



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Sede Académica de México

Maestría en Población y Desarrollo
XIII Promoción 2018-2020

**Análisis de la autonomía física de las personas de 75 años y más:
Aproximación a partir del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en
México (ENASEM) 2018**

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

Presenta:

Angel Iranhi Barreto Anaya

Directora y director de Tesis:

Dra. Úrsula Zurita Rivera

Mtro. Pablo Yanes Rizo

Lectoras:

Dra. Juana Isabel Vera López

Mtra. Martha Rocío Estrada Rivera

Seminario de Investigación: Población, Familias y Pobreza
Línea de investigación: Familia, género, grupos de edad, salud

Ciudad de México, febrero de 2021

Este trabajo fue realizado gracias a la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y
Tecnología (Conacyt, México)

Resumen

Este estudio presenta un análisis de la autonomía física de las personas de 75 años y más, y su relación con factores demográficos, socioeconómicos, condiciones de salud y emocionales de las personas mayores, a partir del Estudio Nacional sobre Envejecimiento y Salud en México (ENASEM) del 2018. Asimismo, se hace un esfuerzo por cuestionar el uso del concepto de la dependencia funcional y trascender al uso del concepto autonomía física. Como punto de partida de la investigación se partió del supuesto de que la autonomía física de las personas de 75 años y más está condicionada, no solamente por el avance de la edad o por la prevalencia de las enfermedades subyacentes, sino también por las características del entorno y las condiciones de vida en las que se desenvuelven, por el estado de ánimo y la percepción de soledad que las personas mayores experimentan. A través de un modelo de regresión logística, se obtuvo que los factores que operan a favor de la limitación en la autonomía física son la edad, las enfermedades crónico-degenerativas —principalmente la hipertensión, la diabetes, las enfermedades pulmonares, afecciones cardíacas—, el padecimiento de dolor, haber sufrido caídas, y una autopercepción negativa de la salud. Asimismo, se identificó que los años de estudio y los servicios de vivienda operan de manera significativa a favor de la presencia de limitaciones en la autonomía física de las personas mayores, así como la depresión y la soledad.

Palabras clave: Envejecimiento poblacional, dependencia funcional, autonomía física, derechos humanos.

Abstract

This study presents an analysis of the physical autonomy of people aged 75 years and over, and its relationship with demographic, socioeconomic, health and emotional factors of the elderly, based on the National Study on Aging and Health in Mexico (ENASEM) of 2018. Likewise, an effort is made to question - without underestimating its importance - the use of the concept of functional dependence and transcending the use of the concept of physical autonomy. The starting point of the research is the assumption that physical autonomy is conditioned not only by advancing age or by the prevalence of underlying diseases, but also by the characteristics of the environment, the living conditions, as well as the state of mind and the perception of loneliness that elderly people experiment. Through the logistic regression model, it was obtained that some of the factors that operate in favor of the limitation in physical autonomy are age, chronic-degenerative diseases — hypertension, diabetes, lung diseases, heart conditions—, pain caused by illness, having suffered falls, and a negative self-perception of health. Also, it was identified that the years of study and housing services operate significantly in favor of the presence of limitations in the physical autonomy of elderly people, as well as depression and loneliness.

Keywords: Population aging, functional dependence, physical autonomy, human rights.



FLACSO
MÉXICO

Dedicatoria

*Todos mis esfuerzos
desplegados hasta esta parte de
mi vida se la dedico
exclusivamente a Sonia Anaya,
mi madre.*

Agradecimientos

Agradezco a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales con sede en México (FLACSO-México) y a la maestría en Población y Desarrollo por haber constituido un contexto académico propicio para la realización de esta investigación durante el período 2018-2020, en especial a las y los investigadores que con profesionalismo, compromiso y dedicación se dan a la tarea de formar a sus estudiantes. También expreso mi gratitud al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por la beca que me otorgó durante el periodo en el que realice realicé mis estudios de maestría.

Valoró enormemente el acompañamiento, la confianza y el esfuerzo realizado de la Dra. Rosa María Ruvalcaba que, gracias a su gestión y ejemplar coordinación de la Maestría en Población y Desarrollo nos permitió el acercamiento a importantes investigadores e investigadoras que nos proporcionaron herramientas para analizar, conocer y responder a los problemas sociales que se presentan en la realidad mexicana y de América Latina.

También agradezco a Mabel Neves, que, con su esfuerzo, amabilidad, empatía, el gusto por su trabajo y su personalidad iluminada hace de la maestría no sólo un espacio de aprendizaje, sino que contribuye a la conformación de una familia estudiantil. Además, agradezco a todo el personal administrativo, al personal de la biblioteca, a las personas trabajadoras del comedor, a las personas encargadas de la jardinería y al personal de limpieza que juntos hacen que la FLACSO-México un espacio académico sin igual.

Asimismo, doy gracias a la Dra. Cristina Gomes, coordinadora del Seminario de Investigación: Población, familias y pobreza, por orientar nuestras discusiones e invitarnos a profundizar en las reflexiones sobre las investigaciones que realizamos las personas integrantes del seminario. En especial a la Dra. Úrsula Zurita, que, como coordinadora del seminario y mi directora de tesis, me acompañó durante todo el proceso mostrando profesionalismo, empatía y una enorme calidad humana.

Agradezco al Mtro. Pablo Yanes Rizo, mi gran maestro y guía por brindarme su confianza, por sus consejos, sus recomendaciones, por su paciencia, por sus presiones personalizadas y por su contribución a la realización de esta tesis. Siempre le estaré agradecido y ocupará un lugar importante en mi memoria.

Reconozco las aportaciones de la Mtra. Martha Estrada, que con sencillez y amabilidad me dio fuerza para continuar con este trabajo y con el uso de una fuente de datos de gran complejidad como lo es la ENASEM, recordaré sus conversaciones siempre orientadoras y sus consejos precisos. También agradezco a la Dra. Juana Isabel Vera, por brindarme su confianza, por aceptar ser parte de mi comité de tesis y por su disposición para apoyarme durante el proceso.

La FLACSO-México me dio la oportunidad de conocer a personas que se convirtieron rápidamente en mi familia, al escribir estos agradecimientos no concibo mi paso por esta etapa sin la presencia de Mariela Villalba, Sandra Munevar, Osvaldo Alvirde, Majo Parra, Karen Rendón, Andrea Bolaños, Andrés Peña, Mayra Salazar. En especial le tengo gran agradecimiento a Carolina Barreto, mi prima hermana, por su apoyo incondicional, sus consejos y su invaluable amistad que conservaré por siempre; a Nasly Castillo por las largas noches de discusión constructiva, por ayudarme con las matemáticas y por estar en los momentos en los que se requiere su presencia y sus palabras; y a Adriana Zarate por el acompañamiento comprensivo, por leer cada una de las versiones previas a esta tesis y por ser una gran persona.

Agradezco a mi familia que ha sido pieza clave y fundamental en cada paso que me he dispuesto a dar en la vida, su apoyo emocional, su acompañamiento constante y las muestras de amor profundo son los elementos que me han sostenido en mis momentos de mayor dificultad y ante la presencia de mis constantes tropiezos. Agradezco a mi abuelita Marí por su ejemplo y sus cálidos abrazos, a mi tía Soledad por su cariño y apoyo constante; a mi hermano Fabian que con su inteligencia me ayuda a responder dudas y a organizar mi intrincado pensamiento, a mi hermano Manuel por su sensibilidad y calidez humana, y a mi hermano Luis que es mi gran cómplice. Mi madre ha sido la persona más importante en cada etapa de mi vida, por lo cual le dedico cada uno de mis esfuerzos realizados y logros alcanzados hasta el día de hoy.

Agradezco a mi padre que ya no se encuentra en el mundo terrenal. Sin embargo, forma parte de mi memoria y su recuerdo se ha convertido en una guía que orienta mi camino.

Agradezco a todas aquellas personas que han confiado en mí, que me han motivado y acompañado de diversas formas y han desempeñado un papel central en mi etapa como estudiante de maestría. Expreso mi agradecimiento a Laura Pautassi, Sandra Huenchuan, Octavio Dorantes, Roman Moreno, Susan Nicosu, Daniel Córdova, Leonardo Chávez, Aldo Oliva y a las personas que se fueron incorporando a mi vida durante todo este periodo, en especial a Verónica Ruiz.



Tabla de contenido

Índice de Gráficas	IX
Índice de cuadros.....	X
Índice de tablas.....	X
Índice de anexos.....	XI
Introducción.....	1
Capítulo 1. Envejecimiento poblacional en México.....	7
1.1. Panorama demográfico del envejecimiento en México	8
1.1.1. Ganancia en años de vida	9
1.1.2. Disminución en las tasas de fecundidad	12
1.1.3. Cambios en la estructura poblacional	14
1.1.4. La dependencia demográfica	16
1.1.5. Envejecimiento dentro del envejecimiento	17
1.2. Situación de la salud y de los cuidados de las personas mayores.....	19
1.2.1. Principales causas de muerte de las personas mayores en México	21
1.2.2. Discapacidad y limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana (AVC)	22
1.2.3. Los cuidados en la vejez.....	24
1.3. Condiciones socioeconómicas de las personas mayores	26
1.3.1. Composición etaria de los hogares en México.....	27
1.3.2. Población económicamente activa y no activa de personas mayores.....	28
1.3.3. Acceso a la seguridad social	29
1.3.4. Personas mayores sin ingresos propios	30
1.3.5. Acceso a servicios de salud	32
Capítulo 2. De la funcionalidad a la autonomía de las personas mayores	35
2.1. Concepto de dependencia funcional.....	37
2.1.1. Deterioro funcional, discapacidad y dependencia funcional física	40
2.1.2. Tipos de dependencia	41
2.1.3. Discusión teórica sobre concepto de dependencia funcional	42



2.2. La autonomía de las personas mayores	45
2.2.1. <i>Autonomía moral y autonomía física</i>	48
2.3. La autonomía de las personas mayores desde un enfoque de derechos.....	51
2.4. Autonomía física de las personas mayores como objeto de estudio	54
2.5. Actividades de la vida cotidiana: conceptos y medición.....	56
2.5.1. <i>Índice de Katz.....</i>	57
2.5.2. <i>Índice de Barthel</i>	58
2.5.3. <i>Escala de Lawton-Brody</i>	58
2.6. Factores de asociados con la autonomía física de las personas mayores	60
2.6.1. <i>Factores sociodemográficos.....</i>	61
2.6.2. <i>Factores socioeconómicos</i>	63
2.6.3. <i>Factores del estado de salud</i>	66
2.6.4. <i>Factores del estado emocional.....</i>	69
Capítulo 3. Estrategia metodológica	72
3.1. Planteamiento del problema	72
3.2. Objetivos.....	74
3.3. Objetivos Particulares.....	74
3.4. Pregunta de investigación	74
3.5. Hipótesis	75
3.6. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018.....	75
3.7. Población objetivo y tamaño de la muestra.....	77
3.8. Construcción de las variables de interés.....	78
3.8.1. <i>Variable dependiente: Autonomía física para realizar ABVD y AIVD</i>	78
3.8.2. <i>Variables independientes</i>	80
3.9. Técnica de análisis estadístico: Modelo de regresión logística binomial	84
Capítulo 4. Análisis de resultados	87
4.1. Análisis descriptivo de las personas con autonomía física limitada para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	87



4.2. Análisis descriptivo de las personas con autonomía física limitada para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).....	93
4.3. Resultados de los modelos estadísticos: autonomía física en ABVD y AIVD.....	99
4.3.1. <i>Resultados del modelo estadístico para autonomía física en ABVD.....</i>	99
4.3.2. <i>Resultados del modelo estadístico para autonomía física en AIVD.....</i>	104
Capítulo 5. Reflexiones y conclusiones	108
5.1. Reflexiones sobre los resultados obtenidos.....	110
5.2. Recomendaciones para fortalecer la autonomía física de las personas mayores en México.....	115
5.3. Potencialidades y limitaciones del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)	118
5.4. Temas de investigación que se derivan de este trabajo	120
Bibliografía	121
Anexos	137



Índice de Gráficas

Gráfica 1. Esperanza de vida al nacer por sexo de México de 1950 a 2050 (años de vida).....	11
Gráfica 2. México: Tasas de fecundidad estimada y proyectada de 1950 a 2050 (número de hijos por mujer)	12
Gráfica 3. México: Crecimiento poblacional de México de 1950 a 2050 (en miles y porcentaje)	14
Gráfica 4. Pirámides de población de México por edad y sexo. 1970, 1990, 2010, 2020. (porcentaje)	15
Gráfica 5. México: Relación de dependencia de la vejez (65 años o más / 15-64 años), 1950-2050 (porcentaje).....	17
Gráfica 6. México: proporción y proyecciones de personas mayores por grupos de edad, según población total de ambos sexos 1950-2050 (porcentajes).....	18
Gráfica 7. México: Tasas de mortalidad por principales causas de mortalidad en personas de 65 y más años, ambos sexos de 2010 a 2018 (porcentajes)	22
Gráfica 8. México: Personas con discapacidad por grupos de edad y sexo, 2018 (porcentajes).....	23
Gráfica 9. Composición etaria de los hogares, según presencia de personas de 65 años o más, por grupos de edad, México, 2018 (porcentaje)	28
Gráfica 10. México: Población de 60 años y más sin ingresos propios, 2000, 2010 y 2018 (porcentaje) ..	31
Gráfica 11. México: Cobertura en servicios de salud de la población de 60 años y más por tipo de seguro, 2015 y 2018.....	32
Gráfica 12. Pirámide poblacional de personas de 75 años y más y con autonomía limitada para realizar ABVD (porcentajes).....	88
Gráfica 13. Años de estudio de las personas de 75 y más años con autonomía limitada en ABVD (porcentaje).....	90
Gráfica 14. Condiciones de vivienda de la población de 75 años y más con autonomía física limitada en ABVD (porcentaje)	91
Gráfica 15. Personas de 75 años y más con autonomía limitada en ABVD con enfermedades crónico- degenerativas y otros padecimientos por sexo (porcentaje).....	92
Gráfica 16. Pirámide poblacional de personas de 75 años y más y con autonomía limitada en AIVD (porcentajes).....	94
Gráfica 17. Años de estudio de las personas de 75 y más años con autonomía limitada en AIVD (porcentaje)	95
Gráfica 18. Condiciones de vivienda de las personas de 75 años y más con autonomía limitada en AIVD por sexo (porcentaje).....	96
Gráfica 19. Servicios de vivienda con las que cuentan las personas de 75 años y más con autonomía física limitada en AIVD (porcentaje).....	97



Gráfica 20. Personas de 75 años y más con autonomía limitada en AIVD con enfermedades crónico-degenerativas y otros padecimientos por sexo (porcentaje).....97

Índice de cuadros

Cuadro 1. México: Esperanza de vida al nacer y esperanza de vida saludable, al nacer y a los 65 años, ambos sexos, 1990-2017 (años de vida).....20

Cuadro 2. Personas con dificultades para realizar AVC, por edad y sexo en 2018 (porcentaje)24

Cuadro 3. México: Distribución de la población de 65 años y más, por sexo según condición de actividad, 2018 (porcentaje).....29

Cuadro 4. Población de 65 y más años, según tipo de pensión recibida por sexo, 2018 (porcentaje)30

Cuadro 5. Principales escalas de valoración de las AVD.....60

Cuadro 6. Personas de 75 años y más con dificultades para realizar ABVD (porcentaje).....89

Cuadro 7. Situación conyugal de las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en ABVD, ambos sexos (porcentaje)90

Cuadro 8. Autopercepción de la salud reportada por las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en ABVD por sexo (porcentaje).....92

Cuadro 9. Estado emocional de las personas de 75 y más años con autonomía limitada en ABVD (porcentaje).....93

Cuadro 10. Personas de 75 años y más con dificultades para realizar AIVD (porcentaje)94

Cuadro 11. Situación conyugal de las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en AIVD, ambos sexos (porcentaje)95

Cuadro 12. Autopercepción de la salud reportada por las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en ABVD por sexo (porcentaje).....98

Cuadro 13. Estado emocional de las personas de 75 y más años con autonomía limitada en AIVD (porcentaje).....98

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables sobre las ABVD y AIVD.....79

Tabla 2. Autonomía física para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)79

Tabla 3. Autonomía física para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)79

Tabla 4. Operacionalización de las variables independientes83

Tabla 5. Modelo de regresión logística, variable dependiente: Autonomía física en ABVD, de personas de 75 años y más.100



Tabla 6. Modelo de regresión logística, variable dependiente: Autonomía física en AIVD, de personas de 75 años y más.	105
--	-----

Índice de anexos

Anexo 1. Pruebas de asociación chi cuadrada, entre variables explicativas y la autonomía física en ABVD	137
Anexo 2. Pruebas de asociación chi cuadrada, entre variables explicativas y la autonomía física en ABVD	138

Introducción

La población mexicana experimenta un proceso acelerado de envejecimiento, producto de diversas transformaciones económicas, políticas y sociales que se han venido desarrollando desde las primeras décadas del siglo XX. Estas transformaciones han impactado fuertemente en los cambios del comportamiento demográfico y epidemiológico de la sociedad mexicana. Entre ellos se destacan: la disminución de la mortalidad en edades tempranas, la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Esto ha generado un importante incremento proporcional de personas en edades avanzadas con respecto a grupos de edad más jóvenes.

Sin duda, el incremento proporcional de personas adultas mayores es resultado de importantes avances civilizatorios (Naciones Unidas, 2003); no obstante, es un fenómeno que ha despertado preocupación por la velocidad y los niveles alcanzados, pero principalmente por las proyecciones que se estiman. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018) en 1990 residían en México 3.3 millones de personas de 65 y más años. En el año 2010 la cifra ascendió a 6.9 millones de personas, por lo que se presentó un incremento de 2.7% respecto al total de la población. Esto es, de 6.2% al 9% de la población total del país.

En México el envejecimiento aún no es un fenómeno predominante; sin embargo, el incremento que se ha generado de personas mayores en las últimas tres décadas ha puesto de manifiesto, en primer lugar, la actual ausencia de respuestas públicas, privadas y sociales adecuadas para atender necesidades de las personas mayores. En segundo lugar, la importancia de comenzar a preparar la infraestructura de servicios propios que requiere la población envejecida (Ham Chande, 2003; Villagómez, 2009; Klein, 2018).

La probabilidad de que las personas lleguen a edades avanzadas es alta. En los últimos años se ha incrementado de manera importante la proporción de adultos mayores que alcanzan edades superiores a los 75 años, con un mayor riesgo de presentar enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas, discapacidad y deterioro físico y mental que limitan la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana (AVC). Esto, aunado a la débil respuesta institucional y de los diversos actores sociales para garantizar la satisfacción de sus necesidades, genera un entorno adverso para el ejercicio pleno de la autonomía de las personas mayores.

La expansión de la vejez a todos los sectores sociales es un logro gigantesco y es importante dado que comienza a establecerse en la sociedad mexicana como una de las etapas más largas del ciclo de vida. Este avance civilizatorio obliga a abandonar las nociones actuales sobre la vejez e impulsa hacia un cambio de paradigma en el que las personas mayores ocupen un papel activo en el ámbito político, económico y cultural, en el que se valoricen sus capacidades y se permita la consolidación de los lazos intergeneracionales en los distintos espacios en la sociedad. A la vez, “asumir el nuevo rostro de la vejez y, especialmente reconocer la preservación de la autonomía como el principal objetivo” (Gutiérrez, 2013, p. 34).

El término autonomía se ha usado para referirse a “la ausencia de dependencia” (MTAS, 2005, p. 21); no obstante, este concepto trasciende la concepción de dependencia funcional. La autonomía de las personas mayores constituye un derecho humano reconocido en el orden público internacional, “se define como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de llevar a cabo las AVD” (Herrera-Molina, Muñoz-Mayorga, Martín-Galán y Cid-Gala, 2011, p. 148). El concepto de autonomía distingue dos dimensiones: la autonomía moral o la capacidad de decisión racional y la autonomía fáctica o física que implica la capacidad de ejecución, principal objeto de este trabajo.

A diferencia de otros grupos de edad a los que se les provee las condiciones para potenciar su autonomía, las personas mayores experimentan un proceso de despojo de la autonomía, derivado por el papel que desempeñan en el ámbito de la reproducción material de la sociedad, que condiciona los estereotipos y la visión negativa de la vejez, así como la ausencia de instituciones y acciones que potencien las capacidades de las personas para garantizar la autonomía personal. Si bien, en los últimos años se han consolidado un conjunto de instrumentos, marcos jurídicos e instituciones que aspiran a garantizar la autonomía personal de las personas mayores, estas aspiraciones han tenido dificultades para materializarse en la realidad de las personas mayores.

La autonomía física se presenta como una de las dimensiones de la autonomía personal, junto con la autonomía moral. La autonomía física, que está relacionada con las capacidades motoras y sensoriales, toma en consideración las características del entorno que inciden en las

personas para actuar y facilitar su propia vida. A través del ejercicio de la autonomía física se materializa la capacidad de tomar decisiones correspondientes a la autonomía moral.

En suma, la pérdida de autonomía física en la vejez es problemática porque limita la capacidad de decidir sin coacción externa, de realizar actividades de la vida cotidiana (AVC) que les permita interrelacionarse con su entorno y vivir con independencia el mayor tiempo posible. Asimismo, revela una débil relación entre los derechos y las responsabilidades institucionales con las necesidades que surgen con la vejez y potencian la posición social disminuida que tienen las personas mayores en la sociedad.

En ese sentido, en esta investigación se cuestiona, sin desestimar su importancia, el uso del concepto de la dependencia funcional, para trascender al uso del concepto autonomía física. Se pretende no solo transitar de un concepto a otro para estudiar un mismo fenómeno, el verdadero significado radica en una transformación en la perspectiva y el enfoque con el que se observa, estudia, analiza y se atienden los temas de la vejez y el envejecimiento en México.

Asimismo, se planteó el objetivo de aproximarse al estudio y al análisis de la autonomía física de las personas de 75 años y más, y la relación que guarda con factores demográficos, socioeconómicos, condiciones de salud y el estado emocional con base en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) del año 2018. Como punto de partida de la investigación se sostuvo el supuesto de que la autonomía física está condicionada no solamente por el avance de la edad o por la prevalencia de las enfermedades subyacentes, sino también por las características del entorno y las condiciones de vida en las que se desenvuelven, así como el estado de ánimo y la percepción de soledad que las personas mayores experimentan. Para ello se construyó la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuáles son los factores demográficos, socioeconómicos, del estado de salud y emocional que inciden en la pérdida de autonomía física de las personas que tienen 75 años y más en el año 2018?

Se parte de la posición de que la autonomía de las personas mayores supone una corresponsabilidad social, institucional e intergeneracional para atender las necesidades que surgen con la vejez. Asimismo, implica un cambio de concepción de la vejez, junto con la protección, garantía, promoción y respeto de los derechos de las personas mayores.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación documentan de manera sólida el supuesto planteado. Efectivamente en las personas mayores, a medida que avanza la edad cronológica, el riesgo de presentar autonomía física limitada en AVC aumenta de manera considerable. Asimismo, la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, principalmente la hipertensión, la diabetes, las enfermedades pulmonares, las afecciones cardíacas, el padecimiento de dolor y haber sufrido caídas, se presentan como las principales causas de la presencia de dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Sin embargo, los factores socioeconómicos, en especial los años de estudio, las condiciones y los servicios de vivienda operan de manera significativa a favor de la presencia de limitaciones en la autonomía física de las personas mayores. Esto demuestra que el fenómeno de estudio también depende de las características del entorno en el cual se ha desarrollado y se desarrolla la vida de las personas de edad avanzada. Por otra parte, es importante señalar que los síntomas positivos de depresión, y la percepción de soledad, se presentan como factores de riesgo que atentan contra la autonomía física de las personas de 75 años y más.

Este trabajo está estructurado en cuatro capítulos. En el primero se exponen distintos elementos que dibujan el contexto demográfico, epidemiológico, social y económico en el que se desarrolla el proceso de envejecimiento en México y, por supuesto, el objeto de investigación. En el segundo capítulo se describe el enfoque de dependencia funcional y se hace una descripción sobre la autonomía de las personas mayores, con énfasis en las bases teórico-conceptuales fundamentadas en el enfoque de derechos humanos y estudios que se concentran en el cambio de paradigma en el estudio de la vejez y del envejecimiento. Se realiza también una breve discusión crítica y, finalmente se presentan algunos factores asociados con la autonomía física identificadas por investigadoras/es de diversas disciplinas.

En el capítulo tercero se presenta la estrategia metodológica que guía este estudio sobre la autonomía física de las personas de 75 años y más, en el que se muestra el planteamiento del problema, los objetivos, la hipótesis, la fuente de información, la población objetivo y la técnica estadística que se usó para la realización de este trabajo.

En el cuarto capítulo se hace un análisis de los resultados, el cual se compone del análisis descriptivo, de las personas que presentan limitaciones en la autonomía física en las ABVD y en AIVD. Asimismo, con la aplicación del modelo de regresión logística se presentan las variables asociadas a los distintos niveles de la autonomía física.

Las conclusiones y reflexiones finales constituyen el último capítulo. En ellas se articula una síntesis analítica de la discusión conceptual, los hallazgos de la investigación en función de la perspectiva adoptada y un conjunto de recomendaciones orientadas a fortalecer la autonomía física de las personas mayores, basadas en los resultados obtenidos y temas para futuras investigaciones.

Finalmente, es importante mencionar que este estudio se concentra en las condiciones de las personas mayores hasta el año 2018, previo al cambio de gobierno y a la presencia de la pandemia por la COVID-19. A partir del año 2019 en el gobierno encabezado por el presidente Andrés Manuel López Obrador (2018-2024), se han generado modificaciones en la política pública de atención a las personas mayores, entre los que destaca la Pensión Universal para las Personas Adultas Mayores, y la reforma al artículo cuarto de la Constitución de la Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), que establece que *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*. Aún no se sabe el impacto que han tenido estas medidas adoptadas en el bienestar de las personas mayores, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19. Sin embargo, se puede aseverar que son medidas de alto calado que han permitido afrontar en buena medida los problemas económicos, sociales y las dificultades en la salud que el coronavirus ha impuesto.

Por otra parte, la pandemia por la COVID-19 ha hecho evidente la condición de vulnerabilidad social y económica en la que se encuentran las personas mayores en México, dado que las personas de 60 años y más ha sido el grupo poblacional más afectado tanto por el número de contagios como de defunciones. Asimismo, se ha hecho relevante que las familias son las principales encargadas de los cuidados desde la aparición de los síntomas hasta la recuperación o fallecimiento de las personas afectadas por el coronavirus. Los cuidados generalmente se realizan sin conocimiento, ni capacitación previa y con escasos recursos económicos lo que ha generado diversas consecuencias como el incremento de los contagios, el deterioro acelerado de

las personas afectadas y consecuencias adversas en la economía familiar derivado de los costos que implica el tratamiento.

En ese contexto, se revela la importancia que tiene el diseño, implementación, ejecución y evaluación de la política social integral de las personas mayores orientada a promover, garantizar, proteger y respetar sus derechos humanos, con enfoque de ciclo de vida y de género, con la finalidad de asegurar una vejez saludable, digna, en autonomía y con bienestar el mayor tiempo posible. Asimismo, se evidenció la urgencia de la creación de un Sistema Nacional de Cuidados, se considera que, de haber existido un aparato institucional de cuidados integrales de corto y largo plazo, las afectaciones por el coronavirus a la población de edad avanzada y para sus familias hubiesen sido de menor impacto.

Capítulo 1. Envejecimiento poblacional en México

México experimenta un proceso de envejecimiento poblacional acelerado que ha ido produciendo cambios paulatinos y cada vez más profundos en la sociedad mexicana. En las próximas décadas el número de personas que alcancen edades superiores a los 60 años seguirá aumentando. Esto es un fenómeno demográfico complejo que se ha venido desarrollando desde las primeras décadas del siglo XX, no se caracteriza por ser un proceso homogéneo ni uniforme, todo lo contrario, es territorialmente diferenciado, con múltiples aristas y que por su complejidad ha llamado la atención de la academia, del área médica y es producto de debates en el ámbito político y económico.

Mucho han hecho los estudios de población en dilucidar las causas, el comportamiento y las consecuencias, en los diversos niveles de la sociedad, que el envejecimiento y la vejez provocan. Hoy se tiene la certeza de que este fenómeno demográfico se encuentra influenciado por factores políticos, sociales, culturales y económicos. Además, de que es producto de un avance civilizatorio sin precedentes que se ha extendido a nivel mundial.

Asimismo, se sabe que el envejecimiento poblacional es producto de las transiciones demográficas y epidemiológicas que comenzaron a generarse el siglo pasado, mismas que no se hubieran materializado sin la existencia de las políticas de población, las innovaciones médicas y las políticas de corte redistributivo implementadas durante la segunda mitad del siglo XX en México.

El aumento de la población en edad avanzada está cambiando el rostro de la sociedad mexicana, y con ello han cambiado los desafíos sociales, políticos, económicos y culturales que el envejecimiento impone. Cada vez más personas mayores, forman parte del trabajo remunerado y no remunerado, cohabitan viviendas con generaciones más jóvenes, desempeñan un papel preponderante en el funcionamiento familiar, participan activamente a nivel comunitario y demandan con mayor fuerza el cumplimiento de sus derechos humanos, abandonando el rol pasivo de personas dependientes para defender su autonomía.

Este capítulo tiene el objetivo de contextualizar el objeto de la investigación a través de la descripción del proceso de envejecimiento poblacional que se ha venido desarrollando en México y las proyecciones que se estiman. Con la finalidad de identificar a este proceso demográfico

como producto de un conjunto de elementos históricos en el que confluyen decisiones políticas, económicas y sociales para darle forma al envejecimiento que experimenta el país. Por otra parte, se presenta la situación de salud y las condiciones socioeconómicas de las personas mayores, para lo cual se recurren a diferentes fuentes de información estadística.

La exposición se centra en los aspectos que se consideraron relevantes para comprender la autonomía de las personas mayores en sus diversas dimensiones (moral y factica). Se hace referencia a las estimaciones que ponen en evidencia que el incremento proporcional de las personas mayores no dejará de crecer, al envejecimiento dentro del envejecimiento, a las principales causas de muerte de las personas mayores, a la disparidad entre la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida saludable, las necesidades de cuidado, las principales características socioeconómicas de las personas mayores, entre otras.

1.1. Panorama demográfico del envejecimiento en México

La transición demográfica es el proceso mediante el cual las poblaciones pasan de un estado inicial de alta fecundidad, elevada mortalidad y juventud a otro de menor fecundidad, mortalidad más baja y envejecimiento (Lee y Donehower, 2010), es ocasionada por el desequilibrio entre las tasas de natalidad y mortalidad. A la disminución de la mortalidad generalmente le sigue una disminución en la natalidad, provocando cambios en la tasa de crecimiento (Livi-Bacci, 1993). Uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido incremento de la población en edades avanzadas.

Por un lado, la transición demográfica es concebida como el paso de niveles altos de mortalidad y natalidad a niveles bajos o controlados (Partida, 1999). Por otra parte, el descenso de la mortalidad deriva en la prolongación de la supervivencia, lo que origina que cada vez más personas lleguen con vida a edades superiores a los 60 años. Este descenso propicia la reducción paulatina de las personas menores de 15 años con respecto a la población en edades avanzadas, lo cual transforma la distribución por edades de la población, pasando de una población joven a una población de mayor edad.

Por su parte, la transición epidemiológica, se concibe como un proceso en el cual los patrones de salud y enfermedades de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica. Estos

cambios, naturalmente, suceden a través del tiempo. Con relación al envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica se expresa como la disminución de las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte, para ceder a las enfermedades crónico-degenerativas, lesiones y el incremento proporcional de personas de edad avanzada con deficiencias o limitaciones en la realización de actividades de la vida cotidiana (AVC) (González y Ham-Chande, 2007; Gutierrez y López, 2012).

A lo largo del siglo XX y a inicios del siglo XXI México ha experimentado importantes cambios demográficos y epidemiológicos que se manifiestan en la notable disminución de la mortalidad y la fecundidad, la transformación de los patrones demográficos de las enfermedades, el incremento de la esperanza de vida al nacer, los cambios en la estructura poblacional, la distribución regional de la población, así como la reconfiguración de las dinámicas familiares y de los arreglos residenciales.

El desarrollo de estos fenómenos demográficos y epidemiológicos, son la expresión de un progreso civilizatorio importante que se ha generado paralelamente en un contexto de transformaciones institucionales, económicas, sociales y culturales. Esta combinación de elementos complejos genera como resultado que la población entre los grupos de edad avanzada están creciendo más rápidamente que el grupo de los jóvenes, generando cambios importantes en las causas de enfermedades –transición epidemiológica– y cambios en la demanda de servicios de salud y cuidados.

1.1.1. Ganancia en años de vida

En México los niveles de mortalidad comienzan a presentar signos de disminución a partir de la década de 1930, después de atravesar la crisis demográfica de principios del siglo XX, generada por la lucha armada de la Revolución de 1910, la epidemia española de 1918 y la inestabilidad social y económica posrevolucionaria. La reducción de la mortalidad se acelera de tal manera que, en tres décadas, se registran progresos en la esperanza de vida comparables a los que se necesitó más de un siglo en Europa (Chesnais, 1986).

Al igual que los países desarrollados, el inicio de la transición demográfica en México estuvo ligado al descenso de la mortalidad. Sin embargo, en México, a diferencia de Europa, la caída de la mortalidad se inició con el descenso de la mortalidad infantil. Esto se debió, por un

lado, a la implementación de acciones de gobierno y políticas públicas en el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas (1934-1940) (García-Guerrero, 2014). A su vez, el incremento de la escolarización de las mujeres en todas las edades, el acceso a servicios de salud incluso antes del nacimiento y mejoras en las condiciones socioeconómicas repercutieron en la salud infantil y por lo tanto en la reducción de la mortalidad. El descenso acelerado de la mortalidad se debió principalmente a las intensas transformaciones socioeconómicas y culturales, al reordenamiento del Estado, al establecimiento de las instituciones de salud, y la seguridad social, la expansión de los servicios educativos y la infraestructura sanitaria (Partida, 2005).

En los años posteriores a 1940¹ se llevaron a cabo campañas de vacunación y de erradicación del paludismo y tuberculosis, se construyeron redes de agua potable y alcantarillado. Asimismo, se creó en 1942 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1943 el Departamento de Salud en la Secretaría de Salud (DSS) y en 1959 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Este desarrollo institucional produjo la ampliación en la cobertura de atención médica en diversos niveles de atención y protección social (Solís-Manjarez, 1994; Partida, 2005; Zavala-Cosío, 2014; Murayama y Ruesga, 2016).

La instauración de una red de servicios de salud pública y protección social abrieron paso a la consolidación de los avances de la tecnología médica, tales como vacunas, antibióticos y acceso a equipo médico sofisticado, los cuales permitieron cambios en los niveles de mortalidad en un periodo de tiempo esencialmente corto.²

Ese contexto fue propicio para que la disminución de la mortalidad se extendiera a los diferentes grupos de edad, provocando, incrementos importantes en la esperanza de vida.³ Las

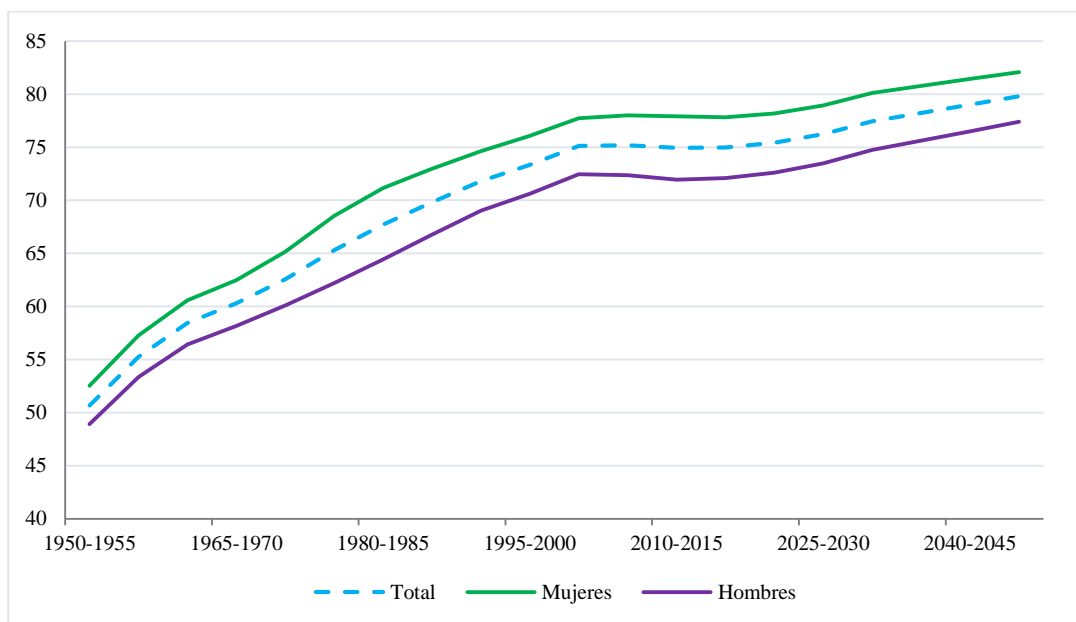
¹ En los primeros años de 1940, inicia la generación de un proceso de consolidación y cambios institucionales (Solís-Manjarez, 1994), que tuvo como sello distintivo un fuerte impulso de los principios rectores de la Constitución de 1917, en los que se consolidaron, entre otras, las demandas por la salud y sistemas de asistencia pública que asegurará condiciones para una vida digna y mecanismos de asignación de bienestar, que estuvo presente en las luchas sociales del México de finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

² En algunos países de Europa el proceso de transición demográfica demoró cerca de un siglo para pasar de la etapa de alta mortalidad y fecundidad hacia la etapa de niveles bajos y controlados. A su vez en algunos países de América Latina, entre ellos México, la mortalidad comienza a disminuir entre la década de 1940 y 1950, y el pasó de una etapa a otra etapa se desarrolló en un periodo aproximado de 50 años, seguido por la disminución de la fecundidad a partir de la década de 1970 (Gomes, 2009).

³ La esperanza de vida al nacer se define como el número de años que se espera que viva una persona. Es una herramienta demográfica que da indicios acerca de la situación de una población en su territorio, al estar ligada a sus condiciones físicas, sociales y culturales (Bistrain, 2015). Este indicador demográfico permite la identificación

transformaciones políticas, socioeconómicas y culturales, el mejoramiento de las condiciones de vida, el aumento de la población urbana, el mayor nivel educativo y la disponibilidad de tecnología sanitaria, resultó en un avance importante en el control de enfermedades infecciosas, parásitarias, así como de las afecciones maternas, perinatales y nutricionales (Marichara, 2011).

Gráfica 1. Esperanza de vida al nacer por sexo de México de 1950 a 2050 (años de vida)



Fuente: Elaboración propia con datos de Naciones Unidas (2020). “Perspectiva de la población mundial 2019”. Nueva York, División de Población.

De acuerdo con las estimaciones de las Naciones Unidas (2020), la esperanza de vida al nacer de la población mexicana aumentó de 50 años en 1950 a 75 años en 2019; 77 años para mujeres y 72 años para hombres. Según las proyecciones realizadas por las Naciones Unidas, la esperanza de vida aumentará de 75 años en 2020 a 80.5 en el 2050, 82.7 años para mujeres y 78.3 años para hombres (Gráfica 1). Los avances de la esperanza de vida se han dado a nivel nacional, sin embargo, aún persisten diferencias significativas en las distintas regiones del país, que se asocian con las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas.

El cambio epidemiológico benefició sobre todo a la población más joven, las mujeres y niños, lo que implicó significativos cambios demográficos, en particular en el importante

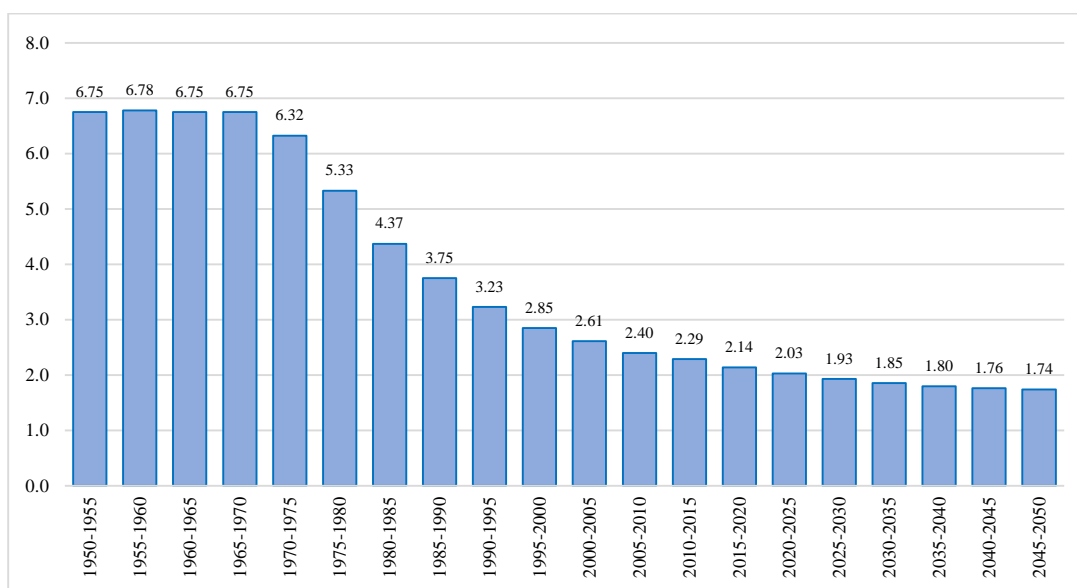
temporal de los cambios en los años promedio de vida. Asimismo, su comportamiento depende de la estructura etaria de la población, así como de las condiciones de salud y del contexto.

aumento de la esperanza de vida al nacer, explicado en principio por el descenso de la mortalidad infantil y posteriormente por la caída de la mortalidad en otras edades (Huenchuan, 2018).

1.1.2. Disminución en las tasas de fecundidad

Otra pieza clave del cambio demográfico de las últimas décadas es el marcado descenso en las tasas de fecundidad. La fecundidad es un término que hace referencia a los nacimientos en tanto su contribución al crecimiento, estructura y distribución de la población; y a sus progenitores, sobre todo con la madre, su estudio permite analizar a la conducta reproductiva del ser humano en distintas sociedades y a través del tiempo.

Gráfica 2. México: Tasas de fecundidad estimada y proyectada de 1950 a 2050 (número de hijos por mujer)



Fuente: Elaboración propia con datos de Naciones Unidas (2020). “Perspectiva de la población mundial 2019”. Nueva York, División de Población.

La caída de la fecundidad fue una de las principales características de la transformación demográfica en México en la segunda mitad del siglo XX. México pasó de tasas de fecundidad muy altas de 6.7 hijos por mujer en el período de 1950 a 1955, a 2.1 hijos por mujer en el periodo de 2010 a 2015 (Gráfica 2). Esta profunda transformación sociodemográfica responde a diversos factores. Uno de ellos es el incremento relativamente sostenido del producto per cápita hasta comienzos de la década de 1970, que influyó en las grandes modificaciones sociales, como la ampliación de los estratos medios y asalariados, la extensión de la escolaridad y una veloz

urbanización. Los cambios en la estructura económica y social nuevos arreglos culturales, que a su vez, contribuyeron a la adopción de pautas de comportamiento reproductivo compatibles con un ideal de familia de tamaño más reducido, aspiración facilitada por la disponibilidad de procedimiento anticonceptivos (Huenchuan, 2018).

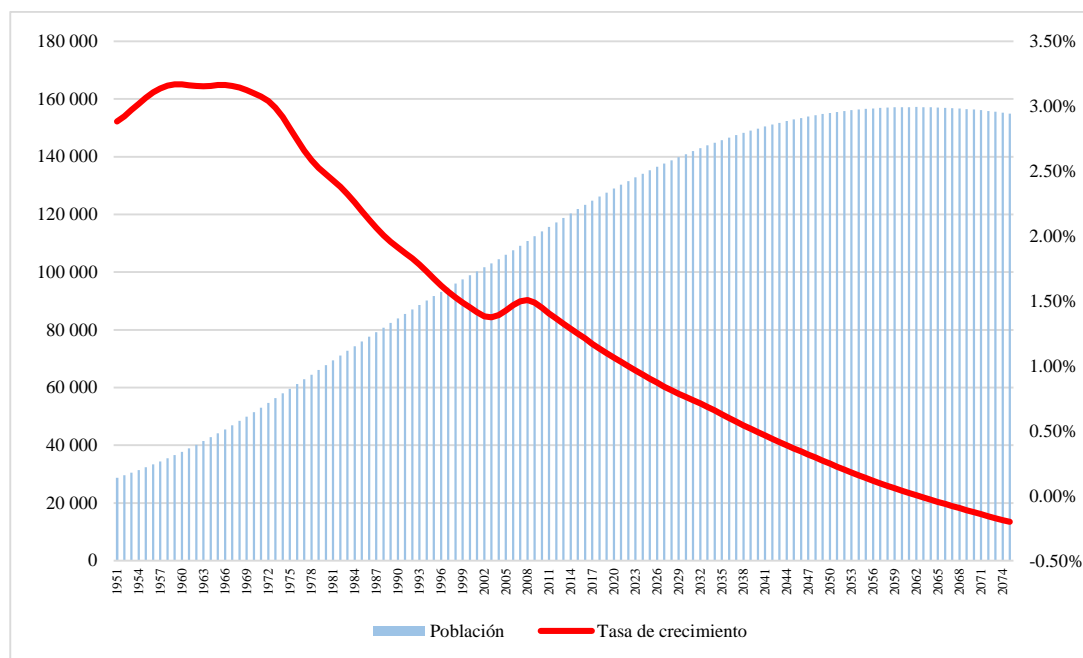
De acuerdo con Zavala-Cosío (2014), a partir de 1937 en México cambiaron los patrones de fecundidad. Empezaron a ampliarse las diferencias entre la fecundidad rural y la urbana. En la década de 1960 las mujeres escolarizadas y de las grandes ciudades comienzan a controlar sus vidas reproductivas. En las zonas menos desarrolladas del país, entre las mujeres menos educadas, es donde no cambiaron tanto los modelos familiares tradicionales y las desigualdades sociales y de género.

En la década de 1970 se establece la constitucionalidad de la política de población, que definió como objetivo limitar el crecimiento de la población al 1 por ciento para el final del siglo XX. En ese sentido, se concentraron acciones de reclutamiento a personal médico, y en el sector salud, en la distribución y fomento al uso de métodos anticonceptivos como píldoras hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU) y la realización de esterilaciones femeninas (en algunos casos sin consentimiento de las mujeres atendidas). Las acciones gubernamentales de control de natalidad mostraron signos de eficiencia, que se vieron fortalecidas por los nuevos contextos sociales, económicos y culturales entre los que destacan la incursión de las mujeres al trabajo remunerado.

El programa Nacional de Planificación Familiar, aplicado a partir de 1977, difundió los métodos modernos de anticoncepción entre los grupos sociales, lo que no hubieran cambiado tan masivamente sus comportamientos reproductivos si no hubieran existido el programa con lo cual se extiende la reducción de la fecundidad en todo el país (Zavala-Cosío, 2014, pág. 95).

El descenso de la fecundidad en México a partir de la década de 1960 implicó una considerable reducción del crecimiento poblacional. México contaba en 1960 con una población aproximada de 37.8 millones de habitantes, en el año 2015 contabilizaron 121.8 millones de habitantes, con un crecimiento medio anual de 2.17%. Se espera que la población continúe creciendo en términos absolutos hasta alcanzar un máximo de 157.2 millones de habitantes en 2062, para después comenzar a decrecer (Gráfica 3).

Gráfica 3. México: Crecimiento poblacional de México de 1950 a 2050 (en miles y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con datos de Naciones Unidas (2020). “Perspectiva de la población mundial 2019”. Nueva York, División de Población.

Los efectos de la transición demográfica pueden apreciarse desde dos perspectivas diferentes: la de las personas y la de las poblaciones. Si el análisis se centra en las personas, el principal efecto es el de la mayor sobrevivencia derivada de la reducción de la mortalidad; las principales consecuencias para la población son la reducción del crecimiento poblacional y la transformación de la estructura etaria, que implica el paso de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de éstas a sociedades envejecidas (Huenchuan, 2018).⁴

1.1.3. Cambios en la estructura poblacional

Los cambios antes descritos han provocado un proceso paulatino de envejecimiento poblacional. De acuerdo con las estimaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2017), en el año 1970, la población de 60 y más años representaba en México el 5.7% de la población total, es decir que en una población con 51.5 millones de habitantes, 2.9 millones eran

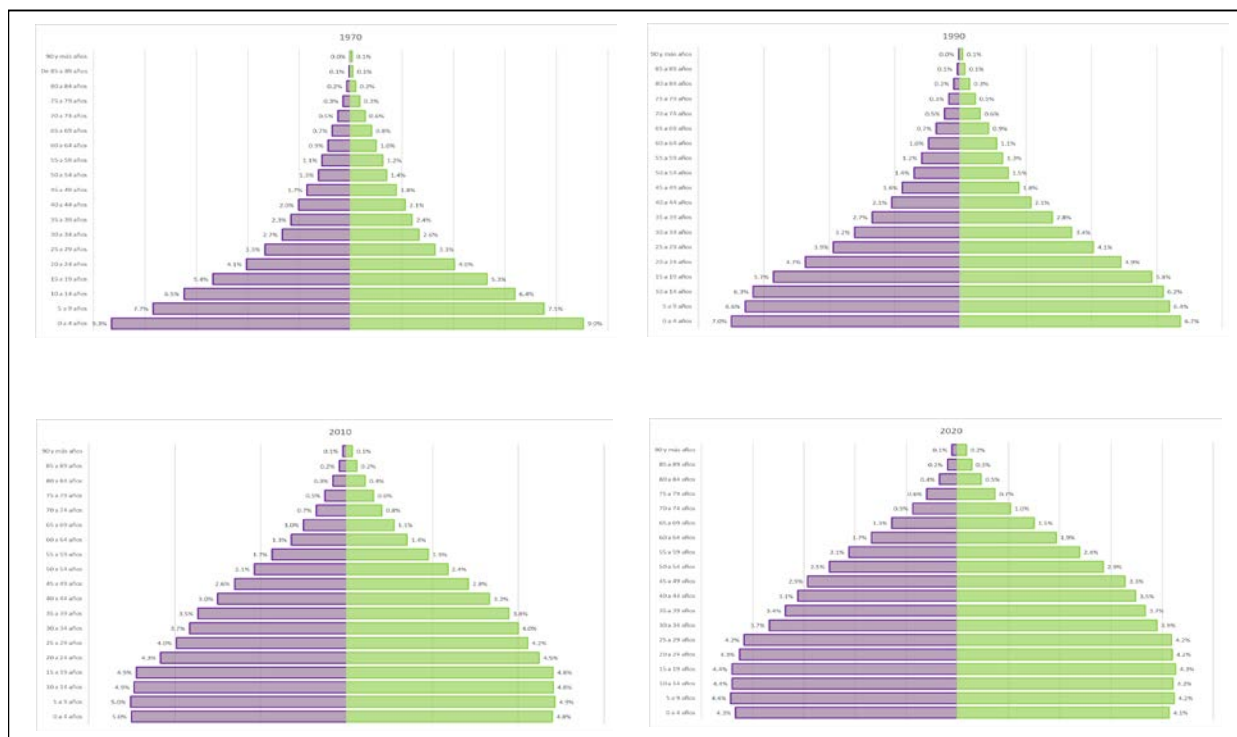
⁴ Es importante hacer notar que los principales cambios en los niveles de mortalidad y en el comportamiento reproductivo de la sociedad mexicana, que resultó en importantes transformaciones en la estructura de la población, y que en la actualidad tiene una importante incidencia en el ámbito económico, político, social y cultura, son el efecto de una fuerte implementación de políticas de población y transformaciones en el aparato gubernamental e institucional que se desarrollaron en las décadas de 1940 a 1970.

personas mayores. A partir de 1990 se observa un incremento proporcional en los grupos de edad avanzada de la estructura poblacional alcanzando un 6.5% de la población total.

En la Gráfica 4, se observan cambios significativos en el año 2010 respecto a las décadas anteriores, con una población total de 114.3 millones de habitantes, aproximadamente 10 millones son personas mayores de 60 años, que representan el 9% de la población total. Sin embargo, es importante resaltar el anchamiento de la base de la pirámide poblacional, lo que indica que el número de personas entre los 5 a 9 años, es superior al número de personas de 0 a 4 años. Esto expresa una reducción en el número de nacimientos.

A su vez, se observa que los grupos de edad de 10 a 14 y de 15 a 19 años son similares a los primeros grupos. En el año 2020 estos cambios son más evidentes los grupos de edad jóvenes, son superiores al grupo de 4 a 9 años, y la población de 60 y más años representa el 10.6% de la población total que, con base en los criterios del UNFPA, la sociedad mexicana se encuentra en una etapa de envejecimiento moderado y en proceso acelerado de envejecimiento.

Gráfica 4. Pirámides de población de México por edad y sexo. 1970, 1990, 2010, 2020. (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con datos de Naciones Unidas (2020). “Perspectiva de la población mundial 2019”. Nueva York, División de Población.

El incremento proporcional de personas mayores aumentará debido a que en las siguientes décadas las generaciones nacidas entre 1950 y 1960, caracterizadas por presentar menores tasas de fecundidad y una mayor esperanza de vida, están ingresando al grupo de 60 años y más (Zúñiga y Vega, 2004, p. 22). En ese sentido, de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2020), se espera que en 2050 la población total será de 148.2 millones de personas, de las cuales 24.9 millones de personas, es decir el 16.8%, se encontrarán en el grupo de edad de 65 y más años, superior al número de niños y jóvenes menores de 15 años que será de 21.5 millones de personas, el 14.5% del total de la población del país.

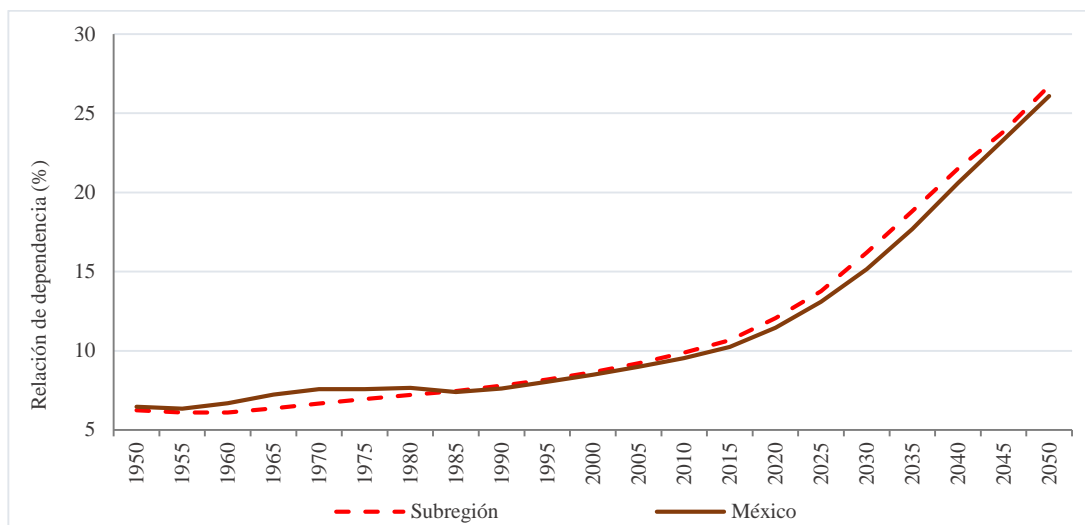
Ante este panorama las familias mexicanas experimentan fuertes transformaciones en su estructura y tamaño. Entre éstas la reducción del número de integrantes, la coexistencia de tres o más generaciones corresidentes y la diversificación de los arreglos familiares. Estos son sólo algunos de los factores a tomar en cuenta cuando se busca abordar el proceso de envejecimiento poblacional (Enríquez, 2014, p. 382).

1.1.4. La dependencia demográfica

A medida que avanza el proceso de envejecimiento de la población, las relaciones de dependencia de las personas mayores tienden a incrementarse. La dependencia demográfica permite dar cuenta del comportamiento de la relación de la población potencialmente dependiente y la potencialmente activa. La evolución de este indicador es una función relativamente directa de los cambios en la mortalidad, fertilidad y otros fenómenos demográficos como las migraciones. Las estimaciones y proyecciones de largo plazo en México reflejan un aumento significativo de la población de 65 años y más, en relación con la población de 15 a 64 años.

En México se ha experimentado un aumento significativo, en la relación de dependencia de la vejez. En la década de 1950 había 6.5 personas mayores de cada 100 personas activas (de 15 a 64 años). A partir de la década de 1970, se observa un comportamiento de crecimiento constante y acelerado. En el año 2020 se registran 11.4 personas mayores por cada 100 personas de 15 a 64 años. De seguir con ese comportamiento, los cambios serán significativos, según las proyecciones de las Naciones Unidas en el año 2050 se tendrán 26.1 personas dependientes por cada 100 personas activas.

Gráfica 5. México: Relación de dependencia de la vejez (65 años o más / 15-64 años), 1950-2050 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con datos de Naciones Unidas (2020). “Perspectiva de la población mundial 2019”. Nueva York, División de Población.

Esta tendencia demográfica se ha hecho presente en México de manera contundente en los ámbitos social, cultural y económico. De los principales efectos se tiene el aumento en los servicios de salud y atención médica especializada. Asimismo, se ha expresado en la presión en los sistemas de protección social contributivos y no contributivos, mismo que se han tenido que ajustar, ampliar y han sido materia de reformas estructurales de alto calado. Por otra parte, este fenómeno ha modificado la demanda y oferta de cuidados formales e informales, situación que ha hecho evidente la ausencia de instrumentos públicos que garanticen cuidados a las personas mayores y en consecuencia la sobrecarga de los cuidados a las familias, generando otras complicaciones sociales.

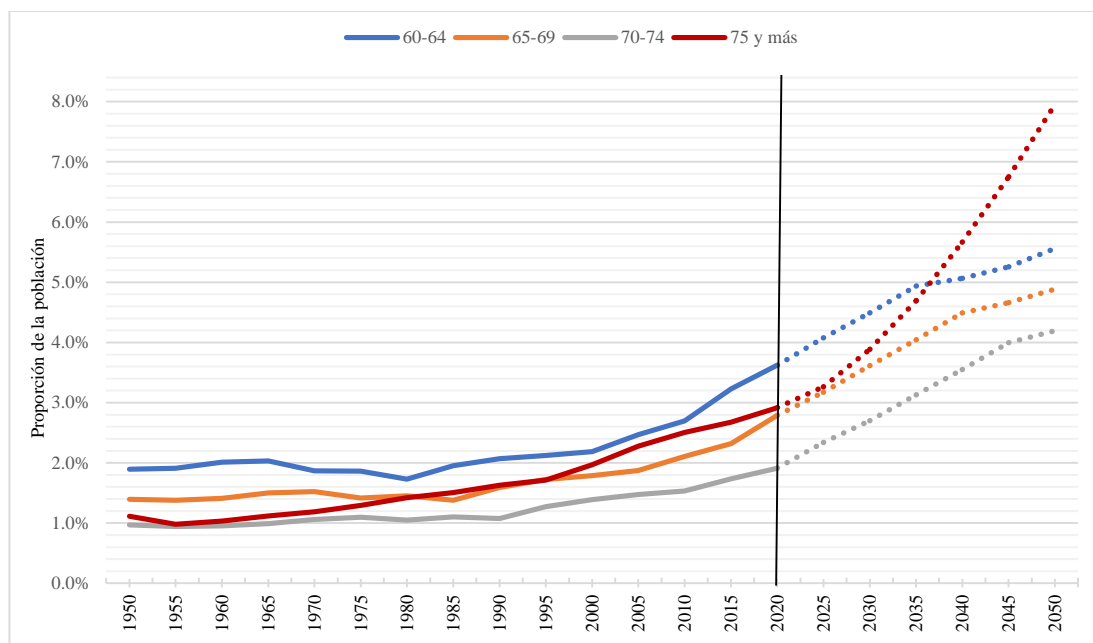
1.1.5. *Envejecimiento dentro del envejecimiento*

Otra tendencia vinculada al proceso de envejecimiento es el incremento de la población de 75 años y más, también denominado el proceso de envejecimiento dentro del envejecimiento. Gutiérrez y López (2012) describen tres grandes grupos, el grupo senior en el que se ubican las personas de 60 a 74 años; el grupo de viejos jóvenes entre los 75 y 84 años y los muy ancianos con 85 años y más. Esta subdivisión permite identificar las necesidades y diferencias especialmente en las condiciones sociodemográficas y de salud. Existen otras subdivisiones por grupos de edad de personas mayores, tales como el concepto de la cuarta edad propuesta por

Patricio Solís (1999) y se refiere los viejos entre los viejos, situados en una condición de dependencia final.

En México, este proceso se ha desarrollado de manera lenta con respecto al de la Unión Europea, sin embargo, se observa una tendencia creciente de personas con mayor edad dentro de las personas mayores. En 1950 la población de 75 años y más formada por unas 311 mil personas, representaba el 1.1% de la población total; en la actualidad este grupo poblacional está conformado por 3.7 millones de personas, representando el 2.9% de la población. Si bien México se encuentra en una etapa de envejecimiento moderado, de acuerdo con las proyecciones de población de las Naciones Unidas (2020), en el año 2035 la población de 75 años alcanzará al grupo de personas de 60 a 65 años y continuará aumentando su proporción sostenidamente (Gráfica 6).

Gráfica 6. México: proporción y proyecciones de personas mayores por grupos de edad, según población total de ambos sexos 1950-2050 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos de Naciones Unidas (2020). “Perspectiva de la población mundial 2019”. Nueva York, División de Población.

Como se mencionó antes, las tendencias señaladas ponen de relieve los posibles impactos sobre los sistemas de protección social, especialmente en los sistemas de salud y en los sistemas de cuidado, básicamente en cuidados de larga duración (Arroyo-Rueda, 2011; Rossel, 2016). Con

el incremento en términos absolutos y proporcionales de las personas mayores, se incrementan en forma significativa las necesidades y demandas de atención a la salud, cuidados, pensiones universales, servicios financieros y espacios urbanos adecuados que consideren a las personas mayores, así como otros instrumentos de protección social que permitan garantizar su autonomía.⁵

1.2. Situación de la salud y de los cuidados de las personas mayores.

En México a partir del inicio de la segunda mitad del siglo XX —en paralelo a la transición demográfica— comienza un proceso de transición epidemiológica, el cual se expresa en la disminución de las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte en grupos de edad jóvenes, para ceder a las enfermedades crónico-degenerativas, lesiones y discapacidad en personas en edades avanzadas.

El análisis poblacional estudiado a través de la transición epidemiológica permite identificar y caracterizar la heterogeneidad de las condiciones del envejecimiento individual. Asimismo, contribuye en visibilizar la incidencia del incremento de la esperanza de vida al nacer en el bienestar y en la salud de las personas mayores (Zetina, 1999). Es así como el proceso de envejecimiento en la actualidad y en contexto mexicano se reconoce como un avance hacia crecientes riesgos de enfermedad y discapacidad. Por otra parte, dado que los trastornos que se presentan en la edad avanzada tienden a ser de tipo crónico y progresivo, se puede identificar el nivel de demanda de servicios de salud, los cuales, en caso de no haberlos incrementan o complejizan los trastornos ya existentes (Arroyo, 2011).

Esta situación puede agudizarse si se considera que en México el perfil epidemiológico tiene características mixtas, que contrastan con las características experimentadas en países con mayor nivel de desarrollo. Esto se refiere a que las enfermedades infectocontagiosas aún representan un papel importante en la morbilidad y mortalidad entre las personas mayores. Asimismo, se considera que la coexistencia de un régimen epidemiológico que combina enfermedades crónicas degenerativas e infectocontagiosas tiene sus raíces en altos niveles de

⁵ De acuerdo con Cecilia Rossel (2016, p. 18), la forma en que estos impactos tendrán lugar dependerá de varios factores, entre ellos, la forma en que tiene lugar el proceso de envejecimiento y la posibilidad que tenga el país de asegurar los procesos de envejecimiento saludable.

pobreza, desnutrición, condiciones de las viviendas y falta de acceso a atención médica (González-González, Palloni y Wong, 2015).

Mucho se ha investigado sobre la diversidad y complejidad de los elementos que determinan el estado de salud de las personas mayores; se ha identificado que influyen condiciones individuales relacionadas con los hábitos, prácticas sociales y culturales. A su vez, el ambiente, las condiciones de vida y determinados bienes y servicios a los cuales tuvieron acceso a lo largo su vida.

Como ya se mencionó previamente, el concepto de envejecimiento permite explicar dos procesos distintos pero relacionados entre sí; por un lado, a nivel poblacional es definido como el incremento en la proporción de personas mayores con respecto al resto de la población (Partida, 2005); por otra parte, se encuentra el envejecimiento individual que se define como un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida e implica cambios a nivel biológico, fisiológico, psicosocial y de distintas consecuencias asociadas a interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.

El proceso de envejecimiento, en cualquiera de sus dimensiones, se reconoce como un avance hacia crecientes riesgos de enfermedad y discapacidad, derivado de la relación desigual entre la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida saludable, las condiciones socioeconómicas, y los instrumentos de protección social con los cuales cuenta una sociedad, específicamente al acceso a los servicios de salud y la tecnología sanitaria (Zetina, 1999).

Cuadro 1. México: Esperanza de vida al nacer y esperanza de vida saludable, al nacer y a los 65 años, ambos sexos, 1990-2017 (años de vida)

Esperanza de vida a los 65 años				Esperanza de vida saludable a los 65 años			
1990		2017		1990		2017	
Al nacer	A los 65 años	Al nacer	A los 65 años	Al nacer	A los 65 años	Al nacer	A los 65 años
71.4	16.8	75.5	18.2	62.8	12.7	66.2	13.8

Fuente: Global Health Data Exchange, GHDx, (2020), " Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017). Repositorio de datos y, Institute for Health Assessment Measurement, Seattle.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado de manera significativa en los últimos treinta años; no obstante, la esperanza de vida saludable no ha aumentado de la misma manera. En el Cuadro 1.1 se observa la diferencia en los cambios entre una y otra. En 1990 la esperanza de

vida a los 65 años era de 16.8 años, para 2017 aumentó a 18.2 años. Por otra parte la esperanza de vida saludable en 1990 era de 12.7 años, y en 2017 aumentó a 13.8 años. Basándonos en dicha información, tenemos que es probable que las personas que alcanzaron edades superiores a los 65 años en el año 2017 experimenten 4.4 años de su vida con una carga importante de enfermedades crónicas, degenerativas e infecciosas, con dificultades para la realización de actividades de la vida cotidiana (AVC) o discapacidad.

1.2.1. Principales causas de muerte de las personas mayores en México

Las enfermedades crónico-degenerativas son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud, debido al gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general. Además, son la causa más frecuente de pérdida de autonomía física y discapacidad e implican una gran complejidad y un costo elevado de su tratamiento (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez, Lara-Esqueda, 2008).

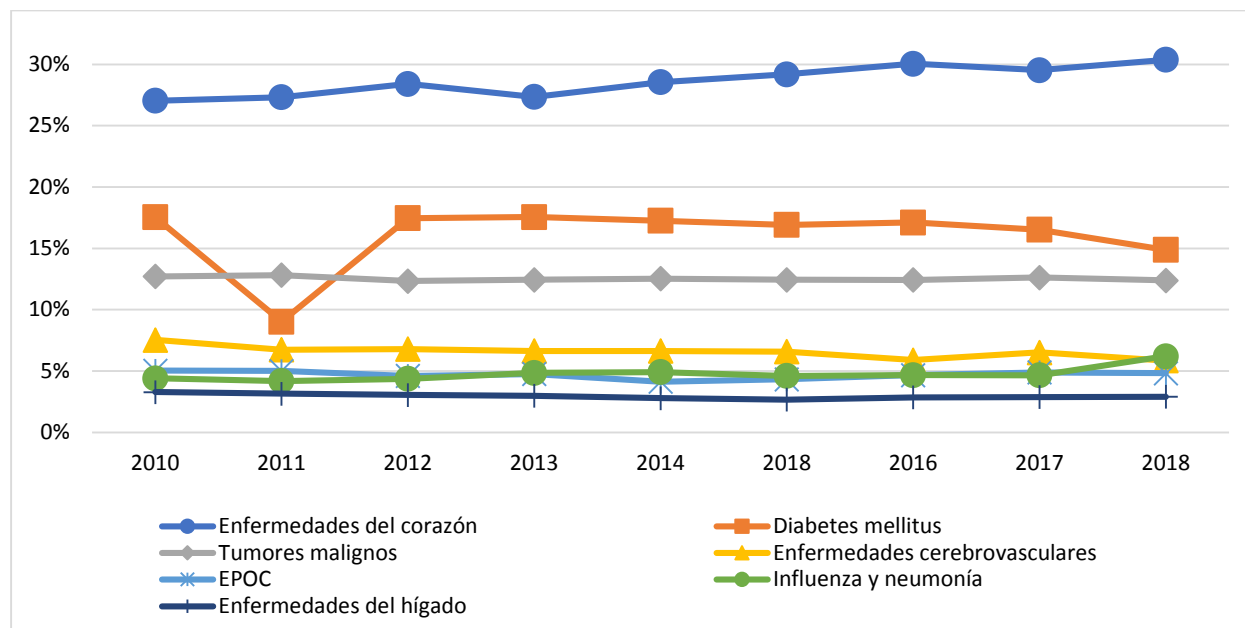
Las enfermedades crónico-degenerativas se definen como trastornos orgánicos que obligan a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tienden a persistir a lo largo de su vida (Vinaccia y Orozco, 2005). Estas enfermedades son incurables, por tanto, tienden a mermar la salud de los individuos progresivamente hasta la muerte (Estrada, 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo y, en edades avanzadas son la principal causa de la pérdida de la autonomía física y muerte.

Según Frenk, Frika, Bobadilla, Lozano y Sepúlveda (1991), más que la mortalidad, la morbilidad y las consecuencias no letales de la enfermedad deberían ser los elementos centrales en el estudio del envejecimiento. En México muchas personas mayores, presentan varios padecimientos, así como la combinación de enfermedades crónicas del tipo agudo y con los accidentes.

En México las enfermedades no transmisibles o las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte de las personas. En el año 2018 éstas representaron el 77.4% del total de las defunciones totales. Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, son las principales enfermedades crónicas que provocan la

muerte entre las personas de 65 años y más. Del año 2010 al año 2018 éstas cuatro enfermedades causaron la muerte de 208 mil personas, que representan el 63.7% de las personas mayores fallecidas en ese periodo (Gráfica 7).

Gráfica 7. México: Tasas de mortalidad por principales causas de mortalidad en personas de 65 y más años, ambos sexos de 2010 a 2018 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados básicos.

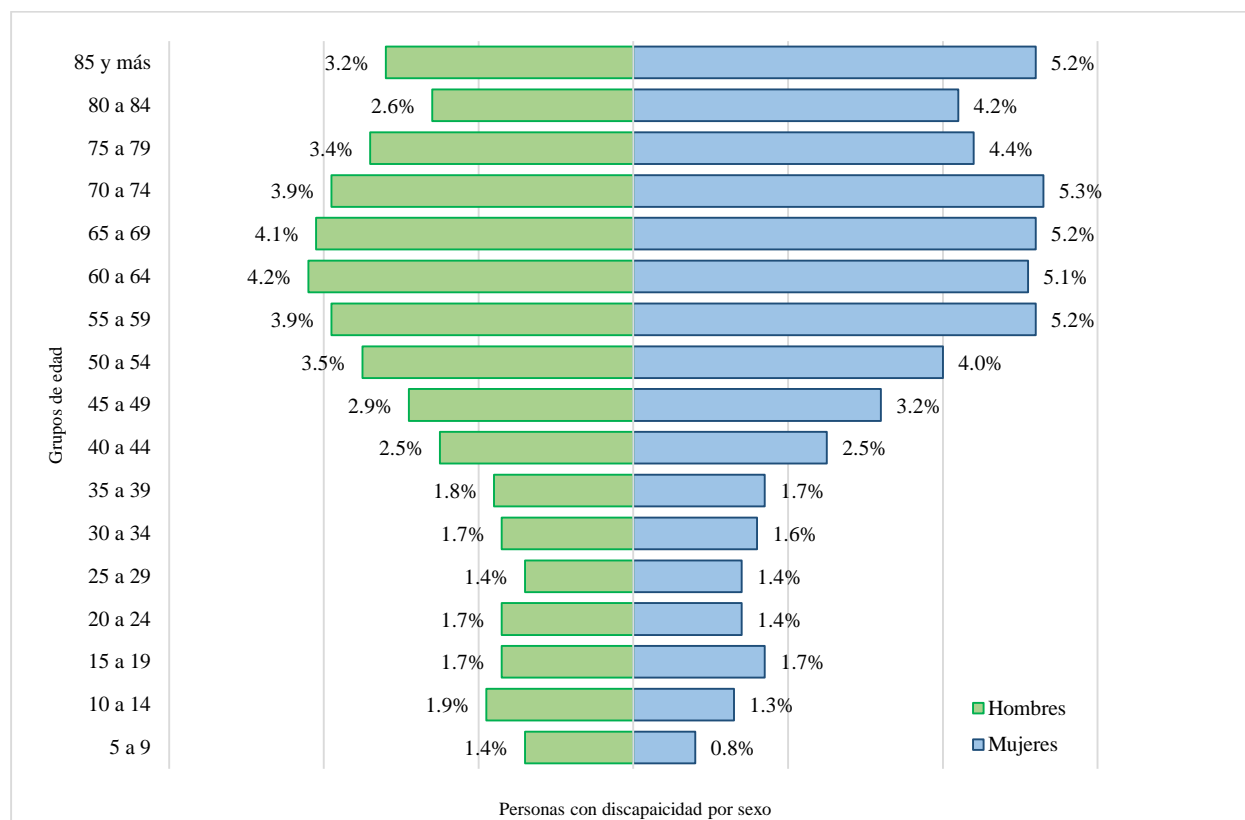
1.2.2. Discapacidad y limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana (AVC)

En la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 se identificó que de las 115.7 millones de las personas consideradas con discapacidad el 49.9 por ciento son personas mayores. Son varias las causas que pueden desencadenar una situación de discapacidad, de acuerdo con López-Ortega y Aranco (2019) el 16 por ciento de las personas con discapacidad en México tiene una discapacidad congénita; en un 37 por ciento de los casos la discapacidad tiene como origen una enfermedad, en un 13 por ciento se debe a un accidente y en 24 por ciento a la edad avanzada.

Como se puede observar en la Gráfica 8, a medida que avanza la edad la proporción de personas con discapacidad aumenta, en el grupo de edad de 60 a 64 años, se observa la mayor proporción de personas con discapacidad tanto de hombres (4.2 por ciento) como de mujeres (5.2

por ciento). Además, se observa que 50 por ciento de las personas con discapacidad se ubica en el grupo de edad de 60 y más años, y con mayor prevalencia en las mujeres, lo que indica que la edad es un factor que incide en el riesgo de experimentar barreras físicas de participación social, y las mujeres tienen mayor riesgo de encontrarse en esa condición.

Gráfica 8. México: Personas con discapacidad por grupos de edad y sexo, 2018 (porcentajes)



Fuente: Información obtenida del INEGI (2020), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos. SNIEG. Información de interés nacional.

Las personas que se consideran en mayor riesgo de experimentar barreras en la participación social son aquellas que declaran tener mucha dificultad o que no pueden realizar al menos una de las actividades básicas, tales como: caminar, subir o bajar usando sus piernas; ver (aunque use lentes); aprender, recordar o concentrarse; escuchar (aunque sea con aparato auditivo); bañarse, vestirse o comer y hablar o comunicarse.⁶

⁶ Esta metodología fue diseñada por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidades, con la finalidad de que sea aplicada dentro del contexto del censo de población o encuestas en hogares dirigida a obtener datos de la población de cinco o más edad, debido a la dificultad derivada de los procesos de desarrollo de los primeros años de vida (WG, 2017).

En relación con las dificultades en las actividades de la vida cotidiana (AVC), que se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son un grupo de actividades muy elementales incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el excusado, comer, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, preparar comida caliente, comprar víveres, manejar dinero y tomar medicamentos.

En el año 2015, según la ENASEM, el 22.1 por ciento de las personas mayores de 60 años reportó experimentar dificultad para realizar al menos una de las ABVD, mientras que 14.6 por ciento reportó tener dificultad para realizar al menos una de las AIVD. La prevalencia de dificultades es mayor para las mujeres: un 25.1 por ciento tiene dificultades para la realización de las actividades básicas y 18.5 por ciento para las actividades instrumentales, en comparación con 18.6 por ciento y 10 por ciento en el caso de los hombres, respectivamente.

Cuadro 2. Personas con dificultades para realizar AVC, por edad y sexo en 2018 (porcentaje)

Grupo de edad	ABVD			AIVD		
	Mujeres	Hombre	Total	Mujeres	Hombres	Total
60 y más	25.1	18.6	22.1	18.5	10	14.6
60 a 69	18.2	10.0	15.4	10.0	4.6	7.6
70 a 79	26.7	21.9	23.5	21.9	11.9	17.2
80 y más	47.3	49.0	43.7	49.0	27.2	38.6

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM, 2018).

La presencia de dificultades aumenta a medida que avanza la edad. El porcentaje de personas con dificultades para realizar actividades básicas es 15 por ciento en el grupo de 60 a 69 años, y aumenta a casi 44 por ciento en el grupo de 80 años y más (Cuadro 2). Este patrón se observa también en el caso de las actividades instrumentales, y tanto en hombres como en mujeres.

1.2.3. Los cuidados en la vejez

De acuerdo con lo mencionado se puede afirmar que una alta proporción de personas llega a la vejez con una importante carga de enfermedades crónicas y degenerativas que limitan el ejercicio de la autonomía. Esta situación ha generado preocupación en el ámbito médico, político y

académico sobre los cuidados que esta población requiere. El tema de los cuidados involucra cuestiones relacionadas con los cambios demográficos, la salud pública, la equidad de género, los derechos humanos, la justicia social, las dinámicas familiares, entre otras. Asimismo, el abordaje del cuidado pone en el centro la atención en dos direcciones: los destinatarios del cuidado, es decir en las personas que necesitan servicios, tiempo y recursos para ser cuidados y, en las personas que proveen cuidados.

El proceso de envejecimiento poblacional viene acompañado de cambios importantes en la estructura, dinámicas y roles familiares. Como se mencionó previamente, en la actualidad hay menos personas disponibles para cuidar de las personas mayores cuando necesiten ayuda. En ese sentido, las cargas de cuidado tenderán a incrementarse de manera exponencial en los próximos años, lo que generará una posible crisis en el sistema de cuidados (CEPAL, 2009; Enríquez, 2013; Rossel, 2016)

El Instituto Nacional de Geriátrica (INGER, 2019) considera que en los últimos años se ha presentado un aumento proporcional de las personas en edad avanzada con limitaciones en la realización de las AVC, el incremento más importante se ha generado entre las personas de 75 años y más. El problema radica en el hecho de que sólo el 40% reciben cuidados, en su mayoría de baja calidad, y con limitada cobertura institucional.

Luis Miguel Gutiérrez (2019) expone que en México menos del 1% de las personas mayores con deterioro físico y cognitivo, residen en alguna institución de cuidados formales, mientras que el 99% sigue en su domicilio recibiendo atención de sus familiares sin conocimiento básicos sobre cuidados, esto representa una gran responsabilidad para las familias, en especial para las mujeres. Además de que se reduce la posibilidad de que las personas mayores se sobrepongan a sus dolencias y que se satisfagan sus necesidades esenciales.

Actualmente en el país hay pocas instituciones que se dedican a atender y cuidar a las personas mayores y estas instancias tienen en su mayoría enfoques limitados (Ham Chande, 1999). De acuerdo con diversos autores, el Estado ha delegado el cuidado y la asistencia económica de las personas mayores a las familias y a las redes sociales informales.⁷ De acuerdo

⁷ Salinas (2008) expone que las redes de apoyo social de las personas mayores están compuestas por miembros de la familia cercana, que vive en la misma localidad y cuya frecuencia de contacto se da una o varias veces a la semana, además de que sus niveles de escolaridad son muy parecidos a las personas mayores. Asimismo, la tendencia general

con Rocío Enríquez (2013), esta condición del cuidado debe ser problematizada a la luz de nuevos contextos de precarización, inseguridad y pobreza de las personas mayores y de las personas encargadas de su cuidado. En cuanto a las mujeres, que presentan una esperanza de vida superior a la de los hombres, tienen que experimentar la situación de enfrentar sus vidas solas o teniendo familiares a su cargo, esta vejez se vive además en condiciones de pobreza, debido a las inequidades que hay de ingreso y de pensiones (Chakiel, 2000; Enríquez, 2014).

Ante este panorama las familias se han hecho cargo de proveer a las personas mayores con la salud y la autonomía deteriorada, la protección y los cuidados que el precario sistema mexicano de protección social no pueden ofrecer. Los cuidados que requiere la población en edad avanzada sobrecargan principalmente las tareas de cuidado a las mujeres adultas (esposas, madres, hijas, nueras, etc.) que destinan buena parte de su tiempo en la provisión de servicios de cuidado y trabajo doméstico que regulan otras dimensiones de la vida de las mujeres (González de la Rocha, 2005; Rossel, 2016).

Ahora bien, cuando se habla de personas mayores en México, es referirse a un grupo heterogéneo con distintas características, que se encuentra expuesto a múltiples factores a lo largo del ciclo de vida que los hace experimentar un proceso de envejecimiento individual complejo. Las condiciones en que las personas llegan a la vejez dependen de factores sociodemográfico-estructurales, tales como: sexo, lugar de residencia, nivel educativo, nivel de ingresos. También dependen de los efectos de experiencias anteriores, derivados de la forma en cómo han accedido a beneficios y como han enfrentado riesgos en el pasado (Rossel y Filgueira, 2015: 227).

Esto, al mismo tiempo, implica formas diversas de experimentar y atender la pérdida de la autonomía y de organizar los cuidados, lo cual conlleva a la necesidad de pensar en la multiplicidad de contextos, ámbitos familiares, redes de apoyo formales e informales y trayectorias de vida que explican las necesidades de cuidado de las personas mayores.

1.3. Condiciones socioeconómicas de las personas mayores

Las condiciones económicas y sociales de las personas mayores en México pueden llegar a determinar las oportunidades, el acceso a diversos bienes y servicios; así como la forma en que

que indica que redes de apoyo más grandes se asocian con la existencia de intercambios recíprocos y con una composición de la red que incluye familiares y amigos.

hacen frente a la pérdida de capacidades físicas y enfermedades. Están determinadas en gran medida por factores como la acumulación de activos en el curso de vida, las trayectorias laborales, las ayudas económicas recibidas, las condiciones de salud, entre otras.

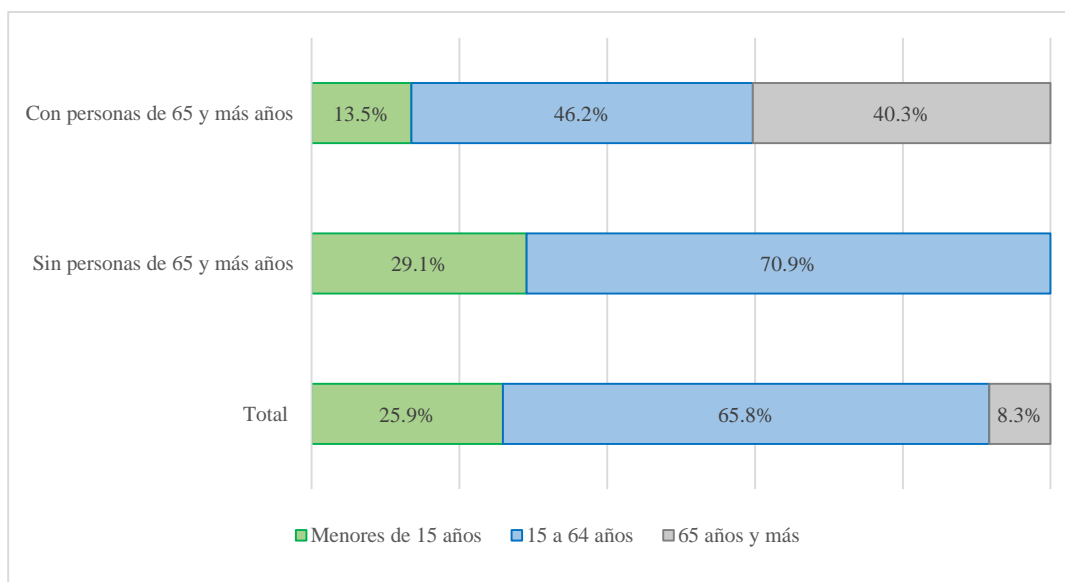
El grupo poblacional de personas mayores se caracteriza por ser ampliamente heterogéneo, las condiciones socioeconómicas de las personas se encuentran diferenciadas de acuerdo con la localidad de residencia; si reciben ingresos por jubilación y pensión; el acceso a los servicios de atención a la salud o sus condiciones y servicios de vivienda. En ese contexto, hay subgrupos que son más propensos a encontrarse en condiciones de pobreza o vulnerabilidad social, en especial aquellos que no cuentan con los recursos esenciales para satisfacer sus necesidades básicas y para las personas que por la presencia de barreras físicas o por discriminación les imposibilita obtener una fuente de ingreso en el mercado laboral que sea suficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

1.3.1. Composición etaria de los hogares en México

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018), al menos una persona de 65 años y más residía en el 8.3 por ciento de los hogares en México. Estos hogares en promedio residían 3.2 habitantes por hogar, que en hogares en los que no residían personas mayores que contaban con 3.7 habitantes por hogar.

En los hogares y las familias es el espacio en el que las personas mayores realizan sus principales interacciones, ya sea dentro del propio grupo familiar o con la sociedad. En el hogar ocurren cambios importantes cuando uno o más miembros envejecen, pues a medida que avanza el ciclo de vida del hogar o la familia, surgen necesidades de apoyo y cuidados, así como el aumento asociados con estos, que en el contexto mexicano en el que se carece de una red de cuidados formales, los costos se sobrecargan a las familias.

Gráfica 9. Composición etaria de los hogares, según presencia de personas de 65 años o más, por grupos de edad, México, 2018 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018). Datos sobre medición de la pobreza, 2018.

Respecto a la educación de las personas mayores, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), el 18.9% de las personas mayores que viven solas no saben leer ni escribir. Por sexo el 20.8 por ciento de las mujeres y el 15.9 por ciento de los hombres presentan analfabetismo. Los resultados del censo poblacional del año 2010 indica que el grupo poblacional de 60 años y más tiene en promedio 4.6 años de estudio. Por otra parte, el CONEVAL (2019), reportó que en 2018 el 54.5% de las personas en edad avanzada presenta rezago educativo, es decir, que no culminaron la primaria (CONEVAL, 2019). La educación es uno de los derechos humanos fundamentales y determinan en gran medida las condiciones laborales, económicas y de salud, por lo tanto, incide con fuerza en las condiciones con las cuales se llega a la vejez.

1.3.2. Población económicamente activa y no activa de personas mayores

En relación con la participación económica de las personas mayores en el año 2018, el 27.9 por ciento corresponde a personas económicamente activas (PEA), en tanto que el 72.1 por ciento son no económicamente activas. Por sexo, resalta que de los hombres el 41.7 por ciento son PEA y de las mujeres el 16.3 por ciento presentan esta condición.

Cuadro 3. México: Distribución de la población de 65 años y más, por sexo según condición de actividad, 2018 (porcentaje).

Grupos de edad y condición de actividad			
Población económicamente activa	Total	Mujeres	Hombres
65 a 69 años	42.0	24.4	62.5
70 a 74 años	29.7	17.3	44.2
75 y más años	11.9	7.3	18.3
Población económica no activa			
65 a 69 años	58.0	75.6	37.5
70 a 74 años	70.3	82.7	55.8
75 y más años	88.1	92.7	81.7

Fuente: Elaboración propia con datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2019). Indicadores demográficos de la población económicamente activa (PEA).

En el Cuadro 3, se observa que el grupo de PEA se reduce significativamente conforme aumenta la edad, en especial para las mujeres lo que denota las relaciones sociales de género, pues si bien la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo remunerado es un fenómeno que se aceleró en la década de los noventa, las mujeres mayores pertenecen a generaciones con poca participación económica y una trayectoria laboral intermitente, a diferencia de los hombres en edad avanzadas.

1.3.3. Acceso a la seguridad social

Las personas mayores presentan una baja cobertura de jubilaciones y pensiones contributivas, esto se debe a que este esquema de seguridad social está vinculado directamente al sector formal de la economía. En México, una alta proporción de la población es ocupada en el sector informal de la economía, trabajan en el campo, se encuentran en el subempleo o en el desempleo; a estas personas se les excluye de los beneficios de las jubilaciones y pensiones al final de su vida laboral.

Respecto a las mujeres, ellas muestran una menor participación en el mercado laboral, derivada de las relaciones sociales de género que afectan directamente en la discontinuidad de las trayectorias laborales y en la inserción en condiciones precarias lo que produce que la proporción de mujeres con pensión o jubilación sea menor que la de los hombres. Esta baja cobertura puede ser un factor para que las personas en edades avanzadas participen en el mercado laboral, pese a condiciones adversas de salud, la presencia de alguna discapacidad o dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

En los últimos años se ha fortalecido un segundo esquema de protección social, es el de las pensiones no contributivas, que son flujos monetarios por pensión procedente de programas sociales. Cifras del CONEVAL (2018) dan cuenta que siete de cada diez personas de 65 años o más (7.2 millones de 10.4 millones de personas), en el año 2018 recibieron ingresos por pensión.

Cuadro 4. Población de 65 y más años, según tipo de pensión recibida por sexo, 2018 (porcentaje)

Tipo de pensión	Total	Mujeres	Hombres
Con pensión contributiva	30.9	39.8	60.2
Con pensión no contributiva	43.2	60.2	39.8
Sin pensión	30.4	60.1	39.9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018).

En el Cuadro 4 se observa que, en el año 2018, el 30.9 por ciento de personas mayores recibió ingresos por pensiones contributiva, de estas el 60.2 por ciento son hombres y 39.8 por ciento mujeres. Se observa que la proporción de personas que recibe pensiones no contributivas cubre al 43.2 por ciento de la población en edad avanzada, a diferencia de las pensiones contributivas, los flujos precedentes de programas sociales se canalizan mayormente a las mujeres, el 60.2 por ciento de ellas y el 39.8 por ciento de ellos recibe una pensión no contributiva. No obstante, en ese mismo año, el 60.1 por ciento de las mujeres y 30 por ciento de los hombres pertenecientes al amplio grupo de edad de 65 años y más que no recibió una pensión⁸.

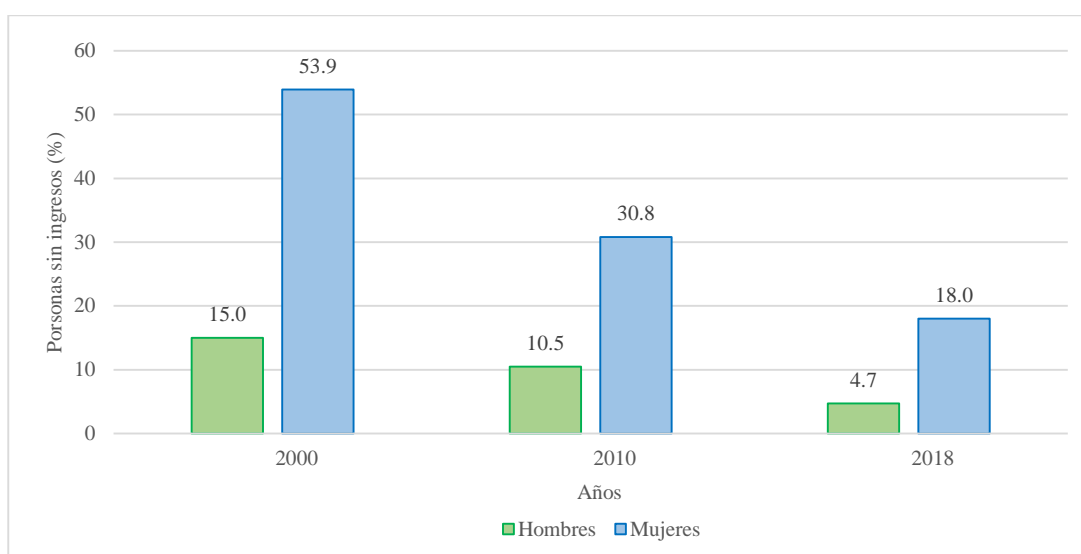
1.3.4. *Personas mayores sin ingresos propios*

Para las personas mayores contar con seguridad económica es fundamental para experimentar un envejecimiento en condiciones de dignidad, autonomía e independencia. Además de que permite satisfacer las necesidades básicas, incide en la toma de decisiones personales frente a su entorno, contribuye al acceso a la participación significativa en la vida cotidiana, al cumplimiento de roles

⁸ Es importante señalar que a partir del 13 de enero de 2019 se activó el Programa de Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, de carácter universal. Es entregada la cantidad de \$2,2550 pesos bimestrales a personas de 68 años cumplidos y 65 años para habitantes de comunidades indígenas. La aparición de este programa ha modificado las cifras de la cobertura de las pensiones que reciben las personas mayores, lo cual los datos de la Cuadro 2, no explican las condiciones reales en las que se encuentran las personas mayores en el momento de la elaboración de este trabajo. Sin embargo, es un referente importante para identificar la situación de las personas mayores en el momento en el que se realizó el ENASEM 2018.

importantes en la familia y la comunidad y permite enfrentar de mejor manera las enfermedades o la pérdida de las capacidades físicas o mentales que devienen con la vejez.

Gráfica 10. México: Población de 60 años y más sin ingresos propios, 2000, 2010 y 2018 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020), CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas.

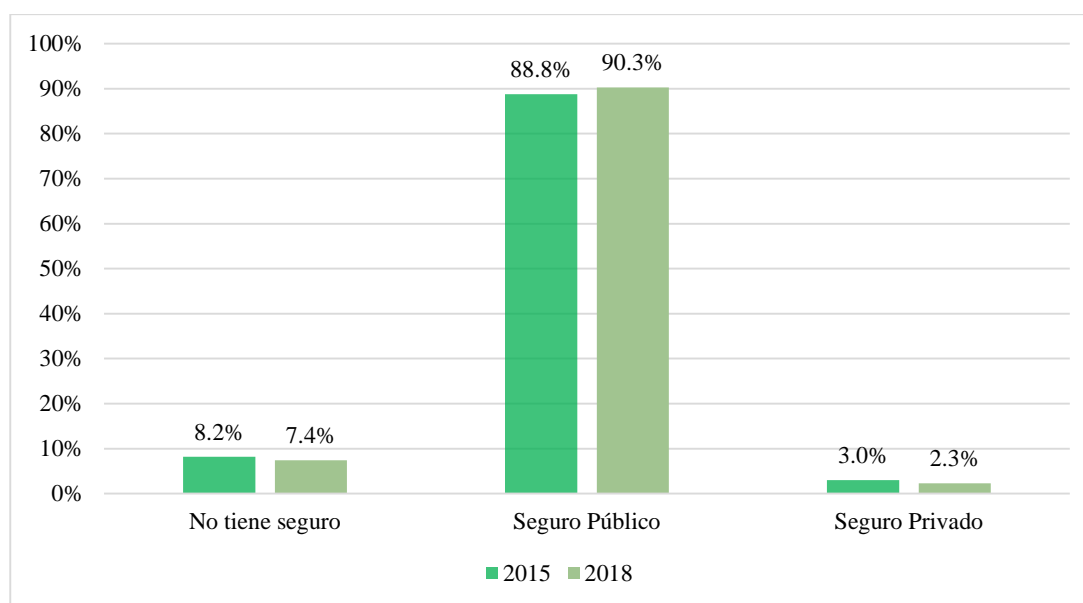
El incremento de la esperanza de vida creó las condiciones para que las trayectorias laborales de las personas aumentarán después de cumplir los 60 años o que se pospusiera el momento del retiro laboral. Por otra parte, en la primera década del siglo XXI en México se implementaron acciones y programas sociales orientados a garantizar un ingreso básico a las personas mayores.

Estos elementos han contribuido a la disminución de la población en edad avanzada sin ingresos propios. Como se puede observar en la Gráfica 10, en el año 2000 el 15 por ciento de los hombres y el 53.9 por ciento de las mujeres de 60 años y más no tenían ingresos propios. Diez años después se observa una disminución importante, el 10.5 hombres y el 30.8 por ciento de mujeres son las personas que se encuentran en esta condición, y finalmente en el año 2018 el 4.7 por ciento de personas de 60 años y más no tienen la posibilidad de obtener recursos por su propia cuenta. Como se puede observar las mujeres siguen teniendo mayores dificultades para obtener ingresos propios con respecto a los hombres.

1.3.5. Acceso a servicios de salud

En México desde la primera década del siglo XXI el sector salud ha experimentado un desarrollo institucional importante materializado en el crecimiento en la cobertura de la población incluyendo a las personas que no cuentan con seguridad social. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y los institutos de salud de los estados son lo que dan cobertura a la mayor parte de la población mexicana.

Gráfica 11. México: Cobertura en servicios de salud de la población de 60 años y más por tipo de seguro, 2015 y 2018



Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2015 y 2018.

De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), 2018), en el año 2018 el 90.3 por ciento de las personas de 60 años y más reportaron tener acceso a servicios de salud públicos, el 2.3 por ciento cuenta con servicios privados, mientras que el 7.4 por ciento de la población en edad avanzada no tiene acceso a ningún tipo de servicios de salud (Gráfica 11).

Es importantes reconocer los avances en materia de acceso a la salud. Sin embargo, aún se presentan deficiencias en la calidad de los servicios y en la atención oportuna de las personas

mayores, es común que en los centros de atención se presenten casos de maltrato, discriminación, mala calidad en la atención, infraestructura hospitalaria inadecuada, entre otros.

En relación con las personas que se encuentran en condiciones de pobreza el CONEVAL (2018) estimó que el 41.1%, es decir aproximadamente 4.3 millones de personas con 65 años o más se encontraban en situación de pobreza, de las cuales el 34.2% en pobreza moderada y el 6.8% en pobreza extrema. Entre las principales carencias sociales que presentaba este grupo poblacional destacan: el rezago educativo, la carencia por servicios básicos de vivienda (19.4%), la carencia de acceso a la seguridad social y la carencia al acceso a los servicios básicos de salud. Asimismo, el CONEVAL (2018) identificó que el 49.2% de personas mayores recibe un ingreso inferior a la línea de pobreza.

En resumen, México, experimenta un proceso de cambios demográficos importantes. El incremento de la esperanza de vida en todas las etapas del ciclo de vida, la disminución de la fecundidad y la disminución de las tasas de crecimiento poblacional han traído como consecuencia cambios en la estructura de la población por edad, que se expresa en el incremento proporcional de personas mayores respecto a grupos de edad más jóvenes, que de acuerdo a las estimaciones presentadas, México experimenta un proceso de envejecimiento en desarrollo y con tendencias hacia el incremento de las personas en edad avanzada.

El proceso de envejecimiento de la población que ha experimentado México, se ha desarrollado en un contexto de avances y retrocesos económicos e institucionales. Es evidente que los cambios en materia de seguridad social y de acceso a los servicios de salud han beneficiado a gran parte de las personas en edad avanzada. Sin embargo, es importante reconocer que ante el proceso de envejecimiento acelerado que experimenta la población mexicana, las respuestas del Estado, la economía y la sociedad no se han generado a la misma velocidad que los cambios demográficos y epidemiológicos, especialmente los relacionados con la vejez, lo que produce deudas en materia de promoción, protección, garantía y respeto a los derechos de las personas mayores.

Uno de los principales fenómenos que se observan es el envejecimiento dentro del envejecimiento, que da cuenta que las personas mayores cada vez llegan a edades más avanzadas, sin embargo, uno de los desafíos a los que se enfrenta esta población es a encontrarse en

condiciones de deterioro físico en los últimos años de su vida, derivado de la diferencia que existe entre la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida saludable que de acuerdo con las cifras presentadas, las personas que alcancen edades superiores a los 65 años experimentarían en promedio 4.4 años con dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana (AVC) debido a la una carga importante de enfermedades crónicas, degenerativas e infecciosas.

En ese sentido, en el siguiente capítulo se abordará el análisis de uno de los principales conceptos que han permitido estudiar de una manera importante las capacidades que las personas mayores tienen para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana: la dependencia funcional. Sin embargo, se parte del supuesto de que dicho término ha perdido relevancia en un contexto en el que las personas mayores cada vez adquiere roles más participativos en el ámbito familiar, comunitario, político y económico. Por lo que se propone el uso del concepto de autonomía física que sustituye a la dependencia funcional.

Capítulo 2. De la funcionalidad a la autonomía de las personas mayores

Uno de los principales retos a los que se deben enfrentar las personas mayores es a la pérdida progresiva de las capacidades para desarrollar actividades de la vida cotidiana (AVC), producto de los cambios físicos, psíquicos y emocionales que devienen con el paso de los años. Como se señaló anteriormente las actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son un grupo de actividades muy elementales incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el excusado, comer, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, preparar comida caliente, comprar víveres, manejar dinero y tomar medicamentos.

El conocimiento sobre las AVC permite identificar habilidades y necesidades de las personas mayores, por otra parte, su análisis da cuenta de las condiciones en las que se está generando el proceso de envejecimiento individual y poblacional. Las AVC representan los principales medios para perseguir y cumplir los objetivos que se consideran esenciales en cualquier etapa del ciclo de vida, la capacidad para realizar estas actividades en edades avanzadas tiene mayor trascendencia en aspectos no solo biológicos, sino también emocionales, y de interacción social.

Para las personas mayores la realización de las diferentes AVC, les permite participar en grupos sociales o familiares y en diversos espacios que aseguren el mantenimiento personal y que se consideren ingredientes esenciales de la vida. Asimismo, se mantiene la posibilidad de tomar parte del medio ambiente externo y desarrollarse en espacios culturales, laborales, en actividades de ocio, sociales o en espacios de participación política. Las AVC son consideradas un elemento clave para medir el bienestar de las personas mayores, su calidad de vida, su nivel de interacción social y el ejercicio de su ciudadanía. Asimismo, en las AVC se concentran un conjunto de tareas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y, el desarrollo de una vida independiente y autónoma.

En México el tema de la autonomía de las personas mayores cobra particular actualidad pues el país atraviesa por un proceso de cambios demográficos y epidemiológicos profundos que ponen en evidencia las deudas sociales y las necesidades no resueltas a las personas mayores, en

específico a la problemática relativa la desventaja social acumulada y de los límites en el ejercicio de los derechos que devienen con la vejez.

Con frecuencia se relaciona a las dificultades para realizar AVC con dependencia, enfermedad y discapacidad. En ese contexto, aún en la sociedad mexicana se concibe que las personas mayores “carecen de autonomía, que son incapaces de decidir por sí mismos y deben recibir cuidados por su edad” (Rivera-Márquez, 2013, p. 17). El enfoque de la dependencia funcional es el que mayormente se ha usado para identificar el estado de salud física de las personas en edad avanzada.

Sin embargo, en la actualidad, el rostro de la vejez ha cambiado, el envejecimiento de la población ha llegado a todos los países del mundo, entre ellos México, para instalarse y cambiar la composición y estructura de la población. El enfoque de la dependencia funcional comienza a presentar signos de ilegitimidad, ahora las personas mayores ya no son dependientes, son reconocidas como ciudadanas, sujetos de derechos y con capacidad de generar interacciones complejas de interdependencia en el ámbito económico, político, social y familiar, más allá de los estereotipos con los que tradicionalmente han venido cargando.

Esta “nueva” concepción ha sido el resultado de un proceso lento y progresivo, similar al que han recorrido otros grupos discriminados como las mujeres, las personas con discapacidad, las personas afrodescendientes o indígenas. Esta coincidencia tiene su base en el estándar de normalidad sobre la cual se ha erigido la sociedad y su consiguiente falta de capacidad para incluir, en igualdad de condiciones a aquellos que son diferentes, que de acuerdo con Curtis (2004), la configuración de este estándar no es neutra y surge de los parámetros de quienes constituyen el estereotipo culturalmente dominante⁹.

En ese sentido los desafíos que enfrentan en la actualidad las personas mayores, no es un asunto centrado únicamente en las personas de edad avanzada; es una cuestión de la sociedad en

⁹ En esa tesitura, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017, p. 50) expresa que “En la base de la construcción de este estándar de normalidad se ubica el poder, asociado por lo general a un arquetipo viril, blanco, sin deficiencias de ningún tipo y de preferencia joven, a partir del cual se interpreta la existencia humana y que se pretende hacer extensivo al conjunto de los miembros de la sociedad como referencia de lo auténticamente válido. Aquel o aquella que no cumple con estos requisitos se aleja de la normalidad y sufre los efectos del sexismo, el racismo o el edadismo —discriminación por razón de edad— como prácticas cotidianas. En este marco, la diferencia —sea de sexo, de edad, de capacidades o étnica— se transforma inmediatamente en adversidad, y surgen los obstáculos que limitan o impiden una vida libre y autónoma”.

la que viven. Respecto a esto la CEPAL (2017, p. 59) considera que las personas mayores se enfrentan a una exclusión derivada de “una interpelación a la supuesta homogeneidad de la sociedad y al rechazo frente aquello que es distinto, que recuerda la otredad siempre presente y amenazante de la identidad”. En ese sentido, reflexionar y cuestiona de manera personal y colectiva sobre la concepción de la vejez y el debate sobre los derechos de las personas mayores que suele ser complejo de abordar, tanto en el plano político como académico y también en el ámbito cotidiano.

Es por ello por lo que se considera pertinente abonar al debate y al análisis, específicamente en los términos, conceptos y en la medición que se han usado tradicionalmente para identificar y caracterizar a las personas mayores que presentan dificultades en las AVC. En ese orden de ideas, en este capítulo se pretende analizar el concepto de la dependencia funcional, sus orígenes, su evolución y su posible desgaste para definir un fenómeno demográfico y social. Asimismo, se pone énfasis en la pertinencia de trascender al uso del concepto de autonomía física, concepto creado sobre el enfoque de derechos humanos. En el último apartado se exponen resultados de diversos estudios que dan cuenta sobre los factores de riesgo relacionados con la pérdida de la autonomía física de las personas mayores.

2.1. Concepto de dependencia funcional

En la década de 1960 se desarrollaron los primeros marcos conceptuales para definir los cambios en las capacidades físicas y mentales, que experimentan las personas durante la etapa de la vejez. Aunado a esto, en las décadas de 1970 y 1980 se presentó un rápido incremento en la generación de nuevas escalas de valoración, que ganaron legitimidad en el ámbito clínico y posteriormente en los estudios poblacionales. Estos avances en el estudio de las condiciones de las personas mayores, sin duda, han permitido la mejor comprensión del proceso de envejecimiento individual y, por lo tanto, incidir en el avance de la atención sanitaria y en la implementación de acciones y de políticas públicas orientadas a las personas mayores.

El concepto dependencia funcional es el que tradicionalmente ha sido usado para definir los cambios en las capacidades físicas y mentales de las personas mayores, asociadas con las condiciones de salud, antecedentes, enfermedades crónicas y degenerativas. Asimismo, ha permitido el acercamiento y la descripción de aspectos de la vida personal, familiar, social,

económica, asistencial, entre otros. En ese sentido, el concepto de dependencia funcional se desenvuelve en el ámbito de la salud y en el aspecto social, por lo cual, es importante tener en cuenta que es un concepto complejo, que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En el ámbito de la salud, la dependencia funcional ha sido definida de diversas maneras; para Barthel y Mahoney (1965) es la expresión de la necesidad del individuo de ser ayudado para ajustarse a su medio a interactuar con el entorno; desde la perspectiva de Abanto y Fernández (2000) es la expresión de la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria. De igual modo, el Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998) definió a la dependencia funcional como un estado en el que se encuentran las personas por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o en su autonomía intelectual; necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias.

Inicialmente, el estudio de la dependencia funcional en relación con la edad y el proceso de envejecimiento se concentró en lo que se definió como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) —comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño y contener los esfínteres— y en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) —preparar comidas propias, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares más allá de distancias que pueden recorrerse a pie, ir de compras, gestionar los asuntos de dinero, entre otras—.

El concepto de ABVD fue presentado por S. Katz en 1963, ahora ampliamente conocido como el Índice de Katz, cuyo objetivo era valorar los efectos fisiológicos de las enfermedades crónicas, principalmente en la realización de las actividades cotidianas. El índice de Barthel, que es otra escala frecuentemente usada, se desarrolló originalmente para evaluar el nivel de dependencia de los enfermos crónicos hospitalizados y pacientes con parálisis, calificando su habilidad para realizar las ABVD. Por su parte Rosow y Breslau (1966), generaron una escala tipo Guttman para medir las habilidades fisiológicas y salud en los adultos mayores (López-Ortega, 2012). La escala Lawton y Brody (1969) es la primera en incorporar las AIVD, desde sus perspectivas, el comportamiento humano varía en el grado de complejidad requerido para realizar distintas tareas, desde niveles básicos hasta niveles altamente complejos.

El concepto se objetiva en los individuos, sus condiciones de salud y la capacidad para la realización de un conjunto de tareas mediante las ABVD y las AIVD. Una vez definidas las

dimensiones, se construyen indicadores que dan cuenta sobre la capacidad que tienen las personas para realizar las actividades seleccionadas según la escala de medición usada. El próximo paso consiste en resumir la información de los indicadores para la construcción de un índice que refleje el grado de dependencia de las personas mayores.

La aplicación de estos procedimientos de análisis médico permite identificar por lo menos dos niveles de dependencia: independiente y dependiente. En resumen, este concepto permite dar cuenta de las capacidades con las cuales cuenta una persona en edad avanzada para la realización de actividades de la vida cotidiana que posibilitan la interacción con su entorno familiar y social.

La noción de dependencia funcional alude directamente a las condiciones de existencia y el rol desempeñado por el individuo en el entorno social, mostrando vinculaciones entre ambos; sin embargo, debe notarse que, en este sentido, la dependencia describe un fenómeno que afecta al individuo en el momento mismo en el que se realiza el estudio, descartando en un primer momento de “qué” o “de quién” es dependiente, es decir, del entorno social.

Las escalas de valoración de la dependencia funcional son valiosos instrumentos para identificar las capacidades físicas de las personas mayores a nivel individual y poblacional. Se basan en información que se puede obtener con cierta facilidad, tanto en el ámbito médico como en el ámbito de los estudios sociales y poblacionales y, a través de esta información, como ya se mencionó antes, orientar la atención académica, médica, las acciones gubernamentales y políticas públicas.

La dependencia funcional es un concepto que se sitúa dentro de la teoría del funcionalismo, según la cual las sociedades son totalidades, en la que la totalidad social se expresa como un sistema social que se define como un conjunto de elementos interrelacionados, interdependientes, que contribuyen a la integración del sistema. En ese sentido, la interacción de todas las partes crea un estado de equilibrio. La tendencia general es hacia la estabilidad e inercia. La desviación o la tensión existen como elementos “disfuncionales” que tienden a ser resueltos de modo que la integración es la tendencia dominante del sistema (García, 1983, p. 369).

En la década de 1960, de esta teoría se incorporó a la ciencia médica el consenso de que la práctica médica está orientada a superar las alteraciones de la salud del individuo, es decir, de la enfermedad. La teoría funcionalista, define a la enfermedad, a la discapacidad y a las

dificultades como “estados de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema y las condiciones de su ajustamiento como personales y sociales” (Parsons, 1984 [1937], p. 278).

Bajo esa perspectiva, la dependencia funcional, es considerada como una perturbación del equilibrio social, generada por el individuo que la presenta, que por una parte es una respuesta a las presiones sociales para, entre otras cosas, eludir responsabilidades y por otra parte, es producto del deterioro del funcionamiento orgánico del cuerpo que presentan algunos grupos sociales, en este caso las personas mayores, que bajo esta posición, indudablemente alteran el equilibrio del sistema social (García, 1983).

2.1.1. Deterioro funcional, discapacidad y dependencia funcional física

En la primera década del siglo XXI, Armin Nassehi (2011) retoma la teoría funcionalista con la finalidad de desarrollarla y librarla de la carga pesada del determinismo y la generalización, dado que “volaba demasiado alto y debía ser llevada al mundano terreno de la vida cotidiana”. De esa reconstrucción, surge un esquema de observación transversal de la sociedad abierta, de su forma a la inestabilidad, y la complejidad que se genera a través de los atributos individuales que caracterizan a los sujetos que conforman el sistema social y su entorno.

Bajo esta perspectiva teórica, en el campo de estudio del envejecimiento se complejiza el estudio de los cambios físicos y de salud generados por la vejez. De este modo se amplía el abanico conceptual, con la finalidad de ubicar las necesidades de atención, y apoyos que requieren las personas en edad avanzada. Concentrados en el enfoque propuesto por Armin Nassehi sobre el envejecimiento; en México, se encuentran tres conceptos: el deterioro funcional, la discapacidad y la dependencia funcional física, que se encuentran interrelacionados.

En primer lugar, el deterioro funcional, se relaciona con el concepto dependencia funcional previamente definido, y abarca las limitaciones para el desempeño de las ABVD y las AIVD. En este sentido, el estado funcional responde a la capacidad individual de adaptarse a los cambios que se dan en la vejez (tanto internos como externos) e indica hasta qué punto las personas pueden desenvolverse sin depender de terceras personas en su propio entorno y en la sociedad (Agudelo y Medina, 2014, p. 15).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. En esta tesitura Agudelo y Medina (2014), ubicaron a las deficiencias como problemas que afectan una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación sin problemas para participar en situaciones vitales y sociales.

Finalmente, la funcionalidad física, es identificada como un estado, una condición, en la que se interrelacionan, en diferentes niveles: el deterioro funcional, la discapacidad, las deficiencias, las restricciones y las limitaciones físicas; por lo tanto, de acuerdo con el nivel de funcionalidad física, se define la dependencia que corresponde a las necesidades de ayuda o asistencia de terceras personas.

2.1.2. Tipos de dependencia

La dependencia puede concebirse desde diferentes dimensiones, más allá de la dependencia funcional o física. De acuerdo con los posibles factores que inciden en la generación, abarca el nivel emocional, afectivo, económico y físico. En ese sentido se distinguen cuatro tipos de dependencia (Agudelo y Medina 2014):

1. Dependencia por situaciones de salud: se incluyen aquellas que se originan por morbilidad, en especial por enfermedades crónicas, impedimentos para la movilidad o alteraciones. En los adultos mayores, la discapacidad y dependencia se intensifica por razones que involucran la pérdida progresiva de la capacidad visual y auditiva, el control de los esfínteres, del balance y del equilibrio. Estas condiciones pueden minar la independencia de los sujetos envejecidos, aunque también es factible que puedan seguir desarrollando tareas con independencia.
2. Dependencia económica: aparece cuando las personas pasan a ser laboralmente pasivas—incluso de manera involuntaria— y dejan de recibir recursos monetarios, lo cual influye en la reconfiguración de los papeles dentro del hogar en la provisión económica y transferencias familiares. La dependencia económica aparece fuertemente condicionada por la precariedad de empleos e ingresos, los mecanismos de protección social, y las

formas en que se distribuye y se redistribuye el ingreso en la población a través del Estado.

3. Dependencia psicológica: es considerada producto de las afectaciones físicas y mentales; de ciertas actitudes aprendidas de desamparo y de específicas contingencias que refuerzan la sensación de dependencia.
4. Dependencia social: se asocia con la pérdida de las capacidades de los individuos para relacionarse a nivel social, lo que hace que requieran ayuda constantemente para interactuar con el entorno.

De acuerdo con los tipos de dependencia expuestos, se identifica que en este fenómeno confluyen e inciden en mayor o menor medida factores asociados a las condiciones de salud, socioeconómicas, políticas y culturales, de las condiciones de vida y de trabajo a las que un individuo se expone en el curso de vida (Agudelo y Medina 2014).

Se reconoce que más allá del modelo biomédico que define a la dependencia funcional, los antecedentes sociales, demográficos, económicos y ambientales, así como los factores individuales inciden en las formas en que la dependencia funcional se presenta y se atiende. En ese sentido, se ubica a la dependencia funcional como un proceso dinámico, no lineal, que se ve afectado en su dirección y velocidad por distintos factores médicos y no médicos (Gutiérrez y López, 2012).

Esta complejización funcionalista del concepto de dependencia, que ha rebasado los límites del estudio exclusivo de la dependencia funcional en las personas mayores; ha incorporado otro tipo de dependencias relacionadas con el contexto social, y ha permitido conocer ampliamente las condiciones económicas y sociales que paralelamente cambian con las capacidades físicas y de salud relacionadas con el ciclo de vida.

2.1.3. Discusión teórica sobre concepto de dependencia funcional

El concepto de dependencia más reciente se relaciona a la dependencia del adulto mayor con la cultura, la economía, la psicología y la política, además de ubicarlo en contextos sociales con diferentes características y niveles de acceso a bienes y servicios. Asimismo, reconoce las divergencias en las trayectorias a lo largo del ciclo de vida y las desigualdades sociales.

No obstante, la prevalencia en el uso del concepto de dependencia en los análisis de las condiciones de las personas en edad avanzada se relaciona y enfatiza la búsqueda del equilibrio a través de fuerzas sociales e institucionales, con la finalidad de equilibrar el sistema social. Esto implica que la etapa de la vejez tenga connotaciones negativas, puesto que se asocia con el hecho de que es un grupo poblacional que ha perdido la normalidad en su funcionamiento, por lo que representa una carga social, a la que se le debe transferir esfuerzos intergeneracionales de índole económica, social, psicológica, médica, con el fin de soportar y subsanar los efectos de la carga que representan las personas mayores que han dejado de ser funcionales, y así mantener el equilibrio del macro y microsistema social. Situación compleja que repercute de manera simbólica y estructural.

El concepto de dependencia funcional ha sido sujeto a diversas críticas analíticas importantes, basadas en las limitaciones que dicho concepto presenta, así como de su concepción que alude a deficiencias individuales, generadoras de cargas familiares y sociales. Hablar de personas mayores con dependencia funcional crea un lenguaje que individualiza y excluye, es visto como un problema, sin embargo, es propia de la naturaleza humana, que en mayor o menor medida y en determinadas circunstancias se requiere ayuda para cubrir necesidades en todas las etapas de la vida.

De igual manera, Etxeberria (2014) se opone al uso de este concepto, puesto que considera que nadie nunca es plenamente independiente, y todos somos siempre personas dependientes, con los lazos relacionales correspondientes que esta dependencia genera y que fluctúan de modos diversos en las biografías.

En ese sentido, Rivera (2013) sugiere que, la dependencia de las personas sea analizada como un proceso temporal en donde confluyen en interrelación procesos económicos, políticos y sociales determinados por un proceso de acumulación de capital que definen las condiciones y funciones que se deben desempeñar en cada etapa del ciclo de vida. Asimismo, de esta interrelación se establecen las concepciones sobre la infancia, la juventud, la edad adulta y la vejez de acuerdo con la función desempeñada en los procesos de producción y reproducción económica y social.

Si bien la concepción de dependencia funcional ha permitido la operacionalización de un fenómeno y, por tanto, la realización de múltiples trabajos de investigación, se considera que presenta limitaciones. Entre éstas es que ubica como objetivo central la plena independencia, cuando lo que conviene como fin último es la interdependencia compleja (Etxeberria 2014, p. 62); adicionalmente, se identifica a la dependencia como una condición específica que se presenta al final del ciclo de vida, sin embargo, se considera necesario ubicarlo como un proceso temporal, en donde se experimentan interdependencias complejas así como acumulación de ventajas y desventajas, que inciden en las condiciones físicas en las cuales se llega a la vejez; finalmente es importante considerar que las personas se encuentran inmersos en una sociedad, en donde inevitablemente se generan relaciones de interdependencia.

Como se puede advertir la dependencia es una noción compleja y por tanto su análisis no debe restringirse al ámbito de la pérdida del funcionamiento físico. Se considera importante tomar en cuenta las condiciones socioeconómicas en las cuales se presentan las dificultades físicas de las personas mayores, ya que la falta de recursos económicos y la posibilidad de acceso a diversos bienes y servicios tanto públicos como privados inciden fuertemente en las condiciones de dependencia que se presentan en la vejez (Del Popolo, 2001; Rivera, 2013, Gutiérrez, 2013).

En resumen, la dependencia se desprende de la concepción de deterioro individual, y recientemente se ha concebido como un proceso en donde confluyen elementos políticos, económicos, sociales y culturales en un momento histórico determinado, así como el papel que las personas mayores desempeñan en las esferas de la producción económica.

En ese sentido, el reconocimiento y análisis de la dependencia en la vejez, es clave para entender y actuar efectivamente ante el envejecimiento poblacional, que en palabras de Gutiérrez (2013), “si al envejecer no deviniéramos dependientes, la vejez en realidad no sería un tema”. Por tanto, ahí se encuentra uno de los principales desafíos que impone el envejecimiento poblacional, lo cual implica un cambio de paradigmas en el que el objetivo central se trata de reconocer y preservar la vida, la dignidad y la autonomía de las personas mayores.

Esto último implica que las acciones, además de valorizar las capacidades de las personas mayores deben desarrollarse para permitir la consolidación de los lazos entre las generaciones

que van encontrando su espacio en los distintos ámbitos de la sociedad (Gutiérrez 2013, p. 32). Así se contribuirá a contrarrestar los efectos hasta hoy considerados adversos, que aparecen con la vejez, y obtener mayores herramientas para enfrentarlos efectivamente.

2.2. La autonomía de las personas mayores

En la actualidad se considera necesario presionar hacia un cambio de paradigma, asumir el nuevo rostro de la vejez, y reconocer la preservación de la autonomía como el objetivo principal de la política pública y del quehacer institucional. En esa tesitura, la valorización de “las capacidades de las personas mayores deben desarrollarse y permitir la consolidación de los lazos entre las generaciones que van encontrando su espacio en los distintos ámbitos de la sociedad” (Gutiérrez, 2013, p. 34). Es decir que implica un proceso de cambio en el sentido estructural (político, jurídico y económico), en las relaciones interpersonales que incidan en un recambio en la concepción de la vejez, frente a los nuevos escenarios sociales que devienen con el envejecimiento de la población mexicana.

El tema de la autonomía se encuentra inmerso en un debate inacabado y que usualmente se concentra en el ámbito académico y pocas veces en el ámbito político, y que es necesario relacionar, fortalecer y resignificar¹⁰. El debate central se ubica en definir a la autonomía de las personas mayores y en cómo incorporar esta concepción en el diseño e implementación de políticas públicas, en los instrumentos de protección social y en la atención médica. Básicamente, se trata de complejizar y trascender de la relación de un estatus de “dependiente” con una “persona mayor que requiere asistencia o es receptor de una política social”, a una relación de persona mayor como un sujeto de derecho, al que se le debe resguardar las capacidades aún existentes y, potenciar las que se encuentran en deterioro producto del avance de la edad cronológica y fisiológica.¹¹

¹⁰ El concepto de autonomía aún debatible es visto como un estado aspiracional, más que como un modelo explicativo, sin embargo, tiene la capacidad de ser dinámico, y promueve un cambio de paradigma, a nivel individual, familiar, social, institucional y económico, en un mundo que tiende al envejecimiento generalizado.

¹¹ Esto en el marco de la heterogeneidad intrínseca de todos los grupos sociales y necesidades individuales, a través de la promoción, garantía, protección y respeto de los derechos humanos, independientemente de su edad, sexo, posición socioeconómica, preferencia sexual, pertenencia étnica y lugar de residencia, con la finalidad de garantizar la dignidad, la interdependencia y; erradicar todo tipo de discriminación y desigualdad en todos los ámbitos de la sociedad.

En el escenario que impone los cambios demográficos y epidemiológicos en México, la construcción de una política pública orientada a garantizar la autonomía de las personas mayores es de suma importancia. La obligación del Estado es brindar un acceso oportuno y de calidad de bienes, servicios, entre estos los cuidados, necesarios para mantener su autonomía, dignidad e independencia a todas personas mayores.

De acuerdo con Huenchuan y Rodríguez (2015, p. 7) “cumplir con esa obligación es una necesidad perentoria y además una demanda ética”, y aún con mayor importancia cuando la autonomía ha sido reconocida como un derecho humano en la región de América Latina y el Caribe, mediante la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, instrumento internacional que México hasta el año 2020 no ha ratificado.

La autonomía consiste en la capacidad de ejercer la libertad de elección y el control sobre las decisiones que afectan a la propia vida incluso, si fuera preciso, con la asistencia de otra persona (Naciones Unidas, 2015; Huenchuan, 2018). La Organización Mundial de la Salud (2004) define a la autonomía como la capacidad percibida de controlar y tomar decisiones de cómo vivir la vida, siguiendo sus propias normas y preferencias. Esta definición es equivalente a autogobierno, competencia, autoempoderamiento, pero no está en el mismo constructo que el de la dependencia (Giraldo y Arango 2013, 56).

Para Huenchuán (2012), la autonomía de las personas mayores, se compone de dos dimensiones, cada una de ellas fundamental para su realización. Por un lado, una dimensión pública, asociada con la participación activa en la sociedad, la comunidad y la familia y, por otro una dimensión personal que se expresa en la posibilidad de formular y realizar los propios planes de vida. En ambos casos, la autodeterminación y la libertad para decidir por uno mismo son la base de su ejercicio.

De este modo, la autonomía de las personas mayores tiene que ver con interacciones complejas entre los individuos y las instituciones sociales, que se desarrollan en un contexto determinado por aspectos culturales, sociopolíticos y económicos, condicionada por la posición social que tienen las personas mayores en las sociedades y la pérdida progresiva de la capacidad física y para decidir de manera independiente.

En ese sentido, esta concepción se basa en la necesidad de generar condiciones de igualdad con respecto al resto de la sociedad. De acuerdo con Curtis (2004), las personas mayores han seguido una trayectoria muy semejante a la que han recorrido otros grupos discriminados o desaventajados como las mujeres, las personas pertenecientes a grupos étnicos, en pobreza extrema o personas con discapacidad. Esta coincidencia se explica por la “normalidad” sobre la cual se ha erigido y su consiguiente capacidad de incluir, en condiciones dignas e iguales, aquellos que son diferentes.

La pérdida de la autonomía en edades avanzadas usualmente es asociada con la edad cronológica y con los cambios fisiológicos. Sin embargo, para John Williams (2011), encuentra su explicación en el hecho de que no se garantizan la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la misma forma que ocurre con la infancia y de la edad adulta. Es decir, que mientras que en la infancia y en etapas del ciclo de vida previas a la vejez, las personas son protegidas para que logren desarrollar la capacidad de ser autónomas, en la vejez, por el contrario son despojadas de la posibilidad de decidir por sí mismas.

En este marco de ideas, Neugarten (1987), expone que la pérdida de la autonomía en la vejez, revela la débil relación entre los derechos y las responsabilidades institucionales con las necesidades que surgen en cada uno de los periodos del ciclo vida, especialmente en la etapa del envejecimiento, cuya falta de atención se debe en gran medida a la posición social disminuida que tienen las personas mayores en las sociedades, o que con frecuencia restringe su autonomía¹².

Aunado a lo anterior, la vejez está marcada por cambios fisiológicos que traen consigo una serie de alteraciones para las personas mayores y para quienes las rodean. Debido a que existe una visión estereotipada y negativa de la vejez que subordina a quienes la experimentan, se genera una relación de opresión entre la sociedad y las personas mayores. No obstante, afirma Huenchuan (2018, p. 89), la causa la discriminación de las personas mayores radica en la complejidad de distinguirla de manera específica y reconocer la particularidad de sus derechos.

¹² Sobre este aspecto es donde se intenta esclarecer que el derecho a la autonomía no se concibe como un derecho particularísimo, y por ende atribuible a las personas mayores, sin embargo, se considera que en la medida que se le incluya como un derecho propio de las personas mayores, se logrará un importante avance en términos de reconocimiento de aquello que hasta hoy es invisibilizado, en términos de calidad de vida ciudadana de las diversas generaciones.

En la práctica las personas mayores son adultos y, como tales, deberían de disfrutar de igualdad, real y formal.

2.2.1. Autonomía moral y autonomía física

La autonomía remite a la identificación de distintas realidades, mismas que atraviesan a las personas mayores y que determinan el estado de salud, las condiciones socioeconómicas, las representaciones simbólicas y culturales con las que las personas llegan a la vejez. Esto permite abordar con mayor precisión y entendimiento las necesidades individuales que surgen con la longevidad.

El concepto de autonomía distingue dos dimensiones: la autonomía moral o la capacidad de decisión racional, y la autonomía física. Estas dimensiones se encuentran estrechamente relacionadas. La primera tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones y requiere reconocimiento y capacidad de valoración de las opciones objeto de posibles decisiones, así como consecuencias personales y externas. Esta capacidad se ve condicionada por las facultades cognitivas y emocionales de los individuos.

La autonomía física, en cambio, está condicionada mayormente por las capacidades motoras y sensoriales, y por las características de los entornos, que influyen en la capacidad del individuo para actuar en ellos y la habilitación para facilitar su propia vida. En relación con la autonomía moral, a través del ejercicio de la autonomía física se materializan las decisiones tomadas correspondientes al ejercicio de la autonomía moral (Etxeberria, 2008; Herrera-Molina, Muñoz-Mayorga y Martín-Galan, 2011; Huenchuan, 2018).

Esta fuerte interdependencia entre la autonomía moral y la autonomía física tiene implicaciones en el quehacer social y político. En primer lugar, es importante mencionar que si se requiere medir la capacidad de la autonomía de las personas mayores debe ser en función de su capacidad de decisión moral, es decir de la capacidad que tiene la persona mayor de decidir lo que mayormente le convenga en un contexto determinado, que no suponga un daño a la autonomía de otras y a la justicia. En segundo lugar, es importante identificar el proceso de fragilización física y/o mental, los apoyos, la atención, los bienes y servicios, que deben ser

orientados con el objetivo de robustecer las capacidades físicas y psíquicas aún existentes con la finalidad de materializar el ejercicio de la autonomía plena.¹³

En este orden de ideas, cuando se menciona a la autonomía fragilizada de las personas mayores, se tiene presente no solo la autonomía física,¹⁴ sino que también se considera a la autonomía moral. “Lo que se pretende es que las personas mayores sean capaces de hacer cosas de manera individual, de ser autosuficiente, de mantener destrezas que han desarrollado o incluso adquirir algunas nuevas” (Etxeberria, 2014, p. 64). En ese sentido, la atención a la autonomía de las personas mayores, se debe centrar en orientar los recursos necesarios en el fortalecimiento de las destrezas con la finalidad de resguardar la capacidad de decisión y a partir de ésta la capacidad de realizar lo que la persona mayor ha decidido.

Lo antes mencionado, resulta importante dado que normalmente los apoyos que se brindan a las personas mayores con autonomía limitada, giran en torno a temas menores de la vida cotidiana, como si las oportunidades de decisión de más largo alcance se les hubieran acabado o como si la capacidad que les queda de decidir con lucidez se redujera asuntos menores. De acuerdo con Etxeberria (2014, p. 65) esto corresponde a una limitación impuesta desde una concepción infantilizadora de la persona mayor, que en realidad es un adulto.

La autonomía como capacidad de decidir y actuar, se da cuando no hay coacción externa, sino cuando se dispone de los recursos que se requieren, en forma de bienes y servicios, y además en circunstancias personales y sociales que permiten aprovecharlos. A veces en ciertos niveles, el alcance de estos recursos son responsabilidades personales, pero en sus formas más básicas y generales remiten a la justicia distributiva (Naugarten, 1987; Williams, 2011, Etxeberria, 2014).

En esa tesitura, Etxeberria-Mauleon (2014, p. 66), considera necesario enmarcar la autonomía de las personas mayores en la ciudadanía y para ello se requiere el cumplimiento de tres condiciones, la primera es que se dé en ausencia de coacción externa; la segunda condición es que disponga de los recursos necesarios en forma de bienes y servicios, y la tercera condición es que la persona se encuentre en circunstancias personales y sociales que permitan

¹³ Entiéndase la autonomía plena como el ejercicio de la autonomía moral y la autonomía física en la medida que las capacidades aún existentes en las personas mayores derivado del deterioro fisiológico lo permitan.

¹⁴ La concepción de autonomía se desprende de la concepción de la dependencia, en el sentido en el que la dependencia funcional, ubica de manera más específica las limitaciones funcionales o las dificultades para llevar a cabo AVD.

aprovecharlos. Asimismo, el autor afirma que la autonomía de las personas mayores se debe ejercer en por lo menos cuatro ámbitos:

- 1) El privado de la intimidad familiar y las amistades, en el que se toman de manera especial, aunque no única, las decisiones vinculadas con la vida relacional y afectiva;
- 2) El privado civil, con elecciones o iniciativas que tienen que ver con el mercado y las interrelaciones que ampara, y también con las instituciones conectadas con el sentido religioso o secular;
- 3) El público en su expresión social, en el que la libertad se embarca en compromisos con organizaciones que, perteneciendo a la sociedad civil, persigue el bien público en alguna de sus facetas (derechos de las mujeres, desarrollo, derechos civiles, paz ecología, entre otros);
- 4) El público en su expresión política estricta, en el que las instituciones se sitúan dentro de las instituciones formales del Estado, a través de la participación democrática en ellas.

Cuando la autonomía se desarrolla plenamente en los ámbitos mencionados, se deja de lado la concepción individual para incorporarse en el ámbito de la vida familiar, comunitaria, política y social; de este modo se conecta la autonomía de las personas mayores con la ciudadanía.¹⁵ Es importante considerar que incluso las personas mayores con autonomía limitada siguen siendo ciudadanos. Por otra parte, se hace relevante el hecho de que el ejercicio de su autonomía privada en el nivel máximo posible tiene que acompañarle el ejercicio de su autonomía en el ámbito social y político también al mismo nivel.

El rasgo más decisivo de la concepción de la ciudadanía es la autonomía; esta concepción se orienta a atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar o potencializar las actividades de la vida diaria (AVD) para alcanzar mayor autonomía y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

En resumen, hablar de autonomía de las personas mayores, implica un recambio en la concepción sobre la vejez y el envejecimiento. Se trata de analizar y actuar por el bienestar de las personas mayores como sujetos de derechos y no beneficiarios o población objetivo a la que

¹⁵ Referente a esto, la ciudadanía tiene que ver con la pertenencia a la comunidad política democrática y la correspondiente participación en ella, por lo cual la autonomía se articula con la protección de las instituciones públicas y la responsabilidad cívica, en los niveles que le corresponda a cada situación, es decir, el nivel de capacidades con las que cuente la persona para desarrollar estas prácticas.

se le debe atender por su condición de vulnerabilidad. Se trata pues de desarrollar una visión en la que las personas forman parte de la ciudadanía creativa, con participación y capaces de vigorizar el reclamo público de derechos sociales para el colectivo social y construir instrumentos de derecho con la finalidad de dejar de ser vistos como uno más de los colectivos vulnerables.

2.3. La autonomía de las personas mayores desde un enfoque de derechos

De los esfuerzos más relevantes del sistema de derechos humanos, ha sido concentrar un conjunto de recomendaciones de política pública, así como un marco conceptual legitimado por la comunidad internacional, que ofrece un enfoque general de principios y pautas aplicables en las políticas de desarrollo. El enfoque de derechos humanos se constituye como un elemento vinculante entre lo metodológico y axiológico de los derechos humanos, y la institucionalidad pública, entendida como el accionar de los diversos poderes públicos en los diferentes niveles de la administración pública en función de las obligaciones y compromisos jurídicos internacionales y constitucionales establecidos (Pautassi, 2018).

El reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores ha seguido una trayectoria larga y con dificultades en su aceptación. Pasó de ser una tímida demanda de diversos sectores sociales, médicos y académicos, para consolidarse en la formulación de distintos instrumentos internacionales y constitucionales. Los cuales obligan a los Estados parte a realizar acciones que satisfagan el cumplimiento a sus obligaciones y siempre avanzando en dirección a la satisfacción plena de los derechos. Aunado a lo anterior, los Estados habilitan a las ciudadanas y ciudadanos para que demanden su cumplimiento, a través de la exigibilidad o la justiciabilidad¹⁶.

El reconocimiento de titularidad de los derechos de las personas mayores procura cambiar la lógica del proceso de elaboración de políticas, en donde el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas o beneficiarias de alguna intervención pública, sino titulares de derecho, que pueden demandar, exigir los derechos, en esta concepción el Estado es el responsable de garantizar el cumplimiento, no hacerlo genera altos daños sociales.

Los instrumentos se han convertido en canales de comunicación y negociación en sectores en donde no era posible tener acceso, y se han generado acciones de incidencia social en la

¹⁶ De acuerdo con Laura Pautassi (2018), los compromisos en si mismos o la presencia de una obligación no necesariamente implica su realización.

formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Más allá de los consensos, encontramos un sistema integral y estructurado que opera en términos de dar efectividad a las medidas comprometidas por los Estados y que además fija estándares específicos que son aplicables a los sistemas internos de cada uno de los países de la región.

En rigor, nos encontramos ante un escenario en donde las políticas y estrategias de desarrollo, y el campo de la protección internacional de los derechos humanos se encuentran mirando en la misma dirección, al reconocer una agenda prioritaria vinculada a los desafíos que impone el envejecimiento poblacional.

La cuestión del envejecimiento en el marco de los derechos humanos se hizo presente por primera vez de manera expresa en la agenda internacional en 1982, con la aprobación del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, el cual surge de la necesidad de encontrar respuestas a los cambios demográficos. Dicho Plan derivó en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad aprobado en 1991, instrumento en el que se pusieron de manifiesto las críticas a los estereotipos y visión negativa de la vejez (Naciones Unidas, 2012; CNDH, 2019).

En este documento aparece por primera vez la independencia de las personas mayores y de forma indirecta, el tema de la autonomía. En este texto se refiere a la autonomía como una de las 18 directrices dirigidas a los Estados parte con el objetivo de que se incorporen en los programas nacionales dirigidos a las personas mayores. En este documento se define a la independencia como el derecho a mantener su autonomía el mayor tiempo posible y está estrechamente vinculado al acceso a los satisfactores básicos como la alimentación, habitación, agua, ingreso, educación, transporte y seguridad social.

En abril de 1992 fue aprobado el Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento¹⁷, en este documento se abordan los retos que impone la transformación demográfica, y sus repercusiones en todos los aspectos de la vida de las personas y las comunidades, en el plano nacional e internacional. Se centra en tres ámbitos prioritarios: las personas de edad y el

¹⁷ En este documento se reconoce al incremento de la esperanza de vida como uno de los mayores logros de la humanidad. Se reafirma el compromiso de los Estados parte de no escatimar esfuerzos para promover la democracia, favorecer la igualdad entre mujeres y hombres, así como promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores. Asimismo, se comprometen a poner a disposición la riqueza y capacidad tecnológica para habilitar la llegada a la vejez con mayor salud, disfrutando de bienestar pleno, la inclusión y la participación de las personas de edad en sus comunidades.

desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores. Se presentó como la base de las políticas, acciones de la sociedad organizada y ciudadanía con la finalidad de reorientar la manera en que sus sociedades perciben a los ciudadanos de edad avanzada, como se relacionan con ellos y como se atienden sus necesidades (Naciones Unidas, 2003).

Años después surge la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América latina y el Caribe, aprobado en mayo de 2012, se declaró expresamente que el respeto a la autonomía y la independencia en la toma de decisiones es fundamental. Asimismo, se habla de la autonomía y la independencia con relación al derecho a un consentimiento previo, libre e informado para toda intervención médica, a los servicios de cuidados, la mejora de las condiciones de vivienda y el entorno, así como la eliminación de barreras arquitectónicas para promover la accesibilidad de las personas mayores (CEPAL, 2012; Huenchuan, 2018).

En junio de 2015, la Asamblea General de la OEA aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, el primer instrumento jurídicamente vinculante del mundo sobre esta materia. La Convención es resultado de varios años de esfuerzo conjunto, en el que unas de sus principales impulsoras fueron los representantes de los ámbitos académico, social y diversas de la sociedad civil en defensa y promoción de los derechos de las personas mayores del continente americano, entre ellos México. Su objeto es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad (CEPAL, 2020).

La autonomía y la interdependencia de las personas mayores ocupan un lugar importante en la Convención; se identifican como principios generales (artículo 3), aparecen como derechos (artículo 7) y se destacan de manera especial en relación con las personas mayores que reciben cuidados de largo plazo (artículo 12), y respecto a los derechos de las personas mayores a la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el deporte de cara a promover su autonomía e independencia (Huenchuan, 2018).

En el artículo 7 se establece la obligación de los Estados parte en adoptar programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce del derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a definir su propio plan de vida y llevar una vida autónoma e independiente.

En el mismo artículo, la autonomía y la independencia están vinculada, en particular, a tres aspectos de la vida de las personas mayores, que a la letra dice:

- i) El respeto a la autonomía de las personas mayores en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos.
- ii) Que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.
- iii) Que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.

En la Convención, la autonomía también supone el reconocimiento de las personas mayores como sujetos con personalidad jurídica ante la ley; esto implica la libertad y la capacidad jurídica para adoptar decisiones, exigir el respeto a sus derechos.

Hasta la fecha México no ha firmado ni ratificado este instrumento internacional de derechos humanos. Grupos de organizaciones e instituciones públicas de manera conjunta han exigido al Senado, se realicen dicha ratificación de este instrumento internacional de gran importancia “ya que, aunque ello no garantice el respeto y protección de los derechos de las personas mayores; si provee de un sustento legal para exigir al Estado mexicano a actuar en consecuencia” (FIAPAM, 2015)

2.4. Autonomía física de las personas mayores como objeto de estudio

En México en los últimos años, se han generado cambios normativos e institucionales centrados en las personas mayores, que han permitido la ampliación en la cobertura de los servicios de salud, el acceso a pensiones no contributivas, y a diversas acciones gubernamentales orientadas a garantizar el bienestar de las personas en edades avanzadas.

Sin embargo, se considera que no se ha logrado pasar de un modelo médico, que se centra en un diagnóstico individual de incapacidad, absoluta de una vez y para siempre, a otro en que identifique su capacidad en relación con la tarea o las circunstancias específicas en que se ejerce; en las condiciones del entorno social, económico y familiar, que limitan la autonomía física de las personas mayores. Es decir, que ponga acento en fortalecer los mecanismos que favorezcan que la persona continúe ejerciendo su autonomía por el mayor tiempo posible, de responder a sus propias necesidades, expresar sus deseos, tomar decisiones, hacer elecciones y lograr sus metas.

La ausencia de la autonomía física limita de inmediato la autonomía moral de las personas mayores. De continuar objetivándose como una condición de dependencia o incapacidad, las personas mayores seguirán siendo despojadas de manera arbitraria del autocontrol de sus vidas.

Como se mencionó previamente, la autonomía física —principal objeto de interés de este trabajo— está asociada al deterioro físico y cognitivo que experimentan las personas mayores producto del avance de la edad, discapacidad y enfermedades crónico-degenerativas, situaciones que limitan las capacidades para llevar a cabo el cuidado personal básico y las tareas cotidianas. Al encontrarse en esta condición, se presenta una fragilización de la autonomía (moral y física), dado que la persona mayor de manera progresiva comienza a abandonar el estándar de normalidad que se basa en mantenerse autosuficiente para comer, bañarse o moverse, que se convierte en un problema, si no cuenta con bienes, servicios y cuidados necesarios para realizar estas tareas.

En este orden de ideas, la autonomía física de las personas mayores está en función de los cambios físicos y mentales, así como los recursos con los cuales cuentan para sobrellevar la pérdida de capacidades para realizar AVD. Es decir, que no sólo implica la pérdida individual de capacidades sino la forma en que la sociedad hace frente a esos cambios, que en un contexto de aceleradas transformaciones demográficas, epidemiológicas, económicas e institucionales como los que ha venido experimentando la sociedad mexicana, la atención a este desafío aún muestra debilidad.

Sin embargo, los esfuerzos por identificar los determinantes y los factores asociados que inciden en la presencia de las dificultades de la vida diaria han sido numerosos y muy reveladores. Es importante destacar que estos estudios en su mayoría se han realizado dentro del marco conceptual de la dependencia funcional, sin embargo, han dado cuenta de cómo influyen las condiciones de salud, socioeconómicas, demográficas y las trayectorias de vida, en la consecuente limitación en la autonomía física de las personas mayores.

No se puede perder de vista que, al concentrarse en el estudio de la autonomía física, es importante ubicar los aportes que se han hecho en el estudio de la dependencia funcional. No solamente se trata de transitar de un concepto a otro para estudiar un mismo fenómeno, se trata de una transformación de la perspectiva y del enfoque con el que se observa y estudia la vejez y el envejecimiento. Tampoco se trata de descalificar la concepción de la dependencia, dado que ha sido fundamental para comprender las principales problemáticas a las que se han enfrentado

las personas mayores, sin embargo, la complejidad demográfica que se ha desarrollado en las últimas tres décadas, impulsa hacia el avance de las concepciones tradicionales y valiosas en un momento histórico determinado, a enfoques integrales, con perspectiva de derechos y capaces de profundizar en la problematización de la pérdida de las capacidades para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

En ese sentido, en los siguientes apartados se expondrán algunos de los trabajos que exploran los factores que influyen en la temática referida, particularmente en términos físicos. Asimismo, se presentan algunos trabajos relacionados con la magnitud y nivel en el que se ubican la autonomía física.

2.5. Actividades de la vida cotidiana: conceptos y medición

Cómo se ha mencionado en apartados anteriores, con la vejez aumenta el riesgo de contraer enfermedades crónicas, degenerativas y se reducen progresivamente las capacidades físicas y mentales; también aumenta el riesgo tener dificultades para realizar actividades de la vida diaria (AVD).

Dichas actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras, como lo he señalado, son un grupo de actividades muy elementales incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el excusado, comer, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, preparar comida caliente, comprar víveres, manejar dinero y tomar medicamentos.

El conocimiento sobre las AVD permite identificar habilidades y necesidades de las personas mayores, por otra parte, su análisis da cuenta de las condiciones en las que se está generando el proceso de envejecimiento poblacional individual y poblacional. Las AVD representan los principales medios para perseguir y cumplir los objetivos que se consideran esenciales en cualquier etapa del ciclo de vida, la capacidad para realizar estas actividades en edades avanzadas tiene mayor trascendencia en aspectos no solo biológicos, sino también emocionales, y de interacción social.

A las personas mayores la realización de las diferentes AVD, les permite participar en grupos sociales o familiares y en diversos espacios que aseguren el mantenimiento personal y que se consideren un ingrediente esencial de la vida. Asimismo, se mantiene la posibilidad de

tomar parte del medio ambiente externo y desarrollarse en espacios culturales, laborales, en actividades de ocio, sociales o en espacios de participación política. Las AVD son consideradas un elemento clave para medir el bienestar de las personas mayores, su calidad de vida, su nivel de interacción social y el ejercicio de su ciudadanía. Asimismo, en las AVD se concentran un conjunto de tareas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y, el desarrollo de una vida independiente y autónoma.

La medición de las AVD permite, por un lado, contar con un diagnóstico sobre las condiciones de salud y las limitaciones en la autonomía física de las personas mayores y, por otro lado, permite preparar los insumos públicos, sociales, familiares para prolongar el mayor tiempo posible las capacidades con las que aún cuenta la persona mayor.

Para medir el desempeño de la realización de las AVD se han empleado una serie de medidas subjetivas basadas en autorreporte o medidas estandarizadas de rendimiento físico (Lozano, Montoya, Gaxiola, & Román, Dependencia funcional y vulnerabilidad social en adultos mayores mexicanos, 2012, 2017). En el siguiente apartado se exponen las principales escalas de valoración que se han usado tradicionalmente para analizar e identificar las capacidades físicas de las personas mayores.

2.5.1. *Índice de Katz*

La escala de Katz surge a en la década de 1960, se presenta como la primera escala de valoración de las ABVD en la población en edad avanzada. La escala o índice de Katz surge a partir de la comparación de patrones en las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, ir al baño, la transferencia, la continencia y la alimentación), entre personas mayores hospitalizadas y con enfermedades crónicas.

Se trata de una escala que evalúa la dependencia e independencia en las ABVD, cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado de las capacidades físicas de las personas mayores de forma ordenada, comparar a individuos y grupos, y detectar cambios a lo largo del tiempo. Por lo que se refiere a su validez y confiabilidad, se tiene que, desde sus orígenes, ha sido modificada y simplificada, y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación, método de medición y variables usadas, sin perder precisión, ni validez en los resultados.

Finalmente, pese a que el índice de Katz es sensible a los cambios en el estado de salud declinante y, por ende, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de las personas mayores, es un índice muy útil para la creación de un lenguaje común acerca del estado de las capacidades físicas evaluadas, para el equipo involucrado en la atención de salud de las personas mayores.

2.5.2. *Índice de Barthel*

El índice de Barthel se comenzó a usar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad física de las personas hospitalizadas con estado de salud grave, especialmente aquellas con trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evaluación de estos pacientes en programas de rehabilitación.

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

Este índice se ha usado comúnmente para describir las capacidades físicas de las personas mayores, y ha permitido predecir los cambios a largo plazo, sin embargo, no es sensible para detectar pequeños cambios pequeños, así como para medir la incapacidad por encima de un determinado umbral: los muy incapacitados. Sin embargo, es el más usado en instituciones de media estancia (unidades de convalecencia y rehabilitación) y larga estancia. Asimismo, es usada para la planificación de necesidades de cuidados de larga duración desde contextos clínicos o comunitarios.

2.5.3. *Escala de Lawton-Brody*

Por lo que respecta a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), la escala más utilizada es la referente a la del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton. Dicha escala fue publicada en el año de 1969 bajo la autoría de Lawton y Brody, a través de esta escala se evalúa la autonomía física y las AIVD en la población de personas en edad avanzada

independientemente de que se encuentren institucionalizadas. Este estudio se realiza a partir de 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, el lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de la economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico (independiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

A través de la escala de Lawton-Brody se identifica el grado de autonomía física que las personas mayores presentan. Este instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a la puntuación. No obstante, su utilidad para evaluar las capacidades físicas de las personas mayores para realizar actividades más complejas de la vida diaria se ha mostrado de manera constante.

Esta escala se recomienda para la evaluación de las personas mayores que se consideran en riesgo de perder su autonomía física, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, no se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades.

Sin embargo, su inconveniente radica en que hace énfasis en tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas por personas en localidades urbanas, siendo esto un obstáculo cuando se aplica a las personas mayores en localidades rurales, en donde las actividades instrumentales de sobrevivencia tienen variaciones importantes. De acuerdo con Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Mejjide-Míguez (2011), la escala debe ser adaptada para que refleje más fielmente el tipo de actividad que las personas mayores consideren indispensables para poder vivir independientemente en localidades rurales o semirurales.

A modo de resumen en el Cuadro 5 se mencionan las principales escalas de valoración que se han usado tradicionalmente para analizar e identificar las capacidades físicas que presentan las personas mayores:

Cuadro 5. Principales escalas de valoración de las AVD.

Escala	Dominio	Herramienta para su valoración
Índice de Katz de independencia en Actividades de la Vida Diaria	<p>Valora la limitación funcional en Actividades Básicas de la Vida Diaria.</p> <p>Incluye 6 ítems: bañarse, vestirse, uso del escusado, capacidad de moverse, continencia urinaria y la capacidad de alimentarse por sí mismo.</p>	<p>Para cada actividad el individuo recibe un puntaje de independiente (1) o dependiente (0).</p> <p>Una calificación de 6 indica completa funcionalidad, 4 puntos indican pérdida moderada de la funcionalidad y 2 o menos indica pérdida severa de la funcionalidad.</p>
Índice de Barthel	<p>Valora la limitación funcional en Actividades Básicas de la Vida Diaria.</p> <p>La escala incluye 10 actividades: utilizar el escusado, comer, vestirse, aseo personal, caminar-moverse libremente, bañarse, transferencias de la cama al sillón/silla, subir/bajar escaleras, y continencia fecal, para un total de 10 actividades.</p>	<p>Cada actividad se valora de acuerdo con tres niveles de capacidad: incapaz (0 puntos), Necesita algo de ayuda (5 puntos) o independiente (10 puntos)</p> <p>El puntaje se suma y se generan cuatro categorías: Dependencia total (≤ 20 puntos), Dependencia severa (20 a 35 puntos), Dependencia moderada (40 a 55 puntos), y Dependencia leve (≥ 60 puntos).</p>
Índice de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	<p>Valora la limitación con las actividades instrumentales de la vida diaria.</p> <p>Incluye 8 ítems, utilizar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar las tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transporte, manejar los medicamentos correctamente y manejar las cuentas y el dinero.</p>	<p>El índice se califica de forma dicotómica (0-1) para indicar si se puede o no realizar una actividad.</p> <p>La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría independencia total.</p> <p>Se utiliza principalmente en individuos viviendo en la comunidad.</p>

Fuente: Obtenido de López, Mariana (2015). Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México. En Gutiérrez, Luis Miguel; Kershenobich, David (coord.). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México, Academia Nacional de Medicina de México, p. 220.

Diversos estudios dan cuenta sobre los factores que pueden incrementar la posibilidad de que las personas mayores se encuentren en condiciones de autonomía física limitada. En el siguiente apartado se exponen factores sociodemográficos, socioeconómicos, condiciones de salud y factores relacionados con el estado de ánimo.

2.6. Factores de asociados con la autonomía física de las personas mayores

En los últimos años, se han realizado trabajos de investigación importantes con relación a las capacidades físicas de las personas mayores. En estos trabajos —concentrados en las áreas de la gerontología social, la medicina, el trabajo social y los estudios de población— se han identificado las posibles causas y los factores asociados que operan en favor de la limitación de la autonomía física de las personas mayores. Asimismo, los estudios han permitido, por una parte, la redefinición y la complejización de un fenómeno multidimensional como lo es la autonomía física de las personas mayores. Por otra parte, han aportado al recambio en la concepción de la

vejez y a la búsqueda de instrumentos de política pública de atención al envejecimiento, especialmente a la pérdida de las capacidades físicas para realizar AVD.

En este trabajo se pretende hacer relevante que las dificultades que las personas mayores presentan para ejercer su autonomía física guardan relación con las dificultades que presentan en el ejercicio de sus derechos humanos. En los siguientes subapartados se exponen los factores sociodemográficos, socioeconómicos, las condiciones de salud y estado de ánimo; que, de acuerdo con diversas investigaciones, aumentan la probabilidad de que las personas mayores se encuentren con autonomía física limitada. Que no solamente se presentan como factores que acompañan al proceso del envejecimiento, sino que al mismo tiempo se conciben como barreras sociales y políticas para el ejercicio de la autonomía plena.

2.6.1. Factores sociodemográficos

Es evidente que el porcentaje de personas con autonomía física limitada tiende a aumentar conforme avanza la edad. El trabajo realizado por Dorantes-Mendoza, Ávila-Funes, Mejía-Arango y Gutiérrez-Robledo (2007), quienes a partir del Estudio Nacional sobre la Salud y el Envejecimiento en México (ENASEM) del año 2001, encuentran que a mayor edad se incrementa la probabilidad de las personas mayores presenten dificultades para realizar tanto ABVD como AIVD. Asimismo, encontraron que la edad es quizá el factor de riesgo más importante en la limitación de la autonomía física, superior a otros factores sociodemográficos, a las condiciones socioeconómicas y la morbilidad múltiple.

Por otra parte, las personas mayores se enfrentan al edadismo. En 1969 Butler definió este término, refiriéndose a los estereotipos sistemáticos y discriminatorios contra las personas por el hecho de ser mayores y que se reflejan en conductas discriminatorias o simplemente, evitando cercanía y el contacto físico. En este sentido, las personas mayores son percibidas como receptoras de ayuda, de cuidados (por su falta de autonomía y fragilidad) y necesitadas de apoyo económico. De acuerdo con la CEPAL (2017), esta concepción discriminatoria hacia las personas mayores impacta en la atención brindada por parte de las instituciones responsables de atención a las personas mayores, que se les concibe como una mercancía o como a un individuo al que se le debe institucionalizar y no como sujetos a los que les debe garantizar sus derechos y potencializar sus capacidades.

En relación con el sexo de las personas mayores la presencia de la autonomía física limitada, las mujeres presentan mayor probabilidad de vivir más tiempo con dificultades para realizar ABVD e AIVD. Un trabajo para considerar es el realizado Castrejón-Caballero (2007), el cual explora a través de un análisis multivariado, la relación que existe entre el sexo y las dificultades para realizar ABVD y AIVD. Este estudio encontró que las mujeres experimentan un importante deterioro de la salud, y la pérdida de la autonomía física, superior a la que experimentan los hombres, misma que se agudiza en las mujeres al cumplir los 80 años, es decir, que ser mujer y cumplir más años, incrementa la probabilidad de pérdida de la autonomía.

Aunado a esto, trabajos como el de Carretero, Garcés y Ródenas (2006), Salgado y Wong, (2007) dan cuenta que las mujeres mexicanas, presentan una esperanza de vida al nacer superior a la de los hombres, por lo que conforman la mayoría de los adultos mayores en México, a este fenómeno se le considera como feminización del envejecimiento. Esta situación tiene diversas implicaciones y consecuencias, entre estas es que la mayor expectativa de vida de las mujeres provoca que se encuentren mayor tiempo con la autonomía física limitada, aunado a que poseen una mayor probabilidad de multimorbilidad, viven más tiempo con discapacidad, poseen una peor percepción de la propia salud, tienen mayor posibilidad de ser viudas, analfabetas y poseer menos recursos económicos que los hombres, asimismo, las mujeres en edades avanzadas tienden a vivir en pobreza más que los hombres¹⁸. De acuerdo con Salgado y Wong (2007), las mujeres y los hombres, se encuentran en diferentes estados de vejez, autonomía y de vulnerabilidad de acuerdo con relaciones sociales de género, cultural y el nivel de protección institucional que la sociedad les otorga.

Referente al estado conyugal, Lozano, Montoya, Gaxiola y Roman (2018), consideran que los niveles de autonomía física de las personas mayores son diferentes en función de su situación conyugal. Dichos autores, coinciden en que las personas mayores unidas parecen mostrar una relación con las mejores condiciones de salud y capacidades para realizar AVC, en comparación con las personas no unidas, que parecen mostrar un deterioro de la salud, multimorbilidad, y dificultades para realizar actividades de cuidado personal. En ese sentido,

¹⁸ La trayectoria de vida de los hombres se desarrolla con una alta participación en actividades económicas, lo cual impacta en las condiciones de salud y capacidad física cuando llega a edades avanzadas. Se ha mostrado que el hecho de que los hombres se concentren en el empleo debilita sus redes sociales y familiares con diferentes características, lo cual, al llegar a la etapa de la vejez, la red de apoyo y ayudas informales con las cuales cuenta son reducidas. Otro punto, es que la precarización del empleo, el desmantelamiento de la seguridad social genera que los hombres sigan trabajando en edades avanzadas, aun con discapacidad o problemas de salud.

diversos autores afirman que detrás de esta asociación entre estado conyugal y la condición física, mental y de salud de las personas mayores se oculta otras variables como el acceso a los servicios de salud, la posesión de una vivienda, fuentes de ingreso y la percepción de la soledad, vulnerabilidad y abandono (González, 2017).

2.6.2. Factores socioeconómicos

De acuerdo con Fabiana del Popolo (2001), las variables socioeconómicas que reportan las personas mayores, es un conjunto complejo de información que permite dilucidar en qué medida actúa el pasado, en las condiciones actuales de las personas mayores: el nivel educativo, la seguridad social, las condiciones y servicios de vivienda.

Del Popolo (2001) refiere que los ingresos individuales de las personas mayores permiten identificar la posición económica en un momento determinado que depende de una compleja combinación de factores interrelacionados, tales como el ciclo de vida familiar e individual, las biografías, las características del sistema de protección social y las fuentes del ingreso. Tener o no tener seguridad económica, repercute de manera directa en diversos aspectos de la vida de las personas mayores, las personas que no cuentan con ingresos propios, y que se encuentran en condición de pobreza carecen de autonomía personal financiera y personal para satisfacer sus necesidades y tomar decisiones.

La educación es reconocida como un derecho humano fundamental, es importante para alcanzar mejores niveles de bienestar social e individual. Además de proveer conocimientos, la educación enriquece la cultura, los principios y todo aquello que caracteriza a los seres humanos (OCDE, 2019). El análisis de los años de educación formal permite una aproximación a las condiciones socioeconómicas y de desarrollo en las cuales se encuentra una sociedad y el acceso que tienen o han tenido al sistema educativo formal.

Con relación a lo anterior en México, se ha identificado que el 47.7 por ciento de las personas en edad avanzada presentan rezago educativo (CONEVAL, 2018). Varios trabajos de investigación refieren que existe relación positiva entre el bajo nivel educativo y la autonomía física limitada (Casado y López, 2001; Otero, Zunzunegui, Rodríguez-Lazo y Lázaro, 2004; Zavala y Domínguez, 2010; Amau, Espauellad, Serrarolse, Canudase, Formigaf y Monserrat, 2012; Cheix, Herrera y Barros, 2015).

La escolaridad es un atributo que en mayor o menor medida se adquiere en las etapas del ciclo de vida de la niñez y la juventud, y en ese sentido en la población de edad avanzada quedan las huellas de los rezagos en el sistema educativo del país de décadas atrás, cuando las personas mayores de hoy estaban en edades escolares y el sistema educativo era incipiente (González, 2017). De acuerdo con Carretero, Garcés y Ródenas (2006), la asociación entre alto nivel educativo y autonomía física plena parece atribuible a la relación de la educación con las buenas condiciones laborales y económicas, con la posesión de diversos bienes servicios y seguridad social, así como recursos psicológicos y sociales adecuados y con un estilo más saludable respecto a las personas con bajo nivel educativo.

En cuanto a las condiciones y servicios de vivienda, su importancia radica en que las personas mayores residentes en su domicilio tienen una vida más larga y con mayor bienestar, incluso cuando se encuentran en condiciones de autonomía fragilizada. Además, las condiciones y los servicios de vivienda inciden de manera importante en la calidad de vida de las personas mayores. Las personas mayores con autonomía física limitada se caracterizan por la ausencia de autosuficiencia para realizar ABVD y AIVD, sin embargo, las condiciones del entorno en el que se desenvuelven en lo cotidiano pueden llegar a repercutir e impactar de manera negativa en las capacidades con las que cuentan las personas mayores, es decir que hacen aún más complicadas la realización de las AVD con independencia.

La vivienda es el espacio físico en el que se puede descansar, dormir, comer, tener actividades recreativas y realizar actividades familiares y sociales. La OMS ha establecido principios y líneas generales de acción referentes a los requerimientos sanitarios de la vivienda, tales como: protección contra enfermedades transmisibles, traumatismos, intoxicaciones y enfermedades crónicas, reducción al mínimo de factores de estrés psicológico y social, y un entorno adecuado con servicios apropiados de seguridad, emergencia y educación (Sevilla-Godínez, Almazán-Curiel y Valadez-Grill y colaboradores, 2014).

Diversos estudios dan cuenta que las tasas de morbi-mortalidad son más altas entre las personas que habitan viviendas insalubres que las que habitan en viviendas higiénicas¹⁹. Las

¹⁹ Las viviendas higiénicas son aquellas que en diseño y construcción se han considerado aspectos como asoleamiento, microclima, temperatura, ventilación, calidad del aire interior, iluminación, ruido; además se consideran las adecuadas instalaciones eléctricas, hidráulicas y sanitarias indispensables para un estilo de vida saludable. Asimismo, en su construcción se toma en cuenta la dimensión ambiental (Sevilla-Godínez, Almazán-Curiel y Valadez-Grill, 2014).

construcciones sin muros o techos de concreto generan temperatura y humedad no favorables que se vinculan con padecimientos del sistema nervioso y en el ciclo del sueño, la obstrucción nasal, el lagrimeo, la dermatitis. En personas mayores, afecta su sistema respiratorio y se ven obligadas a crear adecuaciones improvisadas en climas fríos, húmedos o calurosos en extremo, lo que impacta en su salud y en las condiciones de vida.

Los pisos de tierra son conocidos por albergar parásitos y bacterias que pueden causar enfermedades graves, como la diarrea, infecciones parasitarias, enfermedades respiratorias, anemia, inmunodeficiencia y desnutrición. El riesgo es particularmente mayor para las personas mayores y los niños pequeños. La existencia de pisos firmes en las viviendas disminuye los problemas de la piel y contribuyen a reducir la incidencia de enfermedades. La ausencia de pisos firmes está asociada con la pobreza que experimenta la población, especialmente en las zonas rurales. El deterioro de la salud, generada por esta condición, puede afectar de manera importante la autonomía de las personas mayores.

De acuerdo con la OMS (2019), el agua, el saneamiento y la higiene tiene consecuencias importantes sobre la salud y la enfermedad. El uso de agua no tratada es causante de enfermedades como la esquistosomiasis, la malaria, diarrea y la colera, entre otras. Está reconocido el derecho al agua potable y el saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos. Por tanto, es un derecho en sí mismo y un medio fundamental para garantizar todos los derechos humanos (Justo, 2013).

La ausencia de acceso a agua potable entubada dentro de sus viviendas de las personas mayores implica que deben trasladarse a otros lugares ya sea dentro del terreno donde habita o fuera de este, en busca de agua potable para satisfacer sus necesidades diarias de suministro, con todas las dificultades que conlleva el traslado (Huenchuan, 2019). La obligación de las personas de edad a buscar estrategias para intentar disponer de agua potable de manera constante impacta en la calidad de vida, dado que impone un esfuerzo físico importante que puede tener incidencia en el deterioro físico y cognitivo de las personas de edad avanzada, así como la reducción del tiempo disponible para el ocio y el autocuidado.

Con relación al uso de combustible dañino para cocinar, se ha demostrado que usar combustibles sólidos como madera, residuos agrícolas, carbón vegetal y mineral, y excrementos animales en fuegos abiertos y en cocinas con fugas producen elevados niveles de contaminación del aire de interiores, situación que afecta a la salud de las personas que habitan la vivienda,

especialmente aquellas que se encargan de cocinar. De acuerdo con la OMS (2018), una alta proporción de personas mueren prematuramente por enfermedades atribuibles a la contaminación del aire al interior causada por combustibles sólidos. Además, es causante de enfermedades como neumonía, accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, cáncer de pulmón, entre otras. El uso de combustibles sólidos está asociado con la pobreza y las desigualdades socioeconómicas. En las personas mayores, la recolección de combustible consume una parte considerable del tiempo, lo que limita la realización de AVD, de autocuidado y otras actividades productivas.

De acuerdo con Flores-Villavicencio, Troyo y Vega-López (2010), consideran que el proceso de envejecimiento individual que conlleva a un deterioro paulatino de las condiciones física, psicológicas y de salud, hasta generar situaciones de ausencia de autonomía física limitada que para afrontarla, es necesario que las personas mayores cuenten con viviendas que permitan disponer de una serie de requerimientos adecuados relativos a las condiciones de vivienda salubre con espacios suficientes para su movilidad, condiciones adecuadas de equipamiento, instalaciones y servicio de agua potable; con la finalidad de mantener una calidad de salud y vida adecuadas, así como para potencializar la presencia de limitaciones en la autonomía física.

2.6.3. Factores del estado de salud

Sobre las variables asociadas al estado de salud y que influyen de manera importante en la autonomía física de las personas mayores son las enfermedades crónicas degenerativas. Como se mencionó anteriormente, las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, incurables y que restringen las actividades y condicionan la vida de la persona que las padece. El término degenerativo en neurología sigue las premisas del término crónico, pero también involucra cambios celulares y moleculares que alteran los procesos metabólicos normales de las neuronas y que se manifiestan en patologías que son incurables hasta el momento (Velasco, 2010). Las enfermedades crónicas abarcan: enfermedades cardiovasculares, cánceres, trastornos respiratorios, diabetes, trastornos neuropsiquiátricos y de los órganos sensoriales, enfermedades osteomusculares y afecciones bucodentales; enfermedades digestivas, trastornos genitourinarios, malformaciones congénitas, enfermedades cutáneas, entre otras.

El término “enfermedades propias de la vejez” es una expresión que carece de sentido estricto, es verdad que existe una mayor prevalencia de algunas enfermedades en la edad

avanzada y que la manera en que se manifiesta e impacta es distinta. Sin embargo, el aumento en la prevalencia y letalidad de las enfermedades es el resultado de diversos factores como la comorbilidad, la tendencia a la cronicidad, el deterioro físico o pérdida de la autonomía física, así como el entorno económico, social y familiar para afrontar las enfermedades (Velasco, 2010; Guijarro, 1999; Larrión, 1999).

Por su parte, Dorantes-Mendoza, Ávila-Funes, Mejía-Arango y Gutiérrez-Robledo (2007), identifican que, entre los factores asociados a la comorbilidad, en el que tener enfermedad cerebrovascular tiene una significancia importante respecto al resto de enfermedades. Asimismo, Salinas y Téllez (2008), realizaron un estudio en personas de 70 años o más, beneficiarios del Programa Oportunidades, durante los meses de marzo y abril de 2006. Llegaron a concluir que las personas con diabetes mellitus, artritis, osteoporosis, enfermedad obstructiva crónica, enfermedad del corazón y cáncer, presentan mayor probabilidad de encontrarse con autonomía física limitada.

Dentro de las principales enfermedades crónicas y degenerativas que se han asociado con la limitación de la autonomía física de las personas en edad avanzada son la diabetes, la hipertensión, enfermedades pulmonares y los ataques al corazón. Asimismo, se encuentran las caídas, así como la presencia de dolor físico constante. En ese sentido, el trabajo de Velasco (2010) realizado con base en la ENASEM 2003, encuentra que entre los factores que inciden en la propensión en presentar autonomía física limitada en personas mayores son las enfermedades pulmonares, haber tenido alguna caída y presentar más de cuatro síntomas relacionados con enfermedades crónico-degenerativas.

La diabetes mellitus es una alteración metabólica caracterizada por las presencias de hiperglucemia crónica, su presencia provoca que el nivel de azúcar en la sangre sea muy elevado. Las consecuencias de tener diabetes van desde problemas en los riñones, el sistema nervioso, los pies y los ojos hasta aumentar el riesgo de tener enfermedades cardíacas y trastornos óseos y articulares. Otras complicaciones a largo plazo incluyen problema con la piel, problemas en el aparato digestivo, disfunción sexual y problemas en las encías (Cognet, 2002). Las complicaciones generadas por la diabetes pueden traer como consecuencia las limitaciones en las AVD, especialmente si se llega al grado de requerir diálisis por daño en los riñones o amputaciones por efecto de la enfermedad.

La hipertensión o presión arterial alta, es considerada como la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, se refiere a una presión de compresión del corazón y de los vasos sanguíneos. Los síntomas de esta enfermedad no son los mismos en todos los casos, aunque en general suele no tener síntomas. Constituyen el principal factor de riesgo para la aparición de patologías como el infarto agudo de miocardio, los accidentes vasculares encefálicos e insuficiencia renal crónica, por mencionar algunos (Velasco, 2010).

De acuerdo con el (INGER, 2019) las enfermedades respiratorias representan una causa potencial de morbilidad, mortalidad e invalidez para personas mayores. Las personas mayores tienen mayor probabilidad de que presenten afectaciones en su sistema respiratorio, debido a que el sistema inmunológico de la vía aérea es más sensible en las personas de edad avanzada. Las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la tuberculosis y el cáncer, son enfermedades que causan un importante porcentaje de muertes para las personas mayores. Las personas mayores con enfermedades respiratorias presentan como síntomas una disminución de su actividad física, ya no quieren salir, se siente cansada, presente muchas veces también problemas neurológicos, lo que incide de manera importante en la dificultad para realizar AVD.

Con relación a las caídas que sufren las personas mayores, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015), las personas mayores son más propensos a sufrir este tipo de incidentes, siendo causa de debilidad muscular, alteraciones en su caminar y equilibrio, enfermedades del corazón, disminución de la visión, el uso de bastones y andaderas de forma inadecuada; además de los efectos secundarios de algunos medicamentos, entre otros. Las consecuencias de las caídas pueden ser: inflamación que limita el movimiento o caminar, dolor moderado o intenso, lesiones graves como fracturas o pérdida de conocimiento. Además, puede generar lesiones que provoquen discapacidad.

El dolor que sufren las personas mayores es uno de los principales síntomas que indican la presencia de enfermedades, lesiones o problemas físicos, y puede presentarse en niveles leves a severos. El dolor se define como la percepción de una sensación desagradable y la experiencia emocional asociada con un daño real o posible de los tejidos del organismo (Maestre, 2001). La percepción y experiencia del dolor están influenciadas por las bases culturales, experiencias y emociones previas del individuo, por tanto, su tolerancia al dolor es diferente en cada persona. En las personas mayores, el dolor suele estar asociado con procedimientos quirúrgicos,

enfermedades de larga evolución como osteoartritis, fracturas, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad vascular, neuropatía, entre otras. De acuerdo con Maestre (2001), las personas mayores que padecen de dolor cónico, es más propensa a la depresión, y pérdida de la autonomía física.

Por otra parte, la autopercepción de la salud es considerada una medida simple pero completa que permite evaluar la salud con base en múltiples dimensiones, proporciona una evaluación global del estado de salud e incluye la autopercepción de la constitución física, mental y social, pues es producto de una concepción individual y subjetiva que evidencia la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos. De acuerdo con Bustos-Vázquez, Fernández-Niño y Astudillo-García (2016) la autopercepción de la salud que presentan las personas mayores se correlaciona con el número y tipos de problemas de salud reportados, las enfermedades cónicas, el número de medicamentos, la presencia de dolor físico, la presencia de dificultades para realizar AVD, Entre otros. Asimismo, entre los factores sociales se reconocer tres que inciden de manera importante: el sentido de la coherencia, la red social y el grado de depresión.

2.6.4. Factores del estado emocional

El aislamiento social se refiere a la separación física objetiva de otras personas, mientras que la soledad se refiere al sentimiento de aflicción de estar solo o separado de otros (Cacioppo, Capitanio y Cacioppo, 2014). En este sentido, las personas mayores que viven con sus familias, parejas u otras personas en el mismo hogar, no se encuentran excluidas de los sentimientos de soledad. El aislamiento social y la soledad ha sido reconocido como un factor de riesgo importante de morbilidad, discapacidad y mortalidad en las personas con un impacto mayor en las personas mayores.

Mientras que el aislamiento social surge en situaciones donde una persona no tiene suficientes personas con las que se pueda interactuar, un estado objetivo, la soledad es la experiencia subjetiva de angustia por no tener suficientes relaciones sociales o no tener suficiente contacto con las personas. Aunque los dos conceptos están relacionados, una persona puede estar socialmente aislada pero no sentirse sola, mientras que una persona con una red social aparentemente grande puede experimentar soledad (CENIE, 2018).

Las consecuencias para la salud tanto del aislamiento social como de la soledad se han examinado exhaustivamente. Varios estudios se concentran entre el aislamiento social con la morbilidad y con la mortalidad. Las personas mayores que están solos tienen mayores probabilidades de experimentar limitaciones en su autonomía física, en comparación con aquellos que no están solos. Las personas mayores al alcanzar edades superiores a los 75 años, la mayoría vive en condición de viudez, especialmente las mujeres por tener una esperanza de vida superior con respecto a los hombres. Asimismo, las redes sociales de las personas mayores a menudo se reducen por razón tales como su salida de entornos laborales, las hijas o hijos pueden haberse ido, junto con sus nietos, y los hermanos y amigos mayores pueden haber muerto.

Otro aspecto para considerar es la depresión, ya que ésta contribuye de manera significativa a la fragilización de la autonomía personal en la edad avanzada, en virtud de que lleva al aislamiento social, provoca un aumento de quejas sobre sí mismo y aumenta el declive cognitivo y funcional, todos ellos factores que potencian las dificultades para realizar las AVC (Avila-Funes, Melano-Carranza, Payette y Amieva, 2007). La depresión también se ha relacionado con el inicio y con cambios en la vejez. Así un estado de ánimo deprimido puede disminuir la motivación necesaria para que el individuo se comprometa en conductas resguarden y potencien la autonomía.

Por otra parte, si bien el aislamiento y la soledad incrementa las probabilidades de presentar autonomía física limitada, de igual manera presentar dificultades en la realización de AVC trae consigo el debilitamiento de la interacción familiar y social, y por lo tanto se produzca sentimientos de aislamiento, así como problemáticas psicológicas como la depresión (Duran, Orbregoz, Uribe-Rodríguez y Uribe-Molina, 2008; Ávila, Grant y Aguilar, 2006).

Como decía, debe proporcionársele atención a la depresión, que se define como una alteración afectiva que se caracteriza por pesimismo, sensación de amargura, desesperanza, sufrimiento para vivir, incapacidad para realizar tareas habituales, trastornos del sueño, cansancio precoz, añoranza, fijación por ideas, tendencia al llanto, sensación de lentitud en el paso del tiempo y pérdida de la planificación futura (Zavala-González y Domínguez-Sosa, 2010). En las personas mayores, puede producir una disminución en las capacidades para realizar actividades esenciales y aumenta la mortalidad (directamente o por comorbilidad con otras enfermedades).

Diversos estudios dan cuenta de que la depresión en personas mayores se asocia principalmente con factores socioambientales (riesgo social) y comorbilidad. Asimismo, se ha comprobado que está contribuye de manera importante a la presencia de dificultades para realizar AVD (Ávila, Grant y Aguilar, 2006; Velasco, 2010; Dorantes-Mendoza, Ávila-Funes, Mejía-Arango y Gutiérrez-Robledo, 2007). La depresión está asociada con el aislamiento y la soledad, estas emociones generan percepciones de tristeza, depresión, falta de felicidad, entre otras, lo cual incide en la presencia de cambios en las capacidades físicas (González, 2017). Así el estado de ánimo deprimido puede disminuir la motivación necesaria para que las personas mayores se comprometan a desarrollar conductas que mantengan sus niveles de autonomía e independencia física. Las investigaciones parecen indicar la presencia de elevados niveles de síntomas depresivos en individuos que experimentan de forma temprana la presencia de dificultades para realizar AVD (Carretero, Garcés y Ródenas, 2007; González, 2017).

Tomando en consideración los factores antes mencionados en el siguiente capítulo se expone la estrategia metodológica que se pretende seguir, con la finalidad de identificar aquellas variables que inciden en las limitaciones en la autonomía física de las personas de 75 años y más.

Capítulo 3. Estrategia metodológica

En este capítulo se presenta la metodología propuesta para la elaboración del estudio, se hace una exposición del problema de investigación, los objetivos que dan forma a esta investigación y la hipótesis que orientan los resultados. Asimismo, se realiza una descripción del Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud en México (ENASEM) del año 2018. Por último, se presenta a la población de estudio y la técnica estadística usada con la finalidad de realizar una aproximación a la comprensión de la autonomía física de las personas de 75 y más años.

3.1. Planteamiento del problema

La población mexicana experimenta un proceso acelerado de envejecimiento, producto de las transiciones demográficas y epidemiológicas que se desarrollaron a lo largo del siglo XX, que comenzaron a generar efectos a partir de la década de 1930 con el descenso de la mortalidad y el de la fecundidad en la década de 1960. Como resultado de estos cambios, la población se ha modificado y la cantidad relativa de personas mayores ha aumentado, es decir, la población está envejeciendo.

Sin duda el envejecimiento es un fenómeno demográfico que ha despertado la preocupación principalmente entre la comunidad médica y académica, así como en el ámbito político y económico, por las implicaciones en la actividad productiva, el funcionamiento institucional, en las dinámicas familiares, la salud pública y en las demandas de cuidados formales e informales.

Por un lado, la esperanza de vida saludable no ha crecido paralelamente a la esperanza de vida al nacer. En cifras estadísticas, la esperanza de vida al nacer en 2015 fue de 74.7 años, sin embargo, la esperanza de vida saludable no ha incrementado en la misma medida, en el mismo año se registró en 65.8 años. Esto significa que la población que llegue a los 74.7 años tiene altas probabilidades de experimentar una carga de enfermedades y dificultades para realizar actividades de la vida diaria (AVD) de aproximadamente 9 años de su vida. En esa tesitura, en el año 2012, el 26.9% de las personas mayores, presentaba limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria (González, 2017, p. 1); aunado a la lenta respuesta institucional ante los cambios demográficos. Lo que resulta en un incremento del periodo en que las personas mayores viven con salud deteriorada, situación que afecta la autonomía de las personas mayores.

En ese contexto, la probabilidad de que las personas lleguen a edades avanzadas es alto, en los últimos años se ha incrementado de manera importante la proporción de personas que alcanzan edades superiores a los 75 años; sin embargo, uno de los principales problemas a los cuales se deben enfrentar es a la pérdida de la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana (AVC), lo que conlleva a la pérdida de la autonomía.

La autonomía de las personas mayores se define como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las AVC (Herrera-Molina, Muñoz-Mayorga, Martín-Galán y Cid-Gala, 2011). El concepto de autonomía distingue dos dimensiones: la autonomía moral o la capacidad de decisión racional, y la autonomía fáctica o física que implica la capacidad de ejecución.

A diferencia de otros grupos de edad a los que se les provee las condiciones para potenciar su autonomía, las personas mayores experimentan un proceso de despojo de la autonomía, derivado por el papel que desempeñan en el ámbito de la reproducción material de la sociedad, que condiciona los estereotipos y la visión negativa de la vejez, así como la ausencia de instituciones y acciones que potencien las capacidades de las personas para garantizar la autonomía personal. Si bien, en los últimos años se han consolidado un conjunto de instrumentos, marcos jurídicos e instituciones que aspiran a garantizar la autonomía personal de las personas mayores, estas aspiraciones han tenido dificultades para materializarse en la realidad de las personas mayores.

La autonomía física se presenta como una de las dimensiones de la autonomía personal, junto con la autonomía moral. La autonomía física, que está relacionada con las capacidades motoras y sensoriales, toma en consideración las características del entorno que inciden en las personas para actuar y facilitar su propia vida. A través del ejercicio de la autonomía física se materializa la capacidad de tomar decisiones correspondientes a la autonomía moral.

En suma, la pérdida de autonomía física en la vejez es problemática porque limita la capacidad de decidir sin coacción externa, de realizar actividades de la vida cotidiana (AVC) que les permita interrelacionarse con su entorno y vivir con independencia el mayor tiempo posible. Asimismo, revela una débil relación entre los derechos y las responsabilidades institucionales

con las necesidades que surgen con la vejez y potencian la posición social disminuida que tienen las personas mayores en la sociedad.

3.2. Objetivos

Este trabajo pretende poner en cuestión —sin desestimar su importancia— el uso del concepto de la dependencia funcional y trascender al uso del concepto de autonomía física. Se pretende no solo transitar de un concepto a otro para estudiar un mismo fenómeno, el verdadero significado radica en una aportación a una perspectiva y el enfoque con el que se observa, estudia, analiza y se atienden los temas de la vejez y el envejecimiento en México.

Por otra parte, se tiene el objetivo de aproximarse al estudio y análisis de la autonomía física y la relación que guarda con factores demográficos, socioeconómicos, condiciones de salud y estado emocional de las personas mayores, con base en el Estudio Nacional sobre Envejecimiento y Salud (ENASEM), en el año 2018, para las personas que en el momento de la entrevista tenían 75 y más años.

3.3. Objetivos Particulares

- Identificar las diferencias en el nivel de autonomía física de los hombres y las mujeres, así como la relación que existe entre el avance de los años y los niveles de autonomía física de las personas de 75 y más años
- Identificar si las condiciones y servicios de vivienda inciden en el nivel de autonomía de las personas mayores.
- Identificar qué enfermedades diagnosticadas son las que generan mayor incidencia en el deterioro de la autonomía física de las personas consideradas para este estudio.
- Identificar cual es la influencia la percepción de la salud y el estado emocional de las personas mayores en la limitación de la autonomía física.

3.4. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores demográficos, socioeconómicos, del estado de salud y emocional que inciden en la pérdida de autonomía física de las personas que tienen 75 años y más en el año 2018?

3.5. Hipótesis

Se parte de la posición de que la autonomía física se ve deteriorada por la falta de elementos institucionales que garanticen el acceso a bienes, servicios y cuidados, así como, de políticas y acciones públicas orientadas a garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos sociales de las personas mayores. No obstante, se reconoce que la relación no es directa, sino que está mediada por distintos factores individuales y del entorno relacionados con las trayectorias del ciclo de vida de las personas mayores, la débil relación entre el acelerado proceso de envejecimiento poblacional y las respuestas del Estado a este cambio demográfico y la concepción negativa que se tiene de la vejez que determina el comportamiento social adverso hacia las personas mayores.

Se sostiene como hipótesis central que la autonomía física está condicionada no solamente por el avance de la edad o por la prevalencia de las enfermedades subyacentes, sino también por las características del entorno, especialmente las condiciones de vida en las que se desenvuelven; así como el estado de ánimo y la percepción de soledad que las personas mayores experimentan.

3.6. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018

Para la realización de este trabajo se usó el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018, elaborado por el la Universidad de Wisconsin, el Instituto Nacional de Geriátría (INGER, México), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, México), y la Universidad de California Los Ángeles (UCLA) en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Es un trabajo prospectivo de panel sobre personas de 50 años o más en el momento de la entrevista. De carácter longitudinal, se ha levantado en los años 2001, 2003, 2012, 2015 y 2018 sobre la población de 50 y más años en México, con representación urbana y rural, teniendo como objetivo evaluar el proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades y la discapacidad en la realización de sus actividades.

El ENASEM 2018 tiene el propósito de actualizar la información sobre las características sociodemográficas de las personas, sus conyugues y de los demás residentes en hogares de las personas entrevistadas en 2001, 2003, 2013 y 2015. La unidad de observación corresponde a las personas que fueron seleccionadas en los levantamientos del ENASEM 2001, 2003, 2012 y 2015

su pareja, independientemente de la edad de ésta, así como las nuevas parejas que se hubieran integrado. Para los casos en que la persona seleccionada tenga algún impedimento como enfermedad, discapacidad o haya fallecido, la persona que proporciona la información es el informante sustituto, que es la persona que tiene o tenía contacto frecuente y estrecho con la persona seleccionada y que conoce bien la información (INEGI, 2016).

El diseño muestral de la encuesta es probabilístico y por conglomerados, esta técnica consiste en hacer grupos homogéneos donde sus elementos son muy similares al interior y heterogéneos al exterior. En el caso de la ENASEM, los conglomerados o unidades primarias de muestreo (UPM) se forman agrupando viviendas que se encuentran en la misma zona, y el número óptimo depende del tamaño de cada localidad y el total de viviendas habitadas y deshabitadas (Martínez, 2017). El marco de muestro que se utilizó es el listado de direcciones de las personas que reportó la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) y del listado de la ENASEM 2012.

El cuestionario incluye preguntas que permiten dar cuenta de las características sociodemográficas y económicas y de salud de las personas de 50 años o más; entre los objetivos específicos está examinar los procesos de envejecimiento y las enfermedades de las personas encuestadas, asimismo, recoge información sobre los miembros del hogar y sobre las personas que forman parte de la red de apoyo social y familiar (INEGI, 2016).

La ENASEM permite conocer las características que repercuten en la calidad de vida de las personas de 50 y más en México ya que cuenta, con una serie de variables específicas sobre las características, demográficas, sociales, económicas, de vivienda, salud, acceso a los servicios de salud, seguridad social, así como información que indica las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria. Si bien la base de datos ENASEM permite la realización de un estudio longitudinal, para fines de esta investigación se realiza un estudio transversal del año 2018.

La ENASEM ofrece un potencial de análisis amplio referente a temas relacionados como las medidas de salud, los antecedentes, la familia, las transferencias, datos económicos, trabajo, características antropométricas, impresiones personales y viudez. Con la finalidad de comprender de manera más adecuada el proceso de envejecimiento poblacional que se experimenta en México.

Sin embargo, presenta diversas limitaciones, entre estas, que no cuenta con representatividad estatal; no cuenta con información sobre los cuidados formales e informales que reciben las personas mayores, si bien, presenta una amplia sección en la que se recopila información sobre las ayudas recibidas, no es suficiente para realizar un análisis profundo sobre las condiciones y características del cuidado que reciben las personas mayores, y mucho menos de las personas que cuidan.

3.7. Población objetivo y tamaño de la muestra

Cuando se habla de adultos mayores en México, es referirse, como lo he señalado con anterioridad, a un grupo heterogéneo con distintas características y expuestos a múltiples factores a lo largo del ciclo de vida que los hace experimentar un proceso de envejecimiento particular, individual. En ese sentido Luis Miguel Gutiérrez y Mariana López (2012) establecen tres grandes grupos, el grupo senior en el que se ubican las personas de 60 a 74 años; el grupo de viejos jóvenes entre los 75 y 84 años y los muy ancianos con 85 años y más. Esta subdivisión en grupos por edad de las personas mayores permite identificar las necesidades y diferenciar especialmente al envejecimiento heterogéneo en las condiciones sociodemográficas y de salud. Como ha sido referido con anterioridad existen otras subdivisiones del grupo de edad de personas mayores, tales como la propuesta por Patricio Solís (1999) de la cuarta edad que incorpora al estudio de este grupo poblacional para el caso de México, las personas de la cuarta edad se tratan de los “viejos entre los viejos”, situados en una condición de “dependencia final”.

La categorización, clasificación o definiciones que se usan para identificar la heterogeneidad en las edades más avanzadas son importantes y permiten la realización de análisis que identifican las necesidades y demandas en los bienes y servicios que las personas mayores requiere, sin embargo, independientemente de la clasificación que se use, existe un consenso de que la edad promedio en la que comienzan a incrementarse de manera importante y a presentar consecuencias las dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana y por lo tanto a afectar la autonomía de las personas mayores es a los 75 años (Solís, 1999; Gutiérrez y López, 2012; García-Peña, et al., 2014; Agudelo y Medina, 2014; González, 2017; Gutiérrez, 2019).

En ese sentido, para fines de este trabajo el análisis se concentra en la población de 75 y más años, puesto que se considera que, entre las personas de mayor edad es en donde se concentra la mayor proporción de personas con dificultades para la realización de actividades, la pérdida

de autonomía física, producto natural de los años y las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se desarrolló su ciclo de vida.

La ENASEM 2018, presenta una población total entrevistada de 17,114 personas de 50 años y más, de las cuales 7,198 (42.06%) son hombres y 9, 916 (57.94%) son mujeres. Esta muestra es representativa para 29,578,751 personas, de los cuales 12,486,996 (42.2%) son hombres y 17,091,755 (57.8%) son mujeres.

El grupo poblacional entrevistado de 75 y más años, mujeres y hombres se encuentran en regiones urbanas y rurales. En el caso de la muestra utilizada para desarrollar la investigación se tienen que, de las 17,114 entrevistas realizadas, se eliminaron los casos proxys, fallecidos y cuya edad era menor de 75 años, de tal forma que partimos de una muestra de 2,826 observaciones de 75 años y más años de los cuales, de los cuales 1,526 (54%) son mujeres, 1,300 (46%) son hombres. Al aplicar el factor de expansión las proporciones no presentan variabilidad significativa, y se obtienen 3,440,720 casos de 75 años y más, de las cuales 1,777,509 (51.66%) son mujeres y 1,663,211 (48.34%) son hombres.

3.8. Construcción de las variables de interés

3.8.1. Variable dependiente: Autonomía física para realizar ABVD y AIVD

La variable autonomía física se construyó con la información obtenida de la sección H. “Funcionalidad y Ayuda”, en donde se presenta una batería de preguntas orientadas a obtener información sobre las dificultades que tienen las personas entrevistadas para realizar actividades de la vida cotidiana (AVC), en las que se encuentran las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) -comer, caminar, usar el excusado, ir a la cama y tomar un baño- y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) —preparar comida, realizar compras, tomar medicamentos y manejar dinero—.

Cada pregunta se puede responder con siete posibles opciones: “sí”, “no”, “no puede”, “no lo hace”, “no responde” y “no sabe”. Para fines de este trabajo, cada dificultad se representa con una variable dicotómica, en donde la respuesta “sí”, adquiere un valor de 1 y las respuestas “no”, “no puede”, “no lo hace”, adquieren el valor de cero; en cuanto a las respuestas “no responde” y “no sabe”, se recodificaron como valores perdidos, los cuales fueron eliminados de la base de datos.

Tabla 1. Operacionalización de las variables sobre las ABVD y ABVD

Sección	Pregunta	Operacionalización
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	H.15 ...para caminar de un lado a otro de un cuarto?	0: No
	H.16 ...para bañarse en una tina o regadera?	
	H.17 ...al comer, por ejemplo, para cortar su comida?	1: Sí
	H.18 ...al acostarse y levantarse de la cama?	
	H.19 ...al usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse de cuclillas?	
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	H.26 ...en preparar una comida caliente?	0: No
	H.27 ...en hacer compras de víveres/mandado?	1: Sí
	H.28 ...en tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno)?	
	H.29 ...para manejar su dinero?	

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la ENASEM 2018.

Se crearon dos variables explicativas, la construcción se basó en la escala de medición de Katz que permite identificar la capacidad de las personas mayores para realizar AVC. La primera variable dependiente se recodificó como variable dicotómica tomando la información reportada para realizar ABVD, siguiendo los siguientes criterios:

Tabla 2. Autonomía física para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Variable	Operacionalización
Autonomía:	0: Si las personas reportaron no tener dificultad para realizar alguna ABVD
Autonomía limitada:	1: Si las personas reportan tener dificultad en al menos una ABVD

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la ENASEM 2018.

La segunda variable dependiente se recodificó de igual manera, como variable dicotómica con base en la información reportada para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), con los siguientes criterios:

Tabla 3. Autonomía física para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Variable	Operacionalización
Autonomía:	0: Si las personas reportaron no tener dificultad para realizar alguna AIVD
Autonomía limitada:	1: Si las personas reportan tener dificultad en al menos una AIVD

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la ENASEM 2018.

3.8.2. *Variables independientes*

Las variables independientes o explicativas se concentran en cuatro grupos: sociodemográficas, socioeconómicas, condiciones de salud y estado emocional. En este apartado se desarrolla la descripción de las variables que componen cada dimensión.

a) *Variables sociodemográficas*

En este trabajo, la dimensión sociodemográfica desempeña un papel importante, puesto que se trata del análisis de las condiciones de autonomía física del grupo poblacional de 75 años y más, en un contexto de envejecimiento poblacional acelerado por el que ha transitado la población mexicana. Con la finalidad de identificar la incidencia de la dimensión sociodemográfica en la autonomía física de las personas mayores, dentro de esta dimensión se consideraron las variables: grupos de edad y situación conyugal.

- *Grupos de edad.* El Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud en México 2018, recoge información de las personas de 50 años y más. En este trabajo sólo se considera a las personas de 75 y más años, puesto que es el grupo de estudio de interés. La variable grupos de edad se clasificó en tres grupos: 75 a 79 años, 80 a 84 años, y 85 años y más.
- *Situación conyugal.* En relación con la condición de pareja que las personas entrevistadas, la variable se recodifica en cuatro categorías: soltera/o, casada o unida, divorciada o separada, viuda.

b) *Variables socioeconómicas*

Con la finalidad de identificar la incidencia de la dimensión socioeconómica en la autonomía física de las personas mayores, dentro de esta dimensión se consideraron las variables: años de estudio, condiciones de vivienda y servicios de vivienda.

- *Años de estudio.* En esta variable fue recodificada a partir del número de años escolares que las personas mayores reportaron haber aprobado, las respuestas se agruparon en cinco categorías: Sin estudios, 1 a 6 años de estudio, 7 a 9 años de estudio, 10 a 12 años de estudio y, 13 a 19 años de estudio.
- *Condiciones de vivienda:* Se construyó a partir de las respuestas obtenidas en cuatro preguntas que dan cuenta sí cuentan o no con muros de concreto, con techo de concreto

y piso de concreto, las personas que respondieron “sí” a todas las preguntas, se les consideró que cuentan con condiciones de vivienda sin piso de tierra o materiales precarios. La categorización de dicha variable quedó de la siguiente manera: adecuada, sin muros de concreto, sin techo de concreto, sin piso firme.

- *Servicios de vivienda:* Construida de manera similar a la variable anterior, con la distinción de que en esta variable se recodificó con las siguientes categorías: adecuada, sin agua entubada dentro de la vivienda, sin conexión de agua en excusado, combustible para cocinar dañino.

c) *Variables sobre las condiciones de salud*

Con la finalidad de identificar en qué medida las enfermedades crónicas y degenerativas operan en favor de las limitaciones en la autonomía física, se decidió incorporar al análisis las principales enfermedades como la hipertensión, la diabetes mellitus, enfermedades pulmonares y ataques al corazón. Asimismo, se incorporaron a esta dimensión variables que dan cuenta sobre las caídas que las personas han experimentado en los dos últimos años y el dolor físico; por otra parte, considerando que el estado de salud no solo se define por las afectaciones por enfermedades, sino que implica condiciones psíquicas y de autopercepción, se incorporó la variable autopercepción de la salud.

Las variables que dan cuenta sobre las enfermedades que padecen las personas mayores surge de las respuestas que proporcionan las personas entrevistadas sobre si algún médico le ha diagnosticado la enfermedad en cuestión, a las personas que no saben o no responden se les incluyó en el grupo que respondieron a la pregunta negando el diagnóstico. A las enfermedades, a las caídas y al dolor físico se les recodificó como variables dicotómicas con las categorías sí y no.

- *Hipertensión*
- *Diabetes mellitus*
- *Enfermedad pulmonar*
- *Ataque al corazón*
- *Ha sufrido caídas en los últimos dos años*
- *Sufre dolor físico a menudo*

- *Autopercepción de la salud:* Esta variable se recodificó en 5 categorías: Excelente, muy buena, buena, regular, mala.

d) *Variables sobre el estado emocional*

El grupo de variables que dan cuenta sobre el estado emocional de las personas mayores, se incorporan al estudio con la necesidad de identificar la relación que existe entre la autonomía física de las personas mayores con su percepción de soledad y la presencia de síntomas depresivos.

- *Escala de depresión:* Esta variable se construyó a partir de nueve preguntas que dan cuenta sobre síntomas depresivos que presentan las personas entrevistadas. Las preguntas son las siguientes: ¿Se ha sentido deprimida?, ¿Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?, ¿Ha sentido que su sueño es intranquilo?, ¿Se ha sentido feliz?, ¿Se ha sentido sola?, ¿Ha sentido que disfruta de la vida?, ¿Se ha sentido cansada?, ¿Ha sentido que tenía mucha energía? Las respuestas se recodificaron en variables dicotómicas con valor de 1 a aquellas respuestas afirmativas, con excepción a las respuestas de las preguntas sobre la felicidad y el disfrute de la vida que se recodificaron con 0 incluyéndolas en el grupo de respuestas negativas de las otras preguntas. A partir de la recodificación de cada variable, se creó la variable dicotómica escala de depresión, la cual consiste en concentrar en la categoría negativo a síntomas depresivos a las personas que respondieron afirmativamente a 4 o menos preguntas y, si respondieron positivamente a 5 o más se les incluye en la categoría positivo para síntomas depresivos.
- *Percepción de soledad:* La construcción de esta variable, se generó a partir de 3 preguntas: ¿Siente que le falta compañía?, ¿Se siente ignorado por los demás?, ¿Se siente aislado, apartado por los demás? Las respuestas a estas preguntas se recodificaron en variables dicotómicas (1:si y 0:no), estas se concentraron para crear la variable percepción de soledad, la cual indica que aquellas personas que no se perciben ni ignoradas, ni aisladas, ni que le falta compañía, se les categorizó como una persona que no se percibe sola. Para aquellas que respondieron afirmativamente a al menos una de las preguntas se les considera con percepción de soledad.

Tabla 4. Operacionalización de las variables independientes

Dimensión	Variable	Operacionalización
Sociodemográfica	Grupo de edad	1: 75 a 79 años 2: 80 a 84 años 3: 85 y más
	Sexo	0: Hombres 1: Mujeres
	Situación conyugal	1: Soltera 2: Casada o unida 3: Divorciada o separada 4: Viuda
Socioeconómicas	Años de estudio	0: Sin estudios 1: 1 a 6 años 2: 7 a 9 años 3: 10 a 12 años 4: 13 y más años
	Condiciones de vivienda	0: Adecuada 1: Sin muros 2: Sin techo 3: Sin piso firme
	Servicios de vivienda	0: Adecuada 1: Sin agua entubada 2: Sin conexión de agua en excusado 3: Combustible para cocinar dañino
Condiciones de salud	Hipertensión	0: No
		1: Si
	Diabetes Mellitus	0: No
		1: Si
	Enfermedad pulmonar	0: No
		1: Si
	Ataque al corazón	0: No
		1: Si
	Embolia cerebral	0: No
		1: Si
	Caídas en los últimos dos años	0: No
		1: Si
Sufre dolor físico a menudo	0: No	
	1: Si	
Autopercepción de la salud	1: Excelente	
	2: Muy buena	
	3: Buena	
	4: Regular	
	5: Mala	
Estado emocional	Escala de depresión	0: Negativo para síntomas depresivos 1: Positivo para síntomas depresivos

	Percepción de soledad	0: No se percibe sola/o 1: Se percibe sola/o
--	-----------------------	---

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la ENASEM 2018.

3.9. Técnica de análisis estadístico: Modelo de regresión logística binomial

La regresión logística es una técnica estadística multivariante que permite estimar la relación existente entre una variable dependiente no métrica, y un conjunto de variables independientes de ocurrencia de un evento de interés por medio de los valores de ciertas variables independientes (Heredia, Rodríguez, y Vilalta, 2014).

Sintéticamente tiene dos objetivos: 1) identificar el nivel de influencia en la probabilidad de ocurrencia de un suceso, la presencia o no de diversos factores y el valor o nivel de estos; 2) determinar el modelo más parsimonioso y mejor ajustado que siendo razonable describa la relación entre la variable respuesta y un conjunto de variables regresoras.

En la regresión logística binomial, se estima la probabilidad de que "Y" dadas las variables regresoras, debe tomar valores entre 0 y 1. La relación entre las variables regresoras y la dependiente no es lineal. Las estimaciones de probabilidad estarán siempre entre 0 y 1, así el valor de la variable respuesta se puede definir como una probabilidad de que ocurra o no un evento. Este proceso es denominado binomial ya que solo sólo tiene dos posibles resultados, siendo la probabilidad de cada uno de ellos constante en una serie de repeticiones.

Un proceso binomial está caracterizado por la probabilidad de éxito, representada por p, la probabilidad de fracaso se representa por q. En ocasiones, se usa el cociente p/q que indica cuánto más probable es el éxito que el fracaso, como parámetro característico de la distribución binomial. Los modelos de regresión logística son modelos de regresión que permiten estudiar si una variable categórica depende, o no, de otra u otras variables. La distribución condicional de la variable dependiente, al ser categórica, no puede distribuirse normalmente, toma la forma de una distribución binomial y, en consecuencia, la varianza no es constante, encontrándose situaciones de heterocedasticidad. El modelo de regresión logística puede ser representado de la siguiente manera:

$$\text{Logit}(\pi) = \log\left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i}\right)$$

Donde: π_i , es la probabilidad de observar la categoría o evento a predecir, y $1 - \pi_i$, es la probabilidad de no observar la categoría o evento a predecir. Una ventaja de este modelo es que puede utilizarse en muestreos prospectivos o retrospectivos debido a que los efectos se refieren a la razón de los productos cruzados.

El modelo logístico establece la siguiente relación entre probabilidad objeto de interés con las variables explicativas o independientes:

$$P(Y = 1) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_{1,i} + \dots + \beta_k X_k)}}$$

Donde e denota la función exponencial “ Y ” $\beta_0 + \beta_1 X_{1,i} + \dots + \beta_k X_k$ los parámetros del modelo. Al calcular la función exponencial, valores mayores a 0 para cualquier prueba, p tomará solo valores entre 0 y 1.

La regresión logística binaria aplica la estimación de máxima verosimilitud después de transformar la variable dependiente en *logito*. De este modelo, la regresión estima la “razón de probabilidad” (odds según su denominación en inglés), entendida como el cociente entre la probabilidad de éxito y la de fracaso en el ensayo Bernoulli, es igual a una función lineal en los parámetros, denominada usualmente predictora lineal (Ponsot, Sinha, y Goitia, 2009).

$$Odds = \frac{P(Y = 1)}{1 - P(Y = 1)} = e^{\beta_1 X_{1,i} + \dots + \beta_k X_k}$$

Se considera como primera variable explicativa a la variable constante que vale 1. Aplicando una transformación de *logit* obtenemos la expresión lineal del modelo.

$$\text{Logit} = [P(Y = 1)] = \ln \left[\frac{P(Y=1)}{1-P(Y=1)} \right] = \beta_1 X_{1,i} + \dots + \beta_k X_k$$

El concepto de *Odds Ratio* (OR), se utiliza como referencia al incremento unitario en una de las variables explicativas del modelo:

$$OR = \frac{odds2}{odds1} = e^{\beta_i}$$

Es decir, a partir de la formulación del modelo los coeficientes se interpretan en términos de cocientes de ventaja, donde un coeficiente β_i cercano a cero, es decir OR próximo a 1, indica que cambios en la variable explicativa X_i asociada no tendrá que el factor sobre la variable dependiente “ Y ”. Es decir, OR=1 no se rechaza que el factor de riesgo sea tal, en caso de que el

$OR > 1$ o $OR < 1$ decimos que aumenta o disminuye la oportunidad del evento en función de que el intervalo de confianza sea de valores o menores respectivamente.

Otra técnica usada para interpretar los resultados de la regresión logística binaria son las medidas derivadas de los efectos marginales de un valor determinado de todas las variables independientes de la función logística de distribución de probabilidades correspondiente a la predicción logística de la media, y multiplicarlo por los coeficientes estimados. El promedio de los efectos marginales expresa el efecto promedio de la variable independiente sobre la probabilidad de que suceda la categoría de contraste de la variable dependiente ($Y=1$). A través de los efectos marginales se puede identificar el efecto en porcentaje de la incidencia de la variable independiente al comportamiento de la variable dependiente.

En este trabajo se realizarán dos modelos de regresión logística simple, uno para identificar las variables asociadas a la autonomía limitada para realizar ABVD y otro para las AIVD. La interpretación se realiza a través de los efectos marginales. Para obtener la significancia de cada variable, es decir para evaluar si las variables explicativas o regresoras consideradas para este estudio tienen un efecto estadísticamente significativo sobre la variable dependiente, se emplea la chi-cuadrada. Las variables que presentan un nivel de significación menor o igual a 0.05, se consideraron significativas.

Capítulo 4. Análisis de resultados

En esta sección se realiza un análisis descriptivo de la población de 75 años y más que presentan limitaciones en la autonomía física para realizar ABVD y AIVD, con base en el ENASEM 2018. Esto con la finalidad de identificar algunas de las características sociodemográficas, socioeconómicas, condiciones de salud y emocionales; así como, las ayudas que reciben las personas mayores de este grupo. La sección se divide en dos subapartados, en el primero se exponen las características de las personas con dificultades para realizar ABVD, y en el segundo se presentan las características de las personas con dificultades para realizar AIVD.

La población de estudio está conformada por personas de 75 años y más que fueron entrevistadas en el ENASEM 2018, la cual consta de 2,792 personas, de las cuales 1,275 (45.7%) son hombres y 1,517 (54.3%) son mujeres. Es una muestra representativa para 3,373,725 personas en la que 1,609,721 (47.7%) son hombres y 1,764,004 (52.29%) son mujeres. De esta población se identificó a las personas que reportaron tener al menos una dificultad para realizar ABVD y AIVD, en estas personas son en las que se analizan en los siguientes apartados.

4.1. Análisis descriptivo de las personas con autonomía física limitada para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)²⁰

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), consisten en actividades elementales de subsistencia, en este caso tienen que ver con el aspecto motriz, como son caminar de un lado a otro, poder bañarse, usar el excusado, acostarse y levantarse de la cama. La capacidad para realizar este tipo de actividades se puede ver afectada por enfermedades crónicas, neurológicas o accidentes, las limitaciones pueden ser temporales o permanentes (González, 2017: 171). La posibilidad de realizar ABVD, garantiza una mejor calidad de vida, promueve la actividad física, su participación en el entorno familiar y social. Asimismo, evita deterioro físico y emocional, que inhibe las capacidades para realizar acciones de autocuidado.

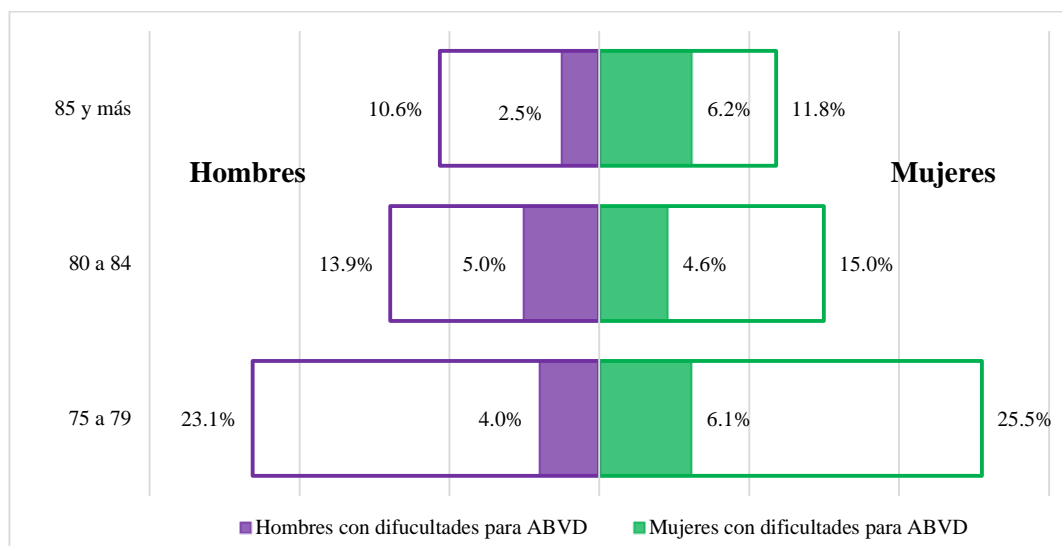
Del ENASEM 2018, se tomaron los casos de las personas de 75 años y más que reportaron tener al menos una dificultad para realizar actividades de la vida diaria, a las cuales se les

²⁰ Los análisis descriptivos que a continuación se van a presentar están realizados con las cantidades que se obtienen a partir de la aplicación del factor de expansión establecido en el diseño metodológico de la ENASEM 2018.

considero como personas que presentan autonomía en ABVD, las observaciones son en total 744 casos, de los cuales 279 (36.69%) son hombres y 471 (63.31%) son mujeres. De acuerdo con la metodología del estudio, esta muestra es representativa para 958,958 personas, de esta cantidad 389,626 (40.63%) son hombres y 569,332 (59.37%) son mujeres.

Las personas de 75 años y más que reportaron tener al menos una dificultad para realizar ABVD son el 28.4% de la población de estudio, el 16.8% son mujeres y el 11.6% son hombres. En la gráfica 12, se observa que en la base de la pirámide en la que se encuentran las personas de 75 a 79 años se concentra el 48.6% de las personas, 25.5% de mujeres y 23.1% de hombres. Asimismo, se identifica que el 6.1% de las mujeres y el 4% presentan limitaciones en la autonomía física para realizar ABVD.

Gráfica 12. Pirámide poblacional de personas de 75 años y más y con autonomía limitada para realizar ABVD (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

Conforme va aumentando la edad, la proporción de la población total disminuye, no obstante, el porcentaje de personas con limitaciones en la autonomía física para la realización de ABVD presenta variaciones distintas. En el grupo de edad de 80 a 84 años, se concentra el 28.9% de las personas, en este grupo se observa que la proporción de mujeres con limitaciones en la autonomía física disminuye 2.5% y en los hombres aumenta 1%, respecto al grupo de edad anterior. Por otra parte, en el grupo de mayor edad, se concentra el 22.4% de las personas, en el que las mujeres que presentan limitaciones físicas son el 6.2% y el 2.5% son hombres.

Lo que se puede observar en la gráfica 12, es que la mayor proporción de mujeres con autonomía física limitada para realizar ABVD se concentra en los grupos de edad de 75 a 79 años y 85 años y más; mientras que los hombres con dificultades para realizar ABVD en el grupo de edad de 15 a 79 años y mayormente en el grupo de 80 a 84 años, es posible que esto encuentre explicación en el hecho de que las mujeres alcanzan una esperanza de vida superior a la de los hombres, y se llegue a edades avanzadas con una mayor propensión a presentar limitaciones en la autonomía física para realizar ABVD.

Cuadro 6. Personas de 75 años y más con dificultades para realizar ABVD (porcentaje)

Grupo de edad	Caminar	Bañarse	Comer	Acostarse y levantarse	Usar el excusado
Mujeres					
75 a 79 años	3.9%	2.3%	0.9%	3.5%	3.4%
80 a 84 años	3.3%	2.2%	0.7%	2.1%	2.5%
85 y más	4.0%	2.6%	1.6%	3.2%	3.0%
Total	11.1%	7.1%	3.2%	8.8%	8.9%
Hombres					
75 a 79 años	2.6%	1.2%	0.4%	2.2%	1.7%
80 a 84 años	4.0%	1.9%	1.1%	1.9%	1.8%
85 y más	1.8%	1.1%	0.5%	0.9%	1.1%
Total	8.4%	4.2%	2.0%	4.9%	4.6%

Nota: para cada actividad se muestra el porcentaje de personas que tienen dificultades sobre el total de la población para cada grupo de edad y sexo.

Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

Tal como se muestra en el Cuadro 6, entre las actividades básicas, caminar, acostarse y levantarse de la cama y usar el excusado son las actividades en las que mayor porcentaje de personas mayores reportó tener dificultades, tanto en las mujeres como en los hombres. Se observa que la proporción de hombres con dificultades es menor a la de las mujeres en todas las actividades.

En relación con el estado conyugal en el cual se encuentran las personas con autonomía física limitada para realizar ABVD, en el Cuadro 7, se observa una baja proporción de personas solteras en ambos sexos, seguido de personas divorciadas o separadas. Por otra parte, el 53.9% de las personas reportaron encontrarse viudas, en esta situación conyugal se presentan diferencias importantes por sexo, el 24.8% de hombres y el 73.9% de mujeres. Algo parecido se observa con la situación conyugal casada o unida, pero de manera inversa, en esta situación se encuentra el 58.5% de hombres y el 21.6% de mujeres.

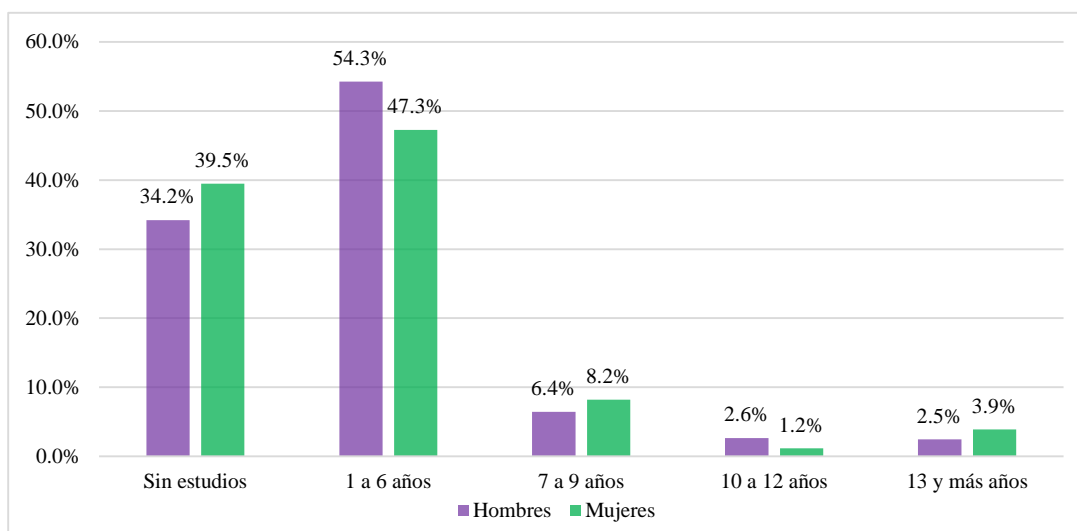
Cuadro 7. Situación conyugal de las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en ABVD, ambos sexos (porcentaje)

Situación conyugal	Hombres	Mujeres	Total
Soltera	3.3%	2.1%	2.6%
Casada o unida	58.5%	21.6%	36.6%
Divorciada o separada	13.4%	2.4%	6.9%
Viuda	24.8%	73.9%	53.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En cuanto a los años de estudios, las personas mayores presentan niveles de estudio bajos, cerca de la mitad de la población cuenta con máximo 6 años de estudio, y el 36% se encuentra sin estudios; una reducida proporción de personas mayores tuvieron acceso a estudios de secundaria, de nivel medio superior y superior. Esto posiblemente se deba a que las personas en edad más avanzada no formaron parte del proceso de ampliación de la cobertura educativa que se experimentó en México en las últimas dos décadas del siglo XX.

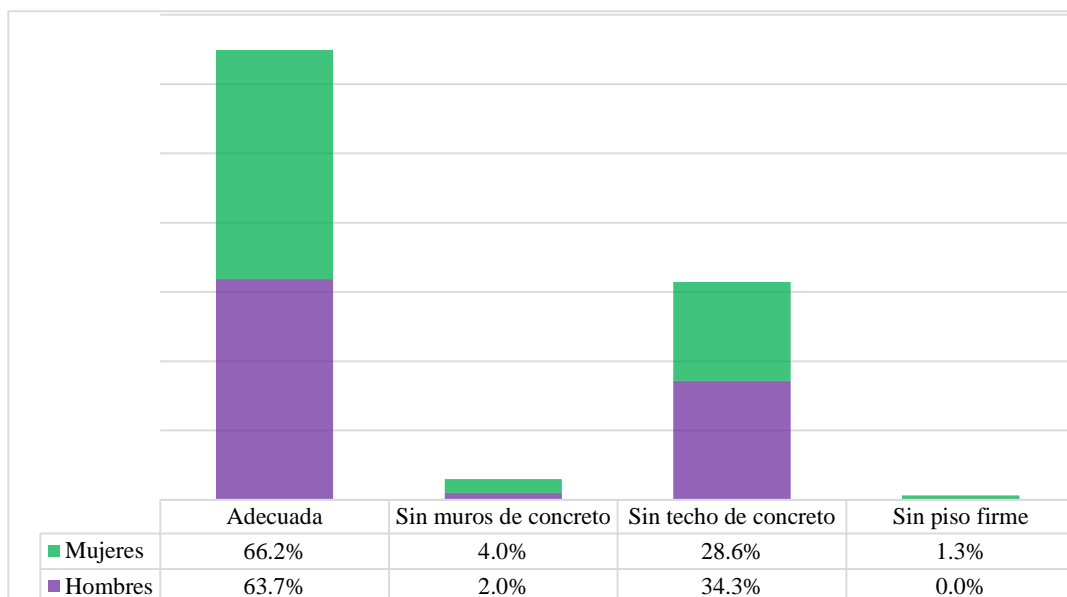
Gráfica 13. Años de estudio de las personas de 75 y más años con autonomía limitada en ABVD (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

Con relación a las condiciones de vivienda en las que habitan las personas mayores con dificultades para realizar ABVD, se identificó que el 63.7% de ellas habitan viviendas con muros y techos de concreto, y piso firme. Sin embargo, en la Gráfica 14, se observa que el 28.6% de mujeres y el 34.3% de hombres habitan viviendas sin techo de concreto, sino de otros materiales como palma, laminas, plásticos, entre otros; situación que puede mermar sus condiciones de salud y repercutir en su bienestar.

Gráfica 14. Condiciones de vivienda de la población de 75 años y más con autonomía física limitada en ABVD (porcentaje)

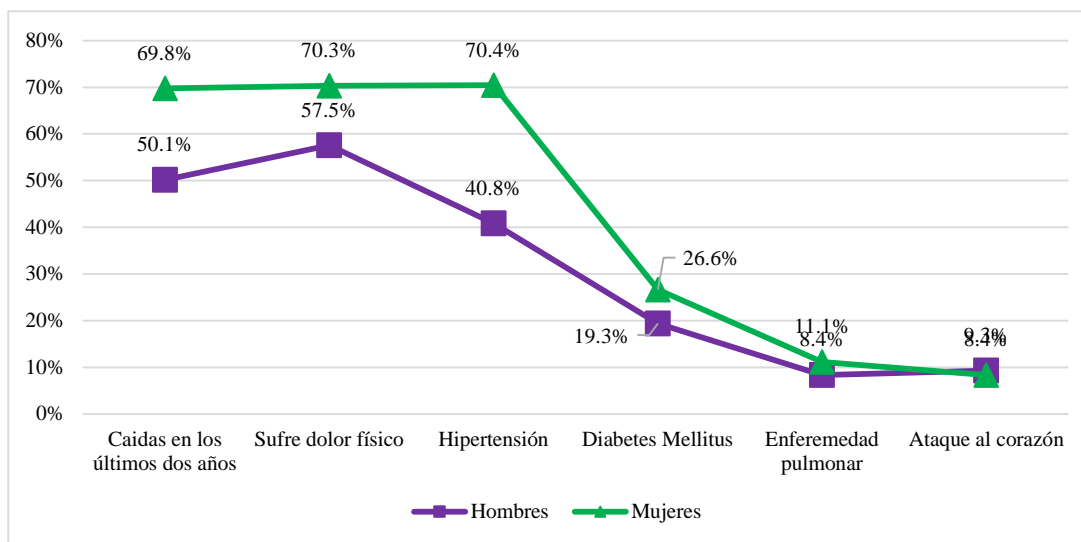


Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En cuanto al padecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas consideradas para este estudio, por ser consideradas dentro de las principales causas de muerte, en la Grafica 15, se observa que el 70.4% de las mujeres y el 40.8% de los hombres padecen de hipertensión. En segundo lugar, de prevalencia se observa la diabetes mellitus, enfermedad que padece el 23.7% de las personas con dificultades para realizar ABVD. Por otra parte, las enfermedades pulmonares la padecen el 11.1% de las mujeres y el 8.4% de los hombres, y finalmente se encuentran las personas que han sufrido algún ataque al corazón, padecimiento que ha experimentado el 8.7% de las personas de 75 años y más con autonomía física limitada en ABVD. Se considera importante resaltar que en cada una de las enfermedades crónico-degenerativas que se usaron para realizar este trabajo, las mujeres presentan mayor prevalencia.

Además, se observa que una alta proporción de personas en ambos sexos ha sufrido de caídas en los últimos dos años y padece de dolor físico de manera habitual. Es importante considerar estos padecimientos, dado que en algunos casos las caídas experimentadas en edades avanzadas pueden ser causa de inmovilidad motriz permanente, por otra parte, el padecer dolor físico de manera constante limita de una manera importante la movilidad corporal y la realización de actividades básicas de manera autónoma e independiente.

Gráfica 15. Personas de 75 años y más con autonomía limitada en ABVD con enfermedades crónico-degenerativas y otros padecimientos por sexo (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

La información que da cuenta sobre la autopercepción de las personas de 75 años y más con autonomía limitada en ABVD, permite identificar que cerca de la mitad de la población respondió que considera su estado de salud regular, en el Cuadro 8, se observa que 20.4% de los hombres y 30.9% de las mujeres perciben su salud como mala. Asimismo, en se refleja que menos del 2% de la población considera que tiene muy buena o excelente estado de salud.

Cuadro 8. Autopercepción de la salud reportada por las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en ABVD por sexo (porcentaje)

Autopercepción del estado de salud	Hombres	Mujeres	Total
Excelente	0.4%	0.0%	0.2%
Muy buena	2.2%	0.6%	1.3%
Buena	18.7%	15.7%	16.9%
Regular	58.3%	52.8%	55.0%
Mala	20.4%	30.9%	26.6%

Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En relación con el estado emocional de las personas mayores con dificultad para realizar ABVD, en el Cuadro 9, se aprecia que el 57.2% de las personas ha experimentado al menos 5 de los 9 sentimientos que se usaron para construir la variable síntomas depresivos, entre los que se encuentran si se ha sentido deprimida, que todo lo que hacía era un sobreesfuerzo, intranquilidad, infelicidad, tristeza, cansancio excesivo, pérdida de energía, y si en algún momento experimento soledad.

Cuadro 9. Estado emocional de las personas de 75 y más años con autonomía limitada en ABVD (porcentaje)

Estado emocional	Hombres	Mujeres	Total
Síntomas depresivos	48.0%	63.6%	57.2%
Percibe en soledad	60.5%	64.6%	63.0%

Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

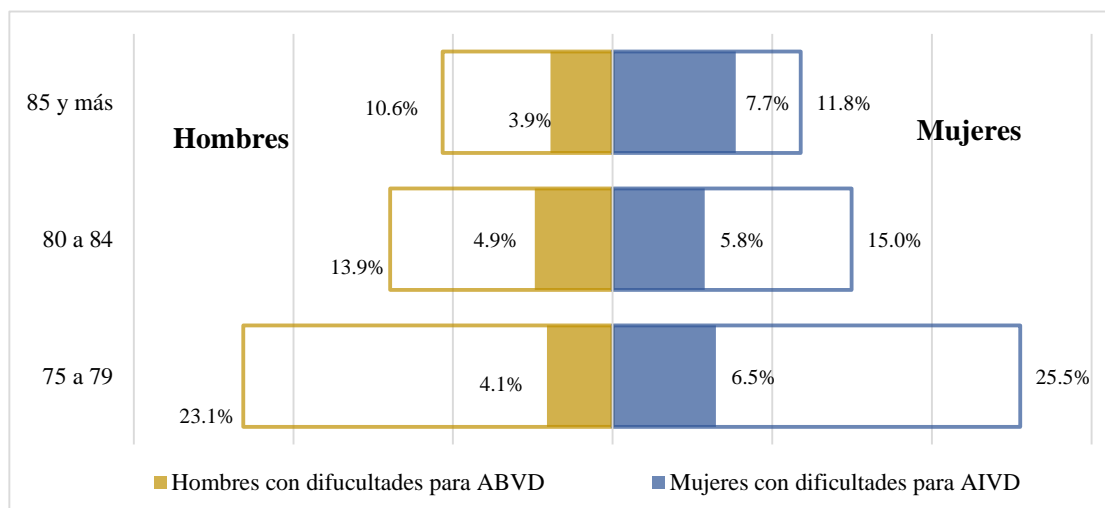
Las mujeres tienen mayor prevalencia a sentirse en depresión a diferencia de los hombres. Por otra parte, respecto a las personas que sienten que les falta compañía, que se siente ignorada o experimenta aislamiento, el 64.6% de las mujeres y el 60.5% de los hombres respondió de manera afirmativa a al menos 1 de los 3 síntomas.

4.2. Análisis descriptivo de las personas con autonomía física limitada para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las AIVD suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, preparar comida caliente, comprar víveres, manejar dinero y tomar medicamentos. Las formas en que estas se desarrollan y se organizan son acordes a los estilos y formas de vida, requiriendo conciencia del propio ser, de su propio cuerpo y del entorno. Involucran habilidades perceptivas y motrices, de procesamiento o elaboración para actuar en el ambiente, así como para planificar y resolver problemas (Lara, et al. 2012). En la vejez las AIVD adquieren una relevancia importante debido a que una buena parte de las interacciones sociales y con el entorno se generan a través de la realización de AIVD. Asimismo, su ausencia total o parcial se constituyen en un factor de riesgo de depresión y morbilidad.

A través del ENASEM 2018 se identificó a las personas con autonomía física limitada en AIVD. Se les categorizó de esta manera si reportaban la presencia de al menos una dificultad para realizar alguna de las 4 variables consideradas: preparar comida caliente, comprar viveres o mandado, manejar dinero y tomar medicamentos. Las observaciones son en total 907 casos, de los cuales 323 (35.61%) son hombres y 584 (64.39%) son mujeres. Esta muestra es representativa para 1,107,714 personas, de esta cantidad 434,467 (39.22%) son hombres y 673,247 (60.78%) son mujeres.

Gráfica 16. Pirámide poblacional de personas de 75 años y más y con autonomía limitada en AIVD (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

Se acuerdo con el ENASEM 2018, el 31.5% de la población de 75 años y más presenta autonomía limitada en AIVD, de los cuales el 20% son mujeres y 11.5% son hombres. En la Gráfica 16, se observa que en cada grupo de edad las mujeres representan una mayor proporción de las personas que presentan dificultades para realizar AIVD, en comparación con los hombres. En el grupo de edad de 85 años y más se concentra el 7.7% de las mujeres y el 3.9% de los hombres con autonomía limitada, en el grupo de 80 a 84 años se encuentra el 10.8% de las personas con dificultades y en grupo más joven los hombres con autonomía limitada en AIVD son el 4.9% y las mujeres el 6.5%.

Cuadro 10. Personas de 75 años y más con dificultades para realizar AIVD (porcentaje)

Grupo de edad	Preparar comida caliente	Comprar víveres o mandado	Tomar medicamentos	Manejar dinero
Mujeres				
75 a 79 años	3.3%	2.3%	0.8%	1.1%
80 a 84 años	3.5%	3.5%	1.9%	1.2%
85 y más	3.2%	2.4%	0.7%	0.8%
Total	10.0%	8.2%	3.4%	3.1%
Hombres				
75 a 79 años	3.5%	5.6%	1.7%	1.1%
80 a 84 años	3.4%	4.7%	1.7%	1.7%
85 y más	4.7%	6.9%	3.0%	2.9%
Total	11.6%	17.2%	6.4%	5.7%

Nota: para cada actividad se muestra el porcentaje de personas que tienen dificultades sobre el total de la población para cada grupo de edad y sexo.

Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En el Cuadro 10, se observan que las actividades instrumentales, preparar comida caliente, comprar víveres o mandado son las actividades en las que mayor porcentaje de personas mayores reportó tener dificultades, tanto en las mujeres como en los hombres. En la actividad comprar víveres o mandado, la diferencia en la proporción entre los sexos, es probable que se deba a las relaciones sociales de género que prevalecen en las personas mayores.

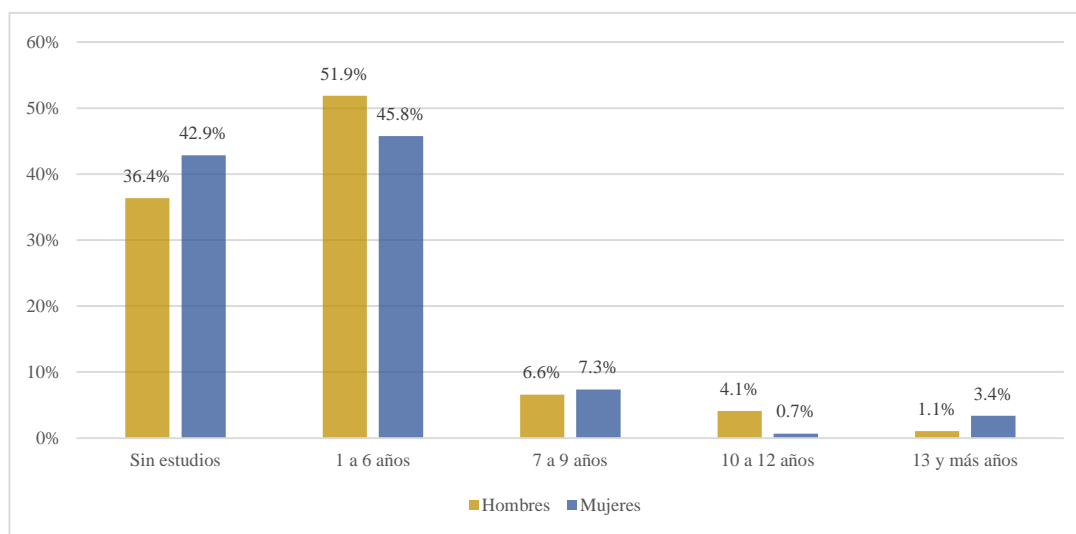
Cuadro 11. Situación conyugal de las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en AIVD, ambos sexos (porcentaje)

Situación conyugal	Hombres	Mujeres	Total
Soltera	2.6%	2.9%	2.6%
Casada o unida	61.2%	21.1%	36.9%
Divorciada o separada	1.7%	2.6%	2.3%
Viuda	34.4%	73.4%	58.1%
Total	100%	100%	100.%

Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

La situación conyugal en la que se encuentran las personas de 75 años y más con autonomía limitada en AIVD, es similar a la que presentan las personas con autonomía física limitada en ABVD. En el Cuadro 11, se observa que una alta proporción de mujeres se encuentra en viudez, y la mayor proporción de hombres se encuentra casada. Hay un número reducido de personas solteras u divorciadas o separadas.

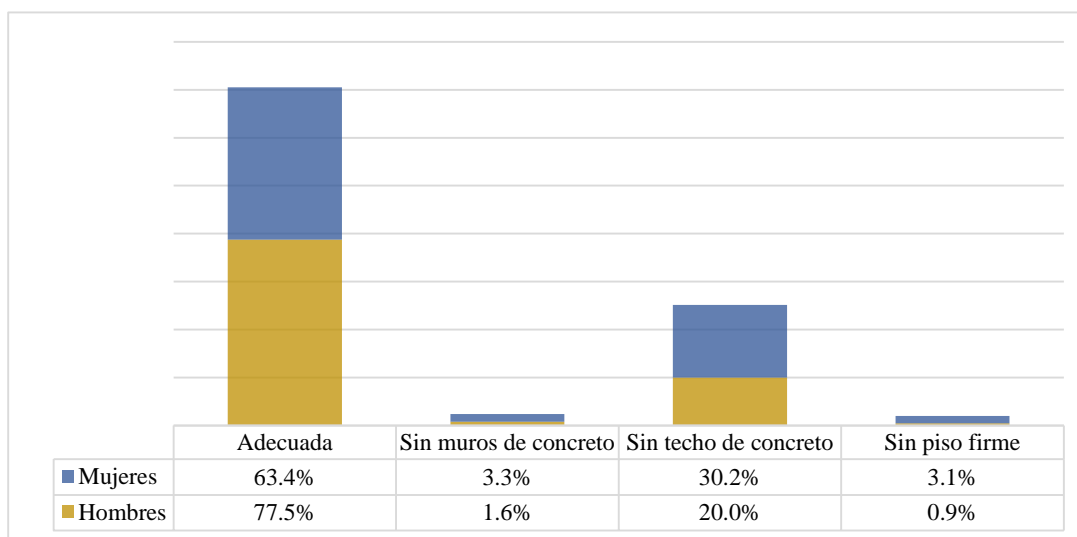
Gráfica 17. Años de estudio de las personas de 75 y más años con autonomía limitada en AIVD (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En cuanto a los años de estudio que presentan las personas mayores con autonomía física limitada en AIVD, en la Gráfica 17, se observa que la mayor proporción de personas completó al menos hasta 6 años de estudio, le sigue en importancia las personas que no cuentan con estudios con un 40.3% de las personas, en el que 36.4% son hombres y 42.9% son mujeres. Una baja proporción de personas realizó estudios de secundaria, nivel medio superior y superior, de manera muy similar a la que presentan las personas con autonomía física limitada en ABVD.

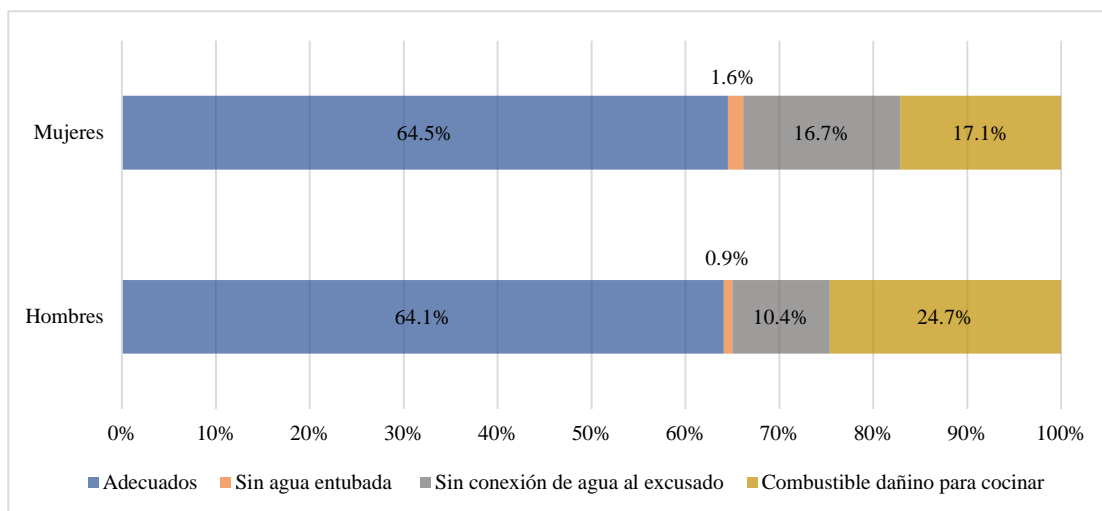
Gráfica 18. Condiciones de vivienda de las personas de 75 años y más con autonomía limitada en AIVD por sexo (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En el Gráfico 18, se observa que el 66.4% de los hombres y el 77.5% de las mujeres habita en viviendas con muros y techos de concreto, y con piso firme, una baja proporción de personas habita viviendas sin estas condiciones. No obstante, las personas que habitan viviendas sin techo de concreto es el 25.1%, en el que el 30.2% son mujeres y el 20% son hombres.

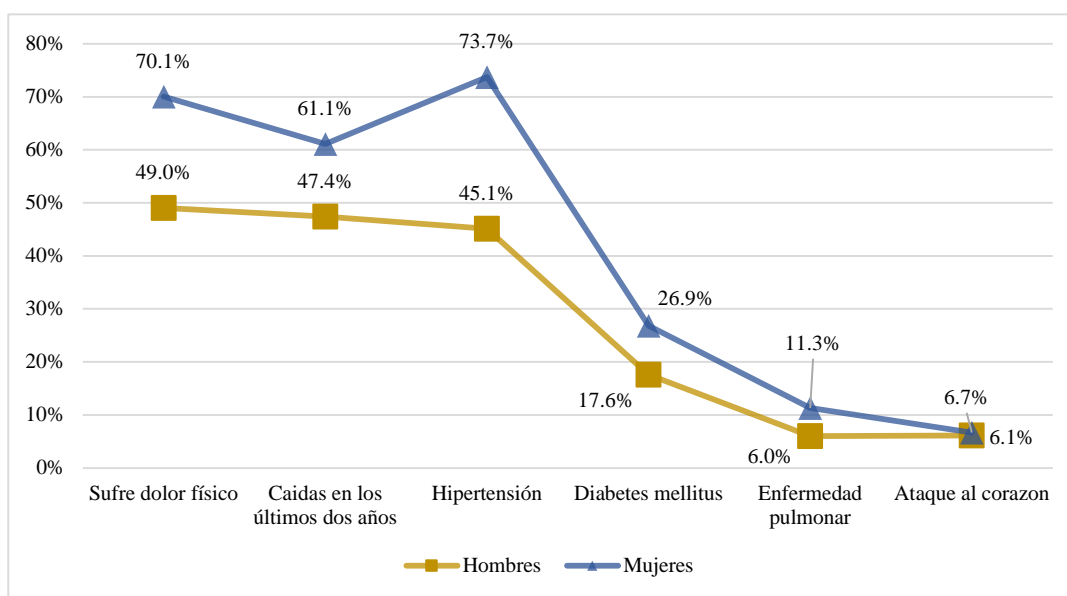
Gráfica 19. Servicios de vivienda con las que cuentan las personas de 75 años y más con autonomía física limitada en AIVD (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

Respecto a los servicios de vivienda, 64.5% de mujeres y el 64.1% de los hombres habita viviendas con servicios adecuado, el 13.5% de las personas con autonomía física limitada en AIVD no cuenta con conexión de agua al excusado, en el que el 10.4% son hombres y 16.7% son mujeres. En la Gráfica 19, se observa que el 24.7% de las mujeres y el 17.1% de los hombres usan combustible dañino para cocinar.

Gráfica 20. Personas de 75 años y más con autonomía limitada en AIVD con enfermedades crónico-degenerativas y otros padecimientos por sexo (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En la Gráfica 20 se observa que la hipertensión y la diabetes mellitus son las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en ambos sexos de las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en AIVD. Asimismo, se observa una alta proporción de personas que padecen dolores físicos, en donde resalta la proporción de las mujeres con este padecimiento, así como en las caídas experimentadas en los dos últimos años.

Cuadro 12. Autopercepción de la salud reportada por las personas de 75 y más años con autonomía física limitada en ABVD por sexo (porcentaje)

Autopercepción del estado de salud	Hombres	Mujeres	Total
Excelente	0.1%	0.0%	0.1%
Muy buena	2.2%	0.7%	1.3%
Buena	23.7%	13.8%	17.7%
Regular	57.7%	55.7%	56.5%
Mala	16.3%	29.8%	24.5%

Fuente: Elaboración propia son base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En cuanto a la autopercepción de la salud reportada por las personas con autonomía física limitada en AIVD, los resultados son similares a los reportados por las personas con limitaciones en las ABVD. En el Cuadro 12, se observa que la mayor proporción tanto en hombres como en mujeres se concentra en la autopercepción de la salud regular, seguida de la percepción de mala salud.

Cuadro 13. Estado emocional de las personas de 75 y más años con autonomía limitada en AIVD (porcentaje)

Estado emocional	Hombres	Mujeres	Total
Síntomas depresivos	51.1%	57.6%	55.0%
Se percibe sola	58.3%	65.0%	62.4%

Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En el Cuadro 13, se observa que más de la mitad de las personas de 75 años y más con autonomía física limitada en AIVD, reporta experimentar emociones depresivas, el 57.6% son mujeres y 51.1% son hombres. En cuanto a las personas que se perciben solas, el 58.3% son hombres y el 65% son mujeres.

4.3. Resultados de los modelos estadísticos: autonomía física en ABVD y AIVD

En este apartado se presentan los resultados de los modelos de regresión logística que se llevaron a cabo para identificar las variables asociadas a la autonomía física para realizar ABVD y AIVD, como se mencionó anteriormente, se realizaron dos modelos de regresión logística, uno para la autonomía física en ABVD y otro para la autonomía física en AIVD. Dadas las características de la variable dependiente, donde 1 son las personas con autonomía física limitada y 0 son las personas con autonomía física plena.

Previamente, se realizó la prueba de asociación chi-cuadrada con la finalidad de identificar las variables explicativas o regresoras que resultaron significativas, posteriormente, se procedió a realizar los modelos de regresión logística, obteniendo los efectos marginales que muestran la incidencia sobre la probabilidad de reportar la autonomía física de las personas mayores en México en el año con base en el ENASEM 2018, de acuerdo con distintos tipos de factores asociados, distinguiendo factores sociodemográficos, socioeconómicos, factores asociados al estado de salud y al estado emocional. Las presentes estimaciones se realizaron con el paquete estadístico Stata/IC versión 15.0.

En los modelos de regresión logística los parámetros se pueden interpretar mediante razones de momios (*Odds ratio*) o por medio de los efectos marginales, que indican la probabilidad de ocurrencia de un suceso en función del cambio de unidad en la variable independiente, permitiendo cuantificar el efecto relativo de las distintas variables regresoras o independientes sobre la variable dependiente. En principio, en los modelos estadísticos estimados para identificar los factores asociados con la autonomía física en ABVD y en AIVD, se puede identificar la multidimensionalidad del fenómeno de estudio, entendiendo la existencia de múltiples factores que pueden encontrarse asociados a las limitaciones en la autonomía física de las personas mayores.

4.3.1. Resultados del modelo estadístico para autonomía física en ABVD

En lo que se refiere a la autonomía física en ABVD (Tabla 5), se observa la utilización de 14 variables, cada una correspondiente a un grupo de factores expuestos previamente en el capítulo dos. En su mayoría, las variables resultaron significativas, a excepción del sexo, la hipertensión y las condiciones de vivienda. Esto expresa que en el marco de este análisis estas variables no

influyen en la autonomía física limitada en ABVD, situación que puede estar asociada con la manera como está construido el dato en la encuesta o puede deberse a que estas variables como indicadores no operan en favor o en contra de la autonomía física en ABVD.

Tabla 5. Modelo de regresión logística, variable dependiente: Autonomía física en ABVD, de personas de 75 años y más.

Dimensión	Variable	Operacionalización	Sig.	Marginal dy/dx
Sociodemográfica	Grupo de edad	75 a 79 años	-	-
		80 a 84 años	0.000	0.0678
		85 y más	0.000	0.1612
	Sexo	Hombres	-	-
		Mujeres	0.057	0.0329
	Situación conyugal	Soltera	-	-
Casada o unida		0.128	0.0553	
Divorciada o separada		0.291	0.0502	
Viuda		0.017	0.0856	
Socioeconómicas	Años de estudio	Sin estudios	-	-
		1 a 6 años	0.027	-0.0410
		7 a 9 años	0.068	-0.0529
		10 a 12 años	0.227	-0.0709
	Condiciones de vivienda	13 y más años	0.401	-0.0340
		Adecuada	-	-
		Sin muros	0.420	0.0355
		Sin techo	0.365	0.0178
	Sin piso firme	0.072	-0.0994	
Condiciones de salud	Hipertensión	No	-	-
		Si	0.318	0.0164
	Diabetes Mellitus	No	-	-
		Si	0.030	0.0403
	Enfermedad pulmonar	No	-	-
		Si	0.010	0.0747
	Ataque al corazón	No	-	-
		Si	0.039	0.0700
Caídas en los últimos dos años	No	-	-	
	Si	0.000	0.0782	
Sufre dolor físico a menudo	No	-	-	
	Si	0.000	0.1252	
	Autopercepción de la salud	Excelente	-	-
		Muy buena	0.694	0.0295
Buena		0.356	0.0581	
Regular		0.073	0.1116	
	Mala	0.000	0.2515	
Estado emocional	Escala de depresión	Negativo para síntomas depresivos	-	-
		Positivo para síntomas depresivos	0.008	0.0452
	Percepción de soledad	No se percibe sola/o	-	-
Se percibe sola/o		0.012	0.0417	

Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

Del análisis de los efectos marginales en los factores sociodemográficos, se observa que, a mayor edad, aumenta la probabilidad de que las personas mayores se encuentren en condiciones de autonomía física en ABVD limitada. Tenemos que el grupo de referencia es en el que se encuentran las personas de 75 a 79 años, respecto a este, en ese sentido, se obtiene que las personas que se encuentran en el grupo de edad de 80 a 84 años, presentan una probabilidad de 6.7 por ciento mayor que el grupo de referencia, y a medida que avanza la edad la probabilidad aumenta de manera significativa, es decir que en el grupo de edad de 85 años y más, la probabilidad de que las personas se encuentren en condiciones de autonomía limitada es del 16.1 por ciento.

La edad se identifica como una variable predictora de la autonomía física limitada en ABVD. Como se ha analizado previamente, con el paso de los años se presenta un deterioro natural de las capacidades físicas y psicomotoras del cuerpo humano, que inciden en la dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria en las que se concentran las actividades esenciales para el autocuidado y la satisfacción de necesidades fundamentales. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Dorantes-Mendoza y colaboradores (2007), a partir de la ENASEM 2001 y los obtenidos por González (2017), con la ENASEM 2012.

De la variable sexo se aprecia en el Tabla 5, que no es una variable predictora, es decir que las limitaciones en la autonomía física en ABVD se presenta de manera similar en hombres y mujeres sin una distinción predominante. Si bien las mujeres alcanzan una mayor esperanza de vida y por lo tanto tienen mayor probabilidad de vivir más tiempo con dificultades para realizar ABVD. Se percibe que al llegar a la edad de 75 años o más, la prevalencia de la autonomía física limitada en ABVD se da de manera similar en ambos sexos. Sin embargo, de acuerdo con el análisis descriptivo presentado en el apartado anterior, las mujeres presentan una mayor multimorbilidad, poseen una peor percepción de su propia salud y experimentan en mayor proporción con respecto a los hombres un estado emocional depresivo y con percepción de aislamiento.

De la situación conyugal se aprecia que las personas de 75 y más años con pareja, parecen mostrar una relación con las mejores condiciones para realizar ABVD, en comparación con las personas viudas, resulta más probable las personas en situación de viudez se encuentren con limitaciones en la autonomía física en ABVD, con un 8.5 por ciento de probabilidad respecto a

estar soltero o unida (Hoffman, 2008: Lozano, Montoya, Gaxiola y Román, 2018). Esta situación puede ser explicada porque las personas que ha perdido el vínculo de pareja debido a la muerte, por una parte, se rompe un vínculo afectivo importante que generan emociones adversas a la salud física y emocional. Por otra parte, la pareja representa en las personas mayores en buena medida la principal red de ayuda y cuidados, incluso más importante que las o los hijos, u otro pariente, lo cual incide en la agudización de las dificultades para realizar ABVD. No obstante, existen diferencias importantes entre sexos, una proporción superior al 50% de hombres con autonomía física limitada en ABVD se encuentra casado o unido, mientras que el 73.9% de las mujeres, en la misma condición física se encuentra en situación de viudez. En ese sentido, se puede inferir que las mujeres son las que mayormente están incidiendo en el nivel de significancia de esta variable.

De los efectos marginales en los factores socioeconómicos, se observa que tener de 1 a 6 años de estudio, disminuye la probabilidad de presentar autonomía física limitada en ABVD en un 4.1 por ciento, respecto a no tener estudios. En lo que se refiere a tener 7 años y más de estudio no se muestra significancia, derivado de la baja proporción de personas de 75 años y más que alcanzaron niveles de estudio superiores a la primaria. Sin embargo, es importante hacer notar que tener al menos un año de estudio permite una reducción de la probabilidad de presentar autonomía física limitada en ABVD, es posible que exista una asociación entre el alfabetismo y las condiciones físicas y de salud de las personas mayores.

Con relación a las condiciones de vivienda, no resultó ser una variable opere en favor de la autonomía física limitada en ABVD. Situación que puede deberse a que las variables relacionadas con las condiciones de vivienda no operen en favor de la limitación de la autonomía física de las personas mayores, o puede estar asociada con la forma en que se construyó la variable. No obstante, es importante mencionar que cerca del 30 por ciento de la población de 75 y más con dificultades para realizar ABVD, se encuentran en una vivienda sin techo de concreto, si bien en los resultados que arrojó el modelo estadístico no son significativos, que las personas habiten una vivienda en condiciones inadecuadas si es un problema que se debe resolver, ya que puede potenciar las dificultades y los riesgos de adquirir una enfermedad (Flores-Villavicencio y colaboradores, 2010).

Con relación a los efectos marginales en los factores del estado de salud, la variable hipertensión no resultó significativa. Esto puede ser porque esta enfermedad no altera o afecta de manera contundente, ni directa la motricidad de las personas. Por otra parte, la enfermedad diabetes mellitus, resultó significativa, y se observa que opera en favor de la limitación de la autonomía física en ABVD de las personas de 75 años y más, una persona que presenta dicha enfermedad tiene un 4 por ciento de probabilidad mayor de presentar autonomía física limitada en ABVD, con respecto a las que no tienen esta enfermedad. En lo que se refiere a la enfermedad pulmonar incide en un 7 por ciento, lo mismo que haber sufrido un ataque al corazón. Aparentemente la incidencia de cada enfermedad que resultó significativa es baja, sin embargo, es importante señalar la prevalencia de la comorbilidad en las personas de edad avanzada, es decir, la prevalencia de más de una enfermedad crónico-degenerativa en las personas de edad avanzada. En ese sentido, la afectación de las enfermedades en la autonomía física en ABVD de las personas de 75 años y más puede ser mayor.

Dentro del factor condiciones de salud, se consideró a las caídas experimentadas en los dos últimos años y si las personas sufren de dolor físico. Respecto a la primera variable se obtiene un resultado con significancia estadística, lo que indica que las personas que han experimentado caídas tienen una probabilidad de 7.8 por ciento de encontrarse con autonomía física limitada en ABVD, respecto a quienes no han experimentado caídas. Las caídas o accidentes en edad avanzada pueden llegar a generar discapacidad y pérdida de autonomía física temporal o definitivamente, asimismo, está relacionado con las condiciones del entorno y condiciones relacionadas con la fragilidad corporal que deviene con los años. Por su parte, la variable que indica si las personas sufren de dolor físico, se obtiene como resultado que incide en un 12.5 por ciento a favor de la autonomía física limitada en ABVD. Padecer dolor físico constante en articulaciones o en partes internas del cuerpo limita en la realización de actividades de la vida diaria, además, genera consecuencias a nivel emocional y con las personas que se encuentran alrededor.

Respecto a la autopercepción reportada de la salud, se observa que las personas con mala autopercepción presentan riesgo del 25.1 por ciento superior con respecto a los que excelente percepción de salud. Esta variable recoge información sobre las condiciones de salud no solo físicas, sino aquellas que no se producen por enfermedades o dolencias físicas, sino afectaciones psíquicas y emocionales. En ese sentido, se obtiene que tener una mala percepción de salud opera

de manera importante en favor de la pérdida de la autonomía física en ABVD en personas de 75 años y más.

Los efectos marginales de los factores asociados al estado emocional resultaron significativos; identificando que más de la mitad de las personas con autonomía física limitada en ABVD, presentan condición positiva para síntomas depresivos, y se percibe en soledad. Se observa que las personas mayores que presentan síntomas depresivos aumentan la probabilidad de presentar autonomía física limitada en ABVD en 4.5 por ciento respecto a las personas sin depresión. Por último, la percepción de soledad opera en favor de la limitación en la autonomía física en un 4.1 por ciento respecto a las personas de 75 años y más que no perciben soledad.

4.3.2. Resultados del modelo estadístico para autonomía física en AIVD

Respecto a la autonomía física en AIVD, la mayoría de las variables seleccionadas resultaron significativas, con excepción del estado conyugal, la enfermedad pulmonar, ataque al corazón y la escala de depresión. A diferencia de las ABVD, en este modelo se incorporó la variable servicios de vivienda y se retiró la variable caídas en los últimos dos años, derivado de los resultados obtenidos en las pruebas de asociación.

Los efectos marginales de los factores asociados a las condiciones sociodemográficas que resultaron significativos fueron la edad y el sexo; respecto al grupo de edad, a medida que avanza la edad, disminuyen las capacidades de realizar actividades complejas, que implican cierto grado de interacción social y desplazamiento. En la Tabla 6 se observa que las personas que pertenecen al grupo de edad de 80 a 84 años tienen una probabilidad de presentar autonomía limitada en AIVD de 12 por ciento respecto a las personas de 75 a 79 años, la probabilidad aumenta al 26.7 por ciento en la población de 85 años y más. La edad es uno de los factores con mayor incidencia. Esto implica que, a mayor edad, el riesgo a perder capacidades físicas aumenta. Si bien, es una obviedad, es importante hacer relevante que es necesario que se atienda con mayor eficacia a las personas conforme su edad va en aumento, con la finalidad de garantizar su autonomía física y moral.

Tabla 6. Modelo de regresión logística, variable dependiente: Autonomía física en AIVD, de personas de 75 años y más.

Dimensión	Variable	Operacionalización	Sig.	Marginal dy/dx
Sociodemográfica	Grupo de edad	75 a 79 años	-	-
		80 a 84 años	0.000	0.120
		85 y más	0.000	0.267
	Sexo	Hombres	-	-
		Mujeres	0.000	0.080
	Situación conyugal	Soltera	-	-
Casada o unida		0.504	0.270	
Divorciada o separada		0.716	0.189	
Viuda		0.138	0.596	
Socioeconómicas	Años de estudio	Sin estudios	-	-
		1 a 6 años	0.004	-0.058
		7 a 9 años	0.010	-0.081
		10 a 12 años	0.154	-0.087
		13 y más años	0.019	-0.099
	Servicios de vivienda	Adecuados	-	-
		Sin agua entubada	0.444	0.141
		Sin conexión de agua	0.865	-0.004
		Combustible dañino	0.007	0.089
Condiciones de salud	Hipertensión	No	-	-
		Si	0.001	0.056
	Diabetes Mellitus	No	-	-
		Si	0.008	0.053
	Enfermedad pulmonar	No	-	-
		Si	0.053	0.058
	Ataque al corazón	No	-	-
		Si	0.202	0.044
	Sufre dolor físico a menudo	No	-	-
		Si	0.000	0.104
Autopercepción de la salud	Excelente	-	-	
	Muy buena	0.627	0.037	
	Buena	0.100	0.106	
	Regular	0.028	0.140	
	Mala	0.000	0.285	
Estado emocional	Escala de depresión	Negativo para síntomas depresivos	-	-
		Positivo para síntomas depresivos	0.931	0.002
	Percepción de soledad	No se percibe sola/o	-	-
		Se percibe sola/o	0.015	0.043

Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

En lo que se refiere al sexo, a diferencia de la autonomía física en ABVD, en este modelo resultado significativo, se observa que las mujeres presentan un mayor riesgo de encontrarse en condiciones de autonomía física limitada para realizar AIVD en un 8 por ciento superior con

respecto a los hombres. Esto se explica porque las mujeres presentan una esperanza de vida al nacer superior a la de los hombres. Asimismo, las mujeres presentan un menor nivel de escolaridad y una trayectoria laboral con mayores interrupciones que los hombres, esto afecta en el nivel de ingresos y en la autonomía económica, lo que impacta en el hecho de realizar compras de víveres o despensa, así como el de manejar dinero propio, este argumento se relaciona con los resultados del análisis descriptivo en el que se observa (Cuadro 13) que en la dificultad para realizar compras y mandado las mujeres presentan la mayor proporción dificultades.

Los efectos marginales de los factores asociados a las condiciones socioeconómicas que resultaron significativos fueron los años de estudio, las condiciones de vivienda y los servicios de vivienda. En la variable años de estudio, se observa que las personas que tienen de 1 a 6 años tienen una probabilidad de 5.8 por ciento con respecto a las personas sin estudios, las personas con 7 a 9 años, presentan una probabilidad menor de 8.7 por ciento, finalmente contar con 13 o más años se tiene una probabilidad menor de 9.9 por ciento respecto a las personas sin estudios. Este resultado da cuenta de la importancia en de la educación y en la instrucción formal, se observa que a mayor número de años de estudios menor es el riesgo de encontrarse con autonomía física limitada en AIVD. Como se mencionó anteriormente, las actividades instrumentales requieren de destrezas, habilidades sociales y capacidad física. Las personas que aprendieron a leer, escribir y contar dinero tienen menores probabilidades de que se encuentren con autonomía física limitada, ahí radica la importancia de garantizar el acceso a la educación a cualquier edad, esto impactaría en el desarrollo de habilidades intelectuales y sociales que no se tienen y la potencialización de las habilidades con las cuales ya cuentan las personas mayores.

Respecto a los servicios de vivienda, la categoría que resulto significativa fue el uso de combustible dañino para cocinar, incide en un 8.9 por ciento a favor de la presencia de autonomía física limitada en un 8.9 por ciento en referencia con las personas que tienen servicios de vivienda adecuados. El 20.9 por ciento de las personas con autonomía física limitada en AIVD, siguen cocinando con combustibles sólidos, es decir, madera, residuos agrícolas, carbón vegetal y mineral, y excrementos de animales; en fuegos abiertos y en cocinas con fugas.

De acuerdo con la OMS (2018), existe una relación entre la contaminación del aire de interiores con la neumonía, el accidente cerebrovascular, la cardiopatía isquémica, el cáncer de pulmón y otras consecuencias en la salud. La recolección del combustible consume una parte

considerable del tiempo y esfuerzo de las personas, lo que probablemente aceleró la pérdida el deterioro físico que limita la autonomía física en AIVD. Por otra parte, las personas que usan combustible dañino para cocinar en su mayoría son pobres y con ingresos bajos.

Los efectos marginales de los factores asociados a las condiciones de salud considerados para este estudio, resultaron significativas enfermedades como la hipertensión, la diabetes, sufrir dolores a menudo, así como la autopercepción reportada de la salud en sus categorías regular y mala. En cuanto a la hipertensión se observa en la Tabla 8 que las personas con hipertensión presentan una probabilidad superior de 5.6 por ciento de encontrarse con limitaciones en la autonomía física en AIVD, respecto a quienes no padecen esta enfermedad. La diabetes mellitus, opera a favor de la autonomía física limitada en un 5 por ciento. El padecimiento con mayor incidencia es el dolor físico, de acuerdo con los resultados obtenidos, las personas que sufren de dolor a menudo tienen una probabilidad de 10.4 por ciento, con respecto a las personas que no lo padecen. Esto probablemente se deba a que el dolor de acuerdo con el nivel de intensidad limita en buena medida la movilidad del cuerpo y afecta las interacciones sociales familiares y por su puesto la realización de actividades complejas contenidas dentro de las AIVD.

Respecto a la autopercepción reportada de la salud, las personas que reportaron tener un estado de salud regular tienen mayores una probabilidad de 14 por ciento superior respecto a las que reportan un excelente estado de salud. En relación con la autopercepción de la salud mala, está incide de manera importante en la limitación de autonomía física en AIVD en un 28 por ciento. Es importante mencionar, que de acuerdo con el análisis descriptivo se observa (Cuadro 15) que el 81.1 por ciento de la población de 75 y más años con dificultades para realizar AIVD, reportan tener salud regular y mala. Estos resultados permiten dar cuenta, por un lado, del deterioro de la salud física y psicoemocional que experimentan las personas mayores y por otra parte revela una ausencia en la calidad y el seguimiento de los servicios de atención médica.

Finalmente, los efectos marginales del factor de estado emocional, resultó significativo el factor percepción de soledad. En la Tabla 16 se observa que las personas que perciben soledad tienen una propensión del 4.3 por ciento superior respecto a las personas que no se sienten solas. Esto indica la importancia de la atención a las personas mayores, y hace evidente el abandono, aislamiento o visibilización que experimentan las personas de edad avanzada.

Capítulo 5. Reflexiones y conclusiones

En esta investigación se realizó el esfuerzo de cuestionar el uso del concepto de la dependencia funcional, sin desestimar su importancia, y trascender al uso del concepto autonomía física. En este caso, no solo se trata de transitar de un concepto a otro para estudiar un mismo fenómeno; el verdadero significado de dicho intento radica en una transformación en la perspectiva y el enfoque con el que se observa, estudia, analiza y se atienden los temas de la vejez y el envejecimiento en México. Esto bajo la comprensión de la complejidad demográfica, económica, política y social que se ha desarrollado en el país en las últimas tres décadas, que ha impulsado la imperiosa necesidad de avanzar de las concepciones tradicionales del envejecimiento a enfoques integrales, con una perspectiva de derechos y de género, que contribuyan a la construcción de un modelo de desarrollo diferente, capaz de encontrar el camino para garantizar la justicia social para las personas mayores y otros grupos excluidos.

Como se mencionó en el Capítulo 2, a las personas mayores con dificultades para realizar AVC se les concibe como personas que carecen de autonomía bajo el enfoque tradicional de la dependencia funcional; se cree que son incapaces de decidir por sí mismas, que alteran el funcionamiento social óptimo y se identifican como una carga para las personas jóvenes productivas. Esta concepción ha generado una división de la sociedad en dos segmentos: la sociedad de personas funcionales y las no funcionales.

Las aportaciones del complejo enfoque de la dependencia funcional tuvo un gran impacto en la segunda mitad del siglo XX y contribuyó de manera importante para explicar un fenómeno de gran importancia que relaciona las condiciones físicas, de salud, las sociodemográficas, económicas y sociales de las personas mayores. Este es un enfoque que se desprende de la concepción del deterioro individual, y considera debilmente los elementos políticos, económicos, sociales y culturales en un momento histórico determinado.

En la actualidad, con los cambios en la estructura poblacional materializada en un incremento proporcional significativo de las personas de edad avanzada en las que las personas mayores presentan un papel activo en lo económico, político, social y familiar, el enfoque de dependencia funcional se presenta con desgaste e insuficiencia explicativa que individualiza y excluye. Por ello, es necesario un cambio de paradigma para asumir el nuevo rostro de la vejez

y reconocer la preservación de la autonomía como el objetivo principal de la política pública y del quehacer institucional.

En este trabajo se usó el enfoque de autonomía, ya que permite explicar las interacciones complejas entre los individuos, el entorno y las instituciones sociales; cuestiona la posición social que tienen las personas mayores en la sociedad y la pérdida progresiva de la capacidad física para decidir de manera independiente; remite a la identificación de distintas realidades por las que atraviesan las personas mayores que determinan el estado de salud, las condiciones de vida y las representaciones simbólicas con las que las personas llegan a la vejez. Además, este enfoque permite la identificación de una mayor complejidad y entendimiento de las necesidades individuales que surgen con la longevidad.

Asimismo, el concepto de autonomía hace relevante el despojo que experimentan las personas mayores de la posibilidad de decidir por sí mismas, así como la débil relación entre los derechos y las responsabilidades institucionales con las necesidades que surgen en la vejez, la discriminación y la desigualdad en la atención respecto a grupos de edad más jóvenes. El término de autonomía pone énfasis, y a la vez se opone, a la visión estereotipada y negativa de la vejez que subordina a quienes la experimentan.

La autonomía física se presenta como una de las dimensiones de la autonomía plena, junto con la autonomía moral. La autonomía física, que está relacionada con las capacidades motoras y sensoriales, toma en consideración las características del entorno que inciden en las personas para actuar y facilitar su propia vida. A través del ejercicio de la autonomía física se materializa la capacidad de tomar decisiones correspondientes a la autonomía moral.

El ejercicio de la autonomía plena implica la identificación de las capacidades en relación con las condiciones del entorno social, económico y familiar que en principio limitan la autonomía física de las personas mayores, que se pueden identificar en la realización de las AVC, debido a que la ausencia de la autonomía física limita de inmediato la autonomía moral. Ahí radica la importancia de garantizar y resguardar el mayor tiempo posible las destrezas y capacidades físicas de las personas mayores con la finalidad de proteger y prolongar la capacidad de decisión.

En ese sentido, la capacidad de decidir y actuar se da cuando no hay coacción externa, cuando se dispone de los recursos en forma de bienes y servicios, y además se garantizan las circunstancias de capacidad física, personales, sociales y económicas que permiten hacer frente a las situación que devienen con la vejez.

En el contexto mexicano no se le ha prestado suficiente atención al tema del envejecimiento poblacional. Este fenómeno demográfico se ha desarrollado en un contexto de avances y retrocesos económicos e institucionales, como se mencionó en el Capítulo 1. En los últimos años se han presentado avances en materia de seguridad social y de acceso a los servicios de salud que han beneficiado a gran parte de las personas en edad avanzada. Sin embargo, es importante reconocer, en un contexto de envejecimiento acelerado, que las respuestas del Estado, la economía y la sociedad no se han generado a la misma velocidad que los cambios demográficos y epidemiológicos, especialmente los relacionados con la vejez. Esto ha generado deudas en materia de promoción, protección, garantía y respeto a los derechos de las personas mayores.

Ante la ausencia de instrumentos institucionales públicos y la ineficacia del mercado para distribuir bienestar, las familias se han hecho cargo de proveer la protección, manutención y cuidados que requiere la población en edad avanzada, que en muchos casos llegan a la vejez en condiciones de vulnerabilidad social y económica, y con pocas posibilidades de hacer frente a las enfermedades y el deterioro físico; por lo tanto, cuentan con limitaciones importantes para ejercer su autonomía e independencia.

5.1. Reflexiones sobre los resultados obtenidos

En este trabajo se planteó el objetivo de aproximarse al estudio y al análisis de la autonomía física de las personas de 75 años y más y la relación que guarda con factores demográficos, socioeconómicos, condiciones de salud y el estado emocional, con base en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) del año 2018. Como punto de partida de la investigación se partió del supuesto de que la autonomía física está condicionada, no solamente por el avance de la edad o por la prevalencia de las enfermedades subyacentes, sino también por las características del entorno y las condiciones de vida en las que se desenvuelven, así como el estado de ánimo y la percepción de soledad que las personas mayores experimentan.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación documentan de manera sólida el supuesto planteado. Efectivamente, a medida que avanza la edad cronológica en las personas mayores el riesgo de presentar autonomía física limitada en AVC aumenta de manera considerable. Asimismo, la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, principalmente la hipertensión, la diabetes, las enfermedades pulmonares, las afecciones cardíacas, el padecimiento de dolor y haber sufrido caídas, se presentan como las principales causas de la presencia de dificultades para realizar ABVD y AIVD.

Sin embargo, los factores socioeconómicos, en especial los años de estudio, las condiciones y los servicios de vivienda, operan de manera significativa a favor de la presencia de limitaciones en la autonomía física de las personas mayores. Lo que demuestra que el fenómeno de estudio también depende de las características del entorno en el cual se ha desarrollado y se desarrolla la vida de las personas de edad avanzada. Por otra parte, es importante señalar que los síntomas positivos de depresión y la percepción de soledad se presentan como factores de riesgo que atentan contra la autonomía física de las personas de 75 años y más.

Dentro de los factores sociodemográficos considerados se encontró que el sexo de las personas resultó estadísticamente significativo para la limitación de la autonomía física en las AIVD, mas no así para las ABVD. Es decir que la variable sexo opera de manera distinta en cada conjunto de AVC. En ese sentido es importante señalar que para la realización de actividades esenciales para la existencia y el autocuidado, como los son las ABVD, el sexo de las personas es una variable que no explica la presencia de dificultades, sino que se genera de manera similar en hombres que en mujeres. A diferencia de las actividades que implican cierto nivel de complejidad motriz, psicológica y de interacción social, se obtuvo como resultado que las mujeres presentan una mayor probabilidad de encontrarse con autonomía física limitada.

No obstante, la variable edad resultó estadísticamente significativa, tanto para la autonomía física limitada en las ABVD como en las AIVD. Si bien este resultado es evidente, ya que con la edad devienen las dificultades físicas generadas por el deterioro natural del cuerpo, también es un indicador que se debe tomar en consideración y resignificar con el propósito de orientar los instrumentos de protección social progresivos conforme avanza la edad de las personas mayores, con la finalidad de proteger, fortalecer y mantener sus capacidades el mayor tiempo posible.

Respecto a la escolaridad, cerca del 80 por ciento de la población de 75 años y más con autonomía física limitada no tiene más de 6 años de estudio. De acuerdo con Carretero, Garcés y Ródenas (2006), la asociación entre el bajo nivel educativo y la autonomía física plena parece atribuible a la relación de la educación con las condiciones laborales y económicas que permiten la posesión de diversos bienes y servicios, entre los que destacan el acceso a los servicios de salud y la seguridad social, así como recursos materiales, psicológicos y sociales adecuados para enfrentar las enfermedades, la discapacidad y las dificultades en las AVD. Sin embargo, es importante reconocer que la educación es un derecho humano fundamental, que es universal y que se aplica a todas las personas, independientemente de su edad.

El derecho a la educación reconoce la importancia de la educación como un proceso de toda la vida, el aprendizaje y la educación de personas mayores es un componente básico del derecho a la educación y el aprendizaje a lo largo de la vida. Comprende todas las formas de educación y aprendizaje, cuya finalidad es lograr que todos los adultos participen en sus sociedades y en el mundo del trabajo, tanto en provecho propio como en el de sus comunidades, organizaciones y sociedades. De acuerdo con la UNESCO (2015), los beneficios que se pueden obtener de la garantía del derecho a la educación y el aprendizaje de las personas mayores, es que pueden gozar de otros derechos humanos, desarrollar y potencializar las habilidades y conocimientos necesarios para participar en la sociedad y así facilitar la ciudadanía activa, una vejez saludable y una sociedad en edad avanzada capaz de ejercer su derecho a la autonomía.

En relación con las condiciones de vivienda, esta variable resultó no estadísticamente significativa en la limitación de la autonomía física en las AVD. No obstante, de acuerdo con el análisis descriptivo se observa que el 28.6 por ciento de las mujeres y el 34.3 por ciento de los hombres con dificultades para realizar ABVD, habitan una vivienda sin techo de concreto. Resultados similares se obtuvieron del análisis de las personas con limitación física en las AIVD, en el que el 30.2 por ciento de las mujeres y el 20 por ciento de los hombres habitan en viviendas de techo que no es de concreto.

Estas condiciones en la vivienda propician altos niveles de morbi-mortalidad en las personas mayores, ya que las construcciones sin techos de concreto generan temperatura y humedad, las cuales no son favorables para las personas mayores, puesto que son más proclives

a la prevalencia de enfermedades respiratorias agudas, lo que impacta en la salud y en las condiciones de vida.

En lo que se refiere a los servicios de vivienda, resultó estadísticamente significativo el uso de combustible dañino para cocinar en relación con las AIVD. De acuerdo con el análisis descriptivo se obtuvo que el 20.9 por ciento de las personas con dificultades para realizar AIVD cocina con combustible sólidos, lo que genera contaminación en el aire en los interiores de la vivienda. Esto tiene consecuencias en la salud y repercusiones en el uso del tiempo que se ocupa para recolectar el combustible sólido, que bien podría ser usado para la realización de AIVD y actividades de autocuidado. De acuerdo con la OMS (2018), quien mayormente sufre las consecuencias del uso dañino del combustible para cocinar son las mujeres, derivado de las relaciones sociales de género que prevalecen en la sociedad mexicana. Asimismo, esta situación está fuertemente relacionada con la pobreza y las desigualdades sociales.

En ese sentido, en el artículo 24 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) se establece que las personas mayores tienen derecho a una vivienda digna y adecuada, y a vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades. En ese mismo artículo se exhorta a los Estados firmantes a adoptar medidas pertinentes para promover la construcción y adaptación progresiva de soluciones habitacionales con el fin de que las viviendas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a las personas mayores con discapacidad y con impedimentos físicos relacionados con la movilidad. Asimismo, menciona que es obligación de los Estados el promover programas para la prevención de accidentes en el entorno y el hogar de las personas mayores.

Con base en los resultados de este estudio, entre las enfermedades que operan a favor de la limitación de la autonomía física se reconocen a la hipertensión, la diabetes, la enfermedad pulmonar, las caídas y el dolor físico. La hipertensión se presenta como la enfermedad con mayor prevalencia en la población con dificultades para realizar AVD, a la cual le sigue la diabetes mellitus, ya que el 22.5 por ciento de las personas de 75 años y más padece diabetes mellitus y una proporción superior al 10 por ciento sufre de enfermedades pulmonares.

Por otra parte, las caídas que se experimentan en edades avanzadas son producto de la fragilidad del cuerpo que deviene con el paso del tiempo. Asimismo, se asocia con las condiciones del entorno en las cuales las personas mayores llevan a cabo sus actividades cotidianas. Una caída en edades avanzadas puede tener como consecuencia la discapacidad total o dificultades severas para realizar actividades esenciales para la vida y de autocuidado. De acuerdo con el análisis descriptivo, el 60 por ciento de las personas con autonomía física limitada en las AVC han experimentado caídas en los dos últimos años.

El dolor físico resultó un factor con importante incidencia en la presencia de autonomía física limitada tanto en las ABVD como en las AIVD. Con frecuencia en las personas mayores ocurren fracturas por osteoporosis o cáncer, también generadas por caídas o accidentes. El dolor que se experimenta puede traer consigo debilidad y limitar la autonomía física. Se ha comprobado que las ayudas ortopédicas, el uso de aparatos, ejercicios e hidroterapia combinada con medicación analgésica coadyuva a controlar el dolor y promover la autonomía física de las personas mayores (Maestre, 2001).

Respecto a la autopercepción de la salud, este factor se presenta como de mayor incidencia dentro de los factores del estado de salud, especialmente en sus categorías autopercepción de la salud, regular y mala. Como se mencionó en el Capítulo 2, la autopercepción de la salud que reportan las personas mayores da cuenta de la constitución física, mental y social. Además, se evidencia la interacción entre factores biológicos, sociales y psicológicos en donde el entorno, los recursos económicos con los cuales se cuenta en la vejez para afrontar las dificultades, el acceso a diversos servicios y el estado de ánimo desempeñan un papel central en la aparición de una autopercepción de la salud negativo.

En este trabajo se obtuvo como resultado que la percepción regular y mala incide de manera importante en las limitaciones de la autonomía física, tanto en ABVD como en las AIVD. Por ello, se puede afirmar que, dentro de los factores considerados en el estado de salud, el factor autopercepción de la salud en su categoría mala es la que tiene mayor peso e importancia en la presencia de la autonomía física limitada.

Con relación a la depresión, de acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que más del 50 por ciento de la población presenta síntomas depresivos, y este factor resultó significativo

para la limitación en la autonomía física en las ABVD. En lo que se refiere a la percepción de soledad, más del 60 por ciento de las personas mayores refieren experimentar emociones relacionadas a la soledad. Esta variable resultó estadísticamente significativa operando a favor de la presencia, tanto de las ABVD, como de las AIVD.

De acuerdo con lo antes descrito, se puede identificar que los principales factores asociados a la limitación de la autonomía física de las personas mayores confluyen aspectos individuales como el sexo y la edad, así como la prevalencia de enfermedades y el estado emocional. Sin embargo, el peso que presentan las condiciones del entorno desempeña un papel central en la afectación de la autonomía física de las personas de 75 años y más, especialmente en lo que se refiere a las condiciones y servicios de vivienda. Sin embargo, cada uno de los factores asociados a las personas mayores se presenta como retos y desafíos que debe enfrentar la sociedad mexicana en su conjunto.

En el siguiente apartado se presentan medidas y recomendaciones para contribuir al fortalecimiento de la autonomía física de las personas de 75 años y más, con base en los resultados obtenidos.

5.2. Recomendaciones para fortalecer la autonomía física de las personas mayores en México

En este trabajo se da cuenta de los principales factores que operan en favor de la presencia de la limitación en la autonomía física de las personas mayores. Se parte de la concepción de que lo personal es político; que cada uno de los factores son objeto de interés social y que en la sociedad se encuentran las soluciones. El sexo de las personas, la edad, la escolaridad, las enfermedades crónicas-degenerativas, el estado emocional, así como las condiciones y servicios de vivienda, por muy personales que parezcan, son desafíos y retos que deben afrontar la comunidad, las familias, el Estado y sus instituciones, así como las entidades económicas que le dan forma a la sociedad mexicana.

Se considera fundamental fortalecer los mecanismos de protección social a través del establecimiento de compromisos construidos en el marco de los derechos humanos. El Estado mexicano debe ratificar su compromiso en el cumplimiento de lo establecido en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores. Este documento

marca las pautas generales para promover, garantizar, proteger y respetar los derechos de las personas mayores bajo los principios de universalidad, igualdad, progresividad, indivisibilidad e interdependencia. Asimismo, promueven de manera expresa el abandono de la concepción de las personas mayores como beneficiarios de instrumentos sociales, para que sean visibilizados como personas ciudadanas sujetos de derechos. La ratificación de la Convención materializará una demanda de las organizaciones sociales y de la sociedad civil, y marcará el camino para saldar la deuda que tiene el Estado y la sociedad mexicana con las personas mayores. Asimismo, será el marco y las bases sobre las cuales se puede construir una verdadera política pública integral con enfoque de género y ciclo de vida orientada a garantizar la vida, la salud y la autonomía de las personas mayores.

Es indispensable el reforzamiento de las capacidades institucionales para garantizar el derecho a la educación y el aprendizaje de las personas mayores. El fortalecimiento de las capacidades en lectura y escritura, el desarrollo de conocimiento para vivir una vejez buena y saludable, el desarrollo y potencialización de habilidades para el trabajo, para la interacción social, para el manejo de sus emociones, para enfrentar de mejor manera la disminución de las capacidades físicas, entre otros, es fundamental para garantizar la autonomía de las personas mayores, tanto en su dimensión moral como física. Para ello se requiere crear planes de estudios de corte genontológico que operen de manera universal, identificando las necesidades individuales generadas por su entorno, sus condiciones de vida y sus costumbres.

En México existen programas que han tenido cierto nivel de efectividad para mejorar las condiciones de vivienda de las personas mayores; sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, éstos han sido insuficientes para atender las necesidades de toda la población. Por ello se considera importante continuar y fortalecer programas sociales, que tengan el objetivo de construir o mejorar las condiciones y los servicios de vivienda de las personas mayores. Para llevarlo a cabo es necesario ubicar los hogares con personas de edad avanzada y proponer un conjunto de arreglos en la vivienda orientados a garantizar la seguridad, la higiene, la salud, la autonomía física e independencia de las personas mayores el mayor tiempo posible.

Con la disminución de las capacidades físicas de las personas mayores, deviene el incremento de las necesidades de cuidados. Ante el proceso de envejecimiento acelerado que está

experimentando la población mexicana, es imperativo la formulación e implementación de una política integral de cuidados, con perspectiva de género y de trayectoria de vida, en la que se incorporen servicios sanitarios, no sanitarios y de corto y largo plazo.

En México existen avances importantes en materia de cuidados para personas mayores; sin embargo, se ha reducido su importancia dentro de la agenda pública actual, no así en el terreno de la realidad, en donde hoy más que nunca se hace urgente la creación de un sistema de cuidados eficiente, eficaz, de calidad y para todas las edades. Un sistema que contribuya al reconocimiento de las tareas de cuidado, en la distribución sexual del cuidado y que opere como un instrumento de redistribución y justicia social para las personas mayores.

Es importante que las instituciones responsables de proporcionar los servicios de salud fortalezcan sus programas de atención médica domiciliaria, con la finalidad de que las personas mayores que no requiera procesos médicos complejos sean atendidas en sus propios hogares. Esto evitaría la necesidad de que las personas mayores tengan que trasladarse a la clínica o al centro de atención médica, ya que por la distancia, la falta de recursos, el deterioro físico o la ausencia de quien pueda acompañarlos, son elementos que pueden afectar su decisión de ir al médico ante una dolencia, y que las enfermedades o la autonomía física se vea afectada.

Las personas mayores generalmente experimentan abandono, soledad, depresión y desolación. Esto opera de manera importante en favor de la cronicidad de las enfermedades, de la limitación en la autonomía física y de una muerte más temprana. Por ello, es necesario crear programas y acciones de política pública orientados a crear condiciones de mayor interacción social para las personas mayores. En tiempos de confinamiento, la acción más pertinente es el fomento al uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, por lo cual es urgente que a las personas mayores se les proporcione una canasta básica tecnológica y capacitación para su uso, con el objetivo de incrementar los niveles de comunicación entre las personas mayores con sus redes sociales, sus familias y personas que se consideren esenciales en su vida. Asimismo, este paquete tecnológico debe contener un mecanismo que permita atender con urgencia alguna situación de abuso, violencia o maltrato que atente contra la dignidad, la integridad, la autonomía y por supuesto la vida de la personas mayor.

Finalmente, se considera que las acciones propuestas deben de desarrollarse de manera paralela con el fortalecimiento de la conciencia social, de un cambio de actitud individual y colectiva que impulsen con contundencia la erradicación de la discriminación que sufren las personas mayores. Para ello, la academia y el área médica tienen un papel fundamental, por lo que es importante fomentar el desarrollo de las líneas de investigación de la gerontología social, así como una agenda programática para aumentar el número de médicos y médicas geriatras en el país y la atención especializada para personas mayores con un enfoque inclusivo, crítico, de derechos humanos y de género. Por otra parte, se considera fundamental, abandonar la actitud métrico-contemplativa que ha caracterizado a la academia para incorporarse con mayor contundencia y radicalidad al impulso de la transformación económica, política y social en favor de las personas mayores y de la población en general.

5.3. Potencialidades y limitaciones del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) ofrece un potencial de análisis amplio para la investigación del bienestar de la población en procesos de envejecimiento en México. Tiene cobertura nacional en áreas urbanas y rurales, que da seguimiento a las personas a través del tiempo; cuenta con cobertura temática amplia, alta calidad y se encuentra disponible al público desde el primer estudio realizado en 2001 hasta el último en 2018.

Como su nombre lo indica, es un estudio que se concentra en analizar de manera profunda las condiciones de salud de las personas de 50 años y más. Es un instrumento de alta calidad que concentra información de las personas estudiadas sobre las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes experimentados, la salud en la infancia, enfermedades mentales y discapacidades. Dada su naturaleza de estudio longitudinal se puede obtener información sobre el debilitamiento de la salud, las afectaciones de diversos padecimientos y el impacto de las políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de vida en la etapa de la vejez. No obstante, este estudio presenta diversas limitaciones. Una de ellas es que carece de representatividad estatal y municipal, lo que impide el análisis de los procesos de envejecimiento que experimentan las personas en los diferentes niveles de gobierno; por lo tanto, se imposibilita a través de este estudio la realización de trabajos de investigación con mayor especificidad a nivel territorial.

Otra de sus limitaciones se encuentra en el módulo que capta la información de las condiciones socioeconómicas, especialmente las que se orientan a conocer los ingresos que recibe la población de estudio. Al analizar estas variables se encuentran diversas dificultades, entre ellas la dificultad para crear una variable que permita concentrar las diversas fuentes de ingresos y los montos. Una vez que se realizó esa compleja tarea, se identificó que existe un subregistro en la cantidad de dinero que reciben las personas. Esto se constató a partir de la comparación de la información obtenida con otros estudios especializados en obtener información sobre los ingresos de las personas, tales como la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) y el Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS). Esta limitación impide relacionar las condiciones de salud con el nivel de ingreso de las personas estudiadas, un tema que se considera fundamental.

Otra de las limitaciones importantes es que no se encuentra información sobre la calidad, la eficacia y la prontitud en la atención en los servicios de salud, por lo que solo se obtiene información sobre la cobertura y no sobre las cualidades de los sistemas de salud a los que tienen acceso las personas mayores. Esta información resulta importante, dado que al tratarse de un estudio que se concentra en conocer las trayectorias de las condiciones de salud de las personas estudiadas, entender las complicaciones que experimentan en la atención permitiría conocer los mecanismos institucionales que operan a favor o en contra de la agudización de las enfermedades, así como otros eventos, como el maltrato, discriminación o la negación de los servicios.

El tema de los cuidados que reciben y los que proporcionan las personas estudiadas no se encuentra del todo definido y organizado. Es de gran complejidad construir variables sobre el tiempo de cuidados recibidos y proporcionados, además de que se encuentra la información dispersa en diferentes módulos, lo que complica la concentración de la información y la identificación de las características de la persona encargada de los cuidados. Además, no existe diferencia entre sexos en términos de parentesco se manejan como cónyuge, hijo(a), nieto(a), por mencionar algunos.

Pese a las limitaciones antes mencionadas, el ENASEM es una herramienta fundamental para la comprensión, el conocimiento y el análisis de las condiciones de salud y vida de las personas de 50 años y más. Es un estudio realizado con alto rigor técnico y metodológico, y permite la identificación de fenómenos poblacionales e individuales que experimentan las

personas en edad avanzada, utilizada por investigadores e investigadoras de diversas partes del mundo. Sin embargo, hace falta que tenga una mayor difusión entre la academia y los tomadores de decisión, lo cual se puede deber a su complejidad en manejo y comprensión.

5.4. Temas de investigación que se derivan de este trabajo

En el proceso de elaboración del presente trabajo se hicieron evidentes diversos temas de investigación que se consideran importantes de analizar y estudiar, los cuales están relacionados con el envejecimiento poblacional y la vejez. Se parte de la concepción de que los temas del envejecimiento poblacional desde las ciencias sociales, especialmente de los estudios de población, son escasos. Sin embargo, el incremento proporcional acelerado de las personas de mayor edad impone desafíos y retos que resulta fundamental entender, estudiar, resignificar y difundir, para contribuir a encontrar respuestas y soluciones. Es por esta razón que es importante mencionar áreas de oportunidad para futuros estudios asociados con el envejecimiento y la vejez que a continuación se enuncian:

- Ante el contexto generado por la pandemia por COVID-19, se considera necesario estudiar a profundidad los impactos de dicha enfermedad en la población de mayor edad, conocer las condiciones de salud y sociodemográficas de los cuidados formales e informales recibidos, así como las condiciones económicas que caracterizaban a las personas afectadas.
- Estudios sobre los cuidados formales e informales que reciben las personas mayores, conocer las características de las personas, las instituciones de cuidados especialmente de largo plazo y las oportunidades para la generación de un sistema integral de cuidados.
- Estudios que den cuenta sobre la relación que existe entre las condiciones y servicios de vivienda y la autonomía física de las personas mayores.
- Estudios longitudinales que identifiquen la pérdida de la autonomía física de las personas mayores haciendo uso del ENASEM en sus diversos años.

Bibliografía

- Abanto, A., & Fernández, R. (2000). *Demografía del paciente crónico: Situación actual de la dependencia*. Madrid, España: Editores Médicos, EDIMSA.
- Abramovich, V. (Abril de 2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe*(88), 35-49.
- Agresti, A. (2007). *An introduction to categorical data analysis*. (I. John Wiley & Sons, Ed.) New Jersey. Obtenido de <https://mregresion.files.wordpress.com/2012/08/agresti-introduction-to-categorical-data.pdf>
- Agudelo, M., & Medina, R. (2014). Dependencia de las personas adultas mayores. En M. D. García Peña, L. M. Gutiérrez Robledo, & J. E. Jiménez Bolón, *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años* (págs. 1-27). Ciudad de México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Amau, A., Espauellad, S. J., Serrarolse, M., Canudase, J., Formigaf, F., & Montserrat, F. (2012). Factores asociados al estados funcional en personas de 75 o más años no dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 405-413. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112012000500004
- Antonucci, T., & Jackson, J. (1990). *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Arroyo, M. C., Ribeiro, M., & Mancinas, S. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidado. Historias, subjetividad y significados sociales*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Arroyo-Rueda, M. C., Ribeiro-Ferreira, M., & Mancinas-Espinoza, S. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Ávila, J., Grant, M., & Aguilar, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana Salud Pública*(19), 321-330. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7969>
- Avila-Funes, j. A., Melano-Carranza, Payette, & Amieva. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud pública de México*(49).
- Bistrain, C. (2015). Cambios recientes en la esperanza de vida en México, análisis por medio de su descomposición. *Revista internacional de Estadística y Geografía. Realidad Datos y Espacio*.

- Bustos-Vázquez, E., Fernández-Niño, J., & Astudillo-García, C. (2017). Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 37(Suplemento). doi:<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3070>
- Butler, R. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*(9), 243-6. Obtenido de <https://academic.oup.com/gerontologist>
- Cacioppo, S., Capitanio, J., & Cacioppo, J. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 1464–1504.
- Carretero, S., Garcés, J., & Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial* (Vol. 19 de Políticas de Bienestar Social). Tirant lo Blanch.
- Casado, D., & López, G. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas a futuro. *Revista Colección de Estudios Sociales*(6).
- Castrejón, J. L. (2007). Algunos aspectos a considerar del envejecimiento de la población mexicana a principios del siglo XXI: funcionalidad física y actividad cotidiana. (A. M. Historia, Ed.) *Estudios de antropología biológica*, XIII, 471-496.
- CELADE, Centro Latinoamericano y caribeño de Demografía . (2019). *Indicadores demográficos de la población económicamente activa*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/taxonomy/term/8076/27916>
- CENIE, Ceto Internacional sobre el Envejecimiento. (23 de noviembre de 2018). *Programa para una Sociedad Longeva*. Obtenido de <https://cenie.eu/es/blog/aislamiento-y-soledad-enemigos-silenciosos>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE. (2019). *Indicadores demográficos de la población económicamente activa (PEA)*. Santiago de Chile.
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2012). *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). San José, Costa Rica: Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21534/1/S2012896_es.pdf
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y autonomía*. Santiago de Chile.

- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (3 de agosto de 2020). *CEPALSTAT, Basas de Datos y Públlicaciones Estadísticas* . Obtenido de Población sin ingresos propios, por sexo y grupos de edad: https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/EstadisticasIndicadores.asp?string_búsqueda=sin+ingresos+propios
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (07 de junio de 2020). *Envejecimiento y derechos humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. (Naciones Unidas) Obtenido de <https://www.cepal.org/es/enfoques/envejecimiento-derechos-humanos-la-convencion-interamericana-la-proteccion-derechos-humanos#:~:text=La%20Convenci%C3%B3n%20subraya%20que%20%E2%80%9CInherentes%20a%20todo%20ser%20humano>
- Cheix, M., Herrera, S., B., F., & Barros, C. (2015). Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado formal. *América Latina Hoy*(71), 17-36.
- Chesnais, J.-C. (1986). La théorie originelle de la transition démographique: validité et limites du modèle. (OSTROM, Ed.) *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, 7-23.
- CNDH, C. N. (2019). *Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México*. Ciudad de México.
- Cognet, I. (2002). Giagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista Española de Cardiología*, 55(5), 528-535.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Informe especial COVID-19 No. 7. Universalizar el acceso a las tecnologías digitales para enfrenat los efectos del COVID*. Santiago de Chile. Recuperado el 09 de septiembre de 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45938/4/S2000550_es.pdf
- CONAPO, Consejo Nacional de Población. (18 de Septiembre de 2018). *Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050 y de las entidades federativas de 1970 a 2050*. Recuperado el 6 de junio de 2020, de <https://datos.gob.mx/herramientas/indicadores-demograficos-de-mexico-de-1950-a-2050-y-de-las-entidades-federativas-de-1970-a-2050?category=web&tag=economia>
- CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018*. Resumen ejecutivo, México.

- CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2019). *Inventario CONEVAL de programas y acciones federales de desarrollo social 2018-2019. Presentación de análisis*. México.
- Consejo de Europa. (1998). *Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia*. Unión Europea: Consejo de Europa. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51023>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social . (2020). *Medición de la pobreza 2008-2018*. Obtenido de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- Córdova-Villalobos, J. Á., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., . . . Aguilar-Salinas, C. (septiembre-octubre de 2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. (I. N. Pública, Ed.) *Salud Pública de México*, 50(5), 419-427. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650510>
- Curtis, C. (2004). Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003. *Jueces para la Democracia*,(51). Recuperado el 9 de agosto de 2020, de <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/699>
- Del Popolo, F. (2001). *Características socioedemográficas y socioeconómicas de las personas en América LATina*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Población de las Naciones Unidas. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Di Cesare, M. (2011). *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe, límites y acciones*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, A., Mejía-Arango, S., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Panam Salud Publica*, 1-11.
- Duran, D., Orbegoz, J., Uribe-Rodríguez, F., & Uribe-Molina, M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100019
- Enriquez, R. (abr./jun. de 2014). Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cuadernos de pesquisa*, 44 (152), 378-399.
- Estrada, M. (2013). *Envejecimiento y calidad de vida desde la perspectiva del territorio, migración y familia*. Ciudad de México, México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

- Etxeberria-Mauleon, X. (2008). *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*. Cuaderno Deusto de Derechos Humanos Núm. 48, Universidad de Deusto, Bilbao, España. Obtenido de <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho48.pdf>
- Etxeberria-Mauleon, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. En S. Huenchuan, & R. I. Rodríguez, *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México, México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Gobierno de la Ciudad de México.
- FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2018). *México rural del Siglo XXI*. Ciudad de México. Recuperado el 1 de Mayo de 2020, de <http://www.fao.org/3/i9548es/I9548ES.pdf>
- FIAPAM, F. I. (18 de Agosto de 2015). *México ante la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. (El Oriente) Recuperado el 07 de Junio de 2020, de <https://fiapam.org/mexico-ante-la-convencion-interamericana-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-mayores/>
- Flores, R. M., & Támez, B. (Agosto 2016-Julio 2017 de 2017). El papel de la familia ante la dependencia en la vejez y la manifestación de violencia. *Políticas Sociales Sectoriales. Revista de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano*(3).
- Flores-Villavicencio, M. E., Troyo, R., & Vega-López, G. (2010). Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara jalisco México. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 6(1 y 2). Obtenido de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. (2017). *Una mirada sobre el envejecimiento ¿Dónde están varios países latinoamericanos a 15 años del Plan de Acción Internacional de Madrid?* República de Panamá: Naciones Unidas. Obtenido de <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Una%20mirada%20sobre%20el%20envejecimiento%20FINAL21junB.pdf>
- Frenk, J., Frjka, T., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & José, M. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 6(111), 485-496.

- García Peña, M. D., Gutiérrez Robledo, L. M., & Medina Campos, R. H. (2014). Introducción. En M. D. García Peña, L. M. Gutiérrez Robledo, & J. E. Jiménez Bolón, *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Ciencia y tecnología.
- García, J. C. (1983). Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educación Médica y Salud*(4), 363-397. Obtenido de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6322.pdf>
- García-Guerrero, V. M. (2014). *Proyecciones y políticas de población en México*. (C. d. Ambientales, Ed.) Ciudad de México: El Colegio de México.
- Gijarro, J. (1999). Las enfermedades en la ancianidad. *ANALES del Sistema Sanitario de Navarra*, 22, 85-94.
- Giraldo, L., & Arango, V. (2013). Autonomía personal, discapacidad, dependencia. En L. Gutierrez, L. Lara, & S. Vega y León, *Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento* (págs. 55-62). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Global Health Data Exchange (GHDx). (2020). *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Data Resources*. (2. Institute Health Metrics and Evaluation, Editor) Recuperado el 3 de agosto de 2020, de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>.
- Gomes, C. (2009). Transición demográfica y pobreza en América Latina. En L. M. Valdez, *Derechos de los mexicanos: Introcuddión al derecho demográfico* (págs. 235-263). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- González de la Rocha, M. (2005). Familias y política social en México. El caso de oportunidades. *Políticas hacia las familias, protección e inclusión social*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- González, C. A., & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(Su4), 448-458. Recuperado el 26 de 11 de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10604403.pdf>
- González, C., & Ham-Chande, R. (enero de 2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. (E. C. Norte, Ed.) *Salud pública*, 49(suplemento 4). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003

- González, F. (2017). *Envejecimiento, dependencia funcional y cuidados informales. Un acercamiento a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) 2012*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-González, C., Palloni, A., & Wong, R. (2015). Mortality and its association with chronic and infectious diseases in Mexico: A panel data analysis of the elderly. *Salud Pública de México*, 57(1), 39-45. Recuperado el 06 de junio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000700007&lng=es&tlng=
- Guijarro, J. (1999). Las enfermedades en la ancianidad. *ANALES del sistema Sanitario de Navarra*, 2(suplemento), 85-94.
- Gutiérrez, L. (2019). Introducción: dependencia y autonomía. En A. N. A.C. (Ed.). Ciudad de México.
- Gutiérrez, L. M. (2013). De la dependencia a la autonomía: una reflexión sobre el valor intrínseco de la vejez. En L. M. Gutiérrez Robledo, L. Lara Saenz, & S. Vega y León, *Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento* (págs. 31-42). México: Universidad Autónoma de México. Unidad Xochimilco (UAM-Xochimilco).
- Gutierrez, L., & López, M. (2012). Impacto del proceso de envejecimiento. En B. Ramírez, & R. Ham, *Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México* (págs. 295-312). Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México; El Colegio de la Frontera del Norte.
- Gutiérrez, L., & López, M. (2012). Impacto del proceso de envejecimiento. En B. Ramírez, & R. Ham, *Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México* (págs. 295-312). Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México; El Colegio de la Frontera del Norte.
- Gutiérrez, R., Díaz, K., & Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3).
- Guzmán, J. M. (2003). Seguridad económica en la vejez: una aproximación inicial. *Unión de Expertos en Seguridad Económica del Adulto Mayor*. Panamá: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Obtenido de <https://www.oissobservatoriovejez.com/publicacion/seguridad-economica-en-la-vejez-una-aproximacion-inicial/>
- Ham Chande, R. (1999). Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas* (págs. 41-54). México: Consejo Nacional de Población.

- Ham Chande, R. (2003). *El envejecimiento en México. El siguiente reto de la transición demográfica*. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa, El Colegio de la Frontera Norte.
- Heredia, J., Rodríguez, A., & Vilalta, J. (2014). Predicción del rendimiento en una asignatura empleando la regresión logística ordinal. *Estudios Pedagógicos*, XL(1), 145-162. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000100009>
- Herrera-Molina, E., Muñoz-Mayorga, I., Martín-Galan, V., & Cid-Gala, M. (2011). Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Políticas en Salud Pública*, 25(S), 147-157.
- Hoffman, R. (2008). *Socioeconomic Differences in Old Age Mortality*. New York, Estados Unidos: Springer.
- Hosmer, D., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Huenchuan, S. (2012). Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación experiencias y desafíos. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. (2020a). *El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia*. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Obtenido de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45493-derecho-la-vida-la-salud-personas-mayores-marco-la-pandemia-covid-19>
- Huenchuan, S., & Guzmán, J. M. (2007). Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. *Notas de población*(83). Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12824/np83099125_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social. (31 de enero de 2015). *Salud en Línea*. Obtenido de Caídas en el Adulto Mayor: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/caidas>
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de octubre). Datos nacionales*. México. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf

- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística . (2016). *"Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad de de edad (1 de octubre)"*. Recuperado el 20 de mayo de 2019, de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2016). *Documento metodológico de la Encuesta Naciona sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2015*. Aguascalientes, México.
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2018). *Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México, 2017*. México.
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (17 de octubre de 2020). *SINEG, Sistema Nacional de Geografía y Estadística*. Obtenido de ENADID, Encuesta Naciona de Dinámica Demográfica: www.sniegmx/cni/indicadores.aspx?idOrden=1.3
- INGER, Instituto Nacional de Geriátría. (junio de 2019). Enfermedades respiratorias de personas mayores. *Boletín del Instituto Nacional de Geriátría*, 2(5), 8-10. Obtenido de http://www.anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Junio2019.pdf
- INMUJERES, Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). *Instituto Nacional de las Mujeres; Rumbo a una propuesta de Estrategia Nacional para el Cuidado en México*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados básicos*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados básicos*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817>
- Juarengui, B., Poblete, E., & Salgado, N. (2006). El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En R. Wong, & N. Salgado, *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana* (págs. 85-96). Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Justo, J. (2013). *El derecho humano al agua y al saneamiento frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. Santiago de Chile: CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el

- Caribe. Obtenido de <https://www.ohchr.org/documents/issues/water/contributionssustainability/eclac7.pdf>
- Katz, S., & Ford, A. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardised measure of biological and psychosocial function. *Journal of American Medical Association*(185), 914-919.
- Katzman, R. (2001). Seducidos y abandonados: El aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*(75), 171-189. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/10782>
- Klein, A. (agosto de 2018). La vejez problematizada. Imaginarios sociales que toleran lo que otrora era intolerable. *Desacatos*(57), 120-135. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1607-050X2018000200120&script=sci_arttext
- Lara, J. R., López, E. M., Espinoza, L. E., & Pinto, S. C. (2012). Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 23-27. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100006>
- Larrión, J. (1999). Valoración geriátrica integral (III): Evaluación de la capacidad funcional del anciano. *ANLAES Sistema Sanitario de Navarra*, 22, 71-94.
- Laurell, A. C. (2014). La reforma al Sistema de salud en México: una historia no contada. En R. (Coord.) González, S. Barria, & A. Sengupta, *La lucha por el derecho a la salud en América Latina* (págs. 129-136). El Salvador: Alames Ediciones. Recuperado el 29 de Mayo de 2020, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20lucha%20por%20el%20derecho%20a%20la%20salud%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20.pdf>
- Lawton, M. P., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*(9), 179-186.
- Lee, R., & Donehower, G. (2010). El envejecimiento de la población, las transferencias intergeneracionales y el crecimiento económico: América Latina en el contexto mundial. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Livi-Bacci, M. (1993). Notas sobre la transición demográfica en Europa y en América Latina. *IV Conferencia Latinoamericana de Población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe* (págs. 13-28). Ciudad de México: INEGI-IISUNAM.
- Lopez-Arellano, O., & Jaramillo-Soto, E. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). doi:doi: 10.1590/0102-311X00087416

- López-Ortega, M. (2015). Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México. En L. Gutiérrez, & K. David, *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (págs. 215-228). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; Academia Nacional de Medicina de México; Academia Mexicana de Cirugía; Instituto Nacional de Geriatria. Obtenido de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- López-Ortega, M. A. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en México*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), División de Protección Social y Salud. Eurosocial.
- López-Ortega, M., & Aranco, N. (2019). *Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia en México*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Obtenido de https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atencion_a_la_dependencia_en_Mexico_es.pdf
- Lozano, D., Montoya, B., Gaxiola, S., & Roman, Y. (2018). Dependencia funcional y su relación con la mortalidad general en adultos mayores. México: 2001-2015. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2). doi:<http://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.28660>
- Lozano, D., Montoya, B., Gaxiola, S., & Román, Y. (julio a diciembre de 2017). Dependencia funcional y vulnerabilidad social en adultos mayores mexicanos, 2012. (A. L. Población, Ed.) *Revista Latinoamericana de Población*, 11(21), 47-70.
- Madrigal-Martinez, M. (enero-marzo de 2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, 16(63). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005
- Maestre, J. A. (2001). El dolor en el adulto mayor. *Colombia Médica*, 32(4), 184-188. doi:<https://www.redalyc.org/pdf/283/28332406.pdf>
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Evaluación funcional: el índice de Barthel. *Revista médica del estado de Maryland*, 61-65.
- Marichara, D. C. (2011). *El perfil epidemiológico en America Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeli de Demografía.
- Martínez, S. J. (mayo-agosto de 2017). Una aproximación metodológica al uso de datos de encuestas en hogares. *Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía*, 8(2).

Recuperado el 2020 de Mayo de 31, de <https://www.inegi.org.mx/rde/2017/05/01/una-aproximacion-metodologica-al-uso-de-datos-de-encuestas-en-hogares/>

Miller, T., Saad, P., Martínez, C., & Calvo, J. (2014). La nueva era de la deografía en América Latina y el Caribe. La era de la igualdad segun el reloj poblacional. Santiago de Chile: CELADE-División de Población.

Montejano, L. A., Raimunda, F. D., Rosa M.^a, C., Marín, G., Martínez-Alzamora, N., Sanjuan, Q. Á., & Ferrer, F. E. (2014). Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4). doi:<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7829>

MTAS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales . (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Obtenido de <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

Murayama, C., & Ruesga, S. (2016). *Hacia un Sistema de Sistema Nacional Público de Salud en México*. México: Universidad Nacional autónoma de México (UNAM), Programa Universitario de Estudios del Desarrollo (PUED).

Naciones Unidas. (1991). *Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Nueva York.

Naciones Unidas. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Nueva York. Obtenido de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Naciones Unidas. (2012). *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (E/2012/51)*. Nueva York.

Naciones Unidas. (2015). *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos (A/HRC/30/43)*. 13 de agosto. Obtenido de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/420/74/PDF/G1242074.pdf?OpenElement>

Naciones Unidas. (06 de junio de 2020). *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Dinámica poblacional*. Obtenido de <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

Naciones Unidas. (30 de septiembre de 2020). Las personas mayores con COVID-19 tienen el mismo derecho a recibir cuidados que cualquier otra persona. *Noticias ONU*. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2020/09/1481592>

- Naciones Unidas. (2020). *Resumen de políticas: Impacto del COVID-19 en las personas mayores*. New York, Estados Unidos. Obtenido de <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>
- Naciones Unidas, ONU. (<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> de 2019). *Perspectiva de población mundial 2019*.
- Nassehi, A. (mayo de 2011). La teoría de la diferenciación funcional en el horizonte de sus críticas. *Revista Mad*(24), 1-29. Obtenido de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/nassehi01.pdf>
- Neugarten, B., & Neugarten, D. (1987). The changing meanings of age. *Psychol Today*, 21, 29-33.
- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2019). *Perspectivas económicas para América Latina 2019: Desarrollo en transición*. Paris: OCDE, Naciones Unidas, Unión Europea. Obtenido de <https://doi.org/10.1787/g2g9ff1a-es>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (02 de septiembre de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Enfermedades crónicas: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2018 de mayo de 2018). *Contaminación del aire de interiores y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>
- Otero, Á., Zunzunegui, M., Rodriguez-Laso, A., Aguilar, M., & Lázaro, P. (marzo-abril de 2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española de Salud Pública*, 78(2), 201-213.
- Partida, V. (1999). Perspectiva demográfica del envejecimiento en México. En C. N. Población, *Envejecimiento demográfico de México : retos y perspectivas : por una sociedad para todas las edades* (págs. 25-39). Ciudad de México.
- Partida, V. (julio-septiembre de 2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. (U. A. México, Ed.) *Papeles de Población*, 11(45), 9-7. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/112/11204502.pdf>

- Pérez, L. E. (mayo de 2019). Políticas sociales con perspectiva de derechos humanos. Instrumentos para su diseño y seguimiento. (U. N. México, Ed.) *Perseo. Programa Universitario de Derechos Humanos*(75).
- Pérez-Gómez, L. E. (2016). Medición de avances en materia de derechos económicos, sociales y culturales en la región interamericana. (P. U. Perú, Ed.) *Derecho y sociedad*(47). Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/18890>
- Pinto, M. (1997). *Temas de Derechos Humanos*. Bueos Aires, Argentina: Editores del Puerto.
- Ponsot, E., Sinha, S., & Goitia, A. (2009). Sobre la agrupación de niveles del factor explicativo en el modelo logit primario. *Revista Colombiana de Estadística* (32), 157-187. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rce/v32n2/v32n2a01.pdf>
- Rivera-Márquez, J. A. (2013). Aspectos generales de la dependencia: una visión global. En L. M. Gutiérrez-Robledo, S. L. Lara, & S. Vega y León, *Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- Romañach, C. J. (2012). Ética y derechos en la práctica diaria de la atención a la dependencia: autonomía moral vs autonomía física. En P. A. Balaguer, *Deconstruyendo la dependencia: rpopuestas para una vida independiente* . Barcelona, España: Editorial UOC.
- Rossel, C. (2016). *Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rossel, C., & Filgueira, F. (2015). Vejez. En S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, & C. Rossel, *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización* (págs. 225-257). Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rostow, I., & Breslau, N. (1966). A Guttman Health Scale for the Aged. *Journal of Gerontology*, 21(4), 556–559.
- Salgado, N., & Wong, R. (enero de 2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de méxico*, 49(4). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011
- Salinas, A., Manriquez, B., & Téllez-Rojo, M. (septiembre 2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa

- Oportunidades. Córdoba, Argentina: III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población.
- Saraví, G. (2007). Nuevas realidades y nuevos enfoques: exclusión social en América Latina. En G. (. Saraví, *De la pobreza a la exclusión social: continuidades y rupturas de la cuestión social en América Latina* (págs. 19-52). Ciudad de México-Buenos Aires: CIESAS/Prometeo.
- Sevilla-Godínez, E., Almazar-Curiel, A., & Valadez-Gill, R. (14 de noviembre de 2014). La vivienda y su impacto en la salud. 65(4). Obtenido de https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_4/PDF/VIVIENDA.pdf
- Sojo, A. (2017). *Protección social en América Latina. La desigualdad en el banquillo*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Solís, P. (1999). El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social de los ancianos. (M. UAEM, Ed.) *Papeles de población*, 5, 43-75.
- Solís-Manjarez, L. (1994). *Medio siglo en la vida económica de México: 1943-1993*. México: El Colegio de México.
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B., & Márquez-Serrano, M. (enero-febrero de 2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud pública de México*, 48(1). Recuperado el 2 de Junio de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sal061e.pdf>
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L., & Mejjide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clínica. Sociedade Galega de Medicina Interna*, 11-16. Obtenido de <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
- UNESCO, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2015). *Recomendación sobre el aprendizaje y la educación de adultos*. Francia. Obtenido de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245179_spa
- Velasco, N. (2010). *Dependencia funcional en la tercera edad: un análisis de los factores relacionados con la dependencia funcional en adultos mayores mexicanos con base en el estudio nacional sobre salud y envejecimiento*. México: Colegio de México.
- Villa, S. (2019). *Las políticas de cuidados en México. ¿Quién cuida y cómo se cuida?* México: Fundación Friedrich Ebert.
- Villagómez, P. (2009). *El envejecimiento demográfico en México, niveles, tendencias y reflexiones en torno a la población de adultos mayores*. México: inédito.

- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2015). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf>
- WG, Washington Group on Disability. (2017). *The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS)*. Recuperado el 2020 de agosto de 2020, de <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg-ss/>
- Williams, J. (2011). An international convention on the rights of older people? En M. O. Cavandoli, *Emerging Human Rights in the 21st Century*. Routledge.
- Zavala, M., & Domínguez, G. (2010). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 6(49), 585-590. Obtenido de <http://revistamedica.imss.gob.mx/>
- Zavala-Cosío, M. E. (2014). La transición demográfica de 1985-2010: ¿una transición original? En R. R. Cecilia, *Los mexicanos. Un balance de cambio demográfico* (págs. 80-113). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Zavala-González, M., & Domínguez-Sosa, G. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*(1), 41-48. Obtenido de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf
- Zetina, G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 23-41.
- Zúñiga, E., & Vega, D. (2004). *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI*. Consejo Nacional de Población .

Anexos

Anexo 1. Pruebas de asociación chi cuadrada, entre variables explicativas y la autonomía física en ABVD

Variable	Operacionalización	Total, por categoría	Con dificultades	Proporción	Significancia
Grupo de edad	75 a 79 años	1,396	285	20.4%	p=0.000
	80 a 84 años	843	239	28.4%	
	85 y más	553	220	39.8%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Sexo	Hombres	1,275	273	21.4%	p=0.000
	Mujeres	1,517	471	31.0%	
	Total	2,792	744	52.5%	
Situación conyugal	Soltera	123	24	19.5%	p=0.000
	Casada o unida	1,312	293	22.3%	
	Divorciada o separada	156	34	21.8%	
	Viuda	1,201	393	32.7%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Años de estudio	Sin estudios	748	253	33.8%	p=0.000
	1 a 6 años	1,538	387	25.2%	
	7 a 9 años	296	64	21.6%	
	10 a 12 años	63	10	15.9%	
	13 y más años	147	30	20.4%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Condiciones de vivienda	Adecuada	2,107	540	25.6%	p=0.025
	Sin muros	93	30	32.3%	
	Sin techo	556	172	30.9%	
	Sin piso firme	36	7	19.4%	
	Total	2,792	749	26.8%	
Hipertensión	No	1,207	270	22.4%	p=0.000
	Si	1,585	474	29.9%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Diabetes Mellitus	No	2,112	528	25.0%	p=0.001
	Si	680	216	31.8%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Enfermedad pulmonar	No	2,570	653	25.4%	p=0.000
	Si	222	91	41.0%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Ataque al corazón	No	2,628	679	25.8%	p=0.000
	Si	164	65	39.6%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Caídas en los últimos dos años	No	1,410	278	19.7%	p=0.000
	Si	1,382	466	33.7%	
	Total	2,792	744	26.6%	

Sufre dolor físico a menudo	No	1,599	272	17.0%	p=0.000
	Si	1,193	472	39.6%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Autopercepción de la salud	Excelente	51	4	7.8%	p=0.000
	Muy buena	96	11	11.5%	
	Buena	733	127	17.3%	
	Regular	1,494	390	26.1%	
	Mala	418	212	50.7%	
Total	2,792	744	26.6%		

Escala de depresión	Negativo para síntomas depresivos	1,552	309	19.9%	p=0.000
	Positivo para síntomas depresivos	1,240	435	35.1%	
	Total	2,792	744	26.6%	
Percepción de soledad	No se percibe sola/o	1,446	296	20.5%	p=0.000
	Se percibe sola/o	1,346	448	33.3%	
	Total	2,792	744	26.6%	

Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.

Anexo 2. Pruebas de asociación chi cuadrada, entre variables explicativas y la autonomía física en ABVD

Variable	Operacionalización	Total, por categoría	Con dificultades	Proporción	Significancia
Grupo de edad	75 a 79 años	1,396	317	22.7%	p=0.000
	80 a 84 años	843	302	35.8%	
	85 y más	553	288	52.1%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Sexo	Hombres	1,275	323	25.3%	p=0.000
	Mujeres	1,517	584	38.5%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Situación conyugal	Soltera	123	34	27.6%	p=0.000
	Casada o unida	1,312	349	26.6%	
	Divorciada o separada	156	41	26.3%	
	Viuda	1,201	483	40.2%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Años de estudio	Sin estudios	748	314	42.0%	p=0.000
	1 a 6 años	1,538	473	30.8%	
	7 a 9 años	296	76	25.7%	
	10 a 12 años	63	14	22.2%	
	13 y más años	147	30	20.4%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Condiciones de vivienda	Adecuada	2,107	661	31.4%	p=0.040

	Sin muros	93	29	31.2%	
	Sin techo	556	208	37.4%	
	Sin piso firme	36	9	25.0%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Servicios de vivienda	Adecuados	2,154	669	31.1%	p=0.020
	Sin agua entubada	6	3	50.0%	
	Sin conexión de agua	370	133	35.9%	
	Combustible dañino	262	102	38.9%	
	Total	2,792	907	32.5%	

Hipertensión	No	1,207	321	26.6%	p=0.000
	Si	1,585	586	37.0%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Diabetes Mellitus	No	2,112	650	30.8%	p=0.001
	Si	680	257	37.8%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Enfermedad pulmonar	No	2,570	807	31.4%	p=0.000
	Si	222	100	45.0%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Ataque al corazón	No	2,628	838	31.9%	p=0.007
	Si	164	69	42.1%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Caídas en los últimos dos años	No	1,410	399	28.3%	p=0.000
	Si	1,382	508	36.8%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Sufre dolor físico a menudo	No	1,599	383	24.0%	p=0.000
	Si	1,193	524	43.9%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Autopercepción de la salud	Excelente	51	5	9.8%	p=0.000
	Muy buena	96	14	14.6%	
	Buena	733	188	25.6%	
	Regular	1,494	475	31.8%	
	Mala	418	225	53.8%	
	Total	2,792	907	32.5%	

Escala de depresión	Negativo para síntomas depresivos	1,552	430	27.7%	p=0.000
	Positivo para síntomas depresivos	1,240	477	38.5%	
	Total	2,792	907	32.5%	
Percepción de soledad	No se percibe sola/o	1,446	386	26.7%	p=0.000
	Se percibe sola/o	1,346	521	38.7%	
	Total	2,792	907	32.5%	

Fuente: Elaboración propia con base en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud (ENASEM) 2018.