valoración de estos dominios. Para este autor, el bienestar se experimenta a través de tres planos de experiencias: cognitivas, afectivas y hedónicas. Además agrega otra dimensión poco estudiada, la experiencia mística, asociada a vivencias espirituales.<sup>18</sup>

Veenhoven distingue entre disfrute transitorio –satisfacción instantánea–, y uno más permanente –satisfacción en dominios de vida–, relativos a aspectos específicos de la vida. En cuanto a la evaluación de la vida como un todo Veenhoven se refiere a la satisfacción de vida, o felicidad, y equipara la satisfacción vital con la felicidad y los califica con intensidad y duración.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> Ibid. p.10

<sup>17</sup> Rojas, Mariano. (2007). Heterogeneity in the relationship between income and happiness: A conceptual-referent-theory explanation. *Journal of Economic Psychology*, 28, 1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joep.2005.10.002>

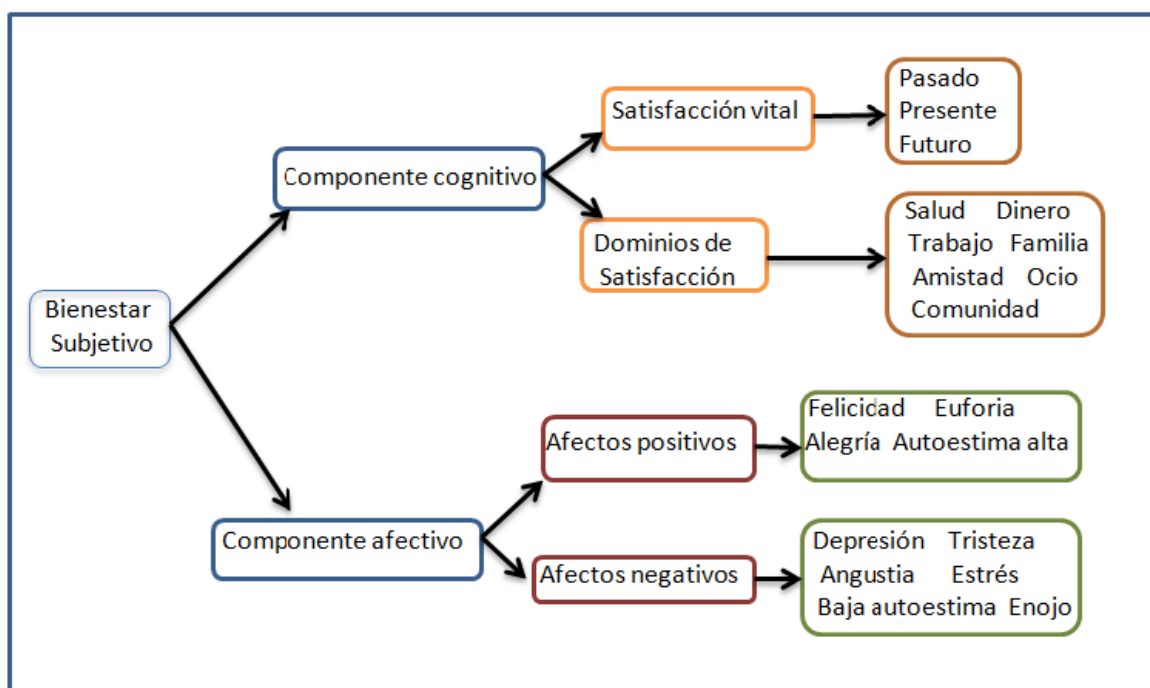
<sup>18</sup> Rojas, Mariano. (2011). Más allá del ingreso: progreso y bienestar subjetivo, en Rojas, Mariano (coord.) La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina, Foro Consultativo Científico y Tecnológico. P.32

<sup>19</sup> *Ibid.* pp.33-34

Otros autores como Moyano<sup>20</sup> hacen la distinción entre satisfacción y felicidad, ya que la felicidad es un estado transitorio y componente de la satisfacción, no un sinónimo. En el diagrama de Moyano, el bienestar subjetivo se compone de dos categorías; el componente cognitivo y el afectivo. Del componente cognitivo se desprenden la satisfacción vital y los dominios de satisfacción. Éstos componentes requieren una valoración sobre qué tanta satisfacción se experimenta con cada una de las categorías.

Del componente afectivo emanar los afectos positivos, o los sentimientos de alegría, felicidad, euforia, autoestima alta, y los negativos, que pueden abarcar tristeza, depresión, autoestima baja, angustia, estrés y enojo. Estos elementos se experimentan en la dimensión de las emociones y juntos constituyen al bienestar subjetivo.

Diagrama 1. Bienestar subjetivo



Fuente: Elaboración propia basado en: Moyano Emilio y Ramos Nadia (2007).<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Moyano Emilio, Dinamarca Daniela, Mendoza-Llanos Rodolfo, Palomo-Vélez Gonzalo. (2018). Escala de Felicidad para Adultos. *Terapia psicológica*, Vol.36, No. 1, 33-45

<sup>21</sup> Diagrama basado en: Moyano Emilio, Ramos Nadia. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, Vol. 2, N°. 22 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>

Millán y Castellanos consideran que “el bienestar subjetivo puede definirse como la experiencia personal del conjunto de condiciones de vida, tanto de bienestar como de malestar. Esta experiencia está moldeada, entre otros aspectos, por su orientación de vida predominante, como marco de referencia y valoración de su propio bienestar, y por sus diferentes ámbitos o dominios particulares de vida”<sup>22</sup>.

Mientras que para Svensson la calidad de vida debe ser definida como “áreas específicas que una persona define como vitales en la habilidad de disfrutar y tomar parte en la vida, y sentir que el compromiso a participar (en actividades sociales) tiene significado”.<sup>23</sup> Es necesario agregar a ésta definición de calidad de vida, los elementos que Jik Joen Lee llama encabezados de calidad de vida<sup>24</sup>, los cuales son factores biológicos, psicológicos y sociales.

En los factores biológicos se engloba una salud física adecuada, donde exista independencia observable en la calidad de movilidad del individuo, es decir si es capaz de moverse solo o si necesita algún tipo de apoyo. Una adecuada motricidad impacta el bienestar físico ya que se mantiene la autonomía e independencia, por lo que los adultos mayores no dependen de terceras personas para realizar actividades cotidianas, de donde emana la necesidad de conservar, en la medida de lo posible, funciones básicas de motricidad como caminar sin ayuda.

En los factores psicológicos se puede incluir la salud mental, tanto que no se padezcan enfermedades mentales propias de la vejez como el Alzheimer u otros tipos de demencia senil las cuales se caracterizan por provocar deterioros cognitivos y trastornos de comportamiento, como también, con todos los afectos: positivos, negativos y equilibrados.

La ruta para alcanzar un bienestar subjetivo adecuado, es balancear los afectos. Toda vez que no es posible suprimir los afectos negativos, lo idóneo de esperar es que sean de corta duración y superables por la acción de los positivos. En cuando a los factores sociales se

---

<sup>22</sup> Millán Rene, Castellanos Roberto. (2018). Bienestar subjetivo en México, IIS, p.23

<sup>23</sup> Rojo, Fermina, Gloria Fernández, et. al. (2001). Aging in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly, *Social Indicators Research*, 54: 173-208.

<sup>24</sup> Lee, Jik Joen. (2005). An exploratory study on the quality of life of older Chinese people living along in Hong Kong, *Social Indicators Research*, 71: 335-361.

pueden englobar las redes sociales que posea la persona: qué tan duraderas y fuertes son, o de lo contrario qué tan efímeras puedan ser y cómo eso afecta la satisfacción con la vida.

Para el bienestar subjetivo de las personas adultas en la etapa de vejez se deben considerar algunas categorías base de las cuales son la seguridad alimentaria; acceso a servicios de salud –poniendo énfasis a la prevención–; independencia física –incluye tener una rutina activa–; contacto con la comunidad –mantener contacto con familiares y amigos, así realizar actividades placenteras y en comunidad–. En conjunto estas categorías serían auxiliares para alcanzar un bienestar subjetivo alto y una elevada satisfacción con la etapa de la vida de vejez.

Una de las teorías desarrollada por McCornatha (1999)<sup>25</sup> y Kato (1996)<sup>26</sup> sobre los adultos mayores menciona que, debido a la edad, las personas desarrollan una madurez emocional que les permite reaccionar de manera equilibrada ante las eventualidades de la vida, por tanto ni los factores económicos ni los sociales harían gran mella en el bienestar subjetivo. Esto significaría que no son importantes las condiciones adversas que los adultos mayores pudieran experimentar, su bienestar subjetivo siempre será alto porque su madurez emocional les permite siempre tener un estado equilibrado.<sup>27</sup>

Sin embargo, otra perspectiva desarrollada por Schulz (1985)<sup>28</sup> contradice la explicación anterior e indica que, debido a la edad y los cambios naturales, las personas mayores ya no son capaces de sobreponerse a las constantes pérdidas además de que cognitivamente tendrían dificultad para mantener los afectos positivos haciendo que los afectos negativos predominen experimentando la vejez como una etapa infeliz.<sup>29</sup>

Como se puede notar, la primera teoría explicaría que el bienestar subjetivo de los adultos mayores siempre será alto sin importar los dominios de satisfacción, mientras que la

---

<sup>25</sup> McConatha, J.T. & H.M. Huba (1999). Primary, secondary, and emotional control across adulthood, *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality* 18, pp. 164-170.

<sup>26</sup> Kato, H., N. Asukai, Y. Miyake & K. Minakawa (1996). Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake en Japan, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93, pp. 477-481.

<sup>27</sup> Schulz, R. (1985). Emotion and affect, in J.E. Birren and K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold, NY, pp.531-543

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> Pinquart, Martin. (2001). Age differences perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age, Netherlands, *Journal of Happiness Studies* 2: 375-405



segunda refiere a por las pérdidas que ocurren, el bienestar subjetivo siempre será deficiente o bajo, ya que no hay forma de suplir las constantes carencias. Ambas teorías tienen como variable explicativa exclusivamente la edad, y no toman en cuenta los dominios de satisfacción ni otras condiciones que puedan afectar el bienestar subjetivo de los adultos mayores.

En un estudio sobre adultos mayores en Asia, el acceso a pensiones no fue un factor clave para la experimentación de bienestar subjetivo, pero el trabajo, contacto con hijos, salud, interacción social y educación fueron factores claves para un bienestar subjetivo alto, sin embargo se encontró que los adultos mayores en Corea eran más propensos a estar deprimidos en comparación con los adultos mayores de China y Japón.<sup>30</sup>

La intención de esta tesis es discutir y ponderar la visión de que la vejez por ser la última etapa de la vida es fatalmente, un momento triste debido a las constantes pérdidas, ya sean de amigos, familiares, de pareja, de roles, de capacidades físicas y mentales y explorar en qué medida se pueden crear las condiciones para que este período sea, como debe ser, uno de la mayor tranquilidad posible, es decir sin alteraciones y en constante cuidado.

De acuerdo con los estudios de Rowe & Kahn<sup>31</sup> y Joen Lee<sup>32</sup>, es factible considerar la independencia motriz como factor principal para llegar a un envejecimiento saludable, así como la independencia en el ámbito de las decisiones. Todo lo cual se deberá confirmar empíricamente y en todo caso ahondar en cómo influye el hecho de ser dependiente al bienestar subjetivo.

Ya que los niveles de bienestar subjetivo reportados en México son altos, un factor explicativo de ese sorpresivo resultado podría ser, como una de las teorías lo propone<sup>33</sup>, es que más allá de los factores económicos, las relaciones sociales de apoyo que se conserven

---

<sup>30</sup> Hidehiho Ichimura, Lei Xiaoyan, Lee Chulhee, Lee Jinkook, Park Arbert & Yasuyuki Sawada. (2017). Wellbeing of the Elderly in East Asia: China, Korea, and Japan, RIETI.

<sup>31</sup> Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. Y Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. New York: Pantheon/Random House.

<sup>32</sup> Lee, Jik Joen. (2009). A pilot study on the living-alone, socio-economically deprived older Chinese people's self-reported successful aging: A case of Hong Kong, *Applied Research Quality Life*, 4: 347-363.

<sup>33</sup> Montpetit Mignon, Nelson Niccole & Tiberio Stacey. (2016). *Daily Interactions and affect in older adulthood: Family, friends, and perceived support*, Springer Science Business Media Dordrecht, J Happiness Stud DOI 10.1007/s10902-016-9730-4

a lo largo de la vida, influyen de forma significativa a que se tenga un bienestar subjetivo alto y, por tanto que se desarrolle un envejecimiento satisfactorio.

## b. Bienestar social

El objetivo de las siguientes secciones es analizar y exponer de manera concisa, cuáles son los principales programas sociales dedicados a la población adulta mayor, así como la situación socio-económica en la que viven los adultos mayores, al igual que discutir brevemente sobre el valor social del trabajo, la responsabilidad del cuidado y cómo repercuten en la situación específica de los adultos mayores, así como su influencia en el bienestar subjetivo.

### b1. Derechos sociales y bienestar

Como reforma social y política, el Estado de Bienestar se instauró en Europa como recurso ante la grave crisis que se gestó durante la segunda guerra mundial y siguió con la consolidación del bloque socialista. Los principales objetivos fueron crear y mantener la estabilidad económica y social en términos capitalistas, para ello, la economía debía ser productiva, altamente eficiente, lo cual guiaría a una estabilidad y cohesión social.

En el Estado de bienestar se aseguran ciertos servicios que se consideran bienes públicos, por tanto se gestiona la cobertura universal de sanidad, educación, servicios sociales y pensiones, transporte, vivienda, agua, electricidad y alcantarillado, a bajos precios. Esto es posible al aumentar el gasto público, con el objetivo de reducir la brecha entre ricos y pobres.

En Latinoamérica la política se dirigió, sin lograrlo, hacia la cobertura en ciertos sectores, principalmente urbanos, de los servicios básicos que se consideran necesarios para una vida digna. Éstas políticas crean mecanismos de protección a los ciudadanos y en teoría les brindan todo lo necesario para alcanzar un desarrollo idóneo, con esto se reduce la desigualdad entre la población ya que la cobertura universal asegura que cualquier ciudadano puede acceder a éstos servicios y sus necesidades deben ser atendidas.

Para que la cobertura universal se respete se considera a los ciudadanos como poseedores de derechos sociales, los derechos deben asegurarse y no son ni intercambiables ni

transferibles. Con ello se quiere decir que a toda persona, por el hecho de ser ciudadano, el estado debe garantizarle el acceso y cobertura de tales derechos, ello implica tanto la infraestructura como la administración necesarias para su provisión.

El neoliberalismo introducido con las reformas que en México se iniciaron en los años 80, con el pretexto de resolver la crisis de la deuda que estallara en 1982, debilitó aún más el estado incipiente de bienestar latinoamericano, que no era universal y estaba poco desarrollado y con la introducción de criterios de mercado y estímulo a los servicios prestados por el sector privado en salud y educación, así como en energía y agua, afectó en mayor magnitud a los pobres y amplió la brecha entre pobres y ricos.

A falta de recursos<sup>34</sup> para que los derechos sociales sean garantizados por el Estado de manera universal, se resolvió convirtiendo los derechos a programas sociales, de ésta manera no hay obligación de parte del Estado para garantizarlos, de tal forma que para los sectores más pobres se promueven políticas sociales para disminuir la desigualdad y la pobreza,<sup>35</sup> son programas de carácter asistencial que tienen como objetivo paliar los efectos más críticos de las políticas económicas.

Los programas para garantizar el cumplimiento de derechos humanos, económicos y sociales, se estructuran y administran en función tanto del presupuesto como de la agenda política de los gobiernos. De manera general se siguen bajo una perspectiva económica liberal, es decir se centran en “garantizar bases mínimas o básicas para evitar la exclusión y, a partir de ahí se acumularán los bienes según las desigualdades del mercado y estatus”.<sup>36</sup>

Con ello se entiende que sólo se trata de cubrir las necesidades estrictamente básicas y que dependerá de cada individuo alcanzar un nivel de bienestar más alto que sólo el mínimo que trata de asegurar el Estado, el cual no está relacionado con calidad en los servicios sino sólo con el acceso, con lo cual no se disminuyen las desigualdades sociales, ni mucho menos ataca el problema de la pobreza, por ello, a pesar de dirigir estos programas sociales

---

<sup>34</sup> México sigue siendo el país miembro de la OCDE que menos gasto social provee, actualmente destina sólo el 7.5% del PIB al gasto social.

<sup>35</sup> Antón, Antonio (coord.). (2000). Trabajo, derechos sociales y globalización. Algunos retos para el siglo XXI. Talasa ediciones.

<sup>36</sup> *Ibíd.* p.17

a las personas necesitadas, se perpetua la desigualdad. Todos los ciudadanos tienen el potencial<sup>37</sup> acceso a salud y educación, sin embargo sólo los que puedan pagarlo optarían por la alternativa que ofrezca mayor calidad, mientras que para los que no puedan costear los servicios de manera privada tendrán que recurrir los servicios que ofrece el Estado, que suelen ser de menor calidad.

Una perspectiva alterna podría ser la igualitaria, en la cual “aspiran además a introducir criterios redistributivos más avanzados para reducir esa desigualdad socioeconómica y de poder”,<sup>38</sup> bajo ésta perspectiva los programas sociales no sólo tendrían que asegurar el acceso sino también la calidad de los servicios básicos.

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED),<sup>39</sup> reportó en el año 2017 que cuatro de cada diez adultos mayores, es decir el 41.1% viven en situación de pobreza, de los cuales 34.6% corresponde a pobreza moderada y el restante 6.6% corresponde a pobreza extrema. El mismo informe de CONAPRED menciona que en su mayoría los adultos mayores dependen de su familia y ayudas del gobierno, debido a que tienen pocas o nulas oportunidades de obtener ingresos mediante empleos remunerados.

Parte de las dificultades que los ahora adultos mayores experimentaron durante su vida laboral, es que de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010,<sup>40</sup> los adultos mayores tienen un bajo nivel de escolaridad, en promedio los adultos de 60 y más años tienen 4.6 años de escolaridad, lo que les dificulta acceder a empleos remunerados de calidad, que se regulen conforme la Ley Federal del Trabajo y las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que México ha firmado, las cuales tienen

---

<sup>37</sup> En algunas comunidades, el acceso a la educación y a la salud no es directo, ya que los centros de salud o escuelas “más cercanas” no permiten realmente un acceso libre debido a la distancia.

<sup>38</sup> Ob. Cit.

<sup>39</sup> El informe de CONAPRED puede consultarse a detalle en la siguiente liga: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi3q5Xcw9PIAhUJPq0KHRXKAL0QFjACegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.conapred.org.mx%2Fuserfiles%2Ffiles%2FFicha%2520PAM.pdf&usg=AOvVaw1KsCm2tLoY4ekaJZbp5K7>

<sup>40</sup> Estos datos pueden ser consultados en el informe realizado por INMUJERES sobre la situación de los adultos mayores, disponible en la siguiente liga: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiSgNOAlonlAhVMXK0KHfZwCtAQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fcedoc.inmujeres.gob.mx%2Fdocumentos\\_download%2F101243\\_1.pdf&usg=AOvVaw08dN2fhJLrNtlj2-kcgt-s](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiSgNOAlonlAhVMXK0KHfZwCtAQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fcedoc.inmujeres.gob.mx%2Fdocumentos_download%2F101243_1.pdf&usg=AOvVaw08dN2fhJLrNtlj2-kcgt-s)

carácter vinculante y se han introducido en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE 2014), el 19.4% de las mujeres adultas mayores se encontraban económicamente activas, frente al 50.8% de los hombres adultos mayores, sin embargo sólo el 8.7% de las mujeres y el 25.1% de los hombres reciben ingresos por pensión o jubilación, lo cual denota la magnitud de la desprotección social que viven los adultos mayores, especialmente las mujeres.<sup>41</sup> Los porcentajes de los adultos mayores económicamente activos no distinguen entre empleos formales ligados a un trabajo bajo contrato y prestaciones sociales o empleos en el ámbito formal, por lo que no se asegura que el porcentaje total de adultos mayores económicamente activos recibirán ingresos seguros por pensión al final de su vida laboral.<sup>42</sup>

Esto lleva a incrementar desigualdades en la edad adulta, donde como lo menciona CONAPRED, los adultos mayores quedan vulnerables y dependientes de su familia y ayudas sociales, lo cual impacta directamente a su bienestar subjetivo, ya que no serán capaces de afrontar dificultades económicas o de salud que se presenten durante su vida adulta mayor.

En lugar de apostar por la regulación de salarios justos y por una protección más integral para los adultos mayores, se han implementado programas de ayuda social dedicados exclusivamente a esta población. Comenzando en 1979 con la creación del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) dependiente de la entonces Secretaría de la Salubridad y Asistencia Pública.

En enero de 2002 el INSEN pasó a la dependencia de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y cambió su nombre al Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN), sin embargo, en junio del mismo año con la creación de la Ley de los Derechos de la

---

<sup>41</sup> De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2014, el 62.8% de las mujeres de 60 y más años realizan quehaceres doméstico, incluso las mujeres de 80 años en adelante, reportaron que el 60.2% continua realizando quehaceres domésticos, el dato es sorprendente, sobre todo si se compara con el 13.8% de hombres de 80 años en adelante que mencionaron realizar quehaceres domésticos como su ocupación principal.

<sup>42</sup> Puede consultarse en cuadro 18 en el segundo capítulo donde están los datos de los adultos mayores que mencionaron recibir ingresos por pensión o jubilación.

Población Adulta Mayor el INAPLEN cambió nuevamente de nombre al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).

El INAPAM es un organismo descentralizado de la administración pública federal con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión. El principal objetivo de la institución es fungir como rector de la política nacional a favor de la población adulta mayor en concordancia con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Entre los beneficios de afiliación a tal institución, previa tramitación de la credencial, obtenible a partir de los 60 años, certifica su pertenencia entre la población adulta mayor, se cuentan, en primer lugar, acceder a descuentos en actividades culturales, deportivas, recreativas, asesorías jurídicas y, en segundo término, gratuidad en algunos medios de transporte como el Sistema de Transporte Colectivo.

Además de los beneficios anteriores, el INAPAM presta servicios en sus Centros de Atención Integral, donde se brinda atención médica geriátrica; los Albergues y Residencias de día; Centros culturales, los cuales ofrecen actividades recreativas, ocupacionales, artísticas, de activación física, orientadas a promover un envejecimiento activo; y también cuentan con una Clínica de la memoria, la cual tiene como objetivo detectar de forma temprana deterioros cognitivos en adultos mayores.<sup>43</sup>

Siguiendo con los programas dedicados exclusivamente a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, en el año 2007 se creó el Programa 70 y más, dirigido para los adultos a partir de los 70 años que habitan en localidades de hasta 30 mil habitantes, brindaba un apoyo mensual de \$500 pesos que se entregaba cada dos meses. Este programa no se limitaba a las transferencias directas, también organizaba talleres, grupos de crecimiento, jornadas informativas sobre derechos humanos y salud, con el fin de mejorar la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores.

A partir del año 2013 se transformó en el Programa 65 y más, también dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social. Este programa tenía alcance nacional y brindaba apoyos económicos de \$1,050 pesos bimestrales, para acceder a este programa se necesitaba renunciar al apoyo Oportunidades en caso de ser beneficiario y tampoco recibir ingresos de

---

<sup>43</sup> Para consultar con detalle todos los servicios que ofrece el INAPAM, se puede consultar su página oficial disponible en: <https://www.gob.mx/inapam>

más de \$1092 pesos mensuales por ingresos de jubilación u otro tipo de pagos de IMSS; ISSSTE; PEMEX u otras entidades de la administración pública federal.

Finalmente en 2019 el programa fue trasladado a la dependencia de la Secretaría del bienestar y se renombró Programa para el bienestar de la Población Adulta Mayor en el cual a todos aquellos adultos mayores de 68 años en adelante en todo el país y a los adultos mayores indígenas a partir de 65 años. Se garantiza un apoyo económico de \$2,550 pesos bimestralmente, no obstante, esta prestación estuvo tipificada como programa social y sujeto a las reglas operativas de los gobiernos en turno los que, de desearlo, tienen la potestad para suspenderlos, modificarlos o eliminarlos. Sólo al consagrarlos como derecho social básico, se puede asegurar que contribuyan positivamente a hacer frente a las necesidades de los adultos mayores.

Recientemente, en abril del 2020, se hizo una reforma constitucional en el artículo 4º que aprueba el derecho de los adultos mayores a contar con una pensión, por lo que el objetivo programático de brindar una pensión universal a los adultos mayores se elevó a un derecho. Con ello, sería más complicado que por intereses políticos se retire el apoyo monetario a los adultos mayores que califiquen para el programa.

Otra discusión sería si el apoyo es suficiente para tener un bienestar mínimo y mantener niveles de vida dignos que impacten positivamente su bienestar subjetivo y calidad de vida, así como analizar si los adultos mayores efectivamente tienen acceso efectivo a los centros y actividades que el INAPAM ofrece.

## b2. El valor social del trabajo

La reforma al Sistema Mexicano de Seguridad Social y la creación de AFORES debilitó aún más la seguridad social y el ahorro para el retiro, incluso de las personas que habían aportado para ello porque se encontraban en el sector formal del empleo. El acceso a servicios de atención a la salud como IMSS e ISSSTE está destinado a unos pocos que cuentan con un contrato laboral del cual posteriormente recibirán una pensión.

Lo anterior dirige la atención a la siguiente discusión, comenzando con la pregunta de ¿quién puede acceder a estos servicios? En teoría todo ciudadano por el simple hecho de serlo tendría que tener cubiertas ciertas necesidades básicas, de ahí la importancia de los

derechos sociales, sin embargo una de las formas para reducir la cobertura es eliminar la universalidad, mediante la imposición de requisitos para el acceso. Uno de los principales es, en el caso de la seguridad social, que lo relaciona con el empleo formal, de manera que sólo las personas que tengan un empleo bajo ciertas características específicas tendrá derecho a los servicios que se decantan de tal trabajo, como el acceso a los servicios de salud y a la protección social al final de la vida laboral, como las pensiones y jubilaciones.

El conflicto de sólo valorar el empleo, es decir el trabajo realizado previo contrato laboral es que discrimina entre trabajos y entre trabajadores, minimiza y desvaloriza el trabajo en el sentido amplio, cuando todo trabajo, transado o no en el mercado, tiene valor social y contribuye al desarrollo económico y social de un país. El trabajo es la actividad fundamental del individuo “crea valor, riqueza, supone una relación con los demás...es el medio principal de contribución y vinculación social”.<sup>44</sup>

“...junto con el trabajo asalariado coexisten toda una serie de actividades productivas que si bien no derivan una compensación monetaria requieren una inversión de tiempo y energía con el objetivo de producir bienes y servicios para otras personas: actividades de autoproducción, de subsistencia, ayuda familiar, trabajo voluntario, trabajo doméstico...”<sup>45</sup>

La falacia de que sólo es valioso el trabajo formal, que pasa por el mercado, es insostenible cuando se tienen trabajos socialmente indispensables que no son remunerados, o que no obtienen seguridad social por su desarrollo, como el trabajo reproductivo, el trabajo doméstico, el trabajo de cuidado o la recolección de basura, entre otros. Todas estas labores son estrictamente necesarias para la reproducción del trabajo formal que pasa por el mercado, cubren necesidades sociales que no pueden ser cubiertas con producción mercantil. Ya que se requiere de personas que los realicen, lo justo es una valoración de esos trabajos y la consecuente retribución de seguridad social.

De tal forma que se tendrían que asegurar derechos de seguridad social (acceso a atención médica y pensión) para todos los ciudadanos, así nunca se hayan incorporado en el mercado

---

<sup>44</sup> Antón, Antonio (coord.). (2000). Trabajo, derechos sociales y globalización. Algunos retos para el siglo XXI. Talasa ediciones. P. 20

<sup>45</sup> *Ibíd.* p.93



formal de trabajo porque ello no significa que no hayan realizado trabajos social o económicamente contributivos. Aunado a ello, como parte de la sociedad global, todos los ciudadanos consumen bienes por los cuales pagan impuestos, es imposible decir que una persona no debe tener derecho a la seguridad social por que no contribuyó tributariamente a la riqueza del país con su empleo formal. Ya que, mediante el pago de impuestos por consumo o en la producción de un trabajo socialmente valioso, como el cuidado proporcionado a niños y personas dependientes, se produjo riqueza y se atendieron necesidades propias y de otros.

Finalmente, ésta discusión conduce a concluir que todas las personas adultas mayores tienen el derecho a recibir seguridad social así hayan trabajado en el sector informal o dedicaran su vida al trabajo doméstico y de cuidado. En todos los casos, generaron bienes, servicios y riqueza al país, ya sea de forma económica o social y porque consumieron y siguen consumiendo productos con los cuales se mantiene activa la economía y al pagar impuestos por tales consumos.

## Capítulo 2. Las características de la población objetivo

A lo largo de este capítulo se explorarán las características de la población objetivo de la investigación de esta tesis. La selección de las variables se hizo con base en la elección inicial de todos los factores que se ha sugerido, impactaban el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores. El objetivo es conocer de manera más detallada el objeto de esta investigación y cuáles son las características principales que muestran estos adultos mayores, así como analizar cómo éstas características cambian con la edad.

### 2.1 Factores que caracterizan la población objetivo

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2015 contempla a las personas de seguimiento de los estudios anteriores (2001, 2003 y 2012), es decir, todos aquellos que inicialmente se incluyeron en el primer ENASEM en el año 2001, o que se han incorporado en el periodo entre una y otra aplicación en los años 2003 y 2012.

En el estudio de 2001 la selección de la población a la que aplicó la encuesta, inició a partir de los 50 años, y también se aplicó a sus cónyuges, sin importar la edad. En cada aplicación se incluyen los nuevos cónyuges de las personas de seguimiento, dando como resultado que en el ENASEM 2015 se tengan personas a partir de 22 años.

Por tanto, como se detalló en la sección 1.2,<sup>46</sup> se optó por construir una sub-muestra eliminando a las personas menores a 60 años junto con las personas que dieron respuestas no especificadas<sup>47</sup> por no tener valor para éste análisis en particular. De modo que se tiene una sub-muestra que contempla a 9,149 adultos mayores, de los cuales 5,149 son mujeres y 4000 son hombres. Se eliminó un total de 1698 personas, que representa el 15.6% del total.

---

<sup>46</sup> Localizada en la página 5.

<sup>47</sup> Las respuestas no especificadas se refieren a cuando la persona contesta que no sabe o cuando no responde.

Además se realizó una categorización por quinquenios de edad. El ENASEM acepta que una persona cercana al entrevistado responda por él si se encuentra incapacitado de alguna forma. No obstante, para las preguntas relacionadas con la satisfacción de vida y los estados emocionales sólo el entrevistado está capacitado para responder estas preguntas, pues constituyen una evaluación propia de su bienestar. Por esta razón, en tales preguntas se reduce el número de observaciones, las cuales varían pero se tiene que cerca de 8,444 personas, o el 92% del total respondieron las preguntas referentes a bienestar y autopercepción.

## 2.2 Características de los adultos mayores, según el ENASEM 2015

Las características que a continuación se describirán, tienen por objetivo conocer los atributos de los adultos mayores en el año 2015, en aspectos tales como salud; familia; trabajo; uso del tiempo, etc., los cuales son factores identificados en la literatura especializada de mayor relevancia con el bienestar<sup>48</sup> y analizar cuáles características o contribuyen a la experimentación de un bienestar subjetivo satisfactorio a pesar del deterioro constatado, tanto del estado de salud natural del envejecimiento como de las condiciones económicas. Todas las características presentadas y que se analizarán en el capítulo siguiente, están separadas en los grupos de edad anteriormente sugeridos.

La población adulta mayor conserva características generales de la población total, como la proporción entre hombres y mujeres<sup>49</sup> y el estrechamiento de la pirámide poblacional. A continuación se observan dos gráficas que ilustran la proporción entre hombres y mujeres, tanto para la población total en México para el año 2015 como para la población objetivo<sup>50</sup> del estudio ENASEM 2015.

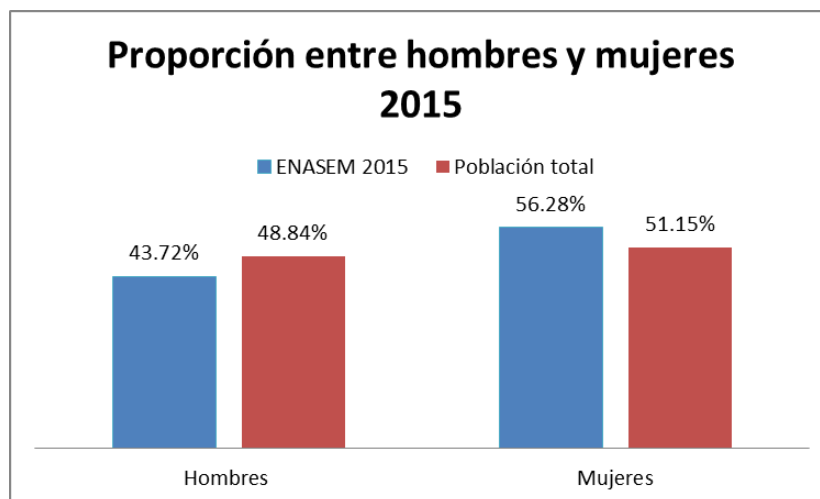
---

<sup>48</sup> Tales como (Schwarzer & Leppin 1991), (Rojo 2001), (Lee 2005), (Moyano y Ramos 2007), (Rojas 2007), (Rojas 2011), (Moyano 2018) los cuales están referidos en la bibliografía.

<sup>49</sup> La cual para 2015 era de 51.2% de mujeres y 48.8% de hombres.

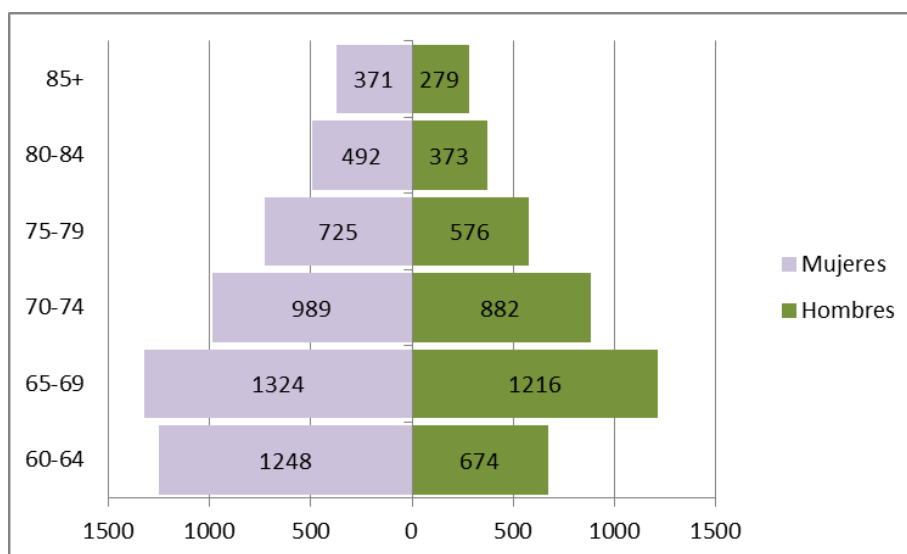
<sup>50</sup> Cuando nos referimos a la población objetivo, se refiere a la sub-muestra que obtuvo luego de eliminar a la población menor a 60 años y a los que dieran respuestas no especificadas.

Grafica 1. Proporción entre hombres y mujeres para el año 2015<sup>51</sup>



Como se aprecia en la gráfica anterior, tanto la distribución por sexo de la población general y de la población adulta mayor conserva la similitud en las proporciones. Para la población general se tiene un porcentaje de 51.15% para las mujeres y de 48.84% para los hombres, mientras que para población de adultos mayores se tiene 56.28% de mujeres y 43.72% de hombres.

Gráfica 2. Pirámide poblacional de los adultos mayores ENASEM 2015<sup>52</sup>



<sup>51</sup> Gráfica de elaboración propia con datos de INEGI y ENASEM 2015.

<sup>52</sup> Gráfica de elaboración propia con datos del ENASEM 2015.

Los datos de población de la encuesta ENASEM son parecidos a la pirámide poblacional para toda la población mexicana, es decir, se estrecha en la punta, sin embargo, en esta muestra la base no es la más ancha, para el grupo de 60 a 64 años, el número de hombres encuestados es casi la mitad que el número de mujeres. La mayor cantidad de adultos mayores se localiza en el rango de 64 a 69 años.

Los datos que se presentan a continuación se refieren únicamente a la sub-muestra de adultos mayores de estudio ENASEM 2015, es decir, a la muestra que se construyó eliminando a todas las personas menores de 60 años y a los que dieron respuestas no especificadas.<sup>53</sup> Las tablas con los números absolutos de todas las variables de interés, se pueden consultar en la sección de Anexos.

### 2.3 Edad y sexo

<b>Cuadro 1. Edades por quinquenio y sexo</b>			
<b>Edad</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
<b>60-64</b>	65%	35%	21%
<b>65-69</b>	52.1%	47.9%	27.8%
<b>70-74</b>	52.9%	47.1%	20.4%
<b>75-79</b>	55.7%	44.3%	14.2%
<b>80-84</b>	56.9%	43.1%	9.5%
<b>85 +</b>	57.1%	42.9%	7.1%
<b>Total</b>	<b>56.3%</b>	<b>43.7%</b>	<b>100%</b>

Los grupos etarios de mayor peso en la población adulta mayor están entre el grupo de 65 a 74 años, que concentran el 69.2% del total. El 30.8% restante lo ocupan los mayores de 75 años.<sup>54</sup> El total de la sub-muestra del ENASEM, representa el 0.07% de la población total de adultos mayores en México para el año 2015.<sup>55</sup>

<sup>53</sup> Las respuestas no especificadas corresponden a “no sabe” y “no responde”.

<sup>54</sup> Los datos con números absolutos se encuentran en Anexos.

<sup>55</sup> En 2015 se reportaron 12.4 millones de personas mayores de 60 años.

## 2.4 Estado civil

<b>Cuadro 2. Unido</b>	
<b>Edad</b>	<b>Sí</b>
<b>60-64</b>	74.1%
<b>65-69</b>	71%
<b>70-74</b>	63.3%
<b>75-79</b>	52.7%
<b>80-84</b>	46%
<b>85 +</b>	25%
<b>Total</b>	<b>61.6%</b>

Para esta variable se agregaron todas las categorías de estado civil: soltero; casado; unión libre; divorciado; separado; viudo. Para la opción de unido, se juntaron las categorías casado y unión libre; mientras que para la opción de no unido, se juntaron las categorías: soltero; divorciado; separado y viudo. El total de adultos mayores que al momento de la encuesta se encontraban en una unión civil es de 61.6%.

Como es de esperar, a medida que los grupos de edad avanzan, menor es el porcentaje de personas adultas mayores en situación de unión, debido principalmente por la muerte del cónyuge, teniendo como resultado que en el grupo de edad de 85 y más años, sólo el 25% reportó estar casado o estar en una unión libre.<sup>56</sup>

## 2.5 Satisfacción con la vida

Para indagar sobre el grado en que los adultos mayores se encuentran satisfechos con su vida, se requiere del entrevistado que a la aseveración: “Estoy satisfecho con mi vida” seleccione una de estas tres opciones: “estar de acuerdo”; “no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo” y “estar en desacuerdo”.

Los resultados sugieren que el 86.7% de la población refiere estar de acuerdo, mientras que un 7.3% no se pronuncia al respecto y un bajo 5.4% manifestó estar en desacuerdo. De lo anterior se colige que la gran mayoría refiere estar satisfecho con su vida, lo cual no

---

<sup>56</sup> Los datos desplegados de todas las opciones de estado civil se encuentra en los anexos en el cuadro 2.

contradice otros estudios que se han realizado como la encuesta BIARE<sup>57</sup> de INEGI y estudios internacionales de felicidad. Analizando por edades, podemos notar que sin importar la edad, las personas siguen manifestando mayoritariamente estar satisfechos con su vida.

<b>Cuadro 3. Satisfacción de vida y edad</b>			
<b>Edad</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
<b>60-64</b>	84%	9%	7%
<b>65-69</b>	87%	7.7%	5.3%
<b>70-74</b>	88.7%	6.6%	4.7%
<b>75-79</b>	88.6%	7.2%	4.2%
<b>80-84</b>	86.8%	7.8%	5.4%
<b>85 +</b>	84.7%	9.7%	5.6%
<b>Total</b>	<b>86.8%</b>	<b>7.8%</b>	<b>5.4%</b>

Para todos los grupos de edad, estar de acuerdo con la aseveración de “Estoy satisfecho con mi vida” supera el 80%. Los grupos que reportan menor satisfacción son los grupos de 60 a 64 y 85 y más años, es decir, tanto los adultos mayores más jóvenes como los adultos mayores más envejecidos, son los que reportan menor satisfacción con su vida; la diferencia entre estos dos grupos es sólo de 0.7 puntos porcentuales.

El grupo de edad que reporta mayor satisfacción se localiza en el rango de 70 a 74 años. La diferencia entre el grupo que reporta menor satisfacción y el que reporta mayor satisfacción es de 4.7 puntos porcentuales. Se concluye que los grupos de menor y mayor edad son los menos satisfechos, es decir aumenta la satisfacción con la vida a medida que crece la edad de los adultos mayores y luego cae.<sup>58</sup>

<sup>57</sup> La Encuesta BIARE puede ser consultada en la siguiente liga:  
<https://www.inegi.org.mx/investigacion/bienestar/piloto/default.html>

<sup>58</sup> Para los niveles de felicidad y balance afectivo en números absolutos, se pueden consultar en los Anexos.

## 2.6 Bienestar subjetivo

Para construir el índice de bienestar subjetivo se agregaron tanto las preguntas de afectos como la de satisfacción de vida, de forma que se pudieran agregar los componentes cognitivos y afectivos necesarios para la construcción del bienestar subjetivo.<sup>59</sup>

Como podemos apreciar en el cuadro 4 cerca del 41% del total de la población considerada en este trabajo, se ubica en el grado superior de bienestar subjetivo, ubicada en la posición 8 del índice. Por ello es factible sugerir que, sin importar cuál sea el método de medición – felicidad, balance afectivo o bienestar subjetivo– la mayor parte de la población se localiza en los niveles superiores con los mayores índices de bienestar subjetivo, afectos positivos que superan los negativos y felicidad. En efecto, en las tres posiciones superiores de bienestar subjetivo se concentra el 69.1% del total.

Edad	0	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>60-64</b>	2.1%	2.2%	2%	5.3%	6.8%	10.7%	13.8%	14.7%	42.4%
<b>65-69</b>	2.1%	1.6%	2%	6.5%	6.2%	10.4%	11.7%	14.5%	45.2%
<b>70-74</b>	1.5%	2.1%	1.6%	6.8%	7%	11.4%	13.6%	16.5%	39.5%
<b>75-79</b>	1%	2.1%	2.1%	7.4%	7%	11.9%	13.5%	17.3%	37.8%
<b>80-84</b>	1.2%	3.3%	1.6%	7.9%	7.1%	15.4%	12.1%	18.1%	33.3%
<b>85 +</b>	2%	4.1%	4.1%	6.8%	11%	14%	12.2%	17.1%	28.8%
<b>Total</b>	<b>1.8%</b>	<b>2.2%</b>	<b>2%</b>	<b>6.5%</b>	<b>7%</b>	<b>11.5%</b>	<b>12.9%</b>	<b>15.8%</b>	<b>40.4%</b>

Puede sorprender, cómo la población mayor de 60 años se distingue según valore otros factores que se han considerado como relevantes para la experimentación de un bienestar subjetivo satisfactorio como la salud, la situación económica y la situación familiar.

## 2.7 Condiciones de salud

En la siguiente sección se analizará la autopercepción de la condición de salud de los adultos mayores y la presencia de algunas enfermedades crónicas como: hipertensión; diabetes; cáncer; enfermedad respiratoria; infarto; embolia cerebral; artritis o reumatismo y la presencia de dolor físico frecuente.

<sup>59</sup> Para consultar con detalle cómo se construyó la variable se puede regresar a la sección de metodología del capítulo 1 página 4.



De igual forma se analizarán qué proporciones de la población de más de 60 años, recibe tratamiento a las enfermedades mencionadas, así como las dificultades motrices y qué proporción tiene afiliación a algún servicio de atención a la salud. En todas estas variables se dividió a la población en los grupos de edad reseñados.

#### a. Problemas de salud

En el caso de las enfermedades concretas, se pregunta a los entrevistados si un médico o personal de salud le ha dicho que padece la enfermedad, es decir, sólo se contabilizan los casos diagnosticados y excluyen los que por cualquier razón no tienen diagnóstico profesional. Las enfermedades objeto de la encuesta son: hipertensión; cáncer; diabetes; enfermedad respiratoria; infartos cardiacos; embolia cerebral y artritis o reumatismo.

Además a las anteriores dolencias se agregó si el entrevistado experimenta dolor físico frecuente y si tiene problemas de movilidad. Es posible que un individuo reporte más de una morbilidad.

Edad	Hipertensión	Cáncer	Diabetes	Enfermedad resp.	Infarto	Embolia	Artritis/Reumatismo	Dolor	Dificultad motriz
60-64	46.8%	2.7%	26.1%	5.5%	3.10%	2%	14.7%	38.6%	28.5%
65-69	52%	2.7%	29.4%	5.3%	4.10%	2.1%	16.6%	37.2%	33.6%
70-74	55.8%	2.5%	29%	8%	5.20%	2.7%	18%	39.7%	42.3%
75-79	55.5%	3.8%	25.2%	7.3%	5.60%	3%	20.3%	40.3%	49.1%
80-84	57.7%	3.5%	21%	9.2%	6.90%	5.1%	22.8%	42.1%	58.1%
85 +	46.8%	3.4%	15.4%	7.1%	5.20%	5.5%	20.3%	46.3%	69.8%
<b>Total</b>	<b>52.4%</b>	<b>2.9%</b>	<b>26.3%</b>	<b>6.7%</b>	<b>4.70%</b>	<b>2.9%</b>	<b>17.8%</b>	<b>39.4%</b>	<b>41.4%</b>

#### a1. Hipertensión

La hipertensión es la enfermedad que más afecta a los adultos mayores de la muestra Enasem 2015; el 52.4% mencionó que habían sido diagnosticados con esta enfermedad. El grupo que presenta mayor número de casos afirmativo es el de adultos entre 80 y 84 años, seguido del grupo entre 70 y 74 años; los grupos que refirieron menor número de diagnósticos son los de 60 a 64 y los adultos de 85 y más años.

## a2. Cáncer

El cáncer es la segunda enfermedad que menos afecta a los adultos mayores de la muestra del Enasem 2015, el 97% respondió que nunca habían sido diagnosticados con cáncer; el rango de edad que tiene más casos de diagnóstico es el de 75 a 79 años, mientras que los que tienen menores porcentajes son los adultos mayores entre 60 y 69 años con 2.7%.

## a3. Diabetes

En el total de la muestra 26.2% respondió que se les había diagnosticado diabetes, el 73.7% restante contestó que ningún médico o personal de salud les había comentado que la padecían. El rango de edad donde se reporta un mayor porcentaje de diagnóstico de diabetes es de 65 a 69 años, el menor porcentaje se encuentra en el rango de 85 y más años; lo que podría significar que o bien en ese grupo de edad hay pocos diagnósticos de la enfermedad o que en promedio los adultos mayores que en el año 2015 se encontraban en el rango de 85 y más años tuvieron un estilo de vida distinto con hábitos alimenticios diferentes a las posteriores generaciones lo que les permitió no desarrollar cambios en la producción de insulina.

## a4. Enfermedad respiratoria

En el caso de la enfermedad respiratoria, se cuestiona sobre enfermedades crónicas como asma o enfisema, el 93.3% dijo que ningún médico les había diagnosticado alguna enfermedad respiratoria de tipo crónica. El grupo de edad que presenta mayor proporción de diagnóstico de enfermedad respiratoria es el de 80 a 84 años con 9.2% y el grupo que presenta menor porcentaje se localiza en los adultos de 60 a 64 años.

## a5. Infarto/Ataque cardiaco

Sobre los infartos, se le pregunta a los entrevistados si alguna vez habían tenido un ataque cardiaco, 95.3% respondieron que no, el rango de edad que reportó más casos de adultos mayores que hubieran tenido un ataque cardiaco fue el de 80 a 84 años, y el grupo que menor número de casos reportó fue el de 60 a 64 años.

#### a6. Embolia cerebral

Para el caso de la embolia cerebral, afecta de manera más pronunciada a los adultos de mayor edad, 5.5% de los adultos de 85 y más años mencionaron haber tenido una embolia, seguido de los adultos de 80 a 84 años con el 5.1%. Para ésta enfermedad se puede notar un incremento paulatino en los casos a medida que las personas tienen mayor edad.

#### a7. Artritis/Reumatismo

En nuestra muestra el 17.8% mencionó padecer artritis o reumatismo, y se esperaría que fueran los grupos de más edad los que presenten en mayor medida padecimientos de artritis, en este caso el grupo de edad que en mayor medida mencionó padecer esta enfermedad es el de 80 a 84 años con 22.8%, seguido de los grupos de 75 a 79 y de 85 y más años, ambos con un 20.3% de respuestas afirmativas.

#### a8. Dolor físico frecuente

En el caso del dolor físico frecuente, el 39.4% mencionaron que lo tienen, siendo los adultos de 85 y más años los más afectados con 46.3% de respuestas afirmativas. Se puede notar que a medida que avanza la edad, crece el porcentaje de adultos mayores que sufren dolor físico frecuente.

#### a9. Dificultad motriz

Esta variable engloba distintas dificultades motrices como dificultad para caminar; bañarse; comer; acostarse o levantarse y usar el baño. El 41.4% de los adultos mayores mencionaron tener al menos una de estas dificultades motrices. Como se esperaba, a medida que los adultos mayores envejecen tienen mayores problemas de movilidad por el deterioro natural del organismo.

Los porcentajes de dificultades motrices comienzan a dar saltos desde el grupo de 70 a 74 años con 42.3% de adultos mayores que presentan problemas de movilidad, siguiendo el aumento con el grupo de adultos entre 75 y 79 con 49.1% de adultos mayores con problemas de movilidad, siguiendo con el grupo de 80 a 84 años, donde este porcentaje aumenta al 58.1%, finalmente para los adultos de 85 y más años llega al 69.8%.

Los problemas motrices dificultan la independencia física lo cual afectaría al bienestar físico debido al abandono paulatino de actividades que se vuelven difíciles de realizar por cuenta propia.

## b. Tratamiento médico a problemas de salud

Cuadro 6. Tratamiento médico a problemas de salud							
Edad	Hipertensión	Cáncer	Diabetes	Enfermedad resp.	Infarto	Embolia	Artritis/Reumatismo
60-64	85.9%	31.4%	93.6%	48.6%	62.70%	33.3%	55%
65-69	88.2%	39.7%	93.9%	60.3%	73.10%	46.3%	62.2%
70-74	88.6%	51%	94.2%	63.3%	79.40%	54%	60.4%
75-79	92.7%	32%	94.6%	57.9%	72.60%	48.7%	64.7%
80-84	91%	53.3%	94.7%	71.2%	73.30%	61.4%	65%
85 +	91.8%	40.1%	97.3%	65.2%	70.60%	52.8%	69%
<b>Total</b>	<b>89%</b>	<b>40.3%</b>	<b>94.2%</b>	<b>60.5%</b>	<b>72.80%</b>	<b>49.6%</b>	<b>61.9%</b>

### b1. Tratamiento para hipertensión

De las personas que mencionaron haberles diagnosticado hipertensión, el 89% respondió tomar medicamentos para bajar su presión arterial, con lo cual podemos decir que están recibiendo tratamiento. El grupo de edad que menciona en menor medida tomar medicamento es el de 60 a 64 años.

### b2. Tratamiento para el cáncer

Para ésta pregunta debemos hacer la anotación de que los adultos mayores que respondieron no estar recibiendo tratamiento –los cuales son el 59.7%–, no significa que no tengan tratamiento para el cáncer que les diagnosticaron. La pregunta inquiriere si están –en el momento en que se levantó la encuesta– recibiendo tratamiento para el cáncer, lo cual abre la posibilidad a que recibieran tratamiento antes o después de que hizo el levantamiento del ENASEM 2015.

### b3. Tratamiento para la diabetes

Para el caso de la diabetes se contemplan distintos tratamientos, desde recibir inyecciones de insulina hasta el cambio en la alimentación, por ello se seleccionó la pregunta referente a si su diabetes estaba controlada. El resultado es que 94.2% mencionó que sí estaba controlada, lo cual ayuda a hacer un balance entre tener la enfermedad y recibir el

tratamiento adecuado para que los síntomas no mermen de manera drástica el bienestar subjetivo.

#### b4. Tratamiento para enfermedades respiratorias

De las personas diagnosticadas con alguna enfermedad respiratoria crónica, el 39.5% respondió no estar recibiendo tratamiento, el grupo de edad que mencionó con mayor frecuencia no estar recibiendo tratamiento es el de 60 a 64 años, mientras que el grupo de adultos mayores que tiene mayor porcentaje de tratamiento es el de 80 a 84 años. Esto puede deberse a que a mayor edad se incrementa la posibilidad de que las enfermedades respiratorias leves se compliquen por el debilitamiento en el sistema inmune.

#### b5. Tratamiento para infarto o ataque cardiaco

El 72.8% de los adultos mayores que mencionó haber tenido un ataque cardiaco recibió tratamiento para esta dolencia. A pesar de que el grupo de edad que reportó en mayor medida haber tenido un ataque cardiaco fue el de 80 a 84 años, no es el que toma medicamentos en mayor porcentaje. Es el grupo de 70 a 74 años, el que menciona en mayor proporción –79.3%– estar tomando algún medicamento para controlar su enfermedad cardiaca.

#### b6. Tratamiento para embolia cerebral

De los 2.9% de adultos mayores que dijeron haber tenido una embolia cerebral, el 49.6% tomaba medicamento debido a la embolia o las complicaciones de esta. Al igual que en el caso de tratamiento para ataque cardiaco, a pesar de ser el grupo de 85 y más años el que reportó mayor porcentaje de haber tenido una embolia cerebral, no es el grupo que mayoritariamente recibe tratamiento. El grupo de edad que respondió en mayor proporción recibir tratamiento, fue el de 80 a 84 años con 61.4%, seguido del de 65 a 69 años con 54% y el de 85 y más años con 52.7%.

#### b7. Tratamiento para artritis/reumatismo

Del porcentaje de casos diagnosticados, el 61.9% mencionó estar tomando medicamentos o estar recibiendo algún tipo de tratamiento para su artritis o reumatismo, y a pesar de que los

adultos de 80 a 84 años fueron los que en mayor medida mencionaron tener esta condición, son los adultos de 85 y más años lo que reciben tratamiento en mayor proporción –69%–; por tanto, el grupo de edad que recibe menor cantidad de tratamiento es el de los adultos de 60 a 64 años.

Con esta caracterización es evidente que, si bien algunas morbilidades son frecuentes, como la hipertensión, la mayoría recibe tratamiento médico, lo cual permite un control de las mismas y ayuda a que no se compliquen o aparezcan comorbilidades que empeoren la salud.

Una posible respuesta a por qué los si los adultos mayores refieren tener una condición de salud regular, siguen reportando un bienestar subjetivo alto. El hecho de poder acceder a tratamiento médico para las morbilidades mencionadas, permite un adecuado manejo de las mismas y una sensación de seguridad.

Considerando que la mayoría de las enfermedades son crónicas y no se cuenta con una cura, el acceso a un tratamiento adecuado y oportuno puede impactar beneficiosamente en la salud general de los adultos mayores. Con los datos anteriores resulta interesante analizar la autopercepción que tiene los adultos mayores de su salud.

### c. Autopercepción de salud

La percepción que los adultos mayores tienen de su salud sea principalmente regular, seguida de buena, grupos que concentran el 78.7% del total, que al sumar los de excelente y muy buena salud, ascenderían al 84%, marca un fuerte contraste con las personas que reportaron mala salud: el 16%. El pequeño grupo en la categoría de “excelente” y “muy buena” (5.1%), no es necesariamente atípico ya que como se ha mencionado, una de las características naturales del envejecimiento es el deterioro de las funciones físicas y con ellas el deterioro de la salud.

Los resultados pueden sugerir, más que una buena salud en general, la aceptación como natural de las morbilidades características de la edad. Estos datos de ninguna manera deben

interpretarse como que esta población no necesitara de tratamiento médico y cuidado especial.

<b>Cuadro 7. Auto percepción de la condición de salud</b>					
<b>Edad</b>	<b>Excelente</b>	<b>Muy buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Mala</b>
<b>60-64</b>	2.1%	3%	28.6%	53.6%	12.7%
<b>65-69</b>	2.7%	2.8%	25.5%	55%	14%
<b>70-74</b>	2.6%	2.5%	23%	56%	15.9%
<b>75-79</b>	1.8%	2.9%	22.7%	52%	20.6%
<b>80-84</b>	1.9%	3%	21.5%	50.8%	22.8%
<b>85 +</b>	2%	2.5%	26%	47.9%	21.6%
<b>Total</b>	<b>2.3%</b>	<b>2.8%</b>	<b>25%</b>	<b>53.7%</b>	<b>16.2%</b>

Son interesantes y ameritan mayor exploración las causas que podrían explicar por esa relativa estabilidad en el tamaño de las personas que percibe tener una salud regular, que oscila en un rango relativamente estrecho y es el mayor en todos los grupos etarios, contrario a lo que se esperaría, que a mayor la edad de los adultos, estos consideren peor concepción de su estado de salud precisamente a consecuencia de la pérdida natural del funcionamiento corporal, situación que no se ve reflejada en esta muestra. En realidad el rango de edad 85 y más años es el que refiere menor porcentaje con percepción de salud regular con un 47.9%, mientras que los demás grupos de edad pasan del 50%.

El grupo de edad que refiere el mayor porcentaje con mala salud es el grupo de 80 a 84 años con 22.8% seguida de los adultos de 85 y más años con 21.6%. Es decir, de todos los adultos con mala salud, son los mayores los más afectados; por otro lado dentro de la categoría de percepción de salud excelente, son los adultos de 65 a 69 años los que tienen el porcentaje más alto con 2.7%. Pese a tales ligeras diferencias es indudable que de manera general los adultos mayores perciben su estado de salud como regular, lo cual en teoría debería disminuir su bienestar subjetivo.

#### d. Afiliación a servicios de salud

En la muestra el 91% de los entrevistados dijeron que contaban con afiliación a algún servicio médico. Algunos adultos mayores tienen afiliación a más de un servicio, ya que la adscripción es posible por ser trabajador; afiliado de cuenta propia; ser beneficiario del cónyuge o ser beneficiario de los padres. Los servicios de atención a la salud por los que

pregunta la encuesta son: IMSS; ISSSTE; Seguro popular; Pemex, Defensa o Marina; Seguro médico privado y Otro no especificado.

<b>Cuadro 8. Afiliación a Servicio médico</b>		
<b>Edad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>60-64</b>	90.7%	9.3%
<b>65-69</b>	90.8%	9.2%
<b>70-74</b>	92.3%	7.7%
<b>75-79</b>	91.2%	8.8%
<b>80-84</b>	91.9%	8.1%
<b>85 +</b>	86.8%	13.2%
<b>Total</b>	<b>91%</b>	<b>9%</b>

Cerca del 10% de los adultos mayores, esto es un total de 826 personas, no cuentan con ningún servicio de atención la salud. Y de 8,323 adultos mayores que están afiliados, el grupo de edad que tiene menor cobertura es justamente el de 85 y más años con un porcentaje de 86.9% de afiliados a al menos un servicio de salud.

La implementación del Seguro popular ayudó a que la cobertura de salud aumentara al no estar ligada a un contrato laboral formal, por lo que es posible que quien no tenga ningún servicio de atención a la salud por no estar ligado a un trabajo formal, pueda afiliarse. No obstante, varios estudios sugieren que el servicio es insuficiente y no cubre a toda la población que lo requiera, ni su calidad es similar a la de otros servicios de salud.

#### e. Actividad física

<b>Cuadro 9. Ejercicio físico</b>		
<b>Edad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>60-64</b>	40.8%	59.2%
<b>65-69</b>	40%	60%
<b>70-74</b>	32.8%	67.2%
<b>75-79</b>	28.6%	71.4%
<b>80-84</b>	24.9%	75.1%
<b>85 +</b>	15.3%	84.7%
<b>Total</b>	<b>34.40%</b>	<b>65.60%</b>



Uno de los elementos fundamentales para coadyuvar al mantenimiento de una salud física sin morbilidades prevenibles es el ejercicio físico, en el ENASEM se pregunta si los entrevistados hacen ejercicio o realizan un trabajo físico pesado 3 o más veces a la semana y si lo han hecho durante los últimos 2 años. En nuestra muestra el 65.6% respondieron no realizar ejercicio físico o trabajo pesado al menos 3 veces por semana.

Los adultos que reportaron en menor medida realizar ejercicio físico o trabajo pesado fueron los de 85 y más años, y los que mencionaron en mayor medida realizar estas actividades fueron los adultos de 60 a 64 años, a medida que los adultos envejecen reportan menores porcentajes de realizar ejercicio o trabajo pesado. Lo que confirma la pérdida paulatina de funciones y fuerza que contribuye a que se reduzcan cada vez más las actividades de ejercicio físico o trabajo pesado.

## 2.8 Familia

Si bien el ENASEM tiene como uno de sus objetivos principales medir el estado de salud de los adultos mayores y, gran parte del estudio se concentra en esa temática, también indaga en otros temas como la independencia en las decisiones personales y familiares, así como los apoyos brindados por los miembros de la familia

Dos preguntas indagan sobre qué tanto un adulto mayor toma decisiones relevantes para su vida o la de su entorno familiar: una cuestiona sobre quién tiene el mayor peso en las decisiones familiares y la segunda inquiere sobre la independencia en la toma de decisiones personales, como por ejemplo que se realicen una operación o que asistan al médico.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Estos ejemplos están incluidos en la pregunta que corresponde a la toma de decisiones personales. Puede ser que la elección de estos ejemplos en específico tengan relación con el uso sistemático de violencia médica a personas vulnerables, o simplemente que se considere fundamental para la toma de decisiones, otra posibilidad puede ser que como el ENASEM tiene especial interés por la salud, les interese en particular la toma de decisiones médicas. Sin embargo, sólo son ejemplos que se refieren en la pregunta y no se cierra en ellos, puede ser que la persona entrevistada sólo considerara estos ejemplos de decisiones médicas para dar su respuesta o quizá considerara otro tipo de toma de decisiones personales que no tengan relación con el ámbito médico.

## a. Peso en la toma de decisiones familiares

<b>Cuadro 10. Toma de decisiones</b>			
<b>Edad</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Aprox. Igual</b>	<b>Cónyuge</b>
<b>60-64</b>	26.3%	56.1%	17.6%
<b>65-69</b>	22.7%	59.9%	17.4%
<b>70-74</b>	27.5%	55.9%	16.6%
<b>75-79</b>	23%	60.1%	16.9%
<b>80-84</b>	28.7%	55.4%	15.9%
<b>85 +</b>	39.2%	46.4%	14.4%
<b>Total</b>	<b>25.4%</b>	<b>57.5%</b>	<b>17.1%</b>

La mayor cantidad de respuestas se localiza en la opción compartida, “aproximadamente igual” de toma de decisiones familiares, es decir que tanto el entrevistado como su cónyuge tienen el mismo peso en la toma de decisiones familiares importantes. Para la categoría de ser el entrevistado el que tiene mayor peso en las decisiones familiares importantes, son los adultos de 85 y más años los que presentan una mayor proporción.

Para la categoría de ser el cónyuge el que tiene mayor peso en las decisiones, son los adultos de entre 60 y 64 los que reportan el porcentaje más alto con 17.6%. Sin embargo, cuando al separar esta información y cruzarla con el sexo de los adultos mayores, las mujeres reportaron menor peso en la toma de decisiones familiares importantes.

## b. Toma de decisiones familiares por sexo

<b>Cuadro 11. Toma de decisiones según sexo</b>			
	<b>Entrevistado</b>	<b>Aprox. Igual</b>	<b>Cónyuge</b>
<b>Mujeres</b>	23%	52%	25%
<b>Hombres</b>	27.5%	61.9%	10.6%
<b>Total</b>	<b>25.4%</b>	<b>57.5%</b>	<b>17.1%</b>

El 23% de las mujeres adultas mayores dijeron tener más peso en la toma de decisiones frente al 27.5% de los hombres que refirieron lo mismo; 52% de las mujeres dijeron que tanto ellas como sus parejas tenían el mismo peso en las decisiones, para el caso de los hombres fue el 61.9% que mencionó la toma de decisiones igualitaria; finalmente 25.1% de las mujeres dijeron que era su cónyuge quien tomaba las decisiones frente al 10.6% reportado por los hombres. Esta situación de menor autonomía de la mujer, es un resultado

de la situación general del género femenino observado tanto en las encuestas de empleo, ingreso, acceso a educación, pobreza y discriminación, reportado en los informes de CONEVAL, CONAPRED e INEGI.

c. Independencia en la toma de decisiones personales

<b>Cuadro 12. Independencia en toma de decisiones</b>			
<b>Edad</b>	<b>Mucho</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>
<b>60-64</b>	83.9%	15.1%	1%
<b>65-69</b>	81.8%	17.2%	1%
<b>70-74</b>	78.5%	20%	1.5%
<b>75-79</b>	75.7%	21.9%	2.4%
<b>80-84</b>	70.8%	24.2%	5%
<b>85 +</b>	70.7%	22.6%	6.7%
<b>Total</b>	<b>79.2%</b>	<b>18.8%</b>	<b>2%</b>

Para responder a esta pregunta sobre la independencia en la toma de decisiones personales, se ponen como ejemplos si el entrevistado decide cuándo ir al médico o hacerse una cirugía. Es decir, que se individualiza esa independencia a las decisiones de salud y médicas.

A medida que los adultos mayores envejecen pueden perder paulatinamente la independencia de sus decisiones personales importantes. No obstante en el ENASEM sólo 2% refirieron no tener ninguna independencia en la toma de decisiones, y dentro de esta categoría, son los adultos mayores de 85 y más años los que mencionaron en mayor proporción no tener independencia en la toma de decisiones personales importantes.

Se nota el incremento de porcentajes en cada grupo de edad, de los que reportan tener poca o ninguna independencia en la toma de esas decisiones, por lo que se puede decir que a medida que las personas adultas envejecen van perdiendo independencia en la toma de ese tipo de decisiones. Pese a eso, es un porcentaje pequeño y el 79.2% de los adultos mayores dijeron tener mucha independencia en ese tipo de toma de decisiones.

## d. Ayuda recibida y expectativa de ayuda

<b>Cuadro 13. Ayuda actual y expectativas de recibir ayuda familiar</b>					
	<b>Tipo de ayuda recibida</b>			<b>Expectativa ayuda familiar</b>	
<b>Edad</b>	<b>Financiera o especie</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Vecinos y a</b>	<b>Financiera</b>	<b>Cuidado</b>
60-64	38.2%	49.8%	57.3%	52.3%	59.4%
65-69	40%	49%	57%	53.6%	60.1%
70-74	48.3%	52.1%	58.3%	52.3%	59.8%
75-79	54.8%	56.4%	58%	54%	59.9%
80-84	57.3%	60.7%	54.7%	55%	61.6%
85 +	58.6%	62.4%	53.3%	56.5%	63.9%
<b>Total</b>	<b>46.4%</b>	<b>52.9%</b>	<b>57.1%</b>	<b>53.4%</b>	<b>60.2%</b>

Los tipos de ayuda mencionados en el estudio ENASEM se refieren a si en últimos dos años el entrevistado ha recibido dinero o ayuda en especie de cualquiera de sus hijos, nietos o los hijos y nietos de su cónyuge. O si recibieron ayuda medida en tiempo para apoyo a realizar tareas cotidianas como los quehaceres del hogar, mandados, transporte etc.<sup>61</sup>

Sin embargo, también incluye las expectativas de recibir ayuda familiar en caso de necesitarla. Les preguntaron a los entrevistados si tenían familiares o amigos dispuestos a brindar apoyo económico para sus gastos durante un periodo largo de tiempo y también si tenían familiares o amigos que estuvieran dispuestos a brindar cuidados personales durante un periodo largo de tiempo.

## d1. Apoyo en dinero o especie

En total, 46.4% de los adultos mayores mencionaron recibir ayuda en dinero o especie. Los adultos que menos ayuda financiera o en especie reciben son los de 60 a 64 años, y los que más ayuda reciben son los de 85 y más años, por lo que a mayor edad mayor apoyo monetario o en especie reciben de sus familiares. Lo cual permite que los adultos mayores tengan una red de apoyo ante las vulnerabilidades ocasionadas por no recibir un sueldo ni

<sup>61</sup> Aquí debemos hacer la anotación que en el Enasem por la forma en que están redactadas las preguntas se puede inducir la respuesta, esto sucede para el tipo de ayuda financiera, en tiempo y también en el apoyo de parte de vecinos. Al dar ejemplos tan específicos, puede que el entrevistado sólo considere esos ejemplos para dar su respuesta, esto junto con el periodo de tiempo tan largo (2 años) hace que las respuestas puedan no ser certeras.

ingresos ligados a la jubilación, sin embargo, debemos tener presente que más de la mitad de los adultos mayores no reciben éste tipo de ayuda y no se puede saber –por medio del estudio Enasem– de dónde provienen sus recursos financieros.

#### d2. Apoyo en tiempo

En cuanto a la ayuda en tiempo, se le pregunta a los adultos mayores si en los últimos dos años sus hijos; nueros o yernos: nietos o los de su cónyuge les dedican al menos una hora a la semana para realizar estas tareas cotidianas. En total el 52.9% de los adultos mayores recibe ayuda en forma de cuidados.

Para este tipo de ayuda también se aprecia que a medida que los adultos mayores envejecen, reciben más apoyo de sus familiares, y aunque la diferencia es pequeña – el 6.5%–, los adultos mayores reciben más apoyo de parte de sus familiares en forma de tiempo y cuidado que ayuda monetaria y en especie.

#### d3. Apoyo de vecinos o amigos

Otro tipo de ayuda que se puede analizar con el ENASEM, es el apoyo brindado por vecinos y amigos, este tipo de redes son importantes para el bienestar de los adultos mayores, especialmente si viven solos o sus familiares se encuentran lejos y no les es tan sencillo brindar los cuidados y apoyos necesarios.

El 57.1% de los entrevistados dijo que tenían vecinos o amigos con las que podían contar para que les ayudaran con mandados o por ejemplo en llevarles comida si se enfermaran. A partir del grupo de edad de 75 a 79 años, comienza a disminuir el apoyo de vecinos y amigos, lo cual apoya la teoría de que a medida que se envejece se van perdiendo lazos sociales y se conservan en mayor medida las redes familiares. No obstante el porcentaje más pequeño es de 53.3% por lo que podemos decir que todavía a edades avanzadas, un poco más de la mitad de los adultos mayores conserva lazos fuertes con amigos o vecinos.

#### d4. Expectativa de ayuda financiera

El 53.4% mencionaron que tienen familia o amigos que los ayudaría en caso de necesitarlo. Los adultos que mencionaron que tendrían más ayuda financiera de sus familiares o amigos en caso de necesitarla son los de 85 y más años con un porcentaje del 56.5%. En todas las

categorías de edad los porcentajes sobrepasan ligeramente el 50%, los datos de expectativa de ayuda son mayores que los porcentajes de efectivamente recibir apoyo financiero.

#### d5. Expectativa de recibir cuidados

En esta pregunta los entrevistados responden si tienen familiares o amigos que les prestaría cuidados personales en caso de necesitarlos por un periodo largo de tiempo. El 60.2% dijeron que contarían con alguien en caso de necesitarlo. Los adultos de 60 a 64 años fueron lo que menos dijeron estar seguros de contar con alguien que le brinde cuidados personales y los adultos de 85 y más años son los que tienen mayor porcentaje de respuestas positivas.

Para todos los grupos de edad los porcentajes superan el 50%, el más alto es de 63.9% que corresponde a los adultos con más edad, y como en el caso anterior, la expectativa de recibir ayuda en forma de cuidados es mayor que efectivamente estarla recibiendo.

#### e. Cuidar de otros

<b>Cuadro 14. Cuida de otros</b>		
<b>Edad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>60-64</b>	46.1%	53.9%
<b>65-69</b>	38.4%	61.6%
<b>70-74</b>	32.1%	67.9%
<b>75-79</b>	21.5%	78.5%
<b>80-84</b>	13.3%	86.7%
<b>85 +</b>	5.4%	94.6%
<b>Total</b>	<b>31.6%</b>	<b>68.4%</b>

Los adultos mayores no sólo reciben cuidados, también los dan, en este cuadro se juntan dos preguntas de la sección Uso de tiempo, las cuales son si cuidan de un adulto enfermo o con discapacidad y si cuidan de niños menores de 12 años. Un tercio de los entrevistados mencionó estar cuidando de terceras personas.

Los adultos mayores que más cuidan de otras personas están en la categoría de edad de 60 a 64 años, ellos refirieron que el 46.1% cuidan ya sea de niños menores de 12 años o de adultos enfermos o con discapacidad. Los porcentajes de brindar cuidado a terceros va

disminuyendo a medida que los adultos envejecen, llegando a 5.4% para las personas de 85 y más años.

#### f. Contacto con familiares

<b>Cuadro 15. Contacto con familiares</b>		
<b>Edad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>60-64</b>	82.2%	17.8%
<b>65-69</b>	79.3%	20.7%
<b>70-74</b>	77%	23%
<b>75-79</b>	75.4%	24.6%
<b>80-84</b>	68%	32.0%
<b>85 +</b>	58.6%	41.4%
<b>Total</b>	<b>76.8%</b>	<b>23.2%</b>

Además de analizar la ayuda con la que cuentan, el ENASEM analiza el tipo de contacto que tienen los entrevistados con sus familiares, en éste caso lo podríamos referir como cercanía con sus parientes y amigos; para ello se les pregunta si mantienen contacto vía telefónica, por mensajes de texto o utilizando internet. La mayoría de los entrevistados dijeron que mantenían este tipo de contacto con familiares o amigos, para ser específicos, el 76.8% respondió que sí.<sup>62</sup>

Los adultos mayores que mantienen mayor contacto remoto están en el grupo de 60 a 64 años, y los que menos mantienen este tipo de contacto son los adultos de 85 y más años. Puede deberse a que los adultos de mayor edad no están tan familiarizados con las tecnologías de comunicación remota o que al necesitar más cuidado el contacto remoto se reemplaza por contacto físico.

## 2.9 Situación económica y situación alimentaria

En cuanto a la condición económica de los adultos mayores, la mayoría dijo que su situación financiera era regular, después los datos se agrupan en situación económica

---

<sup>62</sup> Para esta pregunta se da por hecho que los adultos mayores tienen contacto con las nuevas tecnologías, no sorprende la disminución de datos a medida que la edad de los adultos mayores aumenta, esto es porque difícilmente los adultos más grandes están familiarizados y utilizan tecnologías de comunicación remota con regularidad, lo cual no se adapta a la realidad de México.

buena, posteriormente, refieren tener una situación económica mala. En esas tres categorías se agrupa el 97.6% de los entrevistados; para los que refirieron que su situación financiera era mala, es el grupo de 80 a 84 años el que reporta el porcentaje más alto con 12.3%.

Edad	Situación económica					Edad	Situación alimentaria	
	Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala		Suficiencia	Insuficiencia
60-64	0.5%	1.7%	20.4%	65.9%	11.5%	60-64	67.6%	46.2%
65-69	1.6%	1.3%	21.4%	65.1%	10.6%	65-69	69%	41.3%
70-74	0.9%	1.7%	21%	65.4%	11.1%	70-74	68.5%	45.5%
75-79	1%	1%	21%	65.1%	11.9%	75-79	72%	41.6%
80-84	0.9%	1%	23.2%	62.6%	12.3%	80-84	70%	38.6%
85 +	1.1%	1.8%	21.9%	63.9%	11.3%	85 +	69.2%	35.2%
<b>Total</b>	<b>1%</b>	<b>1.4%</b>	<b>21.3%</b>	<b>65%</b>	<b>11.3%</b>	<b>Total</b>	<b>69.1%</b>	<b>42.8%</b>

Sólo el 1% de las personas adultas mayores dijeron que su situación económica era excelente, por lo que se puede decir que de manera general, la adultez mayor se caracteriza por la precariedad económica.

#### a. Situación alimentaria

Además de los ingresos recibidos, resulta importante analizar si las personas adultas mayores pueden cubrir una de las necesidades primarias como es la alimentación, por tanto en la encuesta se les preguntó a los entrevistados si en los últimos 2 años siempre habían tenido el suficiente dinero para adquirir la comida necesaria. También se les preguntó si en los últimos dos años, en algún momento se había quedado sin comer o había comido menos de lo que quería porque no tenía suficiente comida en su hogar.<sup>63</sup>

El 69.1% de los adultos mayores mencionó que sí tuvo el dinero para comprar la comida necesaria. El grupo de edad que mencionó en menor medida haber tenido siempre el dinero necesario para la comida es el de 60 a 64 años con un 67.6% de respuestas afirmativas. Mientras que el grupo de edad de 75 a 79 años son los que dijeron en mayor proporción tener suficiencia alimentaria.

El 42.8% dijo que sí se había quedado sin comer o comido menos de lo esperado al menos una vez en los últimos dos años. El grupo de edad que se vio más afectado por la insuficiencia alimentaria fue el de 60 a 64 años, y el menos afectado el de 85 y más años.

<sup>63</sup> Tanto la suficiencia como la insuficiencia alimentaria se refieren a poder comprar los alimentos necesarios, no se refiere a la calidad de los mismos, por tanto se refiere a nutrición.



Al menos en para cubrir ésta necesidad básica, no son los adultos que tienen más edad los más vulnerables, a pesar de que son pocos los que reciben ingresos provenientes de pensiones o jubilaciones, las cuales se catalogarían como ingresos seguros. Por ello, otra de las categorías fundamentales para explicar por qué reportan un bienestar subjetivo tan alto, aunque tanto su situación financiera y estado de salud no son los mejores, son las categorías de ayuda.

### b. Trabajo

A los adultos mayores también se les preguntó si tenían trabajo –al momento en que se levantó la encuesta– y si reciben ingresos por jubilación; viudez; invalidez o discapacidad y por ser beneficiario de algún programa social.

<b>Cuadro 17. Actualmente trabaja</b>		
<b>Edad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>60-64</b>	42%	58%
<b>65-69</b>	37.9%	62.1%
<b>70-74</b>	28.3%	71.7%
<b>75-79</b>	19.8%	80.2%
<b>80-84</b>	12.2%	87.8%
<b>85 +</b>	6.8%	93.2%
<b>Total</b>	<b>29.4%</b>	<b>70.6%</b>

El 70.6 de los adultos mayores respondió no estar trabajando. Los adultos de 60 a 64 años refieren en mayor medida, seguir trabajando y, como se esperaba, los adultos de 85 y más años son los que en menor proporción respondieron afirmativamente. A medida que los grupos de edad avanzan los porcentajes de trabajadores disminuyen.

Resulta sorprendente que el 70.6% de los adultos mayores contestaran no estar trabajando, especialmente porque los datos de ingresos por jubilación son escasos y como se vio en el cuadro 13, la ayuda financiera brindada por familiares no llega al 50%. Una posible respuesta a esta discrepancia puede ser que estos adultos mayores sigan trabajando pero no sea en el mercado formal, y que por ello no lo mencionan.

### c. Ingresos

Para los adultos mayores que no se encontraban trabajando al momento del estudio, se espera que reciban ingresos de otras fuentes, puede ser en forma de pensión por haber trabajado en un empleo formal, por viudez, programa social o que sean sus familiares los que proporcionen ayuda económica.

<b>Cuadro 18. Ingresos</b>				
<b>Edad</b>	<b>Jubilación</b>	<b>Viudez</b>	<b>Invalidez</b>	<b>Programa social</b>
<b>60-64</b>	21.2%	4.8%	0.7%	12.7%
<b>65-69</b>	30.7%	4.3%	0.7%	25.5%
<b>70-74</b>	29.6%	7%	0.6%	35%
<b>75-79</b>	29.7%	10.7%	0.8%	36.8%
<b>80-84</b>	26.4%	11%	0.5%	42%
<b>85 +</b>	24.4%	11.8%	0.4%	40%
<b>Total</b>	<b>27.5%</b>	<b>7.1%</b>	<b>0.6%</b>	<b>29%</b>

Pocos son los adultos mayores que cuentan con una jubilación, sólo el 27.5% mencionó que en último año había estado recibiendo ingresos provenientes a su pensión, y son los adultos entre 70 y 74 años los que refieren en mayor medida estar recibiendo ingresos por su pensión, apenas el 24.4% de las personas de 85 y más años dijeron haber recibido ingresos provenientes de su pensión.

Para la opción de recibir ingresos por motivo de viudez, sólo el 7.1% la recibe, sin sorpresas, son los adultos de 85 y más años quienes reciben en mayor proporción una pensión por motivo de viudez.

En el caso de ingreso por invalidez o discapacidad sólo el 0.6% recibe ingresos, con lo que podemos decir que este es un grupo que no está siendo atendido por las políticas públicas correspondientes, en ninguna de las categorías de edad los porcentajes sobrepasan el 1%.

Para los adultos que reciben ingresos por ser beneficiarios de un programa social, ya sea federal o estatal, el 29% dijo haber estado recibiendo este ingreso en el último año, son los adultos de 80 a 84 años quienes son los mayores beneficiarios, seguido por las personas de 85 y más años. Los beneficiarios a programas sociales como la pensión alimentaria para

adultos mayores y el programa 65 y más, intensifican su cobertura para los adultos mayores con más edad ya que se encuentran más vulnerables.

### 3.0 Actividades de ocio

En el estudio ENASEM estas actividades se encuentran en la sección de uso de tiempo, se eligió catalogarlas como actividades de ocio por ser acciones no destinadas al trabajo. Una de las categorías principales para el bienestar subjetivo es el disfrute de actividades de ocio, para éste dato se agregaron distintas actividades como son: ver televisión; asistir a cursos o clases; asistir a un deportivo o club social; leer libros, revistas o periódicos; hacer crucigramas, rompecabezas o juegos numéricos; jugar juegos de mesa y realizar manualidades.

<b>Edad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>60-64</b>	93.70%	6.3%
<b>65-69</b>	92.40%	7.6%
<b>70-74</b>	90.90%	9.1%
<b>75-79</b>	88.50%	11.5%
<b>80-84</b>	78.20%	21.8%
<b>85 +</b>	59.50%	40.5%
<b>Total</b>	<b>88.10%</b>	11.9%

Como puede esperarse el 88.1% de los adultos mayores realiza al menos una de estas actividades. Es preocupante empero, que el 11.9% de adultos que no realiza ninguna de estas actividades y sería importante analizar qué hace y cómo eso afecta a su bienestar subjetivo. Para los grupos de edad que mencionan realizar al menos una de las actividades de ocio sugeridas, los porcentajes van disminuyendo a lo largo de los grupos edad.

Para los adultos mayores de 60 a 64 años el 93.7% dice realizar al menos una de las actividades mencionadas, los de 65 a 69 años que mencionan realizar actividades de ocio representan el 92.4%, llegando hasta el 59.5% en los adultos de 85 y más años. Podría deberse al deterioro de ciertas destrezas físicas que dificultan el seguir realizando cierto

tipo de actividades como asistir a deportivos, tomar cursos o realizar manualidades. Por otro lado actividades como ver televisión se mantienen más o menos constantes.

### 3.1 Religión

<b>Cuadro 20. Importancia de la religión y asistencia a servicios religiosos</b>						
	<b>Importancia de la religión</b>			<b>Asistencia a servicios religiosos</b>		
<b>Edad</b>	<b>Muy importante</b>	<b>Algo importante</b>	<b>Nada importante</b>	<b>Edad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>60-64</b>	69%	27.4%	3.6%	<b>60-64</b>	83.2%	16.8%
<b>65-69</b>	71.1%	24.6%	4.3%	<b>65-69</b>	84.3%	15.7%
<b>70-74</b>	74.5%	22.7%	2.8%	<b>70-74</b>	85.3%	14.7%
<b>75-79</b>	76.8%	20.8%	2.4%	<b>75-79</b>	86.1%	13.9%
<b>80-84</b>	76.3%	20.6%	3.1%	<b>80-84</b>	82.4%	17.6%
<b>85 +</b>	80.0%	17.7%	2.3%	<b>85 +</b>	77.8%	22.2%
<b>Total</b>	<b>73.1%</b>	<b>23.5%</b>	<b>3.4%</b>	<b>Total</b>	<b>84%</b>	<b>16%</b>

Se decidió incluir en esta caracterización de la muestra las preguntas referentes a la importancia de la religión y la asistencia a servicios religiosos, ya que sólo el 3.3% dijo que la religión no era importante en su vida, el 23.5% mencionó que la religión era algo importante y el 73.1% declaró que era muy importante en su vida.

La importancia de la religión en la vida va aumentando a medida que los entrevistados envejecen, el 69% de los adultos de 60 a 64 años dijeron que la religión era muy importante mientras que el 80% de los entrevistados de 85 y más años refirieron lo mismo.

Ya que el 73% mencionó que la religión era muy importante se espera que también asistan a los servicios religiosos, nos encontramos con que 84% dijo asistir de manera frecuente y al igual que con los datos anteriores, a medida que los grupos de edad avanzan asisten más a los servicios religiosos, excepto para los adultos de 80 a 84 y 85 y más, cuya asistencia a tales ceremonias es del 82.4% y 77.8% respectivamente, esto podía deberse a problemas de movilidad que dificulten que los adultos mayores de más edad se puedan desplazar con facilidad para asistir a los servicios religiosos, a pesar que mencionan que la religión es más importante en su vida.

A lo largo de este capítulo se analizaron algunas de las características principales de los adultos mayores de este estudio, lo que permite tener una visión más clara de las condiciones de vida de los adultos mayores, así como cuáles son las carencias que tienen. Es notable que la autopercepción de los adultos mayores sobre su situación económica y de salud sea “regular” en su mayoría, y que aún con esas valoraciones el reporte de bienestar subjetivo sea “alto”.

A pesar de que los adultos mayores reportan tener enfermedades crónicas, las cuales alcanzan casi en 50% de prevalencia en el caso de la hipertensión, se observa que en su mayoría, los adultos mayores que mencionaron tener una enfermedad estaban recibiendo tratamiento médico, lo cual es fundamental para controlar y disminuir el deterioro físico que tales enfermedades pudieran causar en las personas adultas mayores, con lo que se beneficia su calidad de vida.

En cuanto a la ayuda proporcionada por familiares, la mitad de los adultos mayores mencionaron recibir ayuda ya sea financiera o de tiempo, sin embargo, la ayuda en tiempo es mayor que la ayuda financiera, en ambos casos, estas ayudas se incrementan a medida que los adultos mayores envejecen, lo cual se esperaba, ya que a medida que los adultos mayores son más grandes, necesitan mayor apoyo y acompañamiento debido a las pérdidas naturales de funcionamiento físico por el proceso de envejecimiento.

## Capítulo 3. Desarrollo de modelos estadísticos y análisis de datos

En el siguiente capítulo se analizarán los resultados de los dos modelos estadísticos construidos para esta investigación. Se diseñó un modelo de regresión lineal para la población de adultos mayores en general y se diseñó un segundo modelo de regresión lineal para la población de adultos mayores distribuida por las categorías de edad antes señaladas, las cuales se separaron por quinquenios.<sup>64</sup>

Primero se describirá a detalle el proceso de construcción de las variables de interés y cuál fue su transformación para el diseño estadístico de regresiones lineales, posteriormente se presentarán los modelos estadísticos y sus resultados.

### 3.1 Construcción de variables

Con la base de datos del ENASEM 2015, se realizó un análisis de regresión lineal para determinar los covariantes que afectan el bienestar subjetivo. El primer análisis se realizó para toda la muestra<sup>65</sup> y sin distinción por categorías de edad y se seleccionaron las variables independientes descritas a lo largo de capítulo 2, para establecer en qué grado afectan positiva o negativamente el bienestar subjetivo de los adultos mayores.

#### a. Variable dependiente

Para construir el índice de bienestar subjetivo se agregaron tanto las preguntas de afectos (depresión<sup>66</sup>, tristeza, sensación de soledad, felicidad y sensación de disfrute de la vida) como la pregunta sobre satisfacción de vida (“Está satisfecho con su vida”), de forma que

---

<sup>64</sup> En la sección de metodología del capítulo 1 se localizan los detalles de las variables que originalmente se contemplaron para esta investigación.

<sup>65</sup> Para la muestra resultante luego de hacer los dos ajustes descritos en las páginas 5 a 7.

<sup>66</sup> Se tiene en cuenta que posiblemente no exista gran entendimiento en la diferenciación entre tristeza y depresión, sin contar que la tristeza es un sentimiento mientras que la depresión es una condición clínica que puede ser medicada dependiendo el grado y que por su naturaleza no pertenecerían en principio a la misma categoría de afectos. Sin embargo, ya que en la encuesta se localiza en la misma sección y estamos imitados por la información que se recoge en el Enasem 2015 se decidió utilizarlo para balancear el índice de bienestar subjetivo.

se pudieran agregar los componentes cognitivos y afectivos necesarios para su construcción.<sup>67</sup>

Se realizó el índice dándole a los afectos negativos el valor de -1 y a los afectos positivos el valor de 1 punto. Para construir la variable de satisfacción por la vida, descrita en el capítulo 2 cuadro descriptivo 3, que se captura con la pregunta “Está satisfecho con su vida”, con tres posibles respuestas –de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo–, se le dio un valor de 2 puntos a la respuesta “de acuerdo” debido a que para la respuesta a esa pregunta se requiere una valoración más compleja que involucra sensaciones más duraderas que los afectos. A la respuesta “ni de acuerdo ni en desacuerdo” se dio un valor de 0 y la respuesta “en desacuerdo” un valor de -1.

Posteriormente se recodificó el índice para que todos los valores fueran positivos, de modo que los valores del índice van del 0 al 8, la posición 4 representa neutralidad. De tal manera que, mientras el valor sea más cercano a 0 el bienestar subjetivo será cada vez más insatisfactorio, cuando se llegue a 0 se hablará de una ausencia de bienestar subjetivo. En caso contrario, mientras el valor sea más cercano a 8 se hablará de un bienestar subjetivo cada vez más satisfactorio y cuando el valor sea 8 se tendrá un bienestar subjetivo completamente satisfactorio en ésta medición.<sup>68</sup>

Como se analizó en el capítulo 2 cuadro 4, la mayor parte de las respuestas se localiza en el bienestar subjetivo máximo el cual tiene valor de 8; el 40.4% de los adultos mayores encuestados se localiza en esa categoría. La mayor parte de adultos mayores se localiza a partir del nivel 5 en el índice de bienestar subjetivo. Es factible proponer, a partir de los datos del ENASEM 2015, que la gran mayoría de la población adulta mayor mexicana tiene un bienestar subjetivo alto.

---

<sup>67</sup> No se pudo construir el índice de bienestar subjetivo con la consideración de los dominios de satisfacción, debido a que no se cuenta con la información suficiente para referir la satisfacción por cada uno de los dominios, de modo que sólo se consideraron dos componentes, el cognitivo con la satisfacción de vida y el de los afectos.

<sup>68</sup> El cuadro número 4, con porcentajes del bienestar subjetivo se puede ver en la página 32.

## b. Variables independientes

Para las variables independientes se seleccionaron las que corresponden a los dominios de satisfacción de la encuesta y que corresponden con las sugeridas por las principales teorías del bienestar subjetivo en adultos mayores discutidas en el capítulo 1, especialmente las del trabajo de Moyano y Ramos<sup>69</sup>. Pese a que el Enasem no presenta los dominios de satisfacción, ya que no contiene preguntas sobre la satisfacción que los adultos mayores tienen por ciertas relaciones, sí suministra información sobre categorías tales como: familia, salud, trabajo, ocio, situación financiera y comunidad. Para los dominios de familia y salud se encontraron diversas preguntas útiles para explorar esta área, las que se detallan a continuación.

### b1. Variables referentes a la salud

Se seleccionaron las enfermedades más reportadas por los encuestados: hipertensión, diabetes y artritis, posteriormente se agregaron en una sola variable nombrada “hip\_dia\_art”, la cual refiere a los adultos mayores que reportan al menos una de estas morbilidades,<sup>70</sup> casi el 66% de los adultos mayores respondieron tener al menos una de estas enfermedades.<sup>71</sup>

Así mismo las variables de afiliación a servicios de salud se trabajaron de distintas formas para crear una variable que agrupara todas las opciones disponibles a diferentes segmentos de la población según su relación laboral.<sup>72</sup> Estas opciones son: IMSS; ISSSTE; Seguro popular; Pemex, Defensa, Marina; Servicio privado<sup>73</sup>. Se agrupó de ésta manera ya que los entrevistados pueden estar afiliados a más de un servicio de atención a la salud, de esta

---

<sup>69</sup> Moyano Emilio, Ramos Nadia. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. Revista Universum, Vol. 2, N°. 22 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>

<sup>70</sup> El cuadro descriptivo con porcentajes sobre la presencia de morbilidades se puede consultar en el cuadro 6 que se encuentra en el capítulo 2.

<sup>71</sup> Recordando que estas preguntas se refieren a enfermedades diagnosticadas por un profesional de la salud.

<sup>72</sup> Consultar página 40 donde se localizan los datos de afiliación a servicios de salud.

<sup>73</sup> Los porcentajes de incidencia por grupos de edad de manera agrupada, se pueden consultar en el cuadro 8 del capítulo 2, para consultar por servicio de salud de forma individual se puede encontrar en la sección de anexos.



manera la variable incluye todos los casos que contaran con al menos uno de estos servicios.

Igualmente se creó otra variable que agrupara sólo servicios de atención a la salud empleado por la mayoría de los entrevistados IMSS, ISSSTE y Seguro popular. Así mismo, se crearon dos variables adicionales, según tipo de cobertura, por lo que en la variable “cobertura amplia” se agrupó IMSS, ISSSTE y Servicio privado, mientras que la variable “cobertura limitada” se refería al servicio de Seguro popular. Lo anterior se realizó con la intención de captar distintas opciones referentes a la afiliación a algún servicio de atención a la salud.

En cuanto a las dificultades de motricidad, se creó una variable donde se agruparon distintos problemas de movilidad los cuales son: dificultad para caminar; dificultad para vestirse; dificultad para comer –por ejemplo para cortar los alimentos–; dificultad para acostarse o levantarse; dificultad para bañarse y dificultad para usar el sanitario.<sup>74</sup>

Además se consideró como parte del análisis, la variable “ejercicio físico”, ya que la actividad física frecuente mejora y previene las dificultades de movilidad, además de que ayuda a mantener el tono muscular que se pierde con el envejecimiento, y reduce las probabilidades de morbilidades cardiovasculares. Mantenerse en el mejor estado de salud posible en la etapa de vejez, coadyuva a mantener la independencia física, que junto con un estado de salud sin morbilidades prevenibles guían a un envejecimiento saludable.

Otra de las variables sobre la condición de salud incluidas fue el dolor, ya que se considera un elemento importante, que afecta negativamente el bienestar subjetivo, especialmente si es “dolor frecuente”, condición que mina el quehacer de las actividades cotidianas y puede disminuir el disfrute de actividades placenteras de ocio.

Finalmente, también se incluyó la salud auto-reportada, ésta variable, aunque sería más cercana al dominio de satisfacción de salud, no puede considerarse propiamente como un dominio de satisfacción, ya que no se está preguntando por la satisfacción que los adultos mayores experimentan sobre su salud, simplemente se puede responder cómo consideran que es.

---

<sup>74</sup> Sobre la importancia de la motricidad en el bienestar, ver página 15.

## b2. Variables referentes a la familia

Diferentes variables refieren a las relaciones familiares según distintas preguntas de la encuesta y se clasificaron en: ayuda o acompañamiento; cuidador; toma de decisiones familiares e independencia en la toma de decisiones personales.<sup>75</sup> Para la categoría de ayuda o acompañamiento, se localizaron cinco variables que se detallan a continuación:

1. Contacto no físico.- se le pregunta al entrevistado si en el último año de manera cotidiana habla por teléfono con sus familiares o amigos o usa una computadora para mandar mensajes o comunicarse vía internet.
2. Recibir ayuda de dinero o especie.- se le pregunta al entrevistado si en los últimos dos años ha recibido ayuda en dinero o en especie de cualquiera de sus hijos, nietos, o los de su cónyuge.
3. Recibir ayuda en tiempo.- se le pregunta al entrevistado si en los últimos dos años sus hijos, nueras, yernos, nietos o los de su cónyuge le dedicaron al menos una hora a la semana para ayudarle con quehaceres del hogar, mandados, transporte.

Se debe tener en cuenta que al dar ejemplos se corre el riesgo de inducir la respuesta, es decir que puede ser que reciban ayuda en otras actividades que no sean las mencionadas y por tanto no se reporten, además, ya que se pregunta por un lapso de tiempo tan largo, es complicada referir una respuesta certera, lo mismo sucede con la ayuda en dinero o especie. Si en esos dos años alguna vez el entrevistado recibió ayuda financiera o en especie una vez, puede que refiera que sí recibe ese tipo de ayuda, puesto que en efecto la recibió, sin embargo no necesariamente pudiera ser una actividad frecuente.

4. Expectativa de recibir ayuda financiera.- se le pregunta al entrevistado si tiene parientes o amigos que podrían y estarían de acuerdo en ayudarle financieramente con sus gastos durante un periodo largo de tiempo.

Se eligieron las variables de expectativa de ayuda ya que el estudio de (Montpetit, Nelson & Tiberio 2016) encontró que la creencia de que un ser cercano está disponible para prestar apoyo, ya sea emocional, informacional o ayuda tangible, mejora la percepción de

---

<sup>75</sup> Para ver los datos sobre la toma de decisiones familiares y personales, consultar los cuadros 10 y 12 del capítulo 2.

satisfacción. El estudio de (Schwarzer & Lepin 1991) menciona que la percepción de disponibilidad de apoyo impacta más en el bienestar que el apoyo efectivamente recibido.

5. Expectativa de recibir cuidados.- se le pregunta al entrevistado si tiene parientes o amigos que podrían y estarían de acuerdo en ayudarlo con el cuidado personal durante un periodo largo de tiempo.

Así mismo, las personas adultas mayores no sólo son receptoras de cuidado, también pueden prestarlo y para efectos de éste análisis se encontraron dos variables respecto al cuidado de terceros que se agregaron en una sola variable llamada “cuida”. Esta variable se compone de dos preguntas: la primera refiere a si la persona adulta mayor cuida de un adulto enfermo o con alguna discapacidad, la segunda indaga en si el adulto mayor cuida a niños menores de 12 años<sup>76</sup>.

Con esta variable se espera que el hecho de cuidar de alguien a edades avanzadas afecte negativamente el bienestar subjetivo, debido a que es una actividad físicamente demandante que podría dañar la salud del cuidador, además de consumir tiempo que se podría dedicar a otras actividades de disfrute.

En cuanto a la toma de decisiones, se considera que la independencia es benéfica para la experimentación de bienestar subjetivo, en el ENASEM existen dos preguntas que refieren a esta posibilidad. La primera se refiere a quién tiene el mayor peso en la toma de decisiones familiares importantes, las posibles respuestas son: el entrevistado, el cónyuge o aproximadamente igual. La respuesta con más observaciones es “aproximadamente ambos” –tanto el entrevistado como su cónyuge– tienen el mismo peso en la toma de decisiones.

La segunda pregunta que trata sobre la independencia en la toma de decisiones personales, se refiere a qué tanto el entrevistado tiene independencia para tomar una decisión personal importante como ir al médico o someterse a una cirugía<sup>77</sup>, las posibles respuestas son: mucho, poco, nada. Se espera que si los adultos mayores tienen mucha independencia en la

---

<sup>76</sup> Para mayor detalle en la información se puede consultar en el cuadro 14 dentro del capítulo 2 y en los anexos para consultar el cuadro descriptivo con números absolutos.

<sup>77</sup> Por la manera en que versa el reactivo, se corre el riesgo de inducir la respuesta y que el entrevistado sólo considere las decisiones en el ámbito médico.

toma de decisiones personales importantes, contribuirá de manera positiva en su bienestar subjetivo.

### b3. Variables sobre el Ocio

Para la construcción de ésta variable, se agregaron diversas actividades que se preguntan en la sección “Uso del tiempo” del estudio ENASEM. Para ello, se les preguntó a los entrevistados si durante el último año habían realizado distintas actividades en su vida diaria, excluyendo las que eran parte de su trabajo u ocupación. Las actividades que se tomaron en cuenta, para la construcción de la variable ocio fueron:

1. Asistir a un deportivo o club social
2. Leer algún libro, revista o periódico
3. Hacer crucigramas, rompecabezas, juegos de números
4. Jugar jugos de mesa como cartas, dominó o ajedrez
5. Ver televisión
6. Coser, bordar, tejer o realizar otras manualidades

De forma que la variable ocio contempla a todos los adultos mayores que realicen al menos una de las actividades antes mencionadas.<sup>78</sup> Como se puede ver en el cuadro descriptivo 19 del capítulo 2, el 88.1% de los adultos mayores dijeron realizar al menos una de las actividades antes señaladas. El restante 11.9% que reporta no realizar ninguna actividad relacionada con el ocio, puede que realicen otras actividades que no están contempladas en el Enasem, por lo que no necesariamente significa que ese casi 12% no realice ninguna actividad de ocio que le signifique un disfrute del tiempo libre.

### b4. Variable sobre comunidad

La variable que se eligió para esta medición, refiere a si el entrevistado tiene vecinos o amigos con los que puede contar para la vida diaria, como llevarle comida si se enferma o tráele algo de la tienda<sup>79</sup>, se seleccionó con la intención de analizar si los adultos mayores

---

<sup>78</sup> Las limitantes que ofrece esta variable son claras, ya que existen muchas otras actividades que forman parte del ocio que no se ven reflejadas en la información que ofrece el ENASEM.

<sup>79</sup> De nuevo al dar ejemplos muy específicos se corre el riesgo de inducir la respuesta y que los entrevistados sólo consideren los dos ejemplos para responder la pregunta.

de la muestra tienen relaciones vecinales constantes que les puedan prestar apoyo en un momento de necesidad, lo cual amplía las redes sociales inmediatas, las cuales son la familia y en el caso de tener un empleo, los compañeros y amigos de trabajo que son las personas con las que más se tiene contacto.

#### b5. Variable relacionada al trabajo

En cuanto a la situación laboral se seleccionó una pregunta que indaga si el entrevistado tenía –en el momento de la encuesta– algún trabajo o empleo. No se hace de manera explícita diferencia alguna, si es trabajo formal o informal sin embargo, los datos resultaron distintos a los esperados, ya que sólo el 29.4% del total de adultos mayores de la muestra dijo que tenía un empleo, incluso para los adultos mayores del primero grupo de edad de 60 a 64 años el 58% mencionó no tener empleo.

#### b6. Variables sobre la situación económica

Para esta investigación la percepción de situación económica se utilizó como variable de control. Como se discutió en el capítulo anterior en el cuadro descriptivo 16, el 65% de los adultos mayores reportaron que su situación económica era regular. Además se seleccionaron variables de ingresos correspondientes a ingreso por jubilación, por viudez, por invalidez o discapacidad e ingreso por ser beneficiario de algún programa social.

En el caso de recibir ingresos por ser beneficiario de algún programa social se incluyen también donativos en especie por parte de PROAGRO; PROSPERA; INAPAM; Programa 65 y más; Pensión alimentaria para adultos mayores u otros programas sociales que no se especifican en la encuesta.

Finalmente, como parte de situación económica se incluyó la variable “suficiencia alimentaria”, la cual informa si en los últimos dos años, el entrevistado siempre tuvo el suficiente dinero para comprar la comida que necesita. Aquí de ninguna manera se hace una inferencia sobre la nutrición.

## b7. Variables sobre religión

Para esta sección se tienen dos preguntas referentes a la religión, en el ENASEM no se especifica qué tipo de religión practican los entrevistados, sólo se les pregunta qué tan importante es la religión en sus vidas y si asisten a servicios religiosos. Se incluyeron estas variables en el análisis ya que a medida que los adultos mayores de la muestra envejecen, reportan en mayor medida que la religión es muy importante en su vida, sin embargo, son los que menos reportan asistir a servicios religiosos, puede ser debido a problemas de movilidad o a que tienen la facilidad de presenciarlos por televisión o radio.

Los temas de espiritualidad han sido poco abordados desde la teoría del bienestar objetivo, es importante incluirlos para tener un análisis más completo del bienestar subjetivo, no necesariamente tiene que ser mediante la religión aunque en el caso del ENASEM es la única manera de aproximarse a este dominio.<sup>80</sup>

### 3.2 Análisis de regresión lineal

En los primeros análisis se incluyeron todas las variables correspondientes a los atributos que se consideran de mayor importancia para el bienestar subjetivo y que se detallaron en el diagrama presentado en la página 14, a manera de sondeo para comprobar su significancia y descartar aquellas variables no significativas, luego de lo cual, realizar un análisis más detallado, integrando la interacción por grupos de edad.

A continuación se detallan los modelos estadísticos diseñados, primero se analiza el modelo construido para toda la población de adultos mayores, por último se analiza el modelo diseñado para los adultos mayores distribuidos por grupos de edad.

#### a. Modelo de regresión lineal para toda la población de adultos mayores

A manera indagatoria, en la primera regresión se utilizaron las variables independientes que se ilustran en la siguiente tabla. Resultaron no ser significativas las variables: escolaridad;

---

<sup>80</sup> Una de las razones por las que la espiritualidad es poco incluida en los estudios de bienestar subjetivo puede deberse a la dificultad que presenta para su medición.

tener hipertensión, diabetes y artritis; afiliación a servicios de salud; independencia en las decisiones personales; realizar ejercicio físico; cuidar de terceras personas<sup>81</sup>; expectativa de recibir ayuda financiera; expectativa de recibir cuidado personal; contar con vecinos; trabajar; recibir ingresos por jubilación; ingresos por viudez; ingresos por discapacidad o invalidez; ingresos por programa social y contacto no físico con familia y amigos.

Sexo	Situación económica	Salud reportada	Estado civil	Escolaridad	Número de hijos	No dificultad motriz
Ocio	Suficiencia alimentaria	Dolor físico	Hipertensión, diabetes o artritis	Afiliación a servicio de salud	Ejercicio físico	Recibir ayuda
Recibir ayuda financiera	Expectativa de cuidado	Expectativa de ayuda financiera	Cuidar a otros	Contar con vecinos	Contacto con fam. Y amigos	Trabajar
Ingresos por jubilación	Ingresos por viudez	Ingresos por invalidez	Ingresos por programa social	Decisiones personales	Decisiones familiares	Importancia y asistencia a servicios religiosos

Pese a que la variable de escolaridad no es significativa, sorprende encontrar que su relación es negativa, es decir que a mayor escolaridad menor bienestar subjetivo. La toma de decisiones personales no es una variable significativa pero su sentido es negativo, lo que significa que a medida que pierden independencia en la toma de decisiones personales importantes, como en relación a asuntos médicos, su bienestar subjetivo disminuye.

Para la variable sobre cuidar a niños o personas con discapacidad, no resultó significativa, pero su sentido es negativo, lo que significa que a edades avanzadas, es decir, cuando se es adulto mayor, cuidar de alguien reduce su bienestar subjetivo.

---

<sup>81</sup> La variable de cuidar a niños o personas con discapacidad es no significativa, pero su sentido es negativo, lo que significa que a edades avanzadas, es decir, cuando se es adulto mayor, cuidar de alguien más reduce su bienestar subjetivo.

En cuanto a los tipos de ingresos, se atribuye su no significancia a que se reportan muy pocos casos que reciben estos ingresos, para realizar un análisis más detallado y estudiar por ejemplo cómo se relaciona el bienestar subjetivo con recibir ingresos por algún programa social, se necesitarían más datos que con los que cuenta el ENASEM, para de ésta manera poder realizar un análisis sólo con éste subgrupo. En cuanto al sentido negativo de recibir ingresos por pensión, puede deberse a que el hecho de recibir este ingreso significa que el adulto mayor enviudó y no necesariamente el ingreso le afecta al bienestar, sino es la pérdida del cónyuge la que hace que afecte negativamente al bienestar subjetivo.

En continuación del análisis de regresión lineal, se eliminaron las variables no significativas –al 95%–, una a una y también por pares, con el fin de verificar si la relevancia de las significancias no cambiaban por las distintas combinaciones realizables. En el modelo se quitó la escolaridad por ser no significativa, paso con el cual, el número de hijos devino no significativo, razón por la cual también se retiró de las variables de control.

Se había escogido como variable de control el número de hijos, ya que se consideró que los adultos mayores con un mayor número de hijos tendrían más posibilidades de recibir ayuda financiera, en especie o en cuidado. No obstante, con la información que proporciona el ENASEM 2015 no fue posible saber el número de hijos que prestan la ayuda, por lo que resultó imposible comprobar, por ejemplo, si el adulto mayor que reportó tener 23 hijos recibe ayuda de todos ellos o sólo de uno.<sup>82</sup>

Al retirar de las variables de control la escolaridad y el número de hijos, quedaron como variables de control significativas el sexo y la percepción de situación económica. Con todos estos pasos se pudo construir el siguiente modelo que considera los covariantes del bienestar subjetivo para la totalidad de la muestra de adultos mayores y cuya ecuación se expresa de la siguiente manera:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \beta_9 X_9 + \beta_{10} X_{10} + \beta_{11} X_{11} + \beta_{12} X_{12} + \beta_{13} X_{13} + \epsilon_i$$

---

<sup>82</sup> Ver cuadros 48 y 49 en anexos.



Siendo:

$Y_i$ = Bienestar subjetivo

$\beta_0$ = Ordenada al origen

$\beta_1 X_1$ = Sexo

$\beta_2 X_2$ = Percepción de situación económica

$\beta_3 X_3$ = Salud auto-reportada

$\beta_4 X_4$ = Estado civil

$\beta_5 X_5$ = Importancia de la religión

$\beta_6 X_6$ = Asistencia a servicios religiosos

$\beta_7 X_7$ = No tener dificultades motrices

$\beta_8 X_8$ = Ocio

$\beta_9 X_9$ = Suficiencia alimentaria

$\beta_{10} X_{10}$ = Dolor físico frecuente

$\beta_{11} X_{11}$ = Peso en la toma de decisiones familiares

$\beta_{12} X_{12}$ = Trabaja

$\beta_{13} X_{13}$ = Ayuda familiar en tiempo

$\epsilon_i$ = Error

Con esta combinación de variables se obtuvo un número de observaciones de 4,990 y la  $r^2$  ajustada indica que el modelo muestra 22.6% de la variación total del bienestar subjetivo, un valor no alto, no obstante, como se explica adelante, si permite establecer la dirección de las relaciones y corroborar los planteamientos expuestos arriba.

## a1. Modelo de regresión lineal sobre el bienestar subjetivo en adultos mayores

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	4,990
Model	4303.24747	22	195.602158	F(22, 4967)	=	67.26
Residual	14444.5163	4,967	2.90809669	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.2295
				Adj R-squared	=	0.2261
Total	18747.7637	4,989	3.75781995	Root MSE	=	1.7053

bienestar_subjetivo	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
sexo	.4920591	.0539589	9.12	0.000	.3862759 .5978423
percepcion_situacioneco-a					
Muy buena	.1166695	.307629	0.38	0.705	-.4864192 .7197583
Buena	.0035371	.2365521	0.01	0.988	-.4602095 .4672838
Regular	-.3001736	.234131	-1.28	0.200	-.7591738 .1588266
Mala	-1.016166	.245935	-4.13	0.000	-1.498307 -.5340247
salud_reportada					
2.Muy buena	.0876796	.2120058	0.41	0.679	-.3279454 .5033045
3.Buena	-.0813542	.1671594	-0.49	0.627	-.4090605 .2463522
4.Regular	-.3024134	.1662693	-1.82	0.069	-.6283746 .0235478
5.Mala	-1.194988	.1783018	-6.70	0.000	-1.544538 -.8454374
estadocivil					
3.Unión libre	-.1976387	.0959053	-2.06	0.039	-.3856555 -.0096219
imp_religion					
Muy importante	.0436834	.0585149	0.75	0.455	-.0710317 .1583984
Nada importante	-.3361654	.140027	-2.40	0.016	-.6106802 -.0616506
asiste_servvreligiosos					
1.Si	.2180064	.0730144	2.99	0.003	.0748659 .3611469
no_dificultad_motriz	.4863315	.0563719	8.63	0.000	.3758177 .5968453
ocio	.5631254	.1278163	4.41	0.000	.3125489 .8137019
suficiencia_alimentaria	.3799745	.0554857	6.85	0.000	.271198 .4887509
dolor_frecuente	-.4590082	.0543931	-8.44	0.000	-.5656426 -.3523738
toma_decisiones					
2	-.2373262	.0580839	-4.09	0.000	-.3511962 -.1234561
3	-.3203329	.068278	-4.69	0.000	-.4541879 -.186478
actualmente_trabaja	.1018996	.0552017	1.85	0.065	-.0063202 .2101193
ayuda_tiempo_hijosnietos	.135325	.0485168	2.79	0.005	.0402107 .2304393
hip_dia_art	-.0890848	.0536249	-1.66	0.097	-.1942133 .0160437
_cons	5.812743	.3092207	18.80	0.000	5.206534 6.418952

### a1.1 Variables significativas positivas

Los adultos mayores que asisten a servicios religiosos incrementan su bienestar subjetivo en 0.22%, en el cuadro 20 del segundo capítulo donde se expone el porcentaje de adultos mayores que asisten a servicios religiosos por rango de edad, se observó que el 84% de los adultos mayores dijeron asistir a servicios religiosos. Toda vez que en la encuesta no se pregunta por el tipo de religión que profesan, se podría decir que la espiritualidad impacta positivamente el bienestar subjetivo de los adultos mayores.

No tener dificultades motrices es la segunda variable con mayor valor explicativo del bienestar subjetivo. Como se discutió en el primer capítulo, la independencia motriz es una condición altamente valorada, que permite, a pesar del desgaste natural del cuerpo que ocurre con el envejecimiento, se conserven las funciones motrices y afecte positivamente el bienestar subjetivo de los adultos mayores, en este modelo aumenta el bienestar en 0.49%.

Realizar actividades de ocio, variable que agrupa varias actividades<sup>83</sup>, incrementa el bienestar subjetivo de los adultos mayores 0.56%, y es la que más afecta positivamente a la variable dependiente. Casi el 88% de los adultos mayores dijeron hacer al menos una de las actividades agrupadas en la categoría de ocio.

En cuanto a la suficiencia alimentaria, es decir, haber tenido en los últimos dos años –al momento de la aplicación de la encuesta– suficiente dinero para comprar toda la comida necesaria, incrementa el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores 0.38%.<sup>84</sup>

La última variable significativa positivamente es la ayuda familiar brindada en forma de tiempo<sup>85</sup>, esta ayuda de al menos una hora por semana, proporcionada por hijos, nietos, yernos, nueras, o los de su cónyuge, para realizar quehaceres del hogar, mandados, o transporte, incrementa el bienestar de los adultos mayores 0.14%.

---

<sup>83</sup> Las actividades que se agrupan en ocio son: asistir a un deportivo o club; leer algún libro, revista o periódico; hacer crucigramas, rompecabezas, juegos de números; jugar juegos de mesa como cartas, dominó o ajedrez; ver televisión y coser, tejer o realizar otras manualidades.

<sup>84</sup> Se puede ver el cuadro descriptivo 16 sobre la situación alimentaria en el capítulo 2.

<sup>85</sup> Consultar cuadro 13 del capítulo 2 para los detalles de la información.

## a1.2 Variables significativas negativas

A continuación se detallan las variables con significancia negativa.

La salud auto-reportada sólo es significativa cuando se reporta salud “mala”, en tal caso considerar que se tiene una salud mala disminuye el bienestar 1.20%. Los demás estados de salud no resultaron significativos. Sin embargo, ello no debe ser tomado como que el estado de salud auto-reportado no es importante para el bienestar subjetivo de los adultos mayores, y mucho menos se debe tomar esta evidencia para demeritar la importancia fundamental del cuidado de salud a esta población, establecido por autoridades de diferentes disciplinas como factor fundamental del bienestar subjetivo, como se discutiera en el primer capítulo, sección 1.4.

En el caso del estado civil, sólo la categoría de unión libre tiene valor significativo en sentido negativo, es decir que vivir en unión libre reduce el bienestar subjetivo en 0.20%.

De las dos categorías de importancia de la religión en la vida, sólo resultó significativa la categoría “nada importante” y sugiere que el considerar que la religión es nada importante en la vida de un adulto mayor, reduce su bienestar subjetivo en 0.34%.

Tener dolor físico frecuente también es una de las variables que disminuyen la experimentación de bienestar subjetivo para los adultos mayores, en este modelo se muestra que los adultos mayores que contestaron en el ENASEM 2015 experimentar dolor físico frecuente, ven disminuido su bienestar subjetivo 0.46%. El dolor físico es la tercer variable que más afecta al bienestar, la primera variable que mayor impacto tiene sobre el bienestar subjetivo es el ocio y la segunda es no tener problemas de movilidad.

En cuanto a la variable del peso en la toma de decisiones familiares importantes, resultan muy significativas dos categorías, si el adulto mayor es el que tiene mayor peso en la toma de decisiones importantes, su bienestar subjetivo disminuye 0.24%. Así mismo, si el cónyuge del adulto mayor es el que tiene el mayor peso en la toma de decisiones, su bienestar subjetivo disminuye 0.32%.

Tener alguna de las morbilidades más reportadas –hipertensión, diabetes o artritis–, resultó en este modelo ser una variable no significativa, sin embargo, como se esperaba su sentido

es negativo, es decir, que tener alguna de estas morbilidades reduce el bienestar subjetivo de los adultos mayores.

#### b. Modelo de regresión lineal para adultos mayores por grupos de edad

Se tomó como guía el modelo de regresión para toda la muestra de adultos mayores sin distinciones de edad y las variables se pusieron en interacción con los grupos de edad, los cuales se distribuyeron en quinquenios siendo:

1. 60 a 64 años
2. 65 a 69 años
3. 70 a 74 años
4. 75 a 79 años
5. 80 a 84 años
6. 85 y más años<sup>86</sup>

Las variables de control que se utilizaron en el segundo modelo estadístico fueron: sexo; percepción de situación económica; escolaridad y número de hijos. En cuanto al resto de variables independientes se tiene:

Unido <sup>87</sup>	Salud reportada	No dificultad motriz	Ocio	Suficiencia alimentaria	Dolor físico
No Hipertensión, diabetes o artritis	Recibir ayuda	Recibir ayuda financiera	Contar con vecinos	Expectativa de cuidado	Expectativa de ayuda financiera
Trabajar	Ingresos por jubilación	Ingresos por viudez	Ingresos por invalidez	Programa social	Espera recibir pensión

<sup>86</sup> El individuo con mayor edad es de 113 años.

<sup>87</sup> Se recodificó la variable de estado civil a “unido” y “no unido”, por lo que la categoría “unido” congrega a todas las personas adultas mayores casadas o en unión libre, mientras que “no unido” congrega a todas las personas adultas mayores divorciadas, separadas y viudas.

Asiste servicios religiosos	Contacto con fam. Y amigos	Ejercicio físico	Afiliación a servicio de salud	Enviudar recientemente	
-----------------------------	----------------------------	------------------	--------------------------------	------------------------	--

Al igual que en el primer modelo estadístico para todos los adultos mayores, se eliminaron las variables que resultaron no ser significativas. Las variables de control escolaridad y número de hijos se eliminaron del modelo por no tener significancia estadística, para el resto de las variables, primero se eliminó la expectativa cuidado, después las variables sobre realizar ejercicio físico y cuidar de otras personas, la cual resultó no ser significativa en todos los grupos de edad, sin embargo el sentido era negativo, por lo que hay evidencia para afirmar que, en el caso de la población adulta mayor cuidar de terceras personas que sea dependientes como niños menores de 12 años y adultos con discapacidad, impacta negativamente en la experimentación de bienestar subjetivo.

Finalmente también se eliminaron las variables de recibir ayuda en dinero o especie; recibir ingresos por jubilación, viudez, invalidez o programa social, sin embargo, no significa que recibir una jubilación o ayuda por programas sociales no sea importante en la población adulta mayor, se necesita más información para un análisis más complejo.

También se eliminaron las variables de esperar recibir una pensión y la afiliación a servicios de salud, para esta última se trataron varias combinaciones de esta variable, se separó por cobertura amplia y cobertura limitada, también por los más populares, sin embargo ninguna modalidad resultó ser estadísticamente significativa. Con ello no se pretende afirmar que no sea relevante, todo lo contrario, a edades avanzadas es primordial contar con acceso a servicios de salud.

La ecuación de regresión lineal para la población adulta mayor separada por grupos de edad se puede modelar de la siguiente manera:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4(E) + \beta_5 X_5(E) + \beta_6 X_6(E) + \beta_7 X_7(E) + \beta_8 X_8(E) + \beta_9 X_9(E) + \beta_{10} X_{10}(E) + \beta_{11} X_{11}(E) + \beta_{12} X_{12}(E) + \beta_{13} X_{13}(E) + \beta_{14} X_{14}(E) + \beta_{15} X_{15}(E) + \beta_{16} X_{16}(E) + \epsilon_i$$

Siendo:

$Y_i$ = Bienestar subjetivo

$\beta_0$ = Ordenada al origen

$\beta_1 X_1$ = Sexo

$\beta_2 X_2$ = Percepción de situación económica

$\beta_3 X_3$ = Salud auto-reportada

$\beta_4 X_4 (E)$ = Unido en interacción con la edad

$\beta_5 X_5 (E)$ = No tener dificultades motrices en interacción con la edad

$\beta_6 X_6 (E)$ = Ocio en interacción con la edad

$\beta_7 X_7 (E)$ = Suficiencia alimentaria en interacción con la edad

$\beta_8 X_8 (E)$ = Dolor físico frecuente en interacción con la edad

$\beta_9 X_9 (E)$ = No tener hipertensión, diabetes o artritis en interacción con la edad

$\beta_{10} X_{10} (E)$ = Ayuda familiar en tiempo en interacción con la edad

$\beta_{11} X_{11} (E)$ = Contar con vecinos en interacción con la edad

$\beta_{12} X_{12} (E)$ = Trabaja en interacción con la edad

$\beta_{13} X_{13} (E)$ = Asistencia a servicios religiosos en interacción con la edad

$\beta_{14} X_{14} (E)$ = Contacto no físico con familiares o amigos

$\beta_{15} X_{15} (E)$ = Expectativa de recibir ayuda financiera

$\beta_{16} X_{16} (E)$ = Enviudar recientemente

$\epsilon_i$ = Error

El número de observaciones de 7,807, sin contar las variables de control el modelo muestra una combinación de 14 variables, las cuales se encuentran en interacción con los seis grupos de edad y la  $r^2$  ajustada muestra que el modelo refleja el 23.55% de la variación total del bienestar subjetivo.

## b1. Modelo de regresión lineal sobre el bienestar subjetivo en adultos mayores por grupos de edad

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	7,807
Model	7998.87135	87	91.94105	F(87, 7719)	=	28.64
Residual	24779.1038	7,719	3.21014429	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.2440
				Adj R-squared	=	0.2355
Total	32777.9752	7,806	4.19907445	Root MSE	=	1.7917

bienestar_subjetivo	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
sexo	.3863785	.0480882	8.03	0.000	.2921126	.4806444
percepcion_situacioneco-a						
Muy buena	-.0320914	.266293	-0.12	0.904	-.5540979	.4899151
Buena	-.0658431	.2061757	-0.32	0.749	-.4700035	.3383172
Regular	-.3426448	.2039394	-1.68	0.093	-.7424213	.0571317
Mala	-1.208361	.2133456	-5.66	0.000	-1.626577	-.7901461
salud_reportada						
2.Muy buena	.0693534	.1808481	0.38	0.701	-.285158	.4238648
3.Buena	-.1709238	.1400466	-1.22	0.222	-.4454531	.1036054
4.Regular	-.4181634	.138888	-3.01	0.003	-.6904216	-.1459052
5.Mala	-1.290503	.1490498	-8.66	0.000	-1.582681	-.9983254
unido_edad						
1	.3221484	.1066629	3.02	0.003	.1130602	.5312365
2	.2625551	.0883	2.97	0.003	.0894631	.4356471
3	.2797372	.0969051	2.89	0.004	.0897769	.4696976
4	.211324	.1131465	1.87	0.062	-.0104738	.4331219
5	.4767359	.1444749	3.30	0.001	.1935258	.759946
6	.2575473	.2106724	1.22	0.222	-.1554277	.6705223
no_dificultad_motriz_edad						
1	.4291464	.1044655	4.11	0.000	.2243657	.6339271
2	.4942225	.0871099	5.67	0.000	.3234634	.6649815
3	.4600804	.0990059	4.65	0.000	.266002	.6541588
4	.4077855	.1155571	3.53	0.000	.1812622	.6343087
5	.4505648	.1556929	2.89	0.004	.1453644	.7557652
6	.40516	.2147156	1.89	0.059	-.0157409	.8260609
ocio_edad						
1	.7019668	.1931863	3.63	0.000	.3232693	1.080664
2	.4314631	.1595538	2.70	0.007	.1186943	.7442318
3	.4963774	.178612	2.78	0.005	.1462494	.8465055
4	.4199733	.2013735	2.09	0.037	.0252265	.81472
5	.400513	.2143372	1.87	0.062	-.019646	.820672
6	.1841313	.2440721	0.75	0.451	-.2943162	.6625788



suficiencia_alimentaria~d							
1	.2970767	.0970292	3.06	0.002	.1068731	.4872804	
2	.4527016	.0838384	5.40	0.000	.2883557	.6170476	
3	.2662778	.0975869	2.73	0.006	.074981	.4575747	
4	.328159	.1215874	2.70	0.007	.0898147	.5665033	
5	.3286857	.154951	2.12	0.034	.0249397	.6324317	
6	.2549306	.1932571	1.32	0.187	-.1239057	.6337669	
dolor_frecuente_edad							
1	-.6188222	.0955796	-6.47	0.000	-.8061842	-.4314602	
2	-.4512418	.0824107	-5.48	0.000	-.6127892	-.2896945	
3	-.4734442	.0951736	-4.97	0.000	-.6600103	-.286878	
4	-.572015	.1144046	-5.00	0.000	-.7962791	-.3477509	
5	-.5914192	.1477433	-4.00	0.000	-.8810361	-.3018023	
6	-.9365592	.1877824	-4.99	0.000	-1.304664	-.5684547	
no_hip_dia_art_edad							
1	.0931434	.0939992	0.99	0.322	-.0911205	.2774072	
2	.185177	.0827061	2.24	0.025	.0230506	.3473034	
3	-.0303274	.1009083	-0.30	0.764	-.2281349	.1674802	
4	.2031799	.1199957	1.69	0.090	-.0320442	.4384041	
5	.089108	.1564986	0.57	0.569	-.2176718	.3958879	
6	.086751	.1863346	0.47	0.642	-.2785153	.4520174	
ayuda_tiempo_hijosnieto~d							
1	-.0069459	.0887679	-0.08	0.938	-.1809552	.1670633	
2	.1307939	.0753427	1.74	0.083	-.0168983	.278486	
3	.3180575	.0891578	3.57	0.000	.143284	.4928309	
4	.203125	.1084095	1.87	0.061	-.0093871	.415637	
5	.3247104	.1422785	2.28	0.023	.0458059	.6036149	
6	.4691245	.1937231	2.42	0.015	.0893746	.8488744	
contarconvecinos_edad							
1	-.0828837	.0932357	-0.89	0.374	-.2656509	.0998836	
2	.24868	.0800517	3.11	0.002	.091757	.405603	
3	-.0462844	.0957109	-0.48	0.629	-.2339039	.141335	
4	.0693868	.112152	0.62	0.536	-.1504616	.2892352	
5	.0490082	.1499028	0.33	0.744	-.244842	.3428583	
6	.2074065	.1928411	1.08	0.282	-.1706144	.5854274	
actualmente_trabaja_edad							
1	.1485649	.0920217	1.61	0.106	-.0318226	.3289525	
2	.0011708	.0806502	0.01	0.988	-.1569256	.1592671	
3	.29737	.102797	2.89	0.004	.09586	.49888	
4	-.137165	.1376908	-1.00	0.319	-.4070764	.1327463	
5	-.0574961	.2102553	-0.27	0.785	-.4696535	.3546614	
6	-.0498982	.3116133	-0.16	0.873	-.6607448	.5609484	
asiste_servreligiosos_e~d							
1	.1428372	.1141179	1.25	0.211	-.0808648	.3665391	
2	.1920172	.100254	1.92	0.055	-.0045079	.3885423	
3	.1594422	.1179848	1.35	0.177	-.07184	.3907245	
4	.3275373	.1451923	2.26	0.024	.6121536	.6121536	
5	.3063632	.1652644	1.85	0.064	-.0175999	.6303264	
6	.3892777	.2087034	1.87	0.062	-.0198377	.798393	

telecontacto_famyamigos-d							
1	.0693939	.1149318	0.60	0.546	-.1559036	.2946913	
2	.0700798	.0926367	0.76	0.449	-.1115133	.2516729	
3	.2224734	.107437	2.07	0.038	.0118676	.4330791	
4	.2318433	.1269684	1.83	0.068	-.0170492	.4807357	
5	.2578816	.1536778	1.68	0.093	-.0433686	.5591317	
6	.3070466	.1904469	1.61	0.107	-.066281	.6803742	
ayuda_dinero_edad							
1	.2771846	.0931577	2.98	0.003	.0945703	.459799	
2	.0503725	.0801362	0.63	0.530	-.1067163	.2074612	
3	.07628	.0954394	0.80	0.424	-.1108071	.2633671	
4	.2356475	.1120496	2.10	0.035	.0159998	.4552952	
5	-.1076748	.1478671	-0.73	0.467	-.3975345	.1821848	
6	.1551699	.1958298	0.79	0.428	-.2287097	.5390494	
enviudorecientemente_edad							
1	-.6770295	.2573901	-2.63	0.009	-1.181584	-.172475	
2	-1.26724	.1987526	-6.38	0.000	-1.656849	-.8776306	
3	-.4258035	.2228056	-1.91	0.056	-.8625628	.0109559	
4	-.3727647	.2302225	-1.62	0.105	-.8240633	.0785339	
5	-.2901541	.2912331	-1.00	0.319	-.86105	.2807417	
6	-1.316864	.3450348	-3.82	0.000	-1.993226	-.640502	
_cons	5.44028	.2653984	20.50	0.000	4.920028	5.960533	

### b1.1 Variables significativas positivas

Para la variable unido donde se representa a todos los adultos mayores que se encuentran casados o viviendo en unión libre, impacta de forma positiva para los grupos de edad de 60 a 84 años, en el último grupo de 85 y más años resulta un no significativa, probablemente es debido a que en esta edad hay más casos de adultos mayores en situación de viudez o próximos a tal situación. Los adultos mayores que más se beneficia por tener una relación de pareja están en el grupo de edad de 80 a 84, por lo que es factible decir a una edad avanzada el acompañamiento es importante.

No tener ninguna de las dificultades motrices que se mencionan en la encuesta –dificultad para caminar; para vestirse; para bañarse; para comer; para levantarse o acostarse; para usar el baño– es muy significativo para casi todas las edades. No tener dificultades motrices significa mantener independencia física durante la adultez mayor y no sentir que se depende de un tercero para realizar las actividades más cotidianas.

Los porcentajes en los que no tener dificultades motrices aumenta la experimentación de bienestar subjetivo van de 0.41% para los adultos de 70 a 74 años a 0.49% para los adultos de 65 a 69 años. Para los adultos mayores de 84 años, no tener dificultades motrices no resultó ser estadísticamente significativo, probablemente porque son los adultos que en mayor medida reportaron tener dificultades motrices, casi el 70% dijo tener al menos una dificultad motrices de las antes mencionadas.<sup>88</sup>

Realizar actividades de ocio también aumenta la experimentación del bienestar subjetivo para los adultos de 60 a 79 años. En el caso de los adultos de 80 y más años, realizar actividades de ocio no resultó ser significativo<sup>89</sup>. El grupo de edad en el que aumenta más el bienestar subjetivo al realizar actividades de ocio es de 60 a 64 años, su bienestar aumenta 0.70% cuando realizan al menos una de las actividades de ocio que se contemplan en el ENASEM 2015, también es el grupo que reportó en mayor medida realizar este tipo de actividades con casi 94% de respuestas afirmativas.<sup>90</sup>

Para la variable independiente que refleja la suficiencia alimentaria, la cual refiere a que en los dos años anteriores a la aplicación del cuestionario, las personas adultas mayores siempre han tenido suficientes recursos financieros para comprar la comida necesaria, es significativa para los adultos de 60 a 84 años. El grupo de edad en el que la suficiencia alimentaria impacta en mayor medida es el de 65 a 69 años, donde su bienestar aumenta 0.45%. Para los adultos de más de 84 años no resultó ser significativo, sin embargo también es el grupo que menos mencionó tener problemas financieros para comprar todo lo que necesitaban.<sup>91</sup>

Para las morbilidades más frecuentes, las cuales son hipertensión, diabetes y artritis –que en este modelo se encuentran agregadas–, no tener ninguna de estas enfermedades es significativo únicamente para los adultos de 64 a 69 años, donde no presentar ninguna de estas enfermedades aumenta su bienestar subjetivo en 0.19%, también es el grupo que más mencionó estar libre de estas morbilidades.

---

<sup>88</sup> Ver cuadro 6 en el capítulo 2 para los porcentajes de dificultad motriz por grupos de edad.

<sup>89</sup> Puede deberse a que los adultos de 85 años en adelante no realizan tantas actividades de ocio como los adultos mayores más jóvenes.

<sup>90</sup> Ver cuadro 19 del capítulo 2 para los porcentajes de actividades de ocio por grupos de edad.

<sup>91</sup> Ver cuadro 16 del capítulo dos sobre situación económica y alimentaria.

Siguiendo con la variable de recibir ayuda en tiempo por parte de hijos, nietos y demás familiares para las actividades cotidianas, comienza a ser una variable significativa para los adultos de 70 a 74 años y para los de 80 años en adelante. Recibir este tipo de ayuda aumenta el bienestar subjetivo 0.31% para los adultos de 70 a 74 años, 0.32% para los adultos de 80 a 84 años y 0.46% para 85 y más años. A mayor edad, mayor apreciación a este tipo de ayuda recibida.

En cuanto al contacto con vecinos y el hecho de poder contar con ellos para actividades cotidianas, sólo resultó significativo para los adultos de 65 a 69 años, contar con sus vecinos aumenta su experimentación de bienestar subjetivo 0.25% y son los mismos adultos lo que mayormente mencionaron poder contar con este tipo de relación.

Para variable de estar trabajando, resulta significativa solamente para el grupo de edad de 75 a 79 años, donde aumenta su bienestar subjetivo en 0.30%. Como ya se mencionó, los datos de adultos mayores que se encontraban trabajando al momento de la encuesta son sumamente bajos, sobre todo considerando que la gran mayoría no reciben ingresos por jubilación, viudez o programas sociales. Se necesitan más datos para poder comprender mejor el fenómeno.

Asistir a servicios religiosos sólo resultó significativa para los adultos de entre 75 y 79 años, 86.1% de estos adultos mencionó asistir a este tipo de eventos y aumenta su bienestar subjetivo 0.33%. Como se mencionó cuando se analizó esta variable en el modelo de regresión para toda la población adulta mayor sin distinción de edad, esta información se ve afectada por la facilidad de acceso a servicios religiosos mediante la televisión o el radio, por lo que la inasistencia no es indicio de falta de importancia.

El contacto no físico con familiares y amigos mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto y con el uso de internet, resultó sólo ser significativa en adultos de 70 a 74 años, impacta positivamente su bienestar 0.22%, este grupo de edad no fue el que más reportó tener este tipo de contacto, el grupo de edad que más dijo usar este tipo de medios de comunicación son los adultos de 65 a 69 años. No es sorprendente que en los adultos de mayor edad resultara ser una variable no significativa, ya que por la brecha tecnológica no se puede esperar que los adultos mayores más viejos estén en contacto con sus familiares y amigos vía internet.

Ya que la variable de recibir ayuda en dinero o especie por parte de hijos, nietos o los de su cónyuge no resultó significativa para ningún grupo de edad, se trató con las categorías de ayuda futura, en este caso, la expectativa de recibir ayuda financiera en caso de necesitarla durante un periodo largo de tiempo. Resulta significativa sólo para dos grupos de edad, de 60 a 64 años y de 75 a 79 años, donde tener la expectativa de recibir esta ayuda aumenta su bienestar subjetivo en 0.28% y 0.24% respectivamente.

Resulta lógico que sean grupos de edad “jóvenes” los que le dan mayor importancia a la expectativa de recibir ayuda financiera en caso de necesitarla y no los grupos de mayor edad, los cuales valoran en mayor medida la ayuda efectiva. No obstante, en ningún grupo de edad este tipo de ayuda resultó relevante.<sup>92</sup>

No se incluyó en este modelo la variable de recibir tratamiento para las principales morbilidades –hipertensión, diabetes y artritis– debido a que se trabajó con la variable de no presentar estas enfermedades, sin embargo en uno de los ejercicios donde se incluyó presentar las principales morbilidades y recibir tratamiento para ellas, no resultó ser una variable significativa.

### b1.2 Variables significativas negativas

Para la salud auto-reportada, sólo resultan ser significativas las categorías de “regular” y “mala”. Considerar tener una salud regular impacta negativamente el bienestar subjetivo de los adultos mayores 0.42%, mientras que considerar tener una salud mala reduce el bienestar subjetivo de los adultos mayores 1.29%, a medida que empeora la auto-valoración de la salud, impacta en mayor medida el bienestar subjetivo, como es de esperarse.

En cuando a la variable de experimentar dolor físico frecuente, es muy significativa para todos los grupos de edad y como se esperaba, disminuyen la experimentación del bienestar. A quienes más les afecta es a las personas de 85 y más años, reduciendo su bienestar en 0.94%, lo cual concuerda con los datos del cuadro 6 en el capítulo 2, los adultos mayores de 85 y más años fueron los que dijeron experimentar dolor físico frecuente en mayor proporción.

---

<sup>92</sup> El hecho de que este tipo de ayuda no resulte relevante, puede deberse a que a los adultos mayores no les guste sentirse dependientes.

Por último, se incluyó en el modelo estadístico la pregunta referente a si el adulto mayor había enviudado recientemente –en los últimos 3 años–, tal como se esperaba, esta variable impacta de forma negativa la experimentación de bienestar subjetivo. Es significativa para los adultos de 60 a 69 años y de 85 años en adelante. A quienes más afecta son a los adultos de mayor edad, su bienestar se reduce 1.32%, sin embargo a los adultos de 65 a 69 años les afecta 1.26%, la diferencia de este grupo con el de mayor edad es muy reducida, sólo es 0.06%.

A manera de conclusión se puede decir que para la muestra de adultos mayores que encontramos en el ENASEM 2015, recibir tratamiento para las enfermedades que padecen no parece afectar al aumento o disminución de su bienestar subjetivo, así como tampoco parece serlo contar con un servicio de atención a la salud. No obstante, se requiere un análisis más profundo con un mayor número de observaciones cuyo énfasis sea en las distintas modalidades de afiliación a los servicios de salud y por tipo de cobertura, como se trató de hacer en ésta investigación.

Por el momento se puede afirmar que estar afiliado a un servicio de salud per se, no crea impacto en la experimentación de bienestar subjetivo para los adultos mayores, y por tanto se necesitan mayores investigaciones que tengan por enfoque éste grupo en específico de derechohabientes.

Posteriormente se encontró en esta muestra del año 2015, que muy pocos adultos mayores cuentan con seguridad social, es decir, que no reciben un ingreso fijo por pensión. Lo cual significa que la mayor parte de estos adultos laboraron en un ambiente informal de trabajo, sin prestaciones ni beneficios futuros al momento de ser adultos mayores. Por lo que son propensos a ser vulnerables cuando se enfrenten a dificultades económicas.

Se esperaría que si no cuentan con seguridad social de donde puedan recibir un ingreso seguro, los adultos mayores se vieran obligados a trabajar a edades avanzadas, y pese a que en todos los grupos de edad encontramos personas que se encontraban trabajando al momento de la aplicación de la encuesta, la mayoría de los adultos mayores no dijeron estar trabajando.

Aun cuando los ingresos por pensión, viudez, invalidez o discapacidad y programa social no resultaron ser significativos para nuestra muestra, ni para la totalidad de adultos mayores ni por grupos de edad, es decir que no afecta ni beneficia a su bienestar subjetivo, es imposible decir que no sean fundamentales para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Siguiendo con la contrastación de hipótesis, el sentido de autonomía en la toma de decisiones, efectivamente beneficia al bienestar subjetivo, ya que cuando es el cónyuge el que toma prioritariamente las decisiones familiares, el bienestar subjetivo disminuye 0.19%, este resultado representa a la muestra en su totalidad, para el modelo estadístico que muestra las diferencias entre grupos de edad no se obtuvieron conclusiones certeras, ya que los resultados no fueron estadísticamente significativos para ningún grupo de edad.

Sin embargo la independencia motriz sí es altamente valorada por todos los grupos de edad y el no tener dificultades motrices aumenta el bienestar subjetivo de los adultos mayores, especialmente de aquellos entre 80 y 84 años aunque para todos los grupos de edad de los adultos mayores resulta ser beneficioso. Se puede afirmar que para la muestra de adultos mayores de la encuesta ENASEM, no tener dificultades motrices es una característica altamente valorada durante la vejez, permite mantener la independencia física dejando que los adultos mayores conserven su autonomía, por tanto no ser dependiente es una condición que mejora la experimentación del bienestar físico, es especial a edades avanzadas.

Lo cual no significa que los adultos mayores no necesiten cierto tipo de apoyos, tener un acompañamiento de parte de familiares y amigos mediante la ayuda en forma de tiempo, favorece la calidad de vida de los adultos mayores. A medida que los adultos envejecen requieren en mayor medida de apoyo para realizar actividades, particularmente si se trata de actividades que involucren trabajo físico pesado o que sea exigente, por lo cual para los grupos de mayor edad, contar con la ayuda de familiares para mandados, transporte o quehaceres del hogar, entre otras actividades aumenta en mayor medida –en comparación con los demás grupos de edad– su bienestar.

Una condición que afecta a todos los grupos de edad es el tener dolor físico frecuente, esta condición disminuye la experimentación de bienestar subjetivo, particularmente para los adultos de mayor edad. En el grupo de 85 años y más, el tener dolor físico constante

disminuye su bienestar 0.94%. Esta condición está ligada con la independencia física, ya que si los adultos mayores experimentan dolor físico frecuente, es probable que limite su movilidad motriz.

Lo que parece tener mayor impacto en la experimentación de un bienestar subjetivo alto durante la vejez, se traduce en mantener la autonomía física al no tener problemas de movilidad, lo cual también se relaciona con no experimentar dolor físico frecuente, y recibir ayuda por parte de sus familiares, específicamente cuando la familia le dedica al adulto mayor tiempo para apoyarlo a realizar actividades cotidianas que se le comiencen a dificultar.

Es contradictorio que el bienestar subjetivo de los adultos mayores dependa en mayor medida de no presentar dificultades motrices, lo cual le permite conservar su independencia y autonomía, y al mismo tiempo en recibir ayuda en tiempo y cuidado, no obstante la ayuda en tiempo para realizar ciertas actividades cotidianas es un apoyo más sutil que ser más dependiente si se tienen dificultades motrices, en especial cuando se trata de motricidades básicas como caminar.

En conclusión se debe mantener un equilibrio para que los adultos mayores puedan percibir un bienestar subjetivo satisfactorio, por un lado se debe conservar la autonomía física y en la toma de decisiones, y por otro también es necesario brindar acompañamiento y apoyo cuando sea necesario, sin que se le quite autonomía al adulto mayor y no se sienta dependiente en exceso. Esto se refuerza con el estudio de Montpetit, Nelson y Tiberio<sup>93</sup> donde necesitar apoyo se asocia a un incremento de afectos negativos pero recibir apoyo no.

---

<sup>93</sup> Montpetit Mignon, Nelson Nicole & Tiberio Stacey. (2016). Daily Interactions and affect in older adulthood: Family, friends, and perceived support, Springer Science+Business Media Dordrecht, J Happiness Stud DOI 10.1007/s10902-016-9730-4



## Capítulo 4. Conclusiones y sugerencias

Estudiar el bienestar subjetivo de los adultos mayores es valioso, ya que impacta directamente su calidad de vida. El análisis del bienestar subjetivo ha de ir más allá que sólo las necesidades materiales básicas y considerar un bienestar más completo que permita a los adultos mayores vivir esa última etapa con dignidad y con disfrute.

Conocer cuál es el bienestar subjetivo de los adultos mayores y cuáles son los factores que impactan en mayor medida en su experimentación, permiten identificar cuáles son las áreas en las que se tiene que incrementar los apoyos gubernamentales, sociales y familiares que permitan que los adultos mayores vivan una vejez saludable y sin preocupaciones.

Según los resultados obtenidos en esta investigación sobre el bienestar de los adultos mayores encuestados en el ENASEM 2015, se pudo establecer que comparten apreciaciones similares sin importar el grupo de edad en atributos como no tener problemas motrices. Sin embargo, aunque se nota que dependiendo el grupo de edad, cambia el grado en que influyen las variables de interés, no se observa una variación tan grande como se esperaba.

Se esperaba que tener acceso a la seguridad social, en forma de ingresos por pensión y acceso a servicios de salud, el sentido de autonomía en la toma de decisiones, la autonomía motriz y la intensidad de los lazos sociales, traducidos en ayuda familiar y de amigos, fueran los factores que mayormente impactan la experimentación de bienestar subjetivo, y que además, a mayor edad, incrementaran esas valoraciones.

Sin embargo, no ocurrió lo esperado en todas las variables, en el caso del análisis para toda la muestra de adultos mayores, los ingresos por pensión, invalidez, viudez y por ser beneficiario de programas sociales, no resultaron ser significativas para los adultos mayores, aunque esto se atribuye al escaso número de adultos mayores que reciben estos ingresos, puede consultarse el cuadro 18 para ver a detalle los porcentajes de los adultos los reciben y en la sección de anexos en los cuadros 32 a 35 se encuentran los datos con números absolutos.

En esta investigación, contar con algún servicio de atención a la salud no resultó ser significativo, no obstante, ello no significa que se deba desatender el acceso a este servicio,

en todo caso se tendría que aumentar su cobertura sin que estuviera ligado a un contrato laboral.

Aunque para obtener una valoración certera sobre la importancia de los servicios de atención de salud para la población adulta mayor, se debe ampliar el análisis y detallar los tipos de servicios que ofrecen los distintos seguros médicos así como su calidad, ya que a pesar de contar con cierto servicio y estar afiliado, no asegura que se acuda al momento de necesitarlo, situaciones como la falta de presteza en la atención, propician que al momento en que los adultos mayores tienen una dolencia o malestar, prefieran acudir a un consultorio privado o farmacia.

Servicios de salud como el Seguro popular –ahora INSABI–, permitieron que las personas que no contaban con un contrato laboral tuvieran acceso a los principales servicios de salud públicos –IMSS e ISSSTE–, contaran con atención médica gratuita o a bajo costo, lo que también ayudó a ampliar la cobertura de atención a la salud y elevar la satisfacción con la vida. Sin embargo, el hecho de que se cuente con la afiliación no necesariamente significa que el servicio sea efectivo o su acceso fácil y expedito. Para ello se necesitan más datos para profundizar más al respecto.

Los ingresos por jubilación, viudez, invalidez o por ser beneficiario de algún programa social tampoco resultaron significativos. El resultado puede deberse a que solo pocos adultos mayores perciben estos ingresos,<sup>94</sup> para ejemplificar, sólo el 29% mencionó ser beneficiario de algún programa social, a pesar de que en año 2013 se comenzara con el Programa de Pensión para Adultos Mayores. Sin embargo, como se comentó en el apartado “b1. Derechos sociales y bienestar” en el primer capítulo, para poder acceder a este beneficio, además de tener 65 y más años, era necesario no recibir ingresos superiores a \$1,092 pesos mensuales, cantidad que está ligeramente por debajo de la línea del valor de la canasta básica para el año 2015.

En el caso de recibir ingresos por jubilación, sólo el 27.5% mencionó recibir ingresos por este rubro, por lo que para tener una conclusión certera sobre estos tipos de ingresos y su relación con el bienestar de los adultos mayores, se necesita más información un con un

---

<sup>94</sup> Ver cuadro 19

mayor número de casos, ya que se tiene el supuesto de que al ser tan pocas observaciones las que poseen esta característica, no fue posible, mediante un análisis estadístico, establecer las relaciones que están entrelazadas para los ingresos antes mencionados y cómo recibirlos afecta al bienestar subjetivo de los adultos mayores, especialmente de aquellos con mayor edad a quienes se les dificultaría obtener ingresos por medio de un empleo.

Para tal fin se necesitaría, en posteriores investigaciones, obtener información de los adultos mayores que reciben estos tipos de ingresos y los que no lo reciben para construir dos grupos comparables que puedan analizarse mediante un estudio estadístico. Especialmente para los grupos que reciben ingresos por pensión o jubilación y los que reciben ingresos de programas sociales como la Pensión universal. Por tanto, pese a los resultados de los modelos estadísticos, no se rechaza totalmente la hipótesis de que la seguridad social es fundamental para el bienestar subjetivo de los adultos mayores.

Para el análisis por grupos de edad, no se notó un incremento sostenido a medida que los adultos mayores tienen más edad en las variables de interés, este análisis es más complejo debido a que sí existen diferencias en las valoraciones por grupos de edad pero no son constantes, aunado a ello, no todas las valoraciones por grupos de edad son significativas. Por ejemplo, en la variable de cuidado, efectivamente son los adultos de más edad los que valoran en mayor medida que sus familiares les dediquen tiempo para ayudarles en actividades cotidianas, lo mismo ocurre con la variable de contar con vecinos, sin embargo, esta última no es significativa para ese grupo de edad.

Pese a tales complicaciones, hay indicadores que permiten decir que tratar a los adultos mayores como un solo bloque en el diseño de políticas públicas, no tendrá el mismo impacto para todos los adultos mayores, especialmente en las áreas de cuidados personales, acompañamiento y mantenimiento físico, donde contar con apoyos de este tipo impacta con más fuerza a los adultos mayores de mayor edad, debido a que son quienes más lo necesitan.

Para futuras investigaciones se podría hacer el ejercicio de separar a los adultos mayores en tres bloques: adultos mayores jóvenes, adultos mayores medios y adultos mayores grandes. Tiene el potencial de beneficiar de una forma más específica a cada grupo de edad según sus necesidades. No obstante, no se debe restar importancia a las necesidades básicas que

son compartidas por todos los adultos mayores sin importar edad, tales como seguridad alimentaria, un hogar digno, estar al menos sobre la línea de pobreza y gozar de buena salud.

El hecho de que la independencia motriz sea tan valorada, insta a poner la mirada en la necesidad de que el sistema de salud no sólo se centre en tratar enfermedades existentes, también se necesitan actividades de reacondicionamiento físico, según los datos de ENASEM 2015 sólo el 34.4% mencionaron realizar ejercicio físico o trabajo pesado al menos tres veces por semana. El ejercicio físico no es un factor decisivo para mantener la independencia motriz, sin embargo se incrementan las posibilidades de mantener la motricidad, ya que ayuda a mejorar y mantener el tono muscular que se pierde naturalmente con el envejecimiento, además de tener efectos positivos sobre la salud cardio-vascular de las personas que lo practican de manera regular.

El ocio también es una variable fundamental para el bienestar subjetivo de los adultos mayores, por lo que debe priorizarse las actividades de esparcimiento. Como se describió en la sección “b1. Derechos sociales y bienestar” en el capítulo 1, el INAPAM ofrece actividades culturales, deportivas y de esparcimiento, sin embargo, se requiere de un análisis a profundidad para determinar cuál es el acceso real que los adultos mayores tienen a estas actividades y cuántos adultos se benefician de los servicios que el instituto ofrece.

Se reitera que, pese a que los servicios de acceso a la salud y la seguridad social no resultaron variables significativas para esta muestra, son atributos básicos, los cuales deben garantizarse de manera universal para toda la población adulta mayor. Un paso a favor a esta concepción fue la reforma que se realizó en abril de 2010 para establecer en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a una pensión universal.

El camino para garantizar que todos los adultos mayores tengan una vida digna no se agota, es necesario reforzar los programas de ayuda social que actualmente se tienen, con la prevención de que el número de adultos mayores a los se tendrá que atender irá en aumento. Los resultados de esta investigación arrojan luz sobre qué áreas de la vida son importantes para los adultos mayores y en qué medida están siendo valuadas por los mismos.

Como parte de las sugerencias a la encuesta del ENASEM, se necesita que se agreguen, para cada sección, valoraciones de satisfacción para poder medir el bienestar de los adultos mayores de manera más específica. El objetivo de esta sugerencia, es poder analizar los dominios de satisfacción de los adultos mayores, de tal manera que fuera posible observar qué tan satisfechos están los adultos mayores con cada área de su vida, como: familia; trabajo; comunidad; amistad; situación económica; salud y esparcimiento. A pesar de que en las áreas de salud y situación económica se reportan las autovaloraciones de estos factores, no se pregunta con precisión sobre qué tan satisfechos están los encuestados con tales autovaloraciones.

En el ENASEM se encuentra cierta ambigüedad en la formulación de algunas preguntas, por ejemplo en la sección de ayuda donde se pregunta a los adultos mayores sobre un periodo prolongado de tiempo –dos años–. Por otro lado, está la posibilidad de influir en la respuesta al dar ejemplos tan específicos, de tal modo que puede existir la posibilidad de que los adultos mayores sólo consideraran los ejemplos dados para valorar su respuesta.

Por ello se sugiere una revisión a la formulación de las preguntas para evitar influir en la respuesta de los entrevistados. Así como incluir una sección más amplia que inquiera sobre emociones.

Como comentario adicional, la encuesta ENASEM es muy amplia, contiene k secciones, por lo que resulta tedioso para los adultos mayores responder a todas las preguntas, esto explicaría por qué a medida que se avanza en la encuesta, aumenta el número de respuestas “no sabe” y “no responde”. Convendría revisar la sección k que trata sobre ingresos, ya que hay secciones repetitivas, al entrevistado le preguntan por sus propios ingresos y también por lo del su cónyuge, no obstante, ya que el cónyuge por el mero hecho de serlo también será entrevistado, sólo duplica el número de preguntas sin agregar realmente a la información total.

## Referencias

Antón, Antonio (coord.). (2000). Trabajo, derechos sociales y globalización. Algunos retos para el siglo XXI. Talasa ediciones.

Bruni Luigino, Comim Flavio, Pugno Maurizio (coords.). (2008). Capabilities and Happiness. Oxford University Press.

Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación  
[https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=52&id\\_opcion=39&op=39](https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=52&id_opcion=39&op=39)

Hidehiho Ichimura, Lei Xiaoyan, Lee Chulhee, Lee Jinkook, Park Arbert & Yasuyuki Sawada. (2017). Wellbeing of the Elderly in East Asia: China, Korea, and Japan, RIETI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía:  
<https://www.inegi.org.mx/rde/2019/08/20/determinantes-subnacionales-de-la-informalidad-laboral-en-mexico/>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores:  
<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

Kato, H., N. Asukai, Y. Miyake & K. Minakawa (1996). Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake en Japan, Acta Psychiatrica Scandinavica 93, pp. 477-481.

Lee, Jik Joen. (2005). An exploratory study on the quality of life of older Chinese people living along in Hong Kong, Social Indicators Research, 71: 335-361.

Lee, Jik Joen. (2009). A pilot study on the living-alone, socio-economically deprived older Chinese people's self-reported successful aging: A case of Hong Kong, Applied Research Quality Life, 4: 347-363.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores disponible en:  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2vZ3xjYnlAhUOiqwKHd0KByQQFjACegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.diputados.gob.mx%2FLeyesBiblio%2Fpdf%2F245\\_120718.pdf&usg=AOvVaw14zYShm3lgkyNFFDZwthqx](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2vZ3xjYnlAhUOiqwKHd0KByQQFjACegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.diputados.gob.mx%2FLeyesBiblio%2Fpdf%2F245_120718.pdf&usg=AOvVaw14zYShm3lgkyNFFDZwthqx)

McConatha, J.T. & H.M. Huba (1999). Primary, secondary, and emotional control across adulthood, Current Psychology: Developmental, Learning, Personality 18, pp. 164-170.

Millán Rene, Castellanos Roberto. (2018). Bienestar subjetivo en México, IIS.

Montpetit Mignon, Nelson Nicole & Tiberio Stacey. (2016). Daily Interactions and affect in older adulthood: Family, friends, and perceived support, Springer Science Business Media Dordrecht, J Happiness Stud DOI 10.1007/s10902-016-9730-4

Moyano Emilio, Ramos Nadia. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. Revista Universum, Vol. 2, N°. 22 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>

Moyano Emilio, Dinamarca Daniela, Mendoza-Llanos Rodolfo, Palomo-Vélez Gonzalo. (2018). Escala de Felicidad para Adultos. *Terapia psicológica*, Vol.36, N°. 1, 33-45

Pinquart, Martin. (2001). Age differences perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age, Netherlands, *Journal of Happiness Studies* 2: 375-405

Pensión Universal para Personas Adultas Mayores  
<https://www.gob.mx/pensionpersonasadultasmayores>

Rojas, Mariano. (2007). Heterogeneity in the relationship between income and happiness: A conceptual-referent-theory explanation. *Journal of Economic Psychology*, 28, 1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joep.2005.10.002>

Rojas, Mariano. (2011). Más allá del ingreso: progreso y bienestar subjetivo, en Rojas, Mariano (coord.) *La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina*, Foro Consultativo Científico y Tecnológico.

Rojo, Fermina, Gloria Fernández, et. al. (2001). Aging in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly, *Social Indicators Research*, 54: 173-208.

Rowe JW, Kahn RL. (1987). Human aging: usual successful. *Science: Vol. 237*(4811), pp.143-149.

Schulz, R. (1985). Emotion and affect, in J.E. Birren and K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold, NY, pp.531-543

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.

## Anexos

En esta sección se encuentran las variables de interés con números absolutos.

Cuadro 1. Edades por quinquenios y sexo

edad en categoría s	Sex (Male=1)		Total
	0	1	
1. 60-64	1,248	674	1,922
2. 65-69	1,324	1,216	2,540
3. 70-74	989	882	1,871
4. 75-79	725	576	1,301
5. 80-84	492	373	865
6. >84	371	279	650
Total	5,149	4,000	9,149

Cuadro 2. Estado civil

edad en categoría s	Current marital status						Total
	1.Soltero	2.Casado	3.Unión l	4.Divorci	5.Separad	6.Separad	
1. 60-64	84	1,232	127	50	26	96	1,834
2. 65-69	87	1,672	117	79	46	120	2,522
3. 70-74	61	1,093	83	49	30	106	1,858
4. 75-79	48	636	45	19	15	81	1,293
5. 80-84	34	368	24	11	9	55	862
6. >84	34	145	16	6	6	46	646
Total	348	5,146	412	214	132	504	9,015

edad en categoría s	Current marital status		Total
	7.Viudo d	8.Viudo d	
1. 60-64	22	197	1,834
2. 65-69	44	357	2,522
3. 70-74	41	395	1,858
4. 75-79	45	404	1,293
5. 80-84	28	333	862
6. >84	41	352	646
Total	221	2,038	9,015



Cuadro 3. Satisfacción de vida

satisfaccionvida	Freq.	Percent	Cum.
1.De acuerdo	7,315	86.76	86.76
2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo	660	7.83	94.59
3.En desacuerdo	456	5.41	100.00
Total	8,431	100.00	

Cuadro 4. Satisfacción de vida y edad

edad en categoría s	satisfaccionvida			Total
	1.De acue	2.Ni de a	3.En desa	
1.60-64	1,548	168	128	1,844
2.65-69	2,111	187	129	2,427
3.70-74	1,574	118	83	1,775
4.75-79	1,068	87	51	1,206
5.80-84	638	57	40	735
6.>84	376	43	25	444
Total	7,315	660	456	8,431

Cuadro 5. Felicidad

edad en categoría s	felicidad		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	336	1,513	1,849
2.65-69	455	1,975	2,430
3.70-74	341	1,434	1,775
4.75-79	230	978	1,208
5.80-84	132	604	736
6.>84	102	343	445
Total	1,596	6,847	8,443

Cuadro 6. Balance afectivo

edad en categoría s	balance_afectivo					Total
	0	1	2	3	4	
1.60-64	153	142	287	346	921	1,849
2.65-69	237	187	335	425	1,246	2,430
3.70-74	166	156	276	387	790	1,775
4.75-79	116	99	203	270	520	1,208
5.80-84	72	73	147	140	304	736
6.>84	58	61	79	89	158	445
Total	802	718	1,327	1,657	3,939	8,443

Cuadro 7. Bienestar subjetivo

edad en categoría s	bienestar_subjetivo						Total
	0	1	2	3	4	5	
1.60-64	39	40	37	98	126	197	1,844
2.65-69	52	40	42	157	150	253	2,427
3.70-74	27	37	28	120	125	202	1,775
4.75-79	12	25	25	89	84	143	1,206
5.80-84	9	24	12	58	52	113	735
6.>84	9	18	18	30	49	62	444
Total	148	184	162	552	586	970	8,431

edad en categoría s	bienestar_subjetivo			Total
	6	7	8	
1.60-64	254	272	781	1,844
2.65-69	283	353	1,097	2,427
3.70-74	241	293	702	1,775
4.75-79	163	209	456	1,206
5.80-84	89	133	245	735
6.>84	54	76	128	444
Total	1,084	1,336	3,409	8,431

Cuadro 8. Autopercepción de la condición de salud

edad en categoría s	R's self-reported health					Total
	1.Excelen	2.Muy bue	3.Buena	4.Regular	5.Mala	
1.60-64	39	55	529	991	235	1,849
2.65-69	66	69	619	1,337	339	2,430
3.70-74	46	45	409	993	282	1,775
4.75-79	22	35	274	629	249	1,209
5.80-84	14	22	158	374	168	736
6.>84	9	11	116	213	96	445
Total	196	237	2,105	4,537	1,369	8,444

Cuadro 9. Diabetes

edad en categoría s	Has a doctor or medical personnel ever diagnosed R with diabetes		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,420	502	1,922
2.65-69	1,793	747	2,540
3.70-74	1,328	543	1,871
4.75-79	973	328	1,301
5.80-84	682	183	865
6.>84	550	100	650
Total	6,746	2,403	9,149

Cuadro 10. Control de diabetes

edad en categoría s	Is R's current diabetes under control		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	31	450	481
2.65-69	43	664	707
3.70-74	30	487	517
4.75-79	16	283	299
5.80-84	8	144	152
6.>84	2	72	74
Total	130	2,100	2,230

Cuadro 11. Hipertensión

edad en categoría s	Has a doctor or medical personnel ever diagnosed R with hypertension/high blood		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,022	900	1,922
2.65-69	1,219	1,321	2,540
3.70-74	827	1,044	1,871
4.75-79	579	722	1,301
5.80-84	366	499	865
6.>84	346	304	650
Total	4,359	4,790	9,149

Cuadro 12. Tratamiento de hipertensión

edad en categoría s	Does R take medication to lower his/her blood pressure		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	127	773	900
2.65-69	156	1,165	1,321
3.70-74	119	925	1,044
4.75-79	53	669	722
5.80-84	45	454	499
6.>84	25	279	304
Total	525	4,265	4,790

Cuadro 13. Cáncer

edad en categoría s	Has a doctor or medical personnel ever diagnosed R with cancer		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,871	51	1,922
2.65-69	2,472	68	2,540
3.70-74	1,824	47	1,871
4.75-79	1,251	50	1,301
5.80-84	835	30	865
6.>84	628	22	650
Total	8,881	268	9,149

Cuadro 14. Tratamiento de cáncer

edad en categoría s	Is R currently receiving treatment for his/her cancer		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	35	16	51
2.65-69	41	27	68
3.70-74	23	24	47
4.75-79	34	16	50
5.80-84	14	16	30
6.>84	13	9	22
Total	160	108	268

Cuadro 15. Enfermedad respiratoria

edad en categoría s	Has a doctor or medical personnel ever diagnosed R with a respiratory illness		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,817	105	1,922
2.65-69	2,404	136	2,540
3.70-74	1,721	150	1,871
4.75-79	1,206	95	1,301
5.80-84	785	80	865
6.>84	604	46	650
Total	8,537	612	9,149

Cuadro 16. Tratamiento de enfermedad respiratoria

edad en categoría s	Does R take medication/treatment for his/her respiratory illness		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	54	51	105
2.65-69	54	82	136
3.70-74	55	95	150
4.75-79	40	55	95
5.80-84	23	57	80
6.>84	16	30	46
Total	242	370	612

Cuadro 17. Infarto/ataque cardiaco

edad en categoría s	Has a doctor or medical personnel ever told R he/she had a heart attack		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,863	59	1,922
2.65-69	2,436	104	2,540
3.70-74	1,774	97	1,871
4.75-79	1,228	73	1,301
5.80-84	805	60	865
6.>84	616	34	650
Total	8,722	427	9,149

Cuadro 18. Tratamiento para enfermedad cardiaca

edad en categoría s	Does R take medication for his/her heart condition		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	22	37	59
2.65-69	28	76	104
3.70-74	20	77	97
4.75-79	20	53	73
5.80-84	16	44	60
6.>84	10	24	34
Total	116	311	427

Cuadro 19. Embolia cerebral

edad en categoría s	Has a doctor or medical personnel ever told R he/she had a stroke		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,883	39	1,922
2.65-69	2,486	54	2,540
3.70-74	1,821	50	1,871
4.75-79	1,262	39	1,301
5.80-84	821	44	865
6.>84	614	36	650
Total	8,887	262	9,149

Cuadro 20. Tratamiento embolia cerebral

edad en categoría s	Does R take medication for stroke		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	26	13	39
2.65-69	29	25	54
3.70-74	23	27	50
4.75-79	20	19	39
5.80-84	17	27	44
6.>84	17	19	36
Total	132	130	262

Cuadro 21. Artritis/Reumatismo

edad en categoría s	Has a doctor or medical personnel ever diagnosed R with arthritis/rheumatism		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,640	282	1,922
2.65-69	2,119	421	2,540
3.70-74	1,535	336	1,871
4.75-79	1,037	264	1,301
5.80-84	668	197	865
6.>84	518	132	650
Total	7,517	1,632	9,149

Cuadro 22. Tratamiento artritis

edad en categoría s	Does R take medication for arthritis/rheumatism		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	127	155	282
2.65-69	159	262	421
3.70-74	133	203	336
4.75-79	93	171	264
5.80-84	69	128	197
6.>84	41	91	132
Total	622	1,010	1,632

Cuadro 23. Dolor físico frecuente

edad en categoría s	Does R suffer from pain		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,135	714	1,849
2.65-69	1,526	904	2,430
3.70-74	1,069	706	1,775
4.75-79	721	487	1,208
5.80-84	426	310	736
6.>84	239	206	445
Total	5,116	3,327	8,443

Cuadro 24. Dificultad motriz

edad en categoría s	dificultad_motriz		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,375	547	1,922
2.65-69	1,687	853	2,540
3.70-74	1,079	792	1,871
4.75-79	662	639	1,301
5.80-84	362	503	865
6.>84	196	454	650
Total	5,361	3,788	9,149

Cuadro 25. Afiliación a servicio médico

edad en categoría s	servicio_atencionsalud		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	178	1,744	1,922
2.65-69	234	2,306	2,540
3.70-74	144	1,727	1,871
4.75-79	114	1,187	1,301
5.80-84	70	795	865
6.>84	86	564	650
Total	826	8,323	9,149

Cuadro 26. Ejercicio o trabajo físico frecuente

edad en categoría s	In the last 2 years: R exercised or did hard physical work 3 or more times per w		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,093	755	1,848
2.65-69	1,456	974	2,430
3.70-74	1,192	583	1,775
4.75-79	863	345	1,208
5.80-84	553	183	736
6.>84	377	68	445
Total	5,534	2,908	8,442



Cuadro 27. Peso de las decisiones familiares

edad en categoría s	Respondent/spouse weight in important family decisions			Total
	Entrevist	Aprox. ig	Cónyuge	
1.60-64	360	766	241	1,367
2.65-69	393	1,039	302	1,734
3.70-74	311	632	188	1,131
4.75-79	146	381	107	634
5.80-84	99	191	55	345
6.>84	49	58	18	125
Total	1,358	3,067	911	5,336

Cuadro 28. Toma de decisiones y sexo

Sex (Male=1)	Respondent/spouse weight in important family decisions			Total
	Entrevist	Aprox. ig	Cónyuge	
0	546	1,240	598	2,384
1	812	1,827	313	2,952
Total	1,358	3,067	911	5,336

Cuadro 29. Independencia en la toma de decisiones personales

edad en categoría s	Respondent's decision making weight regarding medical decisions			Total
	Mucho	Poco	Nada	
1.60-64	1,548	278	18	1,844
2.65-69	1,986	416	25	2,427
3.70-74	1,394	354	27	1,775
4.75-79	913	264	29	1,206
5.80-84	521	177	37	735
6.>84	315	100	30	445
Total	6,677	1,589	166	8,432

Cuadro 30. Autopercepción de situación económica

edad en categoría s	Respondent's self-reported financial situation					Total
	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
1.60-64	10	31	376	1,212	211	1,840
2.65-69	31	31	527	1,577	258	2,424
3.70-74	16	31	371	1,160	197	1,775
4.75-79	14	11	252	785	143	1,205
5.80-84	7	7	170	459	90	733
6.>84	5	8	97	283	50	443
Total	83	119	1,793	5,476	949	8,420

Cuadro 31. Trabajo

edad en categoría s	Current labor force status		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,100	795	1,895
2.65-69	1,583	949	2,532
3.70-74	1,341	528	1,869
4.75-79	1,038	256	1,294
5.80-84	757	105	862
6.>84	604	44	648
Total	6,423	2,677	9,100

Cuadro 32. Ingresos por pensión

edad en categoría s	Last year: Did respondent receive pension income from retirement		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,452	391	1,843
2.65-69	1,709	759	2,468
3.70-74	1,280	540	1,820
4.75-79	892	377	1,269
5.80-84	621	223	844
6.>84	486	157	643
Total	6,440	2,447	8,887

Cuadro 33. Ingreso por viudez

edad en categoría s	Last year: Did respondent receive widowhood pension income		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,754	89	1,843
2.65-69	2,362	106	2,468
3.70-74	1,693	127	1,820
4.75-79	1,133	136	1,269
5.80-84	751	93	844
6.>84	567	76	643
Total	8,260	627	8,887

Cuadro 34. Ingreso por invalidez o discapacidad

edad en categoría s	Last year: Did respondent receive disability pension income		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,830	13	1,843
2.65-69	2,454	14	2,468
3.70-74	1,808	12	1,820
4.75-79	1,258	11	1,269
5.80-84	840	4	844
6.>84	640	3	643
Total	8,830	57	8,887

Cuadro 35. Ingreso por programa social

edad en categoría s	Last year: Did respondent receive monetary or in-kind transfer from a public ins		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,609	234	1,843
2.65-69	1,838	630	2,468
3.70-74	1,182	638	1,820
4.75-79	802	467	1,269
5.80-84	489	355	844
6.>84	385	257	642
Total	6,305	2,581	8,886

Cuadro 36. Suficiencia alimentaria

edad en categorías	Last 2 years: Had enough money to buy food		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	587	1,224	1,811
2.65-69	748	1,665	2,413
3.70-74	556	1,210	1,766
4.75-79	341	875	1,216
5.80-84	223	512	735
6.>84	142	319	461
Total	2,597	5,805	8,402

Cuadro 37. Insuficiencia alimentaria

edad en categorías	Last 2 years: Household's food shortage/scarce food		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	316	271	587
2.65-69	439	309	748
3.70-74	303	253	556
4.75-79	199	142	341
5.80-84	137	86	223
6.>84	92	50	142
Total	1,486	1,111	2,597

Cuadro 38. Ayuda financiera o en especie

edad en categorías	Last 2 years: Respondent received financial assistance from children/grandchildre		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,091	675	1,766
2.65-69	1,436	959	2,395
3.70-74	905	845	1,750
4.75-79	546	663	1,209
5.80-84	344	461	805
6.>84	248	351	599
Total	4,570	3,954	8,524

Cuadro 39. Ayuda en tiempo

edad en categoría s	Last 2 years: Respondent received >1 hour per week..from children/grandchildre n		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	887	879	1,766
2.65-69	1,223	1,172	2,395
3.70-74	838	912	1,750
4.75-79	527	682	1,209
5.80-84	316	489	805
6.>84	225	374	599
Total	4,016	4,508	8,524

Cuadro 40. Ayuda de vecinos y amigos

edad en categoría s	Is respondent able to rely on friends/neighbors for daily errands if needed		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	772	1,038	1,810
2.65-69	1,036	1,376	2,412
3.70-74	737	1,029	1,766
4.75-79	510	704	1,214
5.80-84	335	404	739
6.>84	215	245	460
Total	3,605	4,796	8,401

Cuadro 41. Expectativa de ayuda financiera

edad en categoría s	In the future:Will respondent have financial assistance for his/her expenses		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	863	947	1,810
2.65-69	1,118	1,294	2,412
3.70-74	843	923	1,766
4.75-79	559	655	1,214
5.80-84	331	408	739
6.>84	200	260	460
Total	3,914	4,487	8,401

Cuadro 42. Expectativa de recibir cuidados

edad en categoría s	In the future:Will respondent from family/friends with his/her personal care		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	734	1,076	1,810
2.65-69	963	1,449	2,412
3.70-74	709	1,057	1,766
4.75-79	487	727	1,214
5.80-84	284	455	739
6.>84	166	294	460
Total	3,343	5,058	8,401

Cuadro 43. Contacto con familiares vía remota

edad en categoría s	Does respondent talk to relatives or friends via phone, computer, or internet		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	329	1,515	1,844
2.65-69	503	1,924	2,427
3.70-74	409	1,366	1,775
4.75-79	297	909	1,206
5.80-84	235	500	735
6.>84	184	260	444
Total	1,957	6,474	8,431

Cuadro 44. Cuida de terceras personas

edad en categoría s	cuida		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	1,036	886	1,922
2.65-69	1,565	975	2,540
3.70-74	1,270	601	1,871
4.75-79	1,021	280	1,301
5.80-84	750	115	865
6.>84	615	35	650
Total	6,257	2,892	9,149

Cuadro 45. Actividades de ocio

edad en categorías	ocio		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	121	1,801	1,922
2.65-69	194	2,346	2,540
3.70-74	170	1,701	1,871
4.75-79	150	1,151	1,301
5.80-84	189	676	865
6.>84	263	387	650
Total	1,087	8,062	9,149

Cuadro 46. Importancia de la religión en su vida

edad en categorías	Importance of religion in respondent's life			Total
	Muy impor	Algo impo	Nada impo	
1.60-64	1,221	484	64	1,769
2.65-69	1,718	595	102	2,415
3.70-74	1,314	400	49	1,763
4.75-79	923	250	29	1,202
5.80-84	560	151	23	734
6.>84	353	78	10	441
Total	6,089	1,958	277	8,324

Cuadro 47. Asistencia a servicios religiosos

edad en categorías	Respondent attends religious services		Total
	0.No	1.Si	
1.60-64	297	1,472	1,769
2.65-69	379	2,036	2,415
3.70-74	260	1,503	1,763
4.75-79	167	1,035	1,202
5.80-84	129	605	734
6.>84	98	343	441
Total	1,330	6,994	8,324

Cuadro 48. Número de hijos y ayuda en dinero o especie

Correct number of children born alive	Last 2 years: Respondent received financial assistance from children/grandchildre		Total
	0.No	1.Si	
00.None	25	12	37
1	202	89	291
2	525	282	807
3	749	436	1,185
4	700	490	1,190
5	531	445	976
6	476	449	925
7	367	353	720
8	263	361	624
9	192	291	483
10	145	262	407
11	126	157	283
12	81	138	219
13	72	73	145
14	37	35	72
15	14	33	47
16	6	14	20
17	5	3	8
18	3	6	9
19	0	2	2
20	2	3	5
21	0	1	1
22	1	0	1
23	1	0	1
Total	4,523	3,935	8,458



Cuadro 49. Número de hijos y ayuda en tiempo

Correct number of children born alive	Last 2 years: Respondent received >1 hour per week..from children/grandchildre n		Total
	0.No	1.Si	
00.None	21	16	37
1	148	143	291
2	409	398	807
3	611	574	1,185
4	550	640	1,190
5	430	546	976
6	426	499	925
7	345	375	720
8	293	331	624
9	198	285	483
10	174	233	407
11	127	156	283
12	104	115	219
13	58	87	145
14	40	32	72
15	25	22	47
16	7	13	20
17	4	4	8
18	6	3	9
19	1	1	2
20	3	2	5
21	0	1	1
22	1	0	1
23	0	1	1
Total	3,981	4,477	8,458