



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**RECURSOS PSICOLÓGICOS Y CAMBIO EN EL ESTADO
DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS**

Tesis presentada por

Laura Barba Ramírez

para obtener el grado de

MAESTRA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Tijuana, B. C., México
2016

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis:

Dra. Silvia Elena de la Milagrosa Mejía Arango

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

DEDICATORIA

Para Rafa y Lolita, deseándoles una vejez digna y dichosa.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca 6232289/331125, otorgada para realizar mis estudios de posgrado y la elaboración de esta tesis.

A mis profesores en El Colegio de la Frontera Norte y en la Universidad de Texas en San Antonio, por la formación académica. A mis compañeros de generación, por la valiosa experiencia compartida en las aulas.

A mi comité de tesis, conformado por las doctoras Silvia Mejía, Mariana López, Elmyra Ybáñez y Margarita Maldonado por haber aceptado participar en él, por su valiosa guía, sus palabras de aliento, y la generosidad de sus comentarios y sugerencias para nutrir esta investigación.

A Tony Padilla, por haberme contagiado el amor por la psicología, y a mis profesores en el Colegio de la Frontera Norte, el gusto por los estudios de población.

A mi familia y a M.T., por su apoyo y compañía en este proceso.

RESUMEN

El proceso de envejecimiento en México se está presentando a una gran velocidad, esto representa un reto dadas las condiciones del país: sistemas de seguridad social estratificados, creciente desigualdad socioeconómica, y ausencia de programas y políticas públicas enfocadas a integrarlos al desarrollo económico y social. Al envejecer se producen cambios fisiológicos, y aumenta el riesgo de presentar alguna enfermedad crónica. En las últimas décadas, se ha estudiado el papel de los recursos psicológicos en la salud física de los adultos mayores, entre los cuáles sobresalen: el estado de ánimo positivo, el locus de control, el trabajo voluntario, la religiosidad y el apoyo social. Por esto, el objetivo de esta investigación fue analizar la asociación de los recursos psicológicos con el cambio en el estado de salud de los adultos mayores mexicanos. Se realizó un estudio de corte longitudinal, usando la información de los adultos mayores participantes en la primera y tercera ronda del ENASEM (2001-2012), estudio con información de la población residente en México, de 50 años y más, que permite evaluar el proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades, y la situación económica y social de los adultos mayores. La asociación entre los recursos psicológicos y el cambio en el estado de salud, fue estimada usando modelos de regresión logística. Los resultados mostraron que después de controlar por características sociodemográficas y conductas de salud, el apoyo social percibido se asoció significativamente con el cambio en el estado de salud.

Palabras clave: envejecimiento, recursos psicológicos, salud física, cambio en el estado de salud

ABSTRACT

Ageing in Mexico is posing a challenge given that it is taking an accelerating pace at hugely unprepared conditions such as highly fragmented social security, growing social inequality, and lack of social programs and public policies directed to integrate the elderly into the social and economic development. More importantly, ageing involves physiological changes and a higher likelihood to develop a chronic disease. In last decades, the study of the role that psychological resources play on the physical health of the elderly has become important, among them to name but few: positive mood, locus of control, volunteerism, religiosity and social support. Thus, the objective of this study was to analyse the association between psychological resources and the changes in health status of Mexican elderly. In order to achieve this objective, a longitudinal evaluation study was carried out using data on elderly participants in two cohorts of the MHAS (2001-2012), this contains data on the population of 50 years and over living in Mexico, thus is a valuable data source to assess ageing, impact of diseases, and elderly economic and social status. The association was estimated using a logistic regression model. Results showed that after controlling by both socio-demographic characteristics and health behaviours, the perceived social support was identified as significant in relation to health status changes.

Keywords: ageing, psychological resources, physical health, changes in health status

ÍNDICE GENERAL

	Pág
Introducción	1
Objetivos de investigación	3
Estructura del documento	3
Capítulo I: Marco teórico y evidencia empírica	4
1.1 Perspectiva analítica del curso de vida	4
1.2 Psicología de la salud	7
1.2.1 Recursos psicológicos	8
1.2.1.1 Estado de ánimo positivo	11
1.2.1.2 Locus de control	13
1.2.1.3 Trabajo voluntario	15
1.2.1.4 Religiosidad	18
1.2.1.5 Apoyo social	20
1.3 Antecedentes	24
Capítulo II: Envejecimiento y salud en México	28
2.1 Envejecimiento poblacional	28
2.1.1 Transición demográfica	29
2.2 Salud en los adultos mayores mexicanos	30
2.3 Hipótesis de trabajo	34
Capítulo III: Diseño Metodológico	35
3.1 Fuente de datos	35
3.2 Diseño del estudio.....	36
3.3 Selección de la muestra	37
3.4 Definición de variables	37
3.5 Análisis estadístico	41
Capítulo IV: Análisis de Resultados	43
4.1 Análisis descriptivo	43
4.1.1 Características de la muestra de estudio	46
4.1.1.1 Características sociodemográficas y recursos psicológicos	46
4.1.1.2 Cambio en el estado de salud y características sociodemográficas, de salud y de la niñez	49
4.1.1.3 Cambio en el estado de salud y recursos psicológicos	53
4.2 Análisis logístico de los recursos psicológicos y el cambio en el estado de salud	54
4.2.1 Asociación entre las variables de estudio	54
4.2.2 Modelos logísticos para caracterizar el cambio en el estado de salud en adultos mayores	57

Capítulo V: Discusión y conclusiones	63
5.1 Recursos psicológicos y cambio en el estado de salud	64
5.1.1 Apoyo social percibido	65
5.1.2 Estado de ánimo positivo	66
5.1.3 Locus de control	67
5.1.4 Trabajo voluntario	68
5.1.5 Religiosidad	69
5.1.6 Apoyo social material e instrumental	70
5.1.7 Variables de control	72
5.2 Alcances y limitaciones del estudio	75
5.3 Conclusiones	77
 Bibliografía	 80
 Anexo 1. Preguntas y codificación original de las variables	 i
Anexo 2. Razón de momios estimados del cambio en el estado de salud por sexo, ENASEM, 2001-2012	v
Anexo 3. Razón de momios estimados del cambio en el estado de salud por grupos de edad, ENASEM, 2001-2012	vi
Anexo 4. Comparación entre la población de adultos mayores del ENASEM y la muestra del estudio, 2001-2012	vii

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1.1 Recursos psicológicos empleados en el estudio de la salud en la vejez	10
Cuadro 1.2 Principales hallazgos en estudios sobre recursos psicológicos y salud en la vejez	25
Cuadro 3.1 Variables para el análisis	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1 Características sociodemográficas de los sujetos en la línea de base, ENASEM, 2001	44
Tabla 4.2 Características sociodemográficas de los sujetos de seguimiento, ENASEM, 2001-2012	45
Tabla 4.3 Características sociodemográficas y recursos psicológicos, ENASEM, 20012	47
Tabla 4.4 Características sociodemográficas, conductas de salud y condiciones en la niñez de acuerdo al estado de salud en el seguimiento, ENASEM, 2001-2012	50
Tabla 4.5 Número de enfermedades reportadas de acuerdo al sexo y a la edad, ENASEM, 2012	52
Tabla 4.6 Prevalencia de enfermedades reportadas de acuerdo al sexo y a la edad, ENASEM, 2012	52
Tabla 4.7 Recursos psicológicos de acuerdo al estado de salud en el seguimiento, ENASEM, 2001-2012	54
Tabla 4.8 Correlaciones entre variables de salud, psicológicas, sociodemográficas y de niñez, ENASEM, 2001-2012	56
Tabla 4.9 Razón de momios estimados a partir de una serie de modelos anidados de regresión logística del cambio en el estado de salud de los adultos mayores, ENASEM, 2001-2012	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 Selección de la muestra, ENASEM 2001-2012	38
Figura 4.1 Muestra analizada, ENASEM 2001-2012	43

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX, México experimentó un proceso de cambio en los componentes demográficos: mortalidad, fecundidad y migración. Dichos cambios -pasar de altos niveles de natalidad y de mortalidad sin control, a bajos niveles controlados-, conocidos como transición demográfica, modificaron el tamaño y la estructura por edad de la población mexicana y, por consiguiente, el envejecimiento demográfico (Partida, 2005).

El proceso de envejecimiento en México se ha dado a una mayor velocidad que la observada en países industrializados (Ybáñez y Alarcón, 2007); de acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2010, en México existen poco más de diez millones de personas de 60 años y más, que representan 9% de la población total (INEGI, 2010). Entre 2000 y 2010 este grupo etario creció a una tasa anual de 3.8%, se espera que, a ese ritmo, para 2029 se alcancen los 20 millones de adultos mayores (Cárdenas, González y Lara, 2012). Por otro lado, se proyecta que en 2050 la proporción de población envejecida llegue a niveles que a los países desarrollados les habrá tomado el doble de tiempo alcanzar (Partida, 2005).

El aumento de la población adulta mayor no sólo cambia las perspectivas demográficas, sino también plantea inquietudes acerca de la salud de este grupo etario, dado que en esta etapa se producen cambios fisiológicos, y aumenta el riesgo de presentar alguna enfermedad crónica (OMS, 2015), deterioro funcional o más de una afección crónica al mismo tiempo -multimorbilidad-, y con ello, la pérdida de la salud¹. Asimismo, durante la vejez se está expuesto a distintos estresores, e incrementa la fragilidad, que, aunado a los estilos de vida y las experiencias acumuladas a lo largo de la vida, se convierten en amenazas para la salud. Es así como algunos referentes sociales de la vejez, la asocian a una condición de vulnerabilidad, decrepitud, y dependencia; una etapa de constante declive y pérdidas (Robles, 2005).

Sin embargo, los cambios que se presentan en la vejez no son lineales ni uniformes (OMS, 2015), de manera que puede haber sujetos de 70 años que gocen de salud y autonomía, en tanto que habrá otros de la misma edad con un estado de salud deficiente y que requieran asistencia para

realizar las actividades cotidianas. Estas diferencias en la manera de envejecer, entre individuos con características similares, ha sido tema de interés en los últimos años en términos de qué factores están asociados y promueven un envejecimiento saludable, entendido como la ausencia de enfermedades crónico degenerativas.

Desde la psicología de la salud, se ha observado que uno de esos factores son los recursos psicológicos, definidos como auto representaciones que ayudan a amortiguar los desafíos en la vejez. Estas auto representaciones pueden incluir conductas, rasgos, creencias, y valores sobre uno mismo o el contexto social (Diehl y Hay, 2007). Los recursos psicológicos funcionan como mecanismos de adaptación y afrontamiento frente a los cambios que se presentan en las edades avanzadas (Kahana, Kelley y Kahana, 2012; Sargent, Butterworth y Anstey, 2015).

La manera en la cual los recursos psicológicos influyen en la salud de los adultos mayores aún no son conocidos a cabalidad, algunos estudios sugieren que se asocian a través de promover estilos de vida más saludables, llevar a cabo conductas de salud (Sargent, Butterworth y Anstey, 2015), evitando o abandonando las conductas de riesgo (Son y Wilson, 2011), o teniendo un mejor manejo del estrés (Taylor *et al.*, 2000).

Por otro lado, se ha observado que la salud puede verse mediada por las experiencias acumuladas, y los cambios sociales y ambientales que moldean la trayectoria de vida de una persona, es por ello que este trabajo se nutrirá con la perspectiva analítica del curso de vida reconociendo que el envejecimiento es un proceso dinámico que vincula el tiempo biográfico y el tiempo histórico.

Dado que los estudios llevados a cabo al respecto, no han permitido develar con precisión los mecanismos responsables de la influencia de los recursos psicológicos sobre la salud, la pregunta que guiará el presente trabajo y que pretende aportar más información sobre el área es ¿cómo se asocian los recursos psicológicos -en términos de estado de ánimo positivo, locus de control, trabajo voluntario², religiosidad y apoyo social- con el cambio en el estado de salud de los

¹ La Organización Mundial de la Salud (2015) contempla tres dimensiones en su definición de salud: física, mental y social. A lo largo de este documento, las menciones que se hacen a la salud o estado de salud se refieren únicamente a la salud física del individuo, y específicamente la ausencia de enfermedades crónicas.

² El tipo de trabajo voluntario al que se hará referencia a lo largo de este documento contempla únicamente el voluntariado formal, es decir, el que se realiza a través de organizaciones -religiosas, educativas o comunitarias-.

adultos mayores mexicanos? Para ello, se utilizará un análisis secundario de los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), encuesta con representación nacional de la población de 50 años y más, que cuentan con una línea base en 2001 y tres seguimientos, uno en 2003, otro en 2012, y el último en 2015.

Objetivos de investigación

El objetivo general de este estudio es analizar la asociación de los recursos psicológicos con el cambio en el estado de salud de los adultos mayores mexicanos -personas de 60 años y más, de acuerdo al criterio usado en México para definir la vejez (INAPAM, 2015)-. Para cumplirlo, los objetivos específicos que se plantean son: a) identificar y caracterizar la relación de los recursos psicológicos con el estado de salud; b) describir los perfiles sociodemográficos y de conductas de salud de la población de estudio, y c) explorar el impacto de la pobreza y salud en la niñez sobre el cambio en el estado de salud.

Estructura del documento

La tesis consta de cuatro capítulos. En el primer capítulo se describe la teoría que da sustento al presente trabajo, se definen los constructos psicológicos y se presenta un resumen de la revisión empírica sobre el tema. En el segundo capítulo, se presenta el marco contextual de los adultos mayores mexicanos, describiendo el proceso de envejecimiento y algunos tópicos sobre la salud de este grupo etario. En el tercer capítulo se describe la fuente de datos y la metodología empleada para el análisis de la información. En el cuarto capítulo se presentan los análisis descriptivos, los modelos de regresión y los resultados de dichos análisis. Finalmente, en el quinto capítulo se discuten los resultados, se describen los alcances y limitaciones del estudio, y se exponen las conclusiones de la investigación.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

A fin de contar con una estructura que guíe el desarrollo de la tesis, fue necesario recurrir a dos propuestas analíticas generadas en el campo de la sociología y de la psicología que han sido relevantes en el estudio de la salud y el envejecimiento. En primer lugar, se presentan los postulados centrales de la perspectiva analítica del curso de vida, y se resumen algunas contribuciones que ayudan a explicar la relación entre las condiciones de la infancia y la salud de la población envejecida. En segundo lugar, desde la psicología de la salud se presentan los recursos psicológicos y el origen de su estudio. En seguida se definen teóricamente cada uno de los recursos, se exponen los estudios de población realizados en México y sus principales hallazgos en relación con la salud de los adultos mayores. Finalmente, en el último apartado de este capítulo, se hace una revisión de los estudios empíricos que analizan la relación entre los recursos psicológicos y la salud de los adultos mayores.

1.1 Perspectiva analítica del curso de vida

El cambio en la vida de los individuos ha sido un tema de estudio recurrente para las ciencias sociales; temática que tuvo un gran auge derivado de los cambios y acontecimientos que sucedieron en el mundo durante el siglo XX, requiriendo nuevas formas de abordar el estudio de los individuos y la sociedad (Elder, 2001). Una respuesta a esto es la perspectiva del curso de vida, que comenzó a desarrollarse plenamente en la década de 1970 con los trabajos del sociólogo Glen Elder y la historiadora Tamara Hareven (Blanco, 2011). Este enfoque se nutrió desde su origen de diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la historia, la psicología y la demografía (O’Rand y Henretta, 1999).

Dos fenómenos en particular permitieron que prosperara este enfoque. En primer lugar, el interés por estudiar el desarrollo en la adultez. Esto tiene su antecedente en un trabajo de Elder - *Children of the Great Depression. Social change in life experience*- donde retomó un estudio longitudinal realizado a principios de la década de 1930 que había tenido como propósito seguir la trayectoria escolar de un grupo de niños estadounidenses; Elder hizo un seguimiento de esos hombres y mujeres en la edad adulta y los entrevistó durante la época de la posguerra, en las

décadas de 1940 a 1960. En segundo lugar, los cambios demográficos -derivado de la transición demográfica- en los países industrializados, dieron lugar a un gran interés por el estudio del envejecimiento, prestando atención a las trayectorias de vida de la infancia a la vejez, así como a los cambios y adaptaciones en esta última etapa de la vida (Blanco, 2011; Elder, 2001).

La perspectiva del curso de vida ha proporcionado un marco para analizar cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales -cohortes- (Blanco, 2011; Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006). En términos generales, reconoce que las etapas de la vida son dinámicas y acumulativas, de manera que la experiencia humana debe ser vista a través del tiempo y el contexto en el que se enmarcan (Fuller, Smith y Antonucci, 2009).

Esto último cobra especial relevancia en edades avanzadas, dado que la acumulación gradual de acontecimientos -ventajas y desventajas- en la vida de una persona, proporciona la perspectiva de cómo llegó a su estado actual de salud (Poon y Cohen-Mansfield, 2011).

De acuerdo a la perspectiva del curso de vida, las experiencias tempranas pueden moldear el desarrollo subsecuente, de esta manera, la niñez pudiera predecir la salud en la vejez, o secuelas de adversidades enfrentadas en la niñez pudieran presentarse en edades tardías. Esto tiene que ver con la naturaleza formativa de los primeros años de vida, así como con las continuidades en las trayectorias de vida (McLeod y Almazan, 2006).

Algunos teóricos han identificado diversos modelos respecto de las continuidades y cambios en las trayectorias de vida, a saber: a) modelo lineal: establece que hay una estabilidad del ambiente con poca movilidad social, donde las experiencias tempranas continúan teniendo un impacto en el curso de vida, sin importar las experiencias posteriores; b) el modelo contingencial: enfatiza que puede haber continuidades o discontinuidades y pone especial énfasis en experiencias que pueden cambiar el curso de una vida -*turning points*-, y c) modelo transaccional: en donde las trayectorias son el resultado de una interacción entre individuo y medio ambiente, es decir, están afectadas por el contexto, donde la estructura puede ampliar o limitar las oportunidades (McLeod y Almazan, 2006).

Las investigaciones que han estudiado los antecedentes de la niñez en la salud de los adultos mayores, se han basado en el modelo lineal (Hatch, 2005; Huang, Soldo y Elo, 2011;

Torres y Wong, 2013; Uhlenberg y Mueller, 2006). Estos estudios se han enfocado en el desarrollo físico y el nivel socioeconómico de los primeros años, para evaluar su relación con el estado de salud en la vejez, y con la mortalidad. Para medir estas condiciones de la infancia, en específico, la pobreza infantil, la UNICEF (2011) ha sugerido hacerlo a través de indicadores relacionados con la nutrición, la salud, la higiene, la vivienda o la educación.

De acuerdo con Wong y Lastra (2001), las condiciones de la niñez -falta de atención médica, malnutrición y la secuela de enfermedades-, tienen efectos en etapas posteriores, y se pueden manifestar como discapacidad y una mala calidad de vida. Esto se debe a que la acumulación de desventajas durante el curso de vida de un individuo, a menudo comienza con la exposición temprana y es probable que tenga un fuerte impacto en la salud mental y física durante la edad adulta (Turner, 2003 citado en Hatch, 2005).

Ejemplificando lo anterior, la posición de la familia en la estructura social es conocida por tener un efecto directo e indirecto sobre la salud de la población en todas las fases de la vida. Los mecanismos a través de los cuales el estatus social afecta la salud incluye el acceso a la información sobre la dieta alimentaria y el ejercicio; acceso a medidas preventivas, a servicios médicos y la calidad del mismo (Uhlenberg y Mueller, 2006). Yendo un poco más lejos, durante la niñez y la adolescencia, una pobre dieta alimentaria puede comprometer el desarrollo, y está asociada con riesgos en la salud adulta, donde la cadena de sucesos estaría dada porque los niños enfermizos suelen tener un pobre desempeño en la escuela y con ello, un menor nivel educativo; a su vez, la baja educación está relacionada con una menor seguridad en el empleo, y finalmente, la inestabilidad laboral está directamente asociado con una mala salud y con ello, una reducción en la esperanza de vida (Mutchler *et al.*, 1997 citado en Uhlenberg y Mueller, 2006).

En los últimos años se han desarrollado trabajos que emplean la perspectiva del curso de vida para analizar características de la población adulta mayor mexicana. Algunas de estas investigaciones han usado el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) que incluye datos sobre salud y condiciones de vida en la niñez. Dichos trabajos encontraron que la privación nutricional, la mala salud y el bajo nivel socioeconómico durante la infancia son predictores de limitaciones funcionales en la vejez; estos resultados fueron significativos aún después de controlar por nivel socioeconómico, enfermedades crónicas y factores de riesgo -fumar

y tomar alcohol- en la vejez (Huang, Soldo y Elo, 2011). Por otra parte, Torres y Wong (2013) reportaron que la pobreza en la niñez está significativamente asociada con la presencia de síntomas depresivos en la vejez, aunque este efecto fue parcialmente mediado por el nivel socioeconómico en la adultez.

De acuerdo a Hatch (2005), hay dos factores que tienen consecuencias para salud a lo largo del curso de vida. Uno de ellos, como ya se mencionó antes, son las ventajas y desventajas acumuladas que pondrían al sujeto en un menor o mayor riesgo a enfermar; el otro son los factores psicológicos, que actúan como recursos de protección y adaptación frente a los cambios y condiciones adversas en las diferentes etapas de la vida. Dichos recursos de protección, identificados en la literatura especializada como recursos psicológicos, son presentados a continuación.

1.2 Psicología de la salud

El análisis conductual se desarrolló a partir de los principios descubiertos en los laboratorios de fisiología -y posteriormente de psicología- y fue aplicada en los campos de la educación, la psiquiatría, y la psicología para atender las desviaciones conductuales. Tiempo después nace la terapia cognitivo-conductual, que intentaba modificar la conducta influyendo sobre los procesos de pensamiento del paciente. Y es a partir de estas dos corrientes psicológicas que surge un nuevo enfoque de prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes, llamado psicología de la salud (Reynoso y Seligson, 2005).

De acuerdo a Morales (1997), la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes del comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, con especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud.

Los trabajos seminales en este campo se iniciaron a finales de la década de 1960, aplicando los fundamentos y técnicas psicológicas, a problemas que otrora sólo eran atendidos por médicos. En específico, desde el análisis experimental de la conducta, las investigaciones sobre

aprendizaje y condicionamiento proporcionaron los fundamentos para el tratamiento en la psicología de la salud (Reynoso y Seligson, 2005).

Este nuevo paradigma surgió tanto para la intervención y aplicación de programas clínicos, como para la investigación empírica, ya que desde la perspectiva médica no habían sido capaces de explicar satisfactoriamente por qué algunas personas enfermaban mientras otras se mantenían sanas (Reynoso y Seligson, 2005). Una de las explicaciones que se han dado a estas diferencias tiene como eje los recursos psicológicos con los que una persona cuenta y moviliza cuando se enfrenta a cambios o situaciones que le generan estrés. A continuación, se abordará a detalle este fenómeno.

1.2.1 Recursos psicológicos

En las últimas décadas, han proliferado estudios donde se emplean constructos psicológicos como predictores de salud o el riesgo a enfermar. Algunos de estos son el optimismo/pesimismo, la afectividad negativa, las diversas nociones de control personal, la orientación cognitiva, el sentido de coherencia, entre otros (Lemos, 1994). El empleo de dichos conceptos se ha hecho de manera individual o agrupando varios de ellos bajo el nombre de factores o recursos psicológicos.

El estudio de los recursos psicológicos surge de los trabajos sobre estrés, afrontamiento y adaptación a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando se buscaba explicar porque algunos sobrevivientes y combatientes presentaban psicopatologías y otros no (Hobfoll, 2002).

Más tarde, en la década de 1970, con el surgimiento de la psicología de la salud, se dio un nuevo impulso al modelo de los recursos psicológicos, que fueron aplicados al estudio de la salud física y el bienestar. Uno de estos trabajos seminales fue el de Berkman y Syme (1979) que hicieron un estudio longitudinal sobre mortalidad en adultos mayores; sus hallazgos señalaban la naturaleza crítica de los recursos psicológicos para el mantenimiento de la salud, teniendo una mayor probabilidad de morir aquellos que no contaban con éstos.

Durante la vejez, los recursos psicológicos son potencialmente protectores de la salud ante la presencia de un estresor -retiro, duelo, enfermedad- (Halford *et al.*, 2012); además,

proporcionan una forma de afrontamiento que incluye tener un propósito en la vida, la resiliencia, la autoestima y el bienestar personal (Chow y Ho, 2012).

En general, los adultos mayores están expuestos a un gran número de cambios -estresores- a nivel laboral, económico y familiar en esta etapa de la vida. Sin embargo, desde esta perspectiva los individuos no son víctimas pasivas de los eventos adversos que les suceden; la manera en la que interpretan, evalúan y afrontan estos acontecimientos, les permitirá mantener, intensificar o eliminar la tensión que experimentan (Palomar, 2008). Ahora bien, la forma en que un sujeto afronta estos eventos depende de los recursos de los que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de esos recursos en el contexto de una situación determinada (Reynoso y Seligson, 2005); entre estos, además de los constructos numerados arriba, se encuentran las creencias positivas, las técnicas para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

Diversos modelos -empleando uno o varios constructos- de recursos psicológicos se han empleado, sin haber hasta la fecha, un intento por integrarlos. En el Cuadro 1.1 se ofrece una descripción de los distintos recursos psicológicos empleados en las investigaciones sobre salud en la vejez y la manera de operacionalizarlos. Aunque la lista no es exhaustiva deja claro que, a pesar de las diferencias de conceptos empleados y la manera de medirlos, estos recursos comparten un sentido de fortaleza psicológica y control sobre el ambiente. Esto podría tener un impacto positivo en el funcionamiento psicológico de una persona mayor, sobre todo en la adaptación a los acontecimientos que se presentan en este periodo de la vida, a fin de mantener la salud física.

De los recursos psicológicos empleados en la literatura, se seleccionaron para esta tesis los conceptos de estado de ánimo positivo; locus de control; trabajo voluntario; religiosidad, y apoyo social, ya que además de ser reportados como predictores de la salud en los adultos mayores, están disponibles para la población adulta mayor mexicana en el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento. A continuación, se revisa a detalle cada uno de estos conceptos.

Cuadro 1.1 Recursos psicológicos empleados en el estudio de la salud en la vejez

Autor(es)	Recurso psicológico	Indicador(es) de medición
Chow <i>et al.</i> (2012); Kahana <i>et al.</i> (2011); Meeks <i>et al.</i> (2016); Musick <i>et al.</i> (2003); Yang (2006)	Apoyo social	(1) Cuántas veces a la semana habla con amigos o familiares, (2) cuestionario de apoyo social Duke, (3) cuestionario de apoyo social -SSQ6-, (4) estado civil: casado o no casado.
Chow <i>et al.</i> (2012); Halford <i>et al.</i> (2012); Musick <i>et al.</i> (2003); Pinquart <i>et al.</i> (2007); Yang (2006)	Autoestima	(1) Escala de autoestima Rosenberg.
Chow <i>et al.</i> (2012); Son <i>et al.</i> (2011)	Bienestar	(1) Escala de bienestar psicológico de Ryff, (2) escala de afectos y satisfacción con la vida, (3) escala de bienestar personal -PWI-.
Meeks <i>et al.</i> (2016); Musick <i>et al.</i> (2003)	Estado de ánimo positivo	(1) Ausencia de depresión derivado de la entrevista clínica, (2) escala de depresión CES-D.
Windle <i>et al.</i> (2004)	Dominio del ambiente	(1) Escala de dominio del ambiente de Ryff.
Halford <i>et al.</i> (2012); Sargent <i>et al.</i> (2015); Taylor <i>et al.</i> (2000); Yang (2006)	Dominio personal	(1) Escala de dominio personal de Pearlin y Schooler.
Meeks <i>et al.</i> (2016)	Esperanza	(1) Escala de rasgos de esperanza para adultos.
Carter <i>et al.</i> (1995); Halford <i>et al.</i> (2012); Pinquart <i>et al.</i> (2007)	Locus de control	(1) Escala de locus de control Interno-Externo de Rotter, (2) escala multidimensional de locus de control -MHLC-.
Meeks <i>et al.</i> (2016); Pinquart <i>et al.</i> (2007); Taylor <i>et al.</i> (2000)	Optimismo	(1) Test de optimismo -LOT-.
Chow <i>et al.</i> (2012); Pinquart <i>et al.</i> (2007)	Propósito en la vida	(1) Test de propósito en la vida -PIL-.
Kahana <i>et al.</i> (2011); McDougle <i>et al.</i> (2014); Son <i>et al.</i> (2011)	Religiosidad	(1) Importancia de la religión, (2) frecuencia de asistencia a servicios religiosos, (3) subescala del inventario COPE para evaluar estrategias de afrontamiento.
Halford <i>et al.</i> (2012)	Sentido de coherencia	(1) Cuestionario de orientación a la vida
McDougle <i>et al.</i> (2014); Musick <i>et al.</i> (2003)	Trabajo voluntario	(1) Auto reporte de realización de trabajo voluntario secular o religioso.

Fuente: Elaboración propia.

1.2.1.1 Estado de ánimo positivo

La depresión es un trastorno del estado de ánimo (APA, 2014). Sin embargo, no es su única acepción. De hecho, dado que el concepto de depresión no es unívoco, en ocasiones se pueden estar midiendo fenómenos diferentes bajo el mismo término. Vázquez y Lozoya (1994) hacen una distinción psicopatológica de la depresión entre síntoma, síndrome y categoría diagnóstica.

Como síntoma se refiere a un estado de ánimo triste o desanimado, sin embargo, esta característica puede estar presente tanto en personas *normales* como en cuadros psicológicos, de manera que no se podría diagnosticar la depresión basado en un cambio de ánimo. Como síndrome, además del estado de ánimo, se suman otros componentes como el insomnio, la apatía, la inhibición del deseo sexual, entre otros; de manera que para cuantificar el nivel de depresión -o presencia de sintomatología depresiva- se emplean escalas, cuestionarios o inventarios de síntomas; y si bien los síntomas depresivos *per se*, no cumplen con las características para un diagnóstico de depresión, son útiles para identificar a la población en alto riesgo de padecerla o en necesidad de tratamiento (Radloff, 1977). Finalmente, está la depresión como cuadro clínico o categoría diagnóstica, donde además de manifestarse una serie de síntomas determinados, se han de cumplir otros criterios como duración, exclusión de causas orgánicas, entre otros (Vázquez y Lozoya, 1994).

Sobre esta última acepción, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por su siglas en inglés) establece los criterios diagnósticos para la depresión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) donde refiere que se trata de un trastorno del estado de ánimo que el paciente puede experimentar como tristeza, irritabilidad o como una pérdida generalizada de interés o placer, acompañados por otros síntomas de tipo a) cognitivo: pensamientos de muerte o intenciones recurrentes de suicidio, disminución de la capacidad para concentrarse; b) emocional: sentimientos de inutilidad o culpa; c) conductual: perturbaciones del sueño, pérdida importante de peso, alteración del apetito, y d) fisiológico: fatiga o pérdida de energía, y agitación o retraso psicomotor (APA, 2014; Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

En la investigación clínica, el concepto de depresión más empleado es el de síndrome, usado como una dimensión de medida del número y la intensidad de los síntomas depresivos (Loewenthal, 2014).

En general, los adultos mayores, en comparación con los adultos jóvenes, pueden tener un mayor riesgo de padecer depresión debido a que han experimentado una acumulación de sucesos estresantes y complicaciones diarias (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009; Martin, Da Rosa y Poon, 2011). También se presentan diferencias por sexo, ya que las mujeres suelen tener una mayor prevalencia de síntomas depresivos que los hombres, sin embargo, estas diferencias por sexo disminuyen en la vejez a comparación de edades más jóvenes (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009; Gatz y Fiske, 2003). Dentro de la población mexicana, algunos factores asociados a la presencia de síntomas depresivos son: ser mujer y dedicarse exclusivamente a las labores del hogar o con la responsabilidad del cuidado de un enfermo; la pobreza; el desempleo; el aislamiento social; la violencia, y el consumo de sustancias adictivas (Berenzon *et al.*, 2013).

La presencia de síntomas depresivos en la vejez cobra relevancia dado que se asocia con el aumento de la morbilidad, el riesgo de mortalidad, y con consecuencias en el funcionamiento de la familia (National Alliance on Mental Illness, 2009 citado en Johnson *et al.*, 2011; Teng *et al.*, 2013). Por otra parte, se ha asociado con deterioro en la funcionalidad (Penninx *et al.*, 1998), y su coexistencia con enfermedades crónicas, pueden agravar la progresión de éstas, además de afectar la eficacia o adherencia del tratamiento (Piette y Kerr, 2006). Otros hallazgos dan cuenta que los cambios en el peso corporal, la pérdida de apetito, la demencia, la práctica de conductas de salud negativas -consumo de drogas, tabaco y alcohol-, así como la autopercepción de salud están significativamente asociado a la presencia de síntomas depresivos (Johnson *et al.* 2011; Mejía-Arango *et al.*, 2007; Nance, 2010; Rauch *et al.*, 2006 citado en Hyer y Yeager, 2011).

En cuanto a la prevalencia de la depresión, a nivel mundial, se estima que afecta a 350 millones de personas, y en adultos mayores se calcula una prevalencia de entre 1 y 3% bajo los criterios diagnósticos del DSM, y entre 8 y 50% de síntomas depresivos (Ávila-Funes *et al.*, 2007; OMS, 2016; Sánchez-García *et al.*, 2012). En México, se han realizado diversos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de la depresión y los síntomas depresivos entre los adultos mayores, sin embargo, los hallazgos reportados muestran discrepancias debido a la definición del trastorno usada, la clasificación utilizada y la población de estudio.

Por ejemplo, Belló y colaboradores (2005), con datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) y empleando el criterio diagnóstico del DSM, reportaron una

prevalencia de 9.5% para mujeres y de 5% para hombres; encontraron que la prevalencia de depresión aumentaba con la edad y disminuía entre los participantes con mayor escolaridad. En otro estudio, realizado con adultos mayores derechohabientes del IMMS en la Ciudad de México, Sánchez-García y colegas (2012) emplearon la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) y CES-D; de acuerdo a sus hallazgos, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 20.7% con GDS y 12.0% con CES-D; en ambos instrumentos la prevalencia fue mayor en las mujeres y en la población de 75 años o más.

Por otra parte, Bojórquez-Chapela y colaboradores (2009), en un estudio con adultos mayores beneficiarios del programa gubernamental Oportunidades y empleando CES-D, reportaron que la prevalencia de síntomas depresivos fue de 50% para mujeres y 35% para hombres, fue mayor entre la población de 80 años o más, con enfermedades crónicas, y problemas de funcionalidad; sin embargo, los autores advierten que la alta prevalencia puede deberse a que la población de estudio estaba conformada por adultos mayores pobres, que como se sabe, es un factor asociado a la depresión.

En consonancia con estos últimos estudios, para esta investigación, se usará la sintomatología depresiva para medir el estado de ánimo, donde la ausencia de síntomas depresivos será el indicativo de un estado de ánimo positivo. Para llevarlo a cabo, ENASEM emplea una versión modificada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para la detección de sintomatología depresiva. Esta escala contempla diversas dimensiones de la depresión que fueron identificadas a partir de la literatura clínica y a través de técnicas de análisis factorial: estado de ánimo deprimido, sensación de culpa y minusvalía, sensación de incapacidad y desesperanza, lentificación psicomotora, pérdida de apetito, y alteraciones en el sueño (Radloff, 1977).

1.2.1.2 Locus de control

Uno de los recursos psicológicos más estudiado es el constructo de control (Hobfoll, 2002). En un trabajo de Skinner (1996), donde hace una revisión literaria de los conceptos psicológicos relacionados con la noción de control, encontró más de cien términos que se agrupan en dos categorías: los que miden el control real u objetivo, y los que miden la percepción de control o la

creencia de un individuo acerca de la cantidad de control que tiene a su alcance. El autor encontró que los segundos son un mejor predictor del funcionamiento y conducta humana que el control real.

Los constructos que se refieren al control percibido o creencias, se han empleado principalmente en las investigaciones sobre estrés, afrontamiento y adaptación (Hobfoll, 2002; Lemos, 1994). Los más empleados han sido el locus de control (Rotter, 1966); la desesperanza aprendida (Seligman, 1975); la maestría o dominio personal (Pearlin y Schooler, 1978); la autoeficacia (Bandura, 1977); el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984); y el sentido de coherencia (Antonovsky, 1990).

El locus de control -en adelante, LOC- se define como el grado en que un individuo cree que los logros o refuerzos -recompensas o castigos- que pasan en su vida son debido a sus propios esfuerzos, acciones, conductas y decisiones personales -LOC interno-, contra el grado en que cree que esas recompensas son controladas por fuerzas externas a él como la suerte, el destino, el azar o fuerzas sobrenaturales y que pueden ocurrir independientemente de sus propias acciones -LOC externo- (Francis, 2014; Rotter, 1966).

Una de las áreas donde se ha explorado la influencia del LOC, es en la salud; sin embargo, los hallazgos no son concluyentes. Un LOC externo puede ayudar a la adaptación del individuo en situaciones donde hay poco control, por ejemplo, en una enfermedad terminal; sin embargo, también se ha asociado con estilos negativos de afrontamiento y estados de salud más pobres (Francis, 2014). Por otra parte, un LOC interno, está positivamente asociado con indicadores de salud física (Francis, 2014), con una menor dependencia (Hyer, Yeager y Scott, 2011), y en situaciones de enfermedad, si el paciente cree que el control está en sus manos, puede resultar en conductas proactivas para mejorar su situación de salud (Affleck *et al.*, 1987 citado en McKean 2007; Gecas, 2006).

También se han explorado algunos factores asociados al LOC para distintos grupos de edad; sin embargo son pocos los que se han realizado con la población adulta mayor. De los estudios disponibles, varios se han realizado en residencias para ancianos y se ha encontrado que los niveles más altos de toma de decisiones y de control interno, están asociados con un mejor bienestar psicológico y menor dependencia de servicios (Hyer, Yeager y Scott, 2011).

A nivel nacional, Angel y colaboradores (2008) reportaron que entre la población adulta mayor entrevistada en ENASEM, hay una mayor presencia de LOC interno que externo. La tendencia hacia la *internalidad* del LOC con la edad, es corroborado por Palomar y Valdés (2004), quienes observaron que los hombres y los más viejos, a diferencia de las mujeres y los más jóvenes, presentaron mayor LOC interno; asimismo, reportaron importantes diferencias en el LOC según el nivel de ingreso, donde las personas con menores ingresos familiares -pobreza extrema- presentaron mayor LOC externo, en comparación con los de ingresos más altos -no pobres y pobres moderados-, que tuvieron puntajes más altos de LOC interno; finalmente, las autoras señalaban que mayores niveles de educación se asociaban con el LOC interno.

En contraste con los dos estudios anteriores, en una muestra de adultos mayores en el norte del país, Vera y colegas (2009) encontraron que el LOC externo fue significativamente mayor entre los sujetos de 80 años o más; los que no tenían pareja, y los que estaban desempleados, en tanto que el LOC interno fue significativamente mayor entre los adultos mayores que se ubicaban en la categoría de ingreso más alto -superior a 4,200 pesos mensuales-. En este estudio, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Ahora bien, en este estudio se medirá el LOC a través de un cuestionario, incluido en ENASEM, que ha sido adaptado de la Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter (1966), que mide una expectativa generalizada o creencia de los individuos acerca de cómo funciona el mundo.

1.2.1.3 Trabajo voluntario

No existe una única u objetiva definición para el trabajo voluntario. La falta de especificidad y de los límites de este constructo han sido ampliamente discutidos, incluyendo los diferentes tipos de trabajo voluntario; las motivaciones que impulsan a los sujetos para desarrollar estas acciones; los beneficiarios, y las organizaciones que coordinan las acciones voluntarias (Grönlund, 2013).

A pesar de esto, hay consenso sobre las características generales de lo que constituiría el trabajo voluntario. Para este estudio se adoptará la definición empleada en la Encuesta Nacional de Solidaridad y Acción Voluntaria en México (ENSAV) que lo define como “la ayuda otorgada a

una persona, no familiar, sin recibir remuneración alguna a cambio, dentro del desenvolvimiento cotidiano de las personas” (CEMFI, 2012, p. 39).

En la literatura sobre el tema, se distingue entre trabajo voluntario formal e informal (Butcher, 2010; ONU, 2007; Taniguchi, 2012; Wilson, 2000). El primero se realiza a través de alguna organización -*e.g.* iglesias, escuelas, instituciones políticas-, en tanto que el voluntariado informal, se realiza en función de las necesidades, sin la intermediación de organizaciones legalmente constituidas -*e.g.* en desastres naturales; cuidar o llevar comida a un enfermo, ayudar a alguien con limitaciones físicas, participar en acciones colectivas por el bien de la comunidad- (ONU, 2007; Taniguchi, 2012). Los estudios con esta temática normalmente se enfocan en el trabajo voluntario formal, dado que es el que mayoritariamente se realiza en sociedades desarrolladas (Butcher, 2010), además de ser más fácil de medir que el informal (ONU, 2007).

Ahora bien, entre las motivaciones que llevan a una persona a realizar trabajo voluntario se encuentra el altruismo -dar de vuelta algo a la comunidad, o alguna organización-, la ampliación de las redes sociales, o como una actividad de distracción. Y aunque no es común que "mejorar la salud" sea mencionado como un motivo para enrolarse en estas tareas, existe la percepción que el trabajo voluntario se asocia con una mejor salud y bienestar, y es por ello que en los últimos años han proliferado los estudios para analizar esta relación (Jenkinson *et al.*, 2013; Kumar *et al.*, 2012).

A nivel mundial, se ha reportado que el trabajo voluntario durante la vejez es un recurso útil, ya que ofrece una manera de obtener aprobación social y mejorar la autoestima; se ha asociado también con un aumento de la longevidad; la adopción de estilos de vida saludables; una mejor calidad de vida; con autoevaluaciones de salud más altas; un aumento de las redes sociales y por tanto una fuente extra de apoyo social, así como con la reducción del estrés, el dolor, los síntomas depresivos, el riesgo de mortalidad, y con una menor dependencia funcional (Jenkinson *et al.*, 2013; McDougle *et al.*, 2014; Musick y Wilson, 2003; O’Neill, Morrow y Wilson, 2011).

Pese a los beneficios reportados del trabajo voluntario, los hallazgos con respecto a la relación causal con la salud, o la manera en la que opera, aún no son concluyentes. Una posible explicación es que una mayor frecuencia de trabajo voluntario conlleva más actividad física y con esto, las consecuencias favorables asociadas a la salud. En cambio, si el trabajo voluntario se

convierte en una carga, el individuo puede desarrollar el síndrome de *burnout* con repercusiones en su salud. Es probable que esté presente un efecto de selección, ya que a menudo los que hacen trabajo voluntario son aquellos con mejor salud y mejor nivel socioeconómico que aquellos que no lo hacen (Jenkinson *et al.*, 2013; Kumar *et al.*, 2012). Por ejemplo, un adulto mayor enfermo tendría un funcionamiento disminuido o requeriría cuidados que limitarían su capacidad para hacer trabajo voluntario.

En cuanto al trabajo voluntario en México, éste tiene una larga tradición que se ha ido transformando a lo largo de las décadas, respondiendo a las necesidades de la población: iniciaron como una forma de caridad a través de las órdenes religiosas; luego adquirieron un sentido asistencialista desde organizaciones de la sociedad civil; más tarde, tuvieron un sentido social, atendiendo nuevas problemáticas: atención a personas con discapacidad, enfermedades crónicas; derechos humanos y reproductivos y migrantes, por mencionar algunos (Serna, 2010). Sin embargo, se carece de estudios sistemáticos que analicen el trabajo voluntario y su relación con diversas áreas, entre ellas la salud, en estudios poblacionales.

La información disponible sobre trabajo voluntario en México, ha sido recabada por el Centro Mexicano para la Filantropía (CEMFI) que levantó la primera encuesta sobre trabajo voluntario en el país -ENSAV- y por el INEGI, que han ayudado a caracterizar el perfil de los voluntarios.

De acuerdo a datos de INEGI (2015c), el trabajo voluntario ha ido en constante ascenso en los últimos cinco años; en 2013 cerca de 1 millón 379 mil personas colaboraron en organizaciones no lucrativas de México sin recibir remuneración alguna por su trabajo, en su mayoría fueron mujeres (53%); en cuanto al tipo de organización, la mayor parte del trabajo voluntario se realizó en iglesias (43%), seguido de organizaciones dedicadas al cuidado de la salud, y servicios sociales (14 y 13%, respectivamente).

Los datos sobre la feminización del trabajo voluntario en México son consistentes con los hallazgos de la ENSAV (CEMFI, 2012), donde poco más de la mitad de las acciones voluntarias que se realizan anualmente en México, son efectuadas por mujeres. En contraste, los participantes de ENSAV reportaron que la mayor parte del trabajo voluntario que realizaron fue en escuelas o con fines de enseñanza, seguido de actividades en la iglesia, y en las colonias o barrios (26, 22 y 14%

respectivamente). En cuanto al patrón por edad, la población de entre 25 y 50 años realizan poco más de la mitad de las acciones voluntarias en México, en tanto que la población adulta mayor representa 11% de los voluntarios en México, que en promedio, contribuyen con 2 acciones voluntarias al año (CEMFI, 2012).

Finalmente, cabe destacar que, de acuerdo a Butcher (2010), el patrón de trabajo voluntario en México es diferente al observado en países desarrollados; aquí, el trabajo voluntario informal suele ser más frecuente que el formal (56 frente a 44%). Este patrón explicaría los bajos niveles de voluntariado observados en el país, donde los pocos estudios existentes, se han centrado casi exclusivamente, en el trabajo voluntario formal; esto deja de lado muchas actividades que las personas realizan frecuentemente, fuera de organizaciones, que lejos de verse como acciones voluntarias, son considerados actos de caridad o de obligación moral (Verduzco, 2010).

ENASEM incluye en su cuestionario dos preguntas sobre trabajo voluntario, a saber: si se ha realizado en los últimos dos años para alguna organización religiosa, comunitaria o educativa, y el número de horas dedicadas a esta labor. Para los fines de este estudio, sólo se usará la primera pregunta para medir el trabajo voluntario en el adulto mayor.

1.2.1.4 Religiosidad

De acuerdo a Peterson y Seligman (2004), la religiosidad se refiere a las prácticas religiosas convencionales tales como asistir a la iglesia o pagar el diezmo. En la clasificación que hacen estos autores de las virtudes y fortalezas humanas, consideran a la religiosidad como una de las 24 fortalezas de carácter, que implica tener creencias acerca de un propósito y significado último del universo y del lugar de los individuos en él; por lo que las personas con esta fortaleza tienen una teoría acerca del significado último de la vida que orienta su conducta y les provee de bienestar.

Maldonado (2013) ubica la religiosidad en la vejez como una de las doce dimensiones del estilo de vida que se relacionan con el bienestar, máxime cuando se vive en condiciones de desventaja -pobreza extrema-, ya que les ayuda a afrontar las dificultades y limitaciones, a encontrar consuelo y esperanza en que las cosas estarán bien.

Dada la relevancia de la religiosidad en la vejez, recientemente se han publicado diversos trabajos dentro de los campos de la geriatría y la gerontología donde estudian la influencia de indicadores religiosos con diversas medidas de salud. Se ha reportado que la religiosidad en la vejez se asocia con tasas más bajas de mortalidad, y de disfuncionalidad, con auto evaluaciones de salud más altas, con menor riesgo de hipertensión, y menores tasas de cáncer, especialmente en aquellas religiones con una dieta y estilos de vida estrictos (Levin, Chatters y Taylor, 2011). Aunque también se han reportado efectos negativos de tipo psicológico, especialmente cuando hay rigidez ideológica y descontento espiritual (Myers y Hwang, 2004).

Los efectos benéficos de la religiosidad pueden deberse a diversos mecanismos como promover estilos de vida más saludables al proscribir la ingesta de drogas -legales e ilegales-, fomentar mayor integración social, generar más contactos sociales y otorgar apoyo emocional (Benjamins y Campbell, 2008).

En México, según datos del Censo de Población y Vivienda de 2010, 96% de la población de 60 años o más, profesa alguna religión, identificándose 87% como católico (INEGI, 2010). Estos datos parecen corroborar lo documentado por Maldonado (2013), quien señaló que en la cultura mexicana, y particularmente para los adultos mayores, la religión es el eje central de su estilo de vida, ya que muchas de sus actividades giran alrededor de ésta.

Y si bien son pocos los estudios en México que exploren la relación entre religiosidad y salud, hay abundante evidencia, en especial de estudios cualitativos, que han ayudado a conocer las características de la religiosidad en la vejez. Algunos hallazgos de estos estudios muestran que buena parte de la dinámica social desarrollada por los adultos mayores es motivada por la religiosidad, que guía y regula su vida, la manera de pensar y su comportamiento cotidiano (Vázquez, 2015). La religiosidad cobra especial importancia para lograr una estabilidad emocional, adquirir confianza en sí mismos, y mejorar el autoconcepto, así como encontrar consuelo y aceptación para responder a los estresores que caracterizan la última etapa de la vida - enfermedad, discapacidad, vulnerabilidad, retiro laboral- (Maldonado, 2013, 2015; Vázquez, 2001a, 2001b, 2014, 2015). Finalmente, se han reportado diferencias por sexo, ya que las mujeres son las que en mayor medida asisten a las actividades religiosas y la que mayor satisfacción encuentran con la religión (Maldonado, 2015; Vázquez, 2001a).

Para este estudio, la religiosidad de los adultos mayores se medirá a través del autoreporte que hagan de la importancia que la religión tiene en sus vidas, pregunta incluida en el cuestionario de ENSAEM.

1.2.1.5 Apoyo social

El apoyo social ha sido definido de distintas maneras, por ejemplo, Lin (1986, citado en Soler, 2008) lo define como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales -percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales, y las personas de confianza.

Sin embargo, para este trabajo se retomará la definición de Kahn y Antonucci (1980, citado en Antonucci, 2001) que han estudiado ampliamente el tema, y lo definen como una transacción interpersonal que implica el intercambio de uno de los tres elementos clave: ayuda, afecto y afirmación.

En la literatura acerca del estudio de las redes sociales de apoyo se encuentran varias categorizaciones respecto de los diferentes tipos de intercambios o apoyos, también llamados transferencias. Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), basados en la definición de Kahn y Antonucci, desarrollaron una clasificación compuesta por los siguientes aspectos: a) material, que implica el flujo de recursos monetarios y no monetarios; b) instrumental, que se refiere a la ayuda en las tareas domésticas, de transporte, cuidado por enfermedad y acompañamiento; c) emocional, expresada como la manifestación de cariño y confianza, y d) cognitivo o informacional, que se manifiesta mediante el intercambio de experiencias y consejos.

Otros autores clasifican el tipo de apoyo con relación a si es recibido o percibido; el primero se refiere a un apoyo real y práctico, tales como llamadas telefónicas, visitas, ayuda en actividades o monetaria; en tanto que el segundo se refiere a la disponibilidad percibida de apoyo, esto es, la convicción o la fe en que el apoyo de la red social estará disponible cuando se requiera (Due *et al.*, 1999). Así, mientras el apoyo percibido es la creencia en que éste estará disponible cuando se necesite, el recibido es su movilización y expresión (Gottlieb y Bergen, 2010).

Entre las fuentes de apoyo social se identifican las formales y las informales. Las primeras estás constituidas por instituciones gubernamentales y no gubernamentales, tales como los sistemas de atención a la salud u organizaciones de la sociedad civil. Por su parte, las informales están conformadas por la familia, vecinos, amigos y grupos comunitarios (Acuña y González, 2010). Finalmente, en cuanto al rol de los integrantes de un sistema de apoyos y transferencias, se distinguen los proveedores -únicamente proporcionan ayuda-, los que participan en un intercambio -proporcionan y reciben apoyo-, y los receptores -únicamente reciben apoyo- (Ham, Ybáñez y Torres, 2003).

Los arreglos residenciales, las redes y transferencias -apoyo- han sido unas de las principales líneas de investigación en materia de envejecimiento dentro de los estudios de población de los países en desarrollo en general y de México en particular, que surgen, entre otros motivos, por la problemática que ha implicado la falta de acceso a servicios de salud y de cobertura del sistema de pensiones, ante lo cual la sociedad ha generado mecanismos para la subsistencia y cuidado de los adultos mayores (Díaz-Tendero, 2012). De manera que, al no contar los ancianos con el apoyo del Estado -seguridad social o programas públicos-, se espera que la ayuda que puedan recibir sea por el apoyo informal de la familia inmediata (Ham, Ybáñez y Torres, 2003; Saad, 2005).

El sistema de transferencias de apoyo a nivel familiar, surge en primera instancia por la coresidencia, que es en donde se producen las redes de alta densidad tanto en la dirección de dar apoyo como en la de recibirlo (Díaz-Tendero, 2012; Saad, 2005). No obstante, algunos estudios dan cuenta que los adultos mayores, cuando disponen de recursos, optan por vivir solos o con su cónyuge (Ybáñez, Vargas y Torres, 2005). Es decir, la coresidencia con los hijos u otro arreglo, aparece cuando hay algún deterioro físico o mental, o hay una imposibilidad económica (Ham, Ybáñez y Torres, 2003; Saad, 2003; Ybáñez, Vargas y Torres, 2005). Algunos beneficios asociados a la coresidencia para los adultos mayores son la compañia, y el apoyo emocional, instrumental y material; en tanto que los principales costos son la pérdida de privacidad, y la sobrecarga física y emocional que los adultos mayores enfermos podran representar para el cuidador -típicamente las hijas o nueras- (Saad, 2003).

Respecto a las características de las transferencias se ha observado que la intensidad y dirección del flujo de apoyo entre los adultos mayores y sus hijos están determinados por el estado conyugal, ya que los adultos mayores no casados o viudos, suelen recibir más apoyo que los casados, mientras que los casados suelen proporcionar más ayuda que los no casados (González, 2011; Saad, 2003). Además del estado conyugal, el número de hijos está asociado con los diferentes patrones de apoyo, por ejemplo, tener más hijos aumenta la probabilidad del adulto mayor de recibir algún tipo de apoyo -instrumental si se trata de hijas, o material si se trata de hijos-, sin embargo, el número de descendientes, no afecta la probabilidad de que el adulto mayor proporcione apoyo (Ham, Ybáñez y Torres, 2003; Saad, 2003). Se han encontrado diferencias por sexo, ya que las mujeres suelen recibir apoyo material -dinero- en mayor proporción que los hombres, mientras que éstos, instrumental -atención y servicios-, en cambio, cuando se trata de proporcionar apoyo, esto se invierte, los hombres proveen, en mayor medida, de apoyo material y las mujeres, instrumental (Ham, Ybáñez y Torres, 2003; Saad, 2003). Por área de residencia, se ha reportado que los adultos mayores que viven en localidades rurales, tienen más probabilidad de recibir transferencias económicas familiares (González, 2011).

Sin embargo, el interés por estudiar el apoyo no ha sido exclusivo de la demografía, y desde la psicología y la epidemiología se han valido de esa evidencia para estudiar la relación entre las distintas formas de apoyo social con la salud en la vejez. Los hallazgos hasta el momento son contradictorios, mostrando un patrón mixto de asociación con la salud, dependiendo del tipo de apoyo que se otorgue (Mendes de León y Glass, 2004).

Por una parte, se ha reportado que el apoyo informal que reciben los adultos mayores en forma de cuidado, son una estrategia que les ayuda a mejorar o mantener su estado de salud, prevenir otras enfermedades, sus secuelas o incluso evitar que caigan en pobreza (López y Jiménez, 2014). El apoyo social también se relaciona con niveles más bajos de mortalidad (Shor, Roelfs y Yogev, 2013); tiende a ser benéfico en episodios de enfermedad donde la disponibilidad de apoyo instrumental atenúa la disminución de la disfuncionalidad, y el apoyo emocional favorece a una mejor recuperación luego de eventos clínicos graves (Seeman *et al.*, 1995). También se ha observado que funciona como facilitador para adoptar y mantener conductas adaptativas -pérdida de peso, dejar de fumar o tomar, seguimiento de indicaciones médicas y apego al tratamiento- (Albarracín y Goldstein, 1994).

Por otra parte, se ha registrado un efecto negativo, en donde luego de un evento clínico, un exceso en el cuidado -apoyo instrumental- puede derivar en que el adulto mayor realice menos actividades, genere dependencia al cuidado y con esto, su recuperación sea más lenta. Se ha documentado también, que se puede buscar el apoyo de la red social, sobre todo en el caso de los hombres, para continuar con conductas mal adaptativas (Albarracín y Goldstein, 1994).

Para explicar el proceso mediante el cual el apoyo social influye en la salud, se han propuesto diversos modelos, entre ellos la teoría del estrés, y la teoría del efecto funcional. La primera postula que el apoyo social, real o percibido, amortigua la influencia nociva de los estresores. De acuerdo a esta hipótesis, el apoyo social proporciona recursos -instrumentales, emocionales, económicos o de información- que promueven comportamientos adaptativos frente a estresores -e.g. enfermedad, transiciones en el curso de vida, acontecimientos inesperados-, además de contribuir a la formación de capacidades para tolerar frustraciones y resolver problemas (Cohen y Wills, 1985). El modelo de la influencia social afirma que el efecto del apoyo social se debe a que las relaciones sociales refuerzan y modelan, u obstaculizan conductas o intenciones positivas para la salud. El efecto de la influencia funcional es positivo cuando las relaciones sociales refuerzan una conducta saludable dada y negativa cuando la obstaculizan (Albarracín y Goldstein, 1994).

En suma, durante la vejez la necesidad de las redes sociales de apoyo se incrementan. A medida que se envejece, incrementa la pérdida de funcionalidad y la dependencia asociada; en consecuencia, también crece la necesidad de apoyos y ayuda, especialmente de la familia (Díaz-Tendero, 2012; López y Jiménez, 2014; Shor, Roelfs y Yogeve, 2013). En este sentido, para el adulto mayor es importante percibir que está recibiendo apoyo social, dado que ello le proporciona estabilidad emocional y confianza. Incluso, esa sola percepción puede ser suficiente para que el individuo sea capaz de hacer frente a las circunstancias adversas en su vida cotidiana sin necesidad de solicitar el apoyo a la red (Gottlieb y Bergen, 2010). Sin embargo, a medida que la necesidad de apoyo se incrementa con la edad, el tamaño de la red puede disminuir a consecuencia de la muerte de sus miembros; a pesar de ello, se ha comprobado que la calidad y cantidad del apoyo no necesariamente se ve disminuida (Scholz *et al.*, 2012).

Se ha señalado que los sistemas familiares de apoyo estarán en riesgo en los próximos años, conforme avance la transición demográfica. Esto se debe a que al disminuir la tasa de fecundidad, habrá una reducción en el tamaño de las familias, y aunado al incremento de la ruptura matrimonial y la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, el número de proveedores potenciales de apoyo cada vez será menor (Díaz-Tendero, 2012; López y Jiménez, 2014; Saad, 2005). Otros autores prevén que al reducirse el número de hijos, en el futuro se incrementen las redes de apoyo conformadas por vecinos y amigos (Ham, Ybáñez y Torres, 2003)

Para analizar el apoyo social, ENASEM incluye una sección sobre redes sociales, arreglos residenciales y transferencias que incluye preguntas acerca de la frecuencia de visitas a amigos y apoyo percibido de esta red; coresidencia del adulto mayor; así como datos sobre la ayuda material e instrumental que el adulto mayor otorga a padres, hijos o nietos, y la recibida por hijos y nietos, especificando el tiempo dedicado a la ayuda instrumental o el monto de dinero del apoyo material. Para este estudio, el apoyo social se medirá a través del autoreporte de recepción de ayuda material e instrumental y la percepción de contar con apoyo.

1.3 Antecedentes

En el Cuadro 1.2 se presentan los principales hallazgos de algunas investigaciones que han estudiado la relación entre recursos psicológicos y salud en la vejez en últimos 15 años.

De la revisión de la literatura, sorprende la disparidad de los resultados reportados, esto puede deberse a que la mayoría de los estudios han estado limitados en cuanto al tamaño reducido de la muestra; a la diversidad de los contextos sociales y culturales, y a la variedad de metodologías empleados. También se puede señalar que la evidencia empírica no es abundante, y ésta se concentra en países desarrollados.

En México, los estudios sobre recursos psicológicos se han enfocado en analizar su efecto como predictores de la movilidad social (Palomar y Lanzagorta, 2005), o como mediadores en la relación entre pobreza y bienestar (Palomar, Lanzagorta y Hernández, 2005); no se encontró ninguno donde se analizara su relación con la salud.

Cuadro 1.2 Principales hallazgos en estudios sobre recursos psicológicos y salud en la vejez

Fuente	N (Edad)	País	Tipo de estudio / Duración / Hallazgos
Kahana <i>et al.</i> (2011)	561 (72+)	EEUU	Longitudinal/ 4 años/ (1) El nivel de recursos psicológicos fue mayor para las mujeres, los más jóvenes y con mayor educación, (2) los recursos redujeron pero no eliminaron el impacto de estresores -enfermedades crónicas y disfuncionalidad- sobre la calidad de vida, (3) el efecto de los recursos fue de manera indirecta, a través de conductas proactivas -realización de ejercicio y de planes financieros para el futuro-.
McDougle <i>et al.</i> (2014)	1,805 (25+)	EEUU	Transversal/ (1) Aún controlando por variables sociodemográficas, los recursos psicológicos se asociaron con autoevaluaciones de salud más altas ($p=0.04$), (2) la interacción de los recursos -trabajo voluntario, religión- incrementó la magnitud de la asociación - p 0.02-, (3) el efecto de los recursos sobre la salud sólo fueron significativos para los grupos de adultos y adultos mayores.
Musick <i>et al.</i> (2003)	2,348 25+	EEUU	Longitudinal/ 8 años/ (1) Los recursos psicológicos estuvieron asociados ($p<0.01$) con mayores niveles de bienestar para el grupo de 65+, (2) el efecto de los recursos mostró ser acumulativo: en tanto más tiempo el anciano empleara los recursos -trabajo voluntario, autoestima-, mayor la asociación, (3) la diferencia de efectos entre los grupos de edad, refuerza la tesis de que en la vejez es más importante reunir y movilizar los recursos psicológicos al alcance para hacer frente a los problemas de salud o a la pérdida de roles sociales - <i>e.g.</i> jubilación-.
Perrig-Chiello <i>et al.</i> (2006)	441 65+	Suiza	Longitudinal/ 2 años/ (1) Hay un efecto de la edad y el tiempo sobre la disminución de la funcionalidad, la fuerza física y la memoria, (2) los recursos psicológicos se mantuvieron estables en el tiempo (3) controlando por la edad, los recursos psicológicos fueron un predictor significativo de la funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria pero no para las actividades básicas, donde resulto mejor predictor, la movilidad.
Pinquart <i>et al.</i> (2007)	300 (18+)	Alemania	Longitudinal/ 9 meses/ (1) De una muestra de pacientes con cáncer y un grupo control con individuos sanos, los pacientes jóvenes (18 a 59 años) reportaron índices más altos de recursos psicológicos al inicio del estudio -antes de iniciar la quimioterapia-, (2) no se encontraron diferencias entre la edad y el número de recursos psicológicos, (3) que los pacientes adultos mayores no reportaran índices tan altos como el de los jóvenes, indica que no movilizaron sus recursos al inicio del estudio y puede deberse a que ellos lidian mejor con las pérdidas, (4) al final del estudio, el grupo de pacientes mostró una disminución en tres de los cuatro recursos psicológicos estudiados; del grupo control, sólo los adultos mayores tuvieron una ligera disminución en uno de los recursos, (5) el diagnóstico de cáncer puede conducir a sentimientos de desesperanza y pérdida de control, sin embargo no se presenta de manera inmediata. El optimismo se redujo para los pacientes cuyo cáncer no podía ser curado. Y la autoestima disminuyó ligeramente entre aquellos que aún no tenían satisfechas sus expectativas de éxito en la quimioterapia -mejoría en su salud-.

Cuadro 1.2 (Continuación)

Fuente	N (Edad)	País	Tipo de estudio / Duración / Hallazgos
Sargent <i>et al.</i> (2015)	2,199 (60+)	Australia	Longitudinal/ 9 años/ (1) Los recursos psicológicos son dinámicos: pueden reducirse o ampliarse en el tiempo, (2) los recursos son predictores de la práctica de conductas de salud, (3) los sujetos con mayor nivel de recursos psicológicos presentaron mejores estados de salud ($p<0.001$) y menor probabilidad a enfermarse a lo largo del seguimiento, (4) el efecto de los recursos es de manera indirecta a través de las conductas de salud - <i>e.g.</i> , alguien con recursos es más proclive a ejecutar acciones para lograr sus metas, tales como la realización de ejercicio para mantener o mejorar la salud-.
Son <i>et al.</i> (2011)	3,257 (65+)	EEUU	Longitudinal/ 10 años/ (1) Los recursos psicológicos se asociaron significativamente con autoevaluaciones más altas de salud, y con menores síntomas físicos -dolores, sudoración-, (2) los recursos no tuvieron efecto en la presencia de enfermedades crónicas, (3) el efecto diferencial de los recursos sobre las medidas de salud puede deberse a que las primeras -autoevaluación y síntomas- tienen un componente subjetivo susceptible a sesgo, ya que en la valoración que el sujeto hace sobre su salud, además de considerar aspectos físicos, incluye otros relativos al bienestar o el estado de ánimo, que estarían más ligadas a los recursos psicológicos que las medidas objetivas de salud -número de enfermedades-.
Windle <i>et al.</i> (2004)	423 (70+)	Gales	Transversal/ (1) Las medidas de salud -estado de salud y ausencia de dolor físico- se asociaron significativamente con el bienestar ($p<0.001$), (2) para los que estaban enfermos y sufrían de dolor físico, el efecto de la salud física sobre el bienestar, la soledad y el aislamiento fue mediado por los recursos psicológicos.
Yang (2006)	1,149 (65+)	EEUU	Longitudinal/ 6 años/ (1) La presencia de enfermedades y disfuncionalidad <i>per se</i> , no necesariamente conducen a niveles de estrés, (2) la interacción entre un condición adversa de salud y la falta de recursos explican los altos niveles de estrés; (3) de los recursos observados, el apoyo social percibido y la autoestima son los que tiene el papel más relevante como reductores del estrés, mediando los efectos de la enfermedad y la depresión.

Fuente: Elaboración propia

En los estudios presentados en el Cuadro 1.2, se ha señalado que la relación entre los recursos psicológicos y la salud en la vejez, puede verse alterada por la presencia de variables de índole sociodemográfico, conductual, y del curso de vida que han sido asociadas reiteradamente con la salud. Entre ellas, el nivel educativo, el ingreso, el estado civil, el sexo, la actividad física, la dieta balanceada, el consumo de alcohol, los cuidados preventivos, o la salud y pobreza en la infancia, por mencionar algunos. A excepción de las condiciones de la niñez que previamente fueron abordadas, a continuación se revisarán algunos de estos factores.

Es conocido que la educación determina en gran parte el nivel social, económico y la salud de las personas (García, 2008). A este respecto, se ha encontrado que personas con un mayor nivel

educativo tienden a reportar mejor estado de salud (Nummela, Seppänen y Uutela, 2011; Smith y Goldman, 2007).

Se ha señalado que los individuos con ingresos más altos tienen mejor salud -autoevaluada y menor prevalencia de enfermedades crónicas-, en comparación con los de ingresos más bajos (Costa-Font y Costa-Font, 2009; Furnée y Pfaan, 2010; Frytak, Harley y Finch, 2006; Gravelle y Sutton, 2009; Mullahy y Wolfe, 2001). Esto puede deberse a que tienen mayor acceso a nutrición adecuada, información y servicios de salud.

Se han reportado menores tasas de mortalidad entre las personas que viven en pareja -matrimonio o unión-, sugiriendo un impacto positivo sobre la salud (García, 2008; Peek, Perez y Stimpson, 2012). Esto puede deberse a un efecto de selectividad, donde las personas solteras con un mayor riesgo a morir -con mala salud o que practiquen conductas de riesgo- tienen menores probabilidades o son menos proclives a vivir en pareja. Sin embargo, en estudios donde se ha controlado por factores premaritales, siguen encontrando la mayor sobrevivencia de los casados/unidos, lo que habla de la vida en pareja como un efecto protector; esto quizá se deba a que promueve hábitos de vida más saludables, y dado que la salud y las ventajas de vivir un estilo de vida saludable, son acumulables a lo largo del curso de vida; los que se mantienen en una unión estable, pueden tener más ventajas en la vejez (Uhlenberg y Mueller, 2006).

Por otro lado, estudios previos han encontrado que las mujeres tienen a evaluar peor su estado de salud en comparación con los hombres, además de presentar una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (Gutiérrez 2001, citado en Reyes, 2006; Nummela *et al.*, 2007).

En cuanto al área de residencia, se ha señalado que los adultos mayores que viven en zonas rurales presentan estados de salud más pobres comparados a los que viven en zonas urbanas (Nummela *et al.*, 2007; Smith y Goldman, 2007). Se ha señalado también, que hay ciertos comportamientos -hacer ejercicio, llevar una dieta balanceada, no consumir alcohol o fumar- que promueven la salud, encontrándose una fuerte correlación entre estas conductas y la salud física (Peek, Perez y Stimpson, 2012). Finalmente, se ha reportado que tener cuidados preventivos de salud se asocia con una menor morbilidad, puede retrasar la aparición de padecimientos o disminuir la progresión de la enfermedad, y a través de la detección temprana de enfermedades, se asocia con menores tasas de mortalidad (Wu, 2003 citado en Pagán, Puig y Soldo, 2007).

CAPÍTULO II. ENVEJECIMIENTO Y SALUD EN MÉXICO

2.1 Envejecimiento poblacional

El envejecimiento tiene una manifestación poblacional y una individual. Desde la perspectiva demográfica, una población envejece cuando la proporción de individuos en los grupos de edad avanzada aumenta debido a los cambios producidos en los componentes demográficos: mortalidad, fecundidad y migración (Ybáñez, 2013). Al descender las tasas de natalidad, la importancia relativa de los grupos de edades avanzadas aumenta -envejecimiento por la base-, en tanto que, al incrementarse la esperanza de vida, resultado de la disminución de la mortalidad, el número de personas que llegan a edades avanzadas va en aumento -envejecimiento por la cúspide-, de este modo, la proporción de adultos mayores aumenta de forma continua en una población (Ybáñez y Alarcón, 2007).

En México, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo XX, y durante la primera mitad de del siglo XXI, estará atravesando por un cambio demográfico donde la proporción de la población envejecida aumentará con respecto a los otros grupos de edad (Conapo, 2011).

No sólo el número de adultos mayores va en constante ascenso, sino también la esperanza de vida -promedio de años que le resta por vivir a un grupo de personas de una misma edad-. Para la población mexicana de 65 años y más, se incrementó de 14.8 años en 1970 a 18.3 en 2010 para las mujeres, y de 14.1 a 16.8 años para los hombres (Conapo, 2014). No obstante, cuando se habla de esperanza de vida saludable para la población en general -promedio de años libre de enfermedad que un recién nacido puede esperar vivir-, ésta se reduce a 65.8 años, lo que significa que, los siguientes años que un adulto mayor aspire a vivir para alcanzar la esperanza de vida general (74.7 años), es probable que haya una carga de enfermedad y dependencia (Conapo, 2014; Gómez *et al.*, 2014).

Finalmente, al igual que en otras sociedades, en México la vejez es mayormente femenina; esto se debe a su mayor sobrevivencia en comparación con la de los hombres. Una manera de ilustrar lo anterior es a través del índice de feminidad -número de mujeres por cada 100 hombres-

que en 2010 para la población de 65 años o más, era de 116 mujeres adultas mayores por cada 100 hombres (Conapo, 2011).

A nivel individual, la definición de vejez no es inequívoca, ha sido abordada por diversos teóricos sin haber un consenso respecto de su conceptualización, pues varían dependiendo de la perspectiva desde la que se le analiza. En este trabajo se empleará la edad cronológica para definir la vejez, esto es: persona mayor de 60 años. Este punto de corte se consideró por tres motivos: a) es el empleado en diversos estudios sobre esta población, b) es el criterio usado por el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM, 2015), y c) es la edad establecida por la OMS (2015) como inicio de la vejez para países en desarrollo.

2.1.1 Transición demográfica

El incremento de la población de adultos mayores en México, es una de las consecuencias de la transición demográfica -pasar de altos niveles de natalidad y de mortalidad sin control, a bajos niveles controlados-, proceso que comenzó después de la Revolución y que ha sido el resultado de las transformaciones económicas, la urbanización, la ampliación de los sistemas de educación y las mejoras en la salud pública (Castillo y Vela, 2005). A continuación, se verá cómo operaron estos cambios en los componentes demográficos de la fecundidad y la mortalidad.

Luego del levantamiento armado que se vivió en el país en los albores del siglo XX, donde se estima que se perdieron 2.9 millones de personas: 49% debido a mortalidad; 38% a causa de los que dejaron de nacer, y 13% que migró a Estados Unidos (Ordorica, 2014), se inició un proceso de rápido y sostenido descenso de la mortalidad. Esto fue logrado gracias a la inversión en obra pública; la expansión de los servicios educativos y de infraestructura sanitaria, así como a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1942 y con ello, la extensión de los servicios de salud; a nivel mundial, el descubrimiento y desarrollo de antibióticos también jugó un papel relevante (Ordorica, 2014; Partida, 2005).

Por otra parte, como resultado de la pérdida del territorio en la guerra contra Estados Unidos, y de población en la Revolución, en la década de 1930 se aprueba la primera Ley General de Población con una política pronatalista: había que poblar el país y ocupar espacios

deshabitados; como resultado, se duplicó la población entre 1950 y 1970 al pasar de 25.8 a 50.7 millones de personas (Ordorica, 2014). En 1974 se publica la nueva Ley General de Población con un enfoque que buscaba regular el crecimiento demográfico, para ello se difundieron programas de planificación familiar, e incrementó la prevalencia en el uso de anticonceptivos, que devino en un descenso de la fecundidad.

El envejecimiento poblacional, producto de estos cambios demográficos, tiene impactos en diversos ámbitos a nivel individual y colectivo. Entre ellos, la mayor prevalencia de enfermedades crónico degenerativas y disfuncionalidad, que se traduce en un aumento en la demanda de cuidados y servicios de salud (Ybáñez, Vargas y Torres, 2005).

2.2 Salud en los adultos mayores mexicanos

El proceso de envejecimiento tiene importantes consecuencias para la salud. Los estilos de vida, la exposición a determinadas condiciones psicológicas, sociales y físicas tienen efectos en el deterioro de la salud de los individuos en edades avanzadas (González-González *et al.*, 2011; Wong y Lastra, 2001).

Como en las sociedades que han atravesado por la transición epidemiológica - desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades degenerativas, accidentes y enfermedades mentales-, se ha modificado el cuadro de las principales causas de muertes con el predominio de las enfermedades crónicas. Esta estructura de las defunciones también está relacionada con la edad, el sexo de las personas, con su situación económica y social, y la eficacia de los sistemas de salud (INEGI, 2015a). Durante 2013, las tres principales causas de defunción fueron las enfermedades del corazón; la diabetes mellitus y los tumores malignos (INEGI, 2015b).

La morbilidad geriátrica está caracterizada por el incremento en las enfermedades crónico degenerativas; la multimorbilidad y la proclividad al deterioro funcional. En estas edades avanzadas también tienen una alta prevalencia los síndromes geriátricos, tales como las caídas, el maltrato o los déficits neurosensoriales, que, junto con las enfermedades crónicas, limitan la funcionalidad del viejo (Gutiérrez-Robledo y Lezana, 2013).

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2015) las enfermedades crónicas han aumentado su incidencia; la hipertensión arterial y la diabetes, junto con sus complicaciones, son las principales patologías que afectan a la población mexicana. Esto coincide con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, donde los tres principales padecimientos reportados en la población adulta mayor fueron hipertensión (40%), diabetes (24%) e hipercolesterolemia (20%), seguidos, en menor medida, de enfermedades del corazón, embolia y cáncer (Gómez *et al.*, 2014). Los hallazgos sobre la alta prevalencia, principalmente de hipertensión y diabetes son refrendados en el último informe del IMSS (2015), donde reportan que 6.5 millones de sus derechohabientes padecen hipertensión, en tanto que 3.5 millones están diagnosticados con diabetes. Esto cobra relevancia, dado que las enfermedades crónicas se caracterizan sobre todo por su contribución a los años vividos con discapacidad, o con dificultades y limitaciones para realizar actividades (Gómez *et al.*, 2014).

De acuerdo con estimaciones de la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) para México, las tres principales causas de años de vida ajustados por discapacidad en 2013, es decir, años de vida potenciales perdidos debido a una muerte prematura y años de "vida saludable" perdidos al tener una enfermedad o discapacidad, fueron la diabetes, las cardiopatías isquémicas y la insuficiencia renal (GBD, 2015). En consonancia con lo anterior, el IMSS (2015) reporta que las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles representan la mayor carga de enfermedad, siendo las responsables de 81% de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) en 2010, así como los principales motivos de consulta externa para la población derechohabiente.

Analizando esto a mayor detalle, llama la atención que sólo cuatro de estas enfermedades crónicas, a saber: diabetes mellitus, isquémica del corazón, insuficiencia renal crónica y vasculares cerebrales, sean responsables de 46% de las defunciones y 37% del total de AVISA para la población de 60 años o más (Gómez *et al.*, 2014). En general, el perfil de AVISA por causas son muy similares entre hombres y mujeres, sin embargo hay ciertos padecimientos que muestran ciertas diferencias por sexo, este es el caso de la artritis reumatoide, que tiene una incidencia mayor en las mujeres, en tanto que la insuficiencia renal crónica y la cirrosis es mayor en hombres (Gómez *et al.*, 2014).

Además de las enfermedades crónicas, durante el envejecimiento puede presentarse un deterioro funcional que limitaría a los individuos a realizar ciertas actividades de la vida diaria (AVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las primeras contemplan caminar, vestirse, bañarse, comer, entrar y salir de la cama, y usar el excusado; las segundas se refieren a ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas domésticas o salir de casa a algún sitio lejano (García, 2008). De acuerdo a Solís (2001) dichas limitaciones aumentan después de los 75 años de edad, principalmente entre las mujeres y en las zonas rurales.

La carga de la enfermedad durante la vejez es diferente por sexo de acuerdo a los roles sociales desempeñados durante la trayectoria de vida: los hombres, en tanto proveedores, tienen una actividad más intensa en el mercado laboral por lo que pueden estar sujetos a mayores presiones físicas y mentales que ponen en riesgo su organismo. La mujer, por su rol reproductivo y cuidadora de la unidad familiar, tiene un marco epidemiológico distinto al del hombre (Salgado y Wong, 2007). En este sentido, es conocido que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, sin embargo, en comparación a éstos, suelen presentar un peor estado de salud (Angel, Angel y Hill, 2008; Wong *et al.*, 2015). Los hombres suelen padecer con mayor frecuencia enfermedades agudas en tanto que las mujeres enfermedades crónicas.

Entre los adultos mayores mexicanos, se ha observado que las mujeres tienen una mayor prevalencia de las distintas enfermedades crónicas en comparación a los hombres, con excepción de las embolias cerebrales y los ataques al corazón, que suelen ser más frecuentes en ellos (Gutiérrez 2001, citado en Reyes, 2006; Wong *et al.*, 2015). Finalmente, las mujeres suelen presentar más limitaciones y dificultades para realizar tanto las AVD como las AIVD; en cuanto a estas últimas, preparar comida suele ser una limitación más reportada por los hombres, lo cual puede deberse a la propia trayectoria de vida del individuo, así como a las prácticas culturales y la histórica división del trabajo entre hombres y mujeres (Gutiérrez, 2001, citado en Reyes, 2006; Huang, Soldo y Elo, 2011; Wong *et al.*, 2015).

Junto a las enfermedades crónicas y la disfuncionalidad, la demencia se ha convertido en un problema de salud pública, ya que es una de las enfermedades más comunes en los adultos mayores, y al ser una causa importante de discapacidad, afecta de manera directa su calidad de vida y determina un mayor uso de los servicios de salud (Mejía-Arango *et al.*, 2007). En

Latinoamérica, se han reportado tasas de prevalencia de demencia que oscilan entre 3 y 7%. En la población adulta mayor mexicana, se encontró una prevalencia de 6 % y de 29% para el deterioro cognitivo sin demencia (Mejía-Arango y Gutiérrez, 2011).

Para México, el proceso de envejecimiento representa un desafío mayor, dado que está avanzando a una mayor velocidad que la creación de los recursos para hacer frente a las necesidades de salud de este grupo poblacional, en particular en la disponibilidad, acceso y uso de servicios médicos, ya que los adultos mayores utilizan servicios de salud con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población (Gómez-García *et al.*, 2013; Gómez *et al.*, 2014). Un ejemplo del reto que se tiene por delante son las enfermedades crónicas, que se caracterizan por ser de larga duración y lenta progresión, suelen ser complejas, implican un alto grado de dificultad técnica y un elevado costo de atención. (Gómez-García *et al.*, 2013; IMSS, 2015).

Para muestra de lo anterior, en 2014 el gasto en el IMSS por la atención médica de los pacientes en tratamiento con alguna enfermedad crónico degenerativa fue de 86,139 millones de pesos, esta cifra representa 32% del gasto médico de la institución para ese año (IMSS, 2015). Con el crecimiento de la población adulta mayor el problema se agudizará en los próximos años, por tanto, es necesario conocer las características sociodemográficas, psicológicas y de salud de esta población, a fin de sugerir estrategias de prevención y generación de políticas públicas.

Una valiosa fuente para conocer más sobre este grupo poblacional es ENASEM, que fue la primera encuesta que recolectó información sobre diversas características de la población adulta mayor mexicana con una muestra distribuida en las 32 entidades federativas en zonas urbanas y rurales. El primer levantamiento fue en 2001 y cuenta con tres rondas más, en 2003, 2012 y 2015. La línea base de ENASEM (2001) es representativo de la población de 50 años o más, hacia fines del año 2000, que estaba integrada por 14 millones de habitantes, aproximadamente (Wong, Espinoza y Palloni, 2007). Se ha afirmado que los recursos psicológicos son estables en el tiempo (Perrig-Chiello *et al.*, 2006), de manera que para este trabajo se usaran las rondas de 2001 y 2012 de ENASEM, porque se considera que once años son una ventana de tiempo suficiente para observar el efecto de los recursos psicológicos sobre el cambio en el estado de salud del adulto mayor.

2.3 Hipótesis de trabajo

A partir de la revisión de la literatura se han apreciado ciertas lagunas de conocimiento en la relación entre recursos psicológicos y salud en el vejez. A partir de las siguientes hipótesis de trabajo, se buscará cubrir algunas de ellas:

- Los sujetos que cuenten con recursos psicológicos -estado de ánimo positivo; locus de control interno; realización de trabajo voluntario; importancia de la religión y presencia de apoyo social- no presentarán cambios en su estado de salud entre el año 2001 y 2012, es decir, seguirán sanos.
- Las características sociodemográficas, conductuales y del curso de vida que presentarán los adultos mayores que cambiaron su estado de salud de sanos a enfermos serán: ser mujer; pertenecer al grupo de edad más avanzado; baja escolaridad; no estar casado o unido; vivir en área rural; fumar; tomar; no hacer ejercicio, y haber tenido una salud precaria en la niñez.

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Fuente de datos

Los datos para el presente trabajo fueron extraídos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Este estudio prospectivo de panel, tuvo su primer levantamiento en 2001, realizado mediante la colaboración del INEGI e investigadores de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin de los Estados Unidos, con el fin de obtener información sobre el proceso de envejecimiento, condiciones socioeconómicas, de salud y discapacidad de la población de 50 años y más. En esa primera ronda se entrevistaron a 15,186 personas nacidas antes de 1951 y a su cónyuge/pareja para una tasa global de respuesta de 91.8%. De este total, 1,032 fueron entrevistas por sustituto cuando el entrevistado, por razones de enfermedad o ausencia temporal, no se encontraba en disposición para responder (INEGI, 2013). Respecto a la confidencialidad, personal del INEGI, al hacer contacto inicial con los adultos mayores, explicó el objetivo del estudio y aseguró el anonimato de su participación, tras lo cual solicitó su consentimiento informado de acuerdo con lo que establecen los principios éticos para las investigaciones con humanos de la Declaración de Helsinki (Wong, Espinoza y Palloni, 2007).

Para la segunda ronda, en 2003, se realizaron 14,386 entrevistas de seguimiento a los sobrevivientes y al nuevo cónyuge/pareja, y 546 entrevistas a los familiares de los participantes que fallecieron entre 2001 y 2003 (INEGI, 2013). En 2012 se llevó a cabo la tercera ronda con 12,569 entrevistas al panel de 2003 y su nuevo cónyuge/pareja; 2,742 entrevistas a los familiares de los participantes fallecidos entre el levantamiento de 2003 y 2012, y una nueva muestra de 5,896 personas nacidas entre 1952 y 1962 (INEGI, 2013). En el otoño de 2015, se levantó la cuarta ronda del estudio con 13,764 adultos mayores del panel de 2012, sin embargo los datos de este último levantamiento aún no están disponibles (ENASEM, 2016).

El ENASEM contiene información de los adultos mayores participantes sobre:

- Medidas de salud: autoreporte de enfermedades; síntomas; estado funcional; estilo de vida; depresión; dolor; desempeño de lectura, y estado cognoscitivo.
- Antecedentes: salud y condiciones de vida en la niñez; educación; alfabetismo; historia migratoria, e historia marital.

- Familia: listados de todos los hijos y sus atributos demográficos; experiencias migratorias de los padres y hermanos, y características sociodemográficas de todos los residentes del hogar actual.
- Transferencias: ayuda financiera y de tiempo recibida y otorgada.
- Datos económicos: fuentes y cantidades de ingreso; tipo y valor de bienes, y uso/proveedor/gastos de servicios de salud.
- Trabajo: historia laboral; ocupación; posición en el trabajo, y lugar de trabajo habitual.
- Ambiente de la vivienda: tipo; ubicación; materiales de construcción; calidad de la vivienda; regularidad de la propiedad, y disponibilidad de bienes de consumo duradero.
- Antropométrica: en una submuestra de 20% se midió peso; estatura; circunferencia de cintura; cadera; pantorrilla; altura de la rodilla, y balance sobre una pierna.
- Impresiones personales: autoevaluación de la salud en general; opinión personal del estado económico individual; del nivel de control en decisiones.
- Viudez: para las personas que enviudaron entre 2001 y 2012, los cambios económicos; de trabajo y de residencia ocurridos como resultado del fallecimiento del cónyuge (Wong, Espinoza y Palloni, 2007).

El diseño de la muestra del ENASEM fue probabilístico, estratificado y por conglomerados, donde la unidad última de selección fue la vivienda y la unidad de observación fue la persona de 50 años o más cumplidos al momento de la entrevista (INEGI, 2013).

3.2 Diseño del estudio

Este estudio fue de tipo longitudinal. Se usó la población entrevistada en ENASEM en dos momentos en el tiempo: 2001 y 2012. De la línea de base (2001) se seleccionaron a todos los sujetos de 60 años o más al momento de la entrevista, que contaran con información completa sobre las variables de interés -estado de salud, recursos psicológicos, características sociodemográficas, conductas de salud y condiciones en la niñez- y que formaran parte del seguimiento realizado en 2012. Este diseño permitió analizar el cambio en el estado de salud después de 11 años -sano/sano y sano/enfermo- y su relación con las variables explicativas -recursos psicológicos-.

La muestra para este estudio fue dirigida, no se realizó ningún tipo de balanceo, dado que se buscaba el mayor número de adultos mayores sanos. Esta investigación incluyó 1,200 adultos mayores (16% de la población de 60 años o más del ENASEM 2001). A continuación, se describirán los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Selección de la muestra

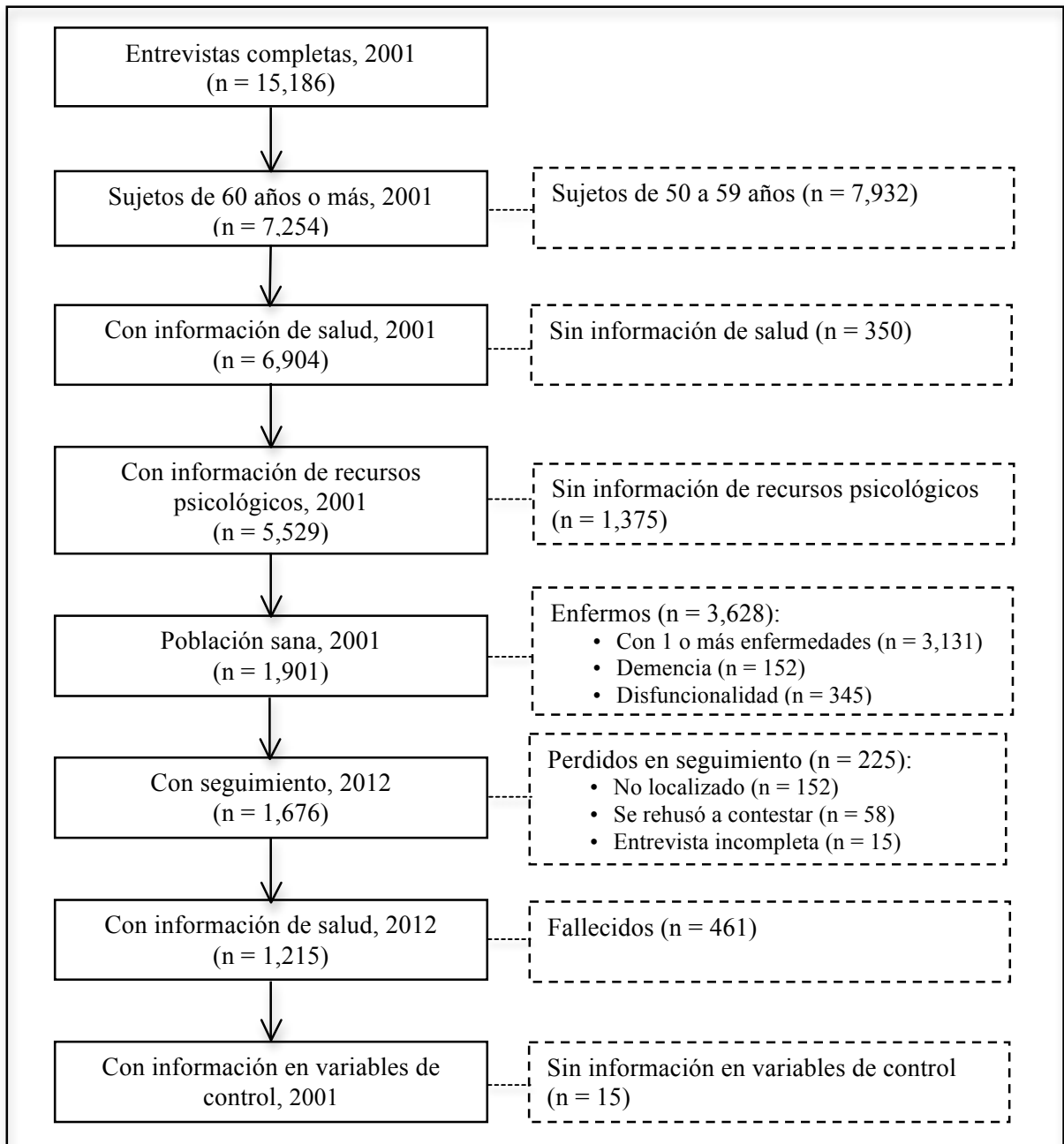
Un total de 7,254 sujetos de 60 años o más al momento de la encuesta, fueron entrevistados en ENASEM 2001 (se descartaron 7,932 que tenían entre 50 y 59 años). De ellos, se excluyeron a 1,725 individuos (24%) debido a que tenían datos faltantes en las variables de salud y de recursos psicológicos (350 y 1,375 sujetos, respectivamente). Dado que el interés era observar el cambio en la salud de aquellos que se encontraban sanos en 2001, se eliminaron las observaciones de 3,628 individuos (50%), que en ese año tenían una condición de enfermedad: presencia de demencia, disfuncionalidad o alguna enfermedad crónica. Para 2012 no se contó con la información de salud de 686 individuos (9%) debido a que se perdieron en el seguimiento o fallecieron, y un adicional de 15 sujetos que no tenían datos en las variables de control en 2001 -características sociodemográficas, conductas de salud y condiciones en la niñez- fueron excluidos. Esto dejó un tamaño de muestra efectivo de 1,200 adultos mayores (ver Figura 3.1).

3.4 Definición de variables

Las variables fueron calculadas a partir de escalas y preguntas de las secciones de ENASEM 2001 y 2012 (Anexo 1) con información de medidas de salud, antecedentes, familia, transferencias, trabajo, datos económicos e impresiones personales. Para efectos prácticos, se han categorizado en variables de salud, de recursos psicológicos, de características sociodemográficas, de conductas de salud y de condiciones en la niñez (Cuadro 3.1).

La variable salud, es la única que se medirá en dos momentos en el tiempo. La primera en 2001 para establecer la población de línea base: adultos mayores sanos, y el segundo momento en 2012 para conocer si el adulto mayor se mantuvo sano -sin cambio- o enfermó -con cambio-.

Figura 3.1 Selección de la muestra, ENASEM 2001-2012



Fuente: Elaboración propia

En cuadros con líneas discontinuas, los individuos excluidos.

Cuadro 3.1 Variables para el análisis

Variable	Definición operacional	Categoría(s)
Salud		
Estado de salud	Salud de los sujetos	Sano Enfermo ≥ 1 autoreporte de enfermedades crónicas: hipertensión; diabetes; enfermedad respiratoria; ataque al corazón; embolia cerebral; artritis o reumatismo. Presencia de demencia, según la evaluación cognoscitiva (ver en Mejía-Arango <i>et al.</i> , 2015). Presencia de disfuncionalidad: ≥ 1 incapacidad para realizar actividades básicas: bañarse; comer; ir a la cama; usar el excusado.
Cambio del estado de salud	Pasar de sano a enfermo	Sin cambio: sano/sano Con cambio: sano/enfermo ≥ 1 autoreporte de enfermedades crónicas
Recursos psicológicos		
Estado de ánimo positivo	Ausencia de sintomatología depresiva	Ausencia ≤ 4 respuestas afirmativas en la escala de depresión Presencia ≥ 5 respuestas afirmativas en la escala de depresión
Locus de control	Tener locus de control interno	Interno >16 puntos en la escala de LOC Externo ≤ 16 puntos en la escala de LOC
Trabajo voluntario	Realizar trabajo voluntario para organizaciones religiosas, educativas, de caridad o para la comunidad	Realiza trabajo voluntario No realiza trabajo voluntario
Religiosidad	¿Qué tan importante es la religión en su vida?	Muy importante Algo o nada importante
Apoyo social	Recibir ayuda material -en dinero o en especie- de hijos o nietos	Recibe No recibe
	Recibir apoyo instrumental -quehaceres del hogar, mandados, transporte- de hijos o nietos	Recibe No recibe
	Percepción de contar con apoyo de amigos o vecinos para cosas cotidianas	Recibe No recibe
Características sociodemográficas		
Sexo	Sexo de los sujetos	Hombre Mujer
Edad	Edad en años	60-69 años
		70-79 años
		80 años y más
Educación	Años de educación	0 años (sin educación formal)
		1-6 años
		7 años y más
Área de residencia	Lugar de residencia	Rural Urbano

Cuadro 3.1 (Continuación)

Variable	Definición operacional	Categoría(s)
Características sociodemográficas		
Estado civil	Vivir en pareja	Con pareja Casado o en unión civil Sin pareja Soltero; divorciado o separado Viudo(a)
Ingreso ³	Ingreso mensual en pesos	\$ 0 - \$ 500 \$ 501 - \$ 1,500 \$ 1,501 - \$ 3,000 \$ 3,001 o más
Derechohabiencia	Ser derechohabiente a servicios de salud	Derechohabiente No derechohabiente
Conductas de salud		
Fumar	No fumar cigarros actualmente	No fuma Fuma
Beber alcohol	No beber alcohol actualmente	No bebe Bebe
Cambio de hábitos	Haber realizado cambios en hábitos de alimentación y ejercicio	Con cambio de hábitos Sin cambio de hábitos
Actividad física	Realizar actividad física tres veces por semana o más	Realiza actividad física No realiza actividad física
Cuidados preventivos	Tener cuidados preventivos de salud	Tiene cuidados preventivos ≥ 1 respuesta afirmativa a realización de pruebas o procedimientos médicos preventivos: colesterol; diabetes; tuberculosis; hipertensión; mamografía; Papanicolaou; próstata. No tiene cuidados preventivos
Condiciones en la niñez: antes de los diez años		
Pobreza	Haber tenido carencias económicas en la niñez	No pobre Pobre ≥ 1 respuesta afirmativa a: dormir generalmente con hambre; no usar zapatos regularmente; haber abandonado la escuela para ayudar a los padres; dormir en el cuarto que se usaba para cocinar; no tener excusado en la vivienda.
Estado de salud	No haber tenido alguna enfermedad antes de cumplir los diez años	Sano Enfermo ≥ 1 reporte de enfermedades en la niñez: tuberculosis; fiebre reumática; polio; fiebre tifoidea.

Fuente: Elaboración propia con información de ENASEM, 2001

³ De acuerdo a la distribución de la variable ingreso, 77% de los sujetos ganaban menos de 3,000 pesos al mes. Con fines prácticos se definieron esas categorías.

A diferencia de las variables estado de ánimo positivo y LOC, que se construyeron a partir de escalas incluidas en ENASEM, los otros recursos psicológicos fueron medidos a través de una sola pregunta. Para el estado de ánimo positivo se empleó una versión modificada de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) con nueve reactivos, la cual estaba validada para la población mexicana (Aguilar-Navarro *et al.*, 2007). Para la medición del LOC, se usó una adaptación con ocho reactivos, de la Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter (1966). Para el análisis también se incluyeron variables relacionadas con características sociodemográficas, conductas de salud y condiciones de vida en la infancia que han mostrado relación con el cambio en la salud de los adultos mayores.

3.5 Análisis estadístico

Todos los análisis estadísticos se realizaron con los datos sin ponderar, eliminando datos faltantes, y empleando el programa Stata/SE 12.0. El primer paso fue, a través de estadística descriptiva, describir las características sociodemográficas de los adultos mayores por a) su estado de salud; b) condición de seguimiento; c) cambio en el estado de salud; d) presencia de recursos psicológicos, y e) prevalencia de enfermedades. A la par, se realizaron pruebas de independencia que fueron examinadas mediante el estadístico *chi cuadrado* para las variables categóricas -*e.g.* estado de ánimo positivo, sexo- que verifica la hipótesis nula de la independencia en las distribuciones de las variables, es decir, no hay asociación entre las dos características (Triola, 2009); en tanto que para las dos variables continuas (edad y años de educación) se emplearon pruebas de *t de student*, y se evaluó la igualdad de medias entre los grupos mediante análisis de varianza (ANOVA) y análisis *post hoc* de Bonferroni. Para las ANOVA se probó la homogeneidad de las varianzas entre los grupos -homocedasticidad- a través de la prueba de Levene; en los casos en los que se encontró que la variable no cumplía los supuestos requeridos para un análisis paramétrico -ANOVA-, se empleó el equivalente no paramétrico: la prueba de Kruskal-Wallis.

En segundo lugar, con las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa con el cambio en el estado de salud durante las pruebas de independencia, se aplicó el método de correlación de *Spearman* para determinar la relación entre ellas. Se seleccionó este método porque no requiere que las variables presenten una distribución normal, supuesto que no se cumplía en las usadas para este estudio. Finalmente, se emplearon modelos de regresión

logística para evaluar la asociación del cambio de salud y los recursos psicológicos. Se calcularon diferentes modelos para probar la interacción de los recursos psicológicos con el cambio en el estado de salud ajustando por características sociodemográficas, por conductas de salud y condiciones en la niñez, para ello se calcularon razones de momios, así como intervalos de confianza a 95% de confianza. La razón para usar este nivel radica en que es el más empleado en ciencias sociales y permite, sin sacrificar precisión, cubrir un amplio margen de datos. La variable dependiente en todos los modelos fue el cambio en el estado de salud usando como categoría de referencia, sin cambio, es decir, seguir sano.

La razón de momios mide la probabilidad del evento de interés -cambio en el estado de salud- y la probabilidad que no se produzca el evento -sin cambio- en una población expuesta a determinados factores -recursos psicológicos-, es decir, representa cuántas veces más o menos ocurrirá el evento en el grupo expuesto al factor -los que carecen del recurso psicológico-, comparado con el grupo no expuesto -los que cuentan con el recurso-. Una razón igual a uno indicaría la ausencia de asociación. Un valor inferior a uno indicaría una asociación negativa -la carencia del recurso disminuyó el riesgo de haber enfermado-, mientras que un valor superior a uno indica una asociación positiva -la falta del recurso es un factor de riesgo para haber pasado de estar sano a enfermo- (Hernández, 2009; Szklo y Nieto, 2003).

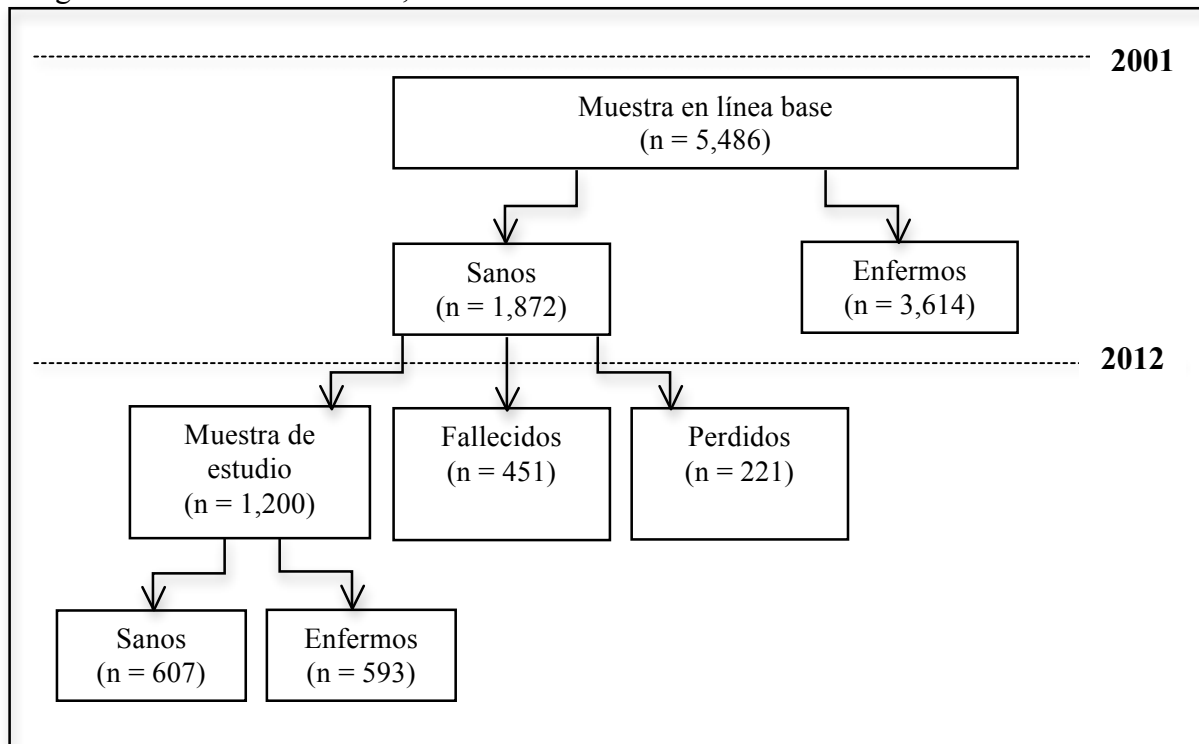
Para realizar el diagnóstico de la regresión logística se empleó como medida de bondad de ajuste la *seudo R^2 Nagelkerke* que toma un valor de cero a uno; un valor cercano a uno significa que las variables del modelo explican bien el fenómeno, por tanto, cuanto más alto el valor, mejor se explicaba el cambio en el estado de salud. Para seleccionar el modelo más parsimonioso -el más reducido y que siguiera explicando el fenómeno-, se evaluó la confiabilidad de los modelos y se contrastaron entre sí, empleando: a) el Criterio de Información de Akaike (AIC por sus siglas en inglés), donde el mejor modelo fue el que tuvo el valor AIC más bajo; b) la prueba de razón de verosimilitud (LR por sus siglas en inglés) y el *valor p* asociado ($Prob > LR$) donde si resultó no significativo, indicaba que las variables incluidas no explicaron el cambio en el estado de salud, y c) mediante el logaritmo de verosimilitud, que representa la probabilidad de que el cambio en el estado de salud se presentara sin el efecto de las variables incluidas en el modelo -modelo nulo-, frente a la probabilidad de que fuera explicado con ellas; el valor más alto -cercano a cero- fue el mejor modelo. (Hernández, 2009; Szklo y Nieto, 2003).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo

La muestra que se empleó para el análisis descriptivo quedó compuesta por 5,486 adultos mayores que en 2001 contaban con toda la información en las variables de interés, de ellos, 34% se encontraban sanos en la línea base. De estos individuos, sólo se contó con el seguimiento de 64%, el resto se distribuye entre los que fallecieron (24%), y los que se perdieron porque no se pudieron localizar o se rehusaron a participar (12%). Finalmente, la muestra del estudio -seguimiento-, estuvo conformada por 51% de adultos mayores que en 2012 continuaban sanos y 49% que enfermaron (Figura 4.1).

Figura 4.1 Muestra analizada, ENASEM 2001-2012



Fuente: Elaboración propia

Las características sociodemográficas de los adultos mayores en la línea base se muestran en la Tabla 4.1. Como se puede apreciar, la población sana estuvo compuesta en su mayoría por hombres (58%) y, por adultos mayores jóvenes, donde casi dos tercios tenían entre 60 y 69 años de edad, con un promedio de 3.8 años de educación. Se caracterizó también por estar conformada, en su mayoría, por residentes de áreas urbanas (62%). La mayor parte de estos sujetos vivía en pareja y contaba con un ingreso inferior a 1,500 pesos mensuales (68 y 59%, respectivamente). De esta población, sólo 59% tenía acceso a servicios de salud.

Tabla 4.1 Características sociodemográficas de los sujetos en la línea de base, ENASEM, 2001, n = 5,493

Variables	Sanos (n = 1,872)	Total (n = 5,486)
<i>Características Sociodemográficas</i>		
Sexo %		
Mujer	42.2	53.8
Edad %		
60-69	63.3	60.4
70-79	29.8	31.1
80 años o más	6.9	8.5
Media (DE) §	68.2 (6.8)	68.7 (6.9)
Educación %		
Sin educación formal	30.2	30.4
1-6 años	52.7	54.0
7 años o más	17.1	15.6
Media (DE) §	3.8 (4.2)	3.6 (4.0)
Área de residencia %		
Rural	38.0	34.4
Estado civil %		
Con pareja	68.4	63.7
Sin pareja	8.0	8.8
Viudo(a)	23.5	27.5
Ingreso mensual %		
\$ 0 - \$ 500	30.8	29.4
\$ 501 - \$ 1,500	28.4	29.3
\$ 1,501 - \$ 3,000	17.1	18.0
\$ 3,001 o más	23.7	23.3
Derechohabencia %		
Derechohabiente	59.4	65.6

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001.

§ Medias calculadas con los años de edad y años de educación. DE: Desviación estándar.

A fin de analizar las diferencias entre la población que pudo ser seguida, y aquella que se perdió o falleció, las características sociodemográficas de los adultos mayores que se encontraban sanos en la línea base, de acuerdo a su condición de seguimiento, se muestran en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2 Características sociodemográficas de los sujetos de seguimiento, ENASEM, 2001-2012, n = 1,872

Variables	Seguimiento (n = 1,200)	Fallecidos (n = 451)	Perdidos (n = 221)
Características Sociodemográficas			
Sexo %			
Mujer	45.8 [†]	33.0	42.1
Edad en 2001 %			
60-69	72.1 ^{†*}	39.2	64.2
70-79	24.7 [†]	43.9	29.0
80 años o más	3.2 ^{†*}	16.9	6.8
Media (DE) [§]	66.7 (5.6) ^{†*}	72.2 (7.9)	68.1 (6.6)
Educación %			
Sin educación formal	29.3 ^{†*}	37.2	20.8
1-6 años	54.3 [*]	51.9	45.7
7 años o más	16.4 ^{†*}	10.9	33.5
Media (DE) [§]	3.8 (4.2) ^{†*}	2.9 (3.7)	5.6 (5.0)
Área de residencia %			
Rural	38.8 [*]	43.0	22.6
Estado civil %			
Con pareja	71.0 [†]	61.6	68.3
Sin pareja	7.7	8.7	9.1
Viudo(a)	21.3 [†]	29.7	22.6
Ingreso mensual %			
\$ 0 - \$ 500	29.8 [†]	35.5	26.8
\$ 501 - \$ 1,500	29.2	28.6	23.6
\$ 1,501 - \$ 3,000	17.6	16.9	15.0
\$ 3,001 o más	23.4 [*]	19.0	34.6
Derechohabiencia %			
Derechohabiente	57.9 [*]	59.9	66.1

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001 y 2012.

[§] Medias calculadas con los años de edad y años de educación. DE: Desviación estándar.

[†] Diferencias significativas entre Seguimiento y Fallecidos a un nivel de confianza de 95%.

^{*} Diferencias significativas entre Seguimiento y Perdidos a un nivel de confianza de 95%.

Entre la población que fue parte de la muestra de estudio y los que fallecieron, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Tal como se ha reportado en estudios demográficos y epidemiológicos, se observó una mayor sobrevivencia de las mujeres. Los sujetos que murieron se caracterizaba por ser, en promedio, cinco años más viejos, y con un menor nivel educativo que aquellos que permanecieron en el estudio. Asimismo, entre los que perecieron había un menor porcentaje que vivía en pareja, comparados con los que fueron seguidos, y poco más de un tercio tenía un ingreso mensual de 500 pesos o menos.

Se observaron también, diferencias estadísticamente significativas entre los adultos de la muestra de estudio y los que se perdieron entre un levantamiento y otro de ENASEM. El patrón que

se puede delinear de estas diferencias es que los sujetos que se perdieron eran más viejos que aquellos del seguimiento, en contraste, tenían más años de educación; destaca también que los sujetos perdidos, mayoritariamente vivían en áreas rurales, y un tercio de esta población percibía un ingreso superior a 3,000 pesos mensuales. Asimismo, entre los sujetos perdidos había más derechohabientes.

4.1.1 Características de la muestra de estudio

Como se mostró en la Figura 4.1, la muestra de estudio, conformada por 1,200 adultos mayores fue la que se empleó para analizar los recursos psicológicos y el cambio en el estado de salud, y cuyos resultados se presentan a continuación. También es la población, a partir de la cual se delinearón las conclusiones finales del estudio.

4.1.1.1 Características sociodemográficas y recursos psicológicos

En la Tabla 4.3 se presentan las características de la muestra de estudio y su relevancia estadística, de acuerdo a la presencia de los recursos psicológicos estudiados, esto es: estado de ánimo positivo; LOC interno; realizar trabajo voluntario; considerar la religión muy importante; recibir apoyo material; recibir apoyo instrumental, y percibir que se cuenta con el apoyo de amigos o vecinos. A continuación se describen los patrones observados que fueron estadísticamente significativos.

Al analizar por sexo, se observó que contar con estado de ánimo positivo, LOC, trabajo voluntario, religiosidad y apoyo material, fue indistinto del sexo. Como se esperaba a partir de los hallazgos en estudios psicológicos y demográficos revisados, los recursos psicológicos más presentes en las mujeres fueron trabajo voluntario, religiosidad y apoyo material; en contraste, hubo mayor presencia de estado de ánimo positivo y LOC interno entre los hombres.

Tabla 4.3 Características sociodemográficas y recursos psicológicos, ENASEM, 2001, n = 1,200

	Estado de ánimo positivo	LOC	Trabajo Voluntario	Religiosidad	Apoyo		
					Material	Instrumental	Percibido
Presencia del recurso %	75.7	96.1	13.7	69.5	54.0	43.4	64.0
Características sociodemográficas							
Sexo %							
Mujer	68.5	94.9	15.9*	77.2**	62.1**	44.6	62.3
Hombre	81.9**	97.1*	11.8	63.0	47.2	42.4	65.4
Edad en 2001 %							
60-69	76.5	96.8*	14.8	68.9	50.9**	41.7	64.1
70-79	73.3	94.9	11.2	71.0	60.1*	47.3	63.9
80 años o más	76.9	89.7*	7.7	71.8	76.9*	51.3	64.1
Media (DE) [§]	66.7 (5.7)	66.6 (5.6)*	65.7 (4.9)*	66.7 (5.8)	67.4 (6.0)**	67.0 (6.0)*	66.6 (5.7)
Educación %							
Sin educación formal	68.1**	92.9**	11.4	68.1	61.3**	39.0*	60.1
1-6 años	76.2	96.6	13.2	71.7	57.6*	46.9*	66.4
7 años o más	87.8**	100.0**	19.3*	64.5	28.9**	39.6	62.9
Media (DE) [§]	4.1 (4.4)**	3.9 (4.2)**	4.7 (5.0)*	3.7 (4.0)	2.9 (3.2)**	3.7 (4.0)	3.9 (4.2)
Área de residencia %							
Rural	71.9	93.8	15.6	66.7	60.5**	41.2	65.7
Urbano	78.2*	97.6**	12.4	71.3	49.9	44.8	62.9
Estado civil %							
Con pareja	78.8**	97.0*	13.3	67.6*	50.4**	42.7	62.9
Sin pareja	69.6	92.4	14.1	76.1	55.4	37.0	62.0
Viudo(a)	68.0**	94.5	14.8	73.4	65.6**	48.1	68.4
Ingreso mensual %							
\$ 0 - \$ 500	68.4**	95.0	11.2	72.6	48.5*	45.9	57.7*
\$ 501 - \$ 1,500	73.4	95.1	15.1	69.7	58.0	44.5	66.3
\$ 1,501 - \$ 3,000	85.7**	99.5*	11.9	61.9*	55.7	38.6	66.7
\$ 3,001 o más	81.1*	97.1	16.0	71.4	55.0	42.5	66.8
Derechohabencia %							
Derechohabiente	76.3	97.8**	14.2	69.1	53.4	47.8**	66.9*
No derechohabiente	75.1	93.6	12.9	70.1	54.9	37.4	60.0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001.

[§] Medias calculadas con los años de edad y años de educación; DE: Desviación estándar.

Niveles de significancia: * $P \leq 0.05$; ** $P \leq 0.001$

Con relación a la edad y, en concordancia con estudios poblacionales, se observaron diferencias en LOC, trabajo voluntario, apoyo material e instrumental. Contar con LOC interno y realizar trabajo voluntario fueron recursos más comunes entre la población adulta mayor joven (60 a 69 años); en tanto que los recursos psicológicos más frecuentes en los de mayor edad (70 años o más) fueron apoyo material e instrumental.

La educación no fue independiente al hecho de contar con LOC, trabajo voluntario, apoyo material e instrumental. Los recursos psicológicos con mayor presencia por nivel educativos fueron: en los adultos mayores sin educación formal, el apoyo material; en los que tenían educación básica, los apoyos material e instrumental, y con los de alta escolaridad (7 años o más), estado de ánimo positivo, LOC interno y trabajo voluntario. Estos datos parecen corroborar las afirmaciones en torno a que un mayor nivel educativo proporciona herramientas para tener un mayor control sobre uno mismo y sobre el ambiente (McKean 2007; Gecas, 2006).

Tal como se ha reportado en la literatura, hay diferencias por área de residencia, donde los recursos psicológicos más frecuentes entre la población de áreas urbanas fueron, estado de ánimo positivo y LOC interno; mientras que en la de áreas rurales, apoyo material.

Al analizar por estado civil, se encontraron diferencias en la presencia estado de ánimo positivo, LOC, religiosidad y apoyo material. Contar con estado de ánimo positivo y LOC interno fueron recursos más comunes entre la población con pareja, a la vez que fue la de menor religiosidad. El recurso psicológico más presentes entre los viudos fue el apoyo material. Esto va en el mismo sentido señalado en los estudios que destacan los efectos positivos de vivir en pareja sobre la salud física y psicológica; y del efecto diferencial de ser receptor de transferencias de apoyo de acuerdo al estado civil.

El ingreso mensual no fue independiente de contar con estado de ánimo positivo, LOC interno, religiosidad, apoyo material y apoyo percibido. La población con ingresos inferiores a 500 pesos, tuvieron la menor presencia de estado de ánimo positivo, apoyo material y apoyo percibido. Los adultos mayores con ingresos de 1,500 a 3,000 tuvieron mayor presencia de estado de ánimo positivo, locus de control interno, y la menor presencia de religiosidad. Por último, los que tenían ingresos superiores a 3,000 pesos, contaron, en mayor medida, con estado de ánimo positivo. Lo anterior parece indicar una mayor religiosidad en los estratos más bajos, a la vez que

una mayor noción de control entre aquellos con ingresos más altos, algo que ya ha sido reportado entre la población mexicana.

Finalmente, los recursos psicológicos más frecuentes entre la población derechohabiente fueron, LOC interno, apoyo instrumental y apoyo percibido. Aún cuando no hay estudios para contrastar la evidencia, ser derechohabiente y tener LOC interno no es inesperado dada la sensación de confianza y control que puede estar ligada a tener acceso a los servicios de salud para cuando se requieran.

4.1.1.2 Cambio en el estado de salud y características sociodemográficas, de salud y de la niñez

En la Tabla 4.4 se presentan las características de la muestra según el cambio en su estado de salud en 2012: sin cambio (sano/sano) o con cambio (sano/enfermo). Se observa que este cambio está significativamente asociado a variables sociodemográficas, de salud y de condiciones en la niñez reportadas en 2001, a saber: edad, derechohabiencia, consumo de alcohol, cuidados preventivos y pobreza infantil. A continuación se describen los patrones observados.

En relación con las características sociodemográficas, se observaron diferencias en la edad y el acceso a servicios de salud. Contrario a lo que se esperaba, de acuerdo a la revisión de la literatura, la población más joven, de 60 a 69 años, fue la que más enfermó (70% sanos frente a 74% enfermos). Sin embargo, se debe ser cuidadoso en la interpretación de este resultado, porque también se observó que entre los enfermos había una mayor proporción de derechohabientes, y como es de esperarse, los adultos de 60 a 69 años eran los mayor acceso a servicios de salud, y por tanto, los que tuvieron oportunidad de ser diagnosticados con alguna enfermedad. En la discusión se abundará con mayor detalle sobre este tópico.

Aun cuando no fueron significativas las diferencias en el resto de las características sociodemográficas, conviene mencionar que los adultos mayores sanos, en su mayoría eran hombres. La media de educación para ambos grupos fue de 3.8 años. Sólo una minoría de la muestra analizada vivía en zonas rurales, sin embargo, fue más común residir ahí para aquellos que continuaron sanos. En contraste, los sanos vivían menos en pareja que aquellos que enfermaron, y en ambos grupos, la mayoría tenía un ingreso mensual de 1,500 pesos o menos.

Tabla 4.4 Características sociodemográficas, conductas de salud y condiciones en la niñez de acuerdo al estado de salud en el seguimiento, ENASEM, 2001-2012, n = 1,200

Variables	Sin cambio sano/sano (n = 607)	Con cambio sano/enfermo (n = 593)	valor p ^a
Características Sociodemográficas			
Sexo %			
Mujer	43.3	48.2	NS
Edad en 2001 %			
60-69	69.7	74.5	*
70-79	26.7	22.6	*
80 años o más	3.6	2.9	NS
Media (DE) [§]	66.9 (5.8)	66.5 (5.4)	NS
Educación %			
Sin educación formal	28.9	29.7	NS
1-6 años	55.1	53.5	NS
7 años o más	16.0	16.8	NS
Media (DE) [§]	3.79 (4.1)	3.84 (4.2)	NS
Área de residencia %			
Rural	39.4	38.3	NS
Estado civil %			
Con pareja	69.7	72.3	NS
Sin pareja	7.1	8.3	NS
Viudo(a)	23.2	19.4	NS
Ingreso mensual %			
\$ 0 - \$ 500	29.6	30.0	NS
\$ 501 - \$ 1,500	30.3	28.2	NS
\$ 1,501 - \$ 3,000	16.7	18.4	NS
\$ 3,001 o más	23.4	23.4	NS
Derechohabencia %			
Derechohabiente	54.7	61.2	*
Conductas de salud			
Fumar %			
No fuma	82.9	84.8	NS
Beber alcohol %			
No bebe	63.1	69.7	*
Cambio de hábitos: alimentación y ejercicio %			
Con cambio de hábitos	9.8	10.8	NS
Actividad física %			
Realiza actividad física	36.5	37.7	NS
Cuidados preventivos %			
Tiene cuidados preventivos	76.4	82.8	*
Condiciones en la niñez: antes de los 10 años			
Pobreza %			
No pobre	39.7	34.2	*
Salud %			
Sano	96.2	95.4	NS

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001 y 2012.

[§] Medias calculadas con los años de edad y años de educación. DE: Desviación estándar. NS: No significativo.

^a Valor P asociado a pruebas de chi cuadrado para variables categóricas y ANOVA para las continuas.

Niveles de significancia: *P ≤ 0.05

Contrario a lo que se ha reportado en la psicología de la salud sobre los beneficios de practicar conductas saludables, se observó que la población que enfermó bebía menos alcohol y tenía más cuidados preventivos que aquella que se mantuvo sana. Sin embargo, igual que con la edad, se deben tomar estos resultados con cautela porque puede deberse a una relación inversa, donde la ingesta de alcohol estaría determinada por el estado de salud; en tanto que los cuidados preventivos por la derechohabencia. En la discusión se abundará más al respecto.

Finalmente, con relación a las condiciones en la niñez, la población que enfermó fue más común que reportara haber sufrido pobreza en la infancia. Esto ya se había observado para la población mexicana, y va en línea con lo planteado en la perspectiva del curso de vida en cuanto a la influencia que condiciones adversas en los primeros años de vida pueden tener en la salud.

En la Tabla 4.5 se presenta la relación del número de enfermedades reportadas por los adultos mayores en 2012, por sexo y por grupos de edad, y para fines comparativos, se añade el total de la muestra. En general, los adultos mayores de la muestra reportaron no tener ninguna enfermedad, es decir, durante los once años entre un levantamiento y otro de ENASEM, no cambiaron su estado de salud; en tanto, 46% reportaron tener una o dos enfermedades y el resto, tres o cuatro enfermedades.

Por sexo, más de la mitad de los hombres reportaron estar sanos frente a sólo 48% de las mujeres. Estos resultados parecen corroborar las afirmaciones en torno a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en las mujeres. Al analizar por grupos de edad, se esperaba que el número de enfermedades fuera mayor conforme avanzaba la edad; sin embargo, sorprende que más de la mitad de los adultos de 60 a 69 años reportaron tener una o más enfermedades, en tanto que, en su mayoría, los más viejos, de 70 años o más, reportaron estar sanos, es decir, ninguna enfermedad. Como ya se había externado antes, esto puede deberse a un efecto de reporte y de acceso a servicios de salud. Por otra parte, llama la atención que el grupo de 80 años o más, no reportó la presencia de tres o cuatro enfermedades; es posible que se deba a un efecto de sobrevivencia, donde los que sobrevivieron y pudieron ser parte del seguimiento del estudio, son los que tenían el menor número de enfermedades.

Tabla 4.5 Número de enfermedades reportadas de acuerdo al sexo y a la edad, ENASEM, 2012, n = 1,200

Enfermedades crónicas	Sexo		Edad en 2001			Total
	Hombre	Mujer	60 a 69 años	70 a 79 años	80 años o más	
<i>Suma de enfermedades %</i>						
0	52.8	47.9	48.9	54.7	56.4	50.6
1	31.0	35.9	34.9	28.7	30.8	33.2
2	13.4	12.9	12.5	15.2	12.8	13.2
3	2.5	2.9	3.3	1.0	0.0	2.7
4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.0	0.3
Media (DE) §	0.66 (0.8)	0.71 (0.8)	0.71 (0.8)	0.63 (0.7)	0.56 (0.7)	0.68 (0.8)

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001 y 2012.

§ Medias calculadas con los años de edad. DE: Desviación estándar.

Tabla 4.6 Prevalencia de enfermedades reportadas de acuerdo al sexo y a la edad, ENASEM, 2012, n = 593

Enfermedades crónicas	Sexo		Edad en 2001			Total
	Hombre	Mujer	60 a 69 años	70 a 79 años	80 años o más	
<i>Prevalencia%</i>						
Hipertensión	29.5	38.4**	35.5*	28.8*	25.6	33.6
Diabetes	12.8	11.1	14.1*	6.8*	5.1	12.0
Artritis o reumatismo	9.1	12.4	9.9	12.5	12.8	10.6
Enfermedad respiratoria	6.5	5.3	5.2	7.8	7.7	5.9
Ataque al corazón	4.8**	0.9	3.2	2.4	2.6	3.0
Embolia cerebral	2.3	1.6	1.5*	3.4*	2.6	2.0
Cáncer	1.5	2.4	2.0	2.0	0.0	1.9

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001 y 2012.

Niveles de significancia: * $P \leq 0.05$; ** $P \leq 0.001$

A fin de conocer de qué enfermaron aquellos que cambiaron su estado de salud, en la Tabla 4.6 se muestra la prevalencia de las distintas enfermedades crónicas reportadas por los adultos mayores. Como se observa en el total para la muestra, hipertensión, diabetes y artritis fueron las enfermedades más frecuentes (34, 12 y 11%, respectivamente), en tanto que embolia cerebral y cáncer fueron las menos reportadas. Estos datos coinciden con los estudios epidemiológicos realizados con la población mexicana.

Se sabe que el patrón de enfermedades es distinto por sexo. Esto fue evidente con la hipertensión y los ataques al corazón, en tanto la primera fue más frecuente en las mujeres, la segunda fue más común entre los hombres. Llama también la atención que en las mujeres, la artritis fue la segunda enfermedad con mayor prevalencia, en tanto que para los hombres, la tercera.

Por edad también se apreciaron ciertas diferencias significativas, entre ellas, la hipertensión y diabetes tuvieron una mayor prevalencia en el grupo de 60 a 69 años, en tanto que la embolia cerebral fue más reportada entre la población de 70 a 79 años.

4.1.1.3 Cambio en el estado de salud y recursos psicológicos

En la Tabla 4.7 se presentan los recursos psicológicos de la muestra según el cambio en su estado de salud en 2012. Se observa que este cambio está significativamente asociado con el apoyo social instrumental y el apoyo percibido. En ese sentido, entre los adultos mayores que se mantuvieron sanos fue más común percibir que se contaba con el apoyo de amigos y vecinos que aquellos que enfermaron. En contraste, un menor porcentaje de población sana recibió apoyo instrumental.

Aunque no hubo diferencias significativas, se puede señalar que los recursos psicológicos con los que más contaron los adultos mayores sanos fueron, el estado de ánimo positivo y el trabajo voluntario; con los que menos contaron fueron, la religiosidad y el apoyo material. El LOC interno fue prácticamente igual para los sanos y los que enfermaron. Esto pone de manifiesto que, pese a que la muestra analizada es homogénea en cuanto al estado de salud -sanos-, hay dos recursos que se asocian con el cambio del mismo. Sin embargo, como se vio previamente (Tabla 4.4), otras características sociodemográficas -edad, derechohabencia-, conductas de salud -ingesta de alcohol, cuidados preventivos- y condiciones en la niñez -pobreza-, también están relacionadas

con la salud. Por tanto, se requiere de una herramienta más compleja para aislar los efectos de los recursos psicológicos y observar si realmente son factores explicativos del cambio en el estado de salud.

4.2. Análisis logístico de los recursos psicológicos y el cambio en el estado de salud

Previo al análisis logístico, a través de una matriz de correlación y tablas de contingencia, se probó la asociación entre las variables que se usarán en los modelos de regresión, y se estableció el tipo de relación que guardan entre sí.

Tabla 4.7 Recursos psicológicos de acuerdo al estado de salud en el seguimiento, ENASEM, 2001-2012, n = 1,200

Variables	Sin cambio sano/sano (n = 607)	Con cambio sano/enfermo (n = 593)	valor p ^a
Recursos Psicológicos			
Estado de ánimo positivo %			
Ausencia de síntomas depresivos	76.8	74.7	NS
Locus de control %			
Interno	96.4	95.8	NS
Trabajo voluntario %			
Realiza trabajo voluntario	14.0	13.3	NS
Religión %			
Muy importante	68.4	70.7	NS
Apoyo material %			
Recibe	51.9	56.2	NS
Apoyo instrumental %			
Recibe	40.7	46.2	*
Apoyo percibido de amigos/vecinos %			
Recibe	67.0	60.9	*

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001 y 2012.

^a Valor P asociado a pruebas de chi cuadrado para variables categóricas y ANOVA para las continuas.

Niveles de significancia: * $P \leq 0.05$. NS: No significativo.

4.2.1 Asociación entre las variables de estudio

En la Tabla 4.8 se presenta una matriz de correlación de *Spearman* para nueve variables que cubren: estado de salud (1), recursos psicológicos (2), características sociodemográficas (3), conductas de salud (2) y condiciones en la niñez (1).

A excepción del sexo, todas las variables tuvieron una asociación estadísticamente significativa con el cambio del estado de salud, éstas se dieron en direcciones tanto positivas, como negativas; aunque de acuerdo al coeficiente de correlación, podrían considerarse relaciones débiles, esto implica que aún cuando las variables tienen un impacto significativo en la salud, ninguna, por sí sola, es determinante del cambio. Sin embargo, se puede señalar que el apoyo percibido estuvo positivamente correlacionado con el cambio del estado de salud -percibir que se contaba con apoyo estuvo asociado con seguir sano-. En tanto que el apoyo instrumental se relacionó negativamente con el cambio en el estado de salud -contar con apoyo instrumental se asoció con haber enfermado-. Respecto a las variables de control, el sexo y la pobreza infantil estuvieron positivamente correlacionadas con el cambio del estado de salud. La edad, la derechohabiencia, el consumo de alcohol y los cuidados preventivos se relacionaron negativamente con el cambio en el estado de salud.

En la matriz de correlación, también se observó que hay variables (derechohabiencia, consumo de alcohol y cuidados preventivos) asociadas con los recursos psicológicos. Vale la pena detenerse a observar estas relaciones dado que pudieran impactar -fortaleciendo, debilitando o suprimiendo- el efecto de los recursos psicológicos con el cambio en el estado de salud. Para profundizar en este análisis y corroborar la asociación, se realizaron tablas de contingencia de doble entrada. A continuación se describen a detalle dichas asociaciones.

Con relación al apoyo instrumental, se observó que la edad se asoció de manera negativa ($r = -0.05$; $P = 0.05$). Esto significaría que a edades más jóvenes se recibe menos apoyo instrumental. Sin embargo, al analizar esta asociación, se encontró que la influencia de la edad sobre el apoyo, no fue homogénea: sólo estuvo presente para las mujeres en las edades de 60 a 69 años donde se presentó de manera negativa, y de 70 a 79 años en una dirección positiva. En resumen, las mujeres más jóvenes recibieron menos apoyo instrumental, en tanto que las del grupo de 70 a 79 años tuvieron más apoyo.

La derechohabiencia se asoció positivamente con el apoyo instrumental ($r = 0.1$; $P < 0.001$), es decir, la población derechohabiente, tuvo mayor apoyo instrumental y fue indistinta del sexo.

Tabla 4.8 Correlaciones entre variables de salud, psicológicas, sociodemográficas y de niñez, ENASEM, 2001-2012, n = 1,200

	1 ^a	2	3	4	5	6	7	8	9
Salud									
1. Cambio del estado de salud	1.0								
Recursos Psicológicos									
2. Apoyo instrumental	-0.05*	1.0							
3. Apoyo percibido de amigos/vecinos	0.06*	0.05	1.0						
Características Sociodemográficas									
4. Sexo	0.04	-0.02	0.03	1.0					
5. Edad	-0.05*	-0.05*	0.00	0.01	1.0				
6. Derechohabiciencia	-0.06*	0.10**	0.07*	-0.05	0.04	1.0			
Conductas de salud									
7. Beber alcohol	-0.06*	0.01	-0.08**	-0.30**	-0.07*	-0.03	1.0		
8. Cuidados preventivos	-0.07*	0.02	0.05*	-0.15**	0.03	0.18**	0.07*	1.0	
Condiciones en la niñez									
9. Pobreza infantil	0.05*	-0.01	0.01	-0.07*	-0.01	0.16**	-0.03	0.13**	1.0

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001 y 2012.

^a Los números en la cabecera de las columnas corresponden al número asignado a cada variable por fila.

Niveles de significancia: * $P \leq 0.05$; ** $P \leq 0.001$

Al analizar el apoyo percibido se encontró que estaba asociado con la derechohabencia en una dirección positiva ($r= 0.07$; $P=0.01$), aunque sólo en las mujeres. Lo anterior indica que el apoyo percibido fue un recurso que estuvo más presente entre la población femenina derechohabiente.

El consumo de alcohol se asoció negativamente con el apoyo percibido ($r= -0.8$; $P<0.001$). Esta relación se encontró significativa sólo en los hombres, lo cual indica que contar con apoyo percibido fue más común entre los hombres bebedores que en los abstemios.

Finalmente, los cuidados preventivos también se asociaron positivamente con el apoyo percibido ($r= 0.05$; $P=0.03$), aunque sólo en las mujeres. Esto es, un porcentaje significativamente mayor de mujeres que realizaban cuidados preventivos, tuvieron la percepción de contar con apoyo de amigos o vecinos.

4.2.2 Modelos logísticos para caracterizar el cambio en el estado de salud en adultos mayores

Los resultados de los modelos de regresión logística son mostrados en la Tabla 4.9. Como se observa, se consideraron cuatro modelos que se distinguen entre sí, de manera ascendente, por la adición de variables. En el Modelo I sólo se incluyeron los recursos psicológicos que se asociaron significativamente con el cambio en el estado de salud en los análisis bivariados (Tabla 4.7). A partir del Modelo II se fueron incorporando las variables de control; de manera que además de los recursos psicológicos, se adicionaron las características sociodemográficas: sexo, grupos de edad, derechohabencia. En el Modelo III se incluyeron las variables de conductas de salud: tomar alcohol y cuidados preventivos. Finalmente, en el Modelo IV, se adicionó la pobreza en la niñez.

El Modelo I, que incluyó los recursos psicológicos, mostró una asociación entre el apoyo instrumental y el apoyo percibido con el cambio en el estado de salud. El riesgo de haber enfermado fue 22% menor entre los que no recibieron apoyo instrumental en comparación a los que sí lo recibieron. En contraste, percibir que no se contaba con el apoyo de amigos o vecinos, a diferencia de contar con él, aumentó 32% el riesgo de un cambio en el estado de salud. En resumen, este modelo parece indicar que para mantener la salud, es más importante percibir que se cuenta con el apoyo de amigos, que no recibir ayuda instrumental.

En el Modelo II, al incluir el sexo, la edad y la derechohabiencia, el efecto del apoyo social percibido se mantuvo significativo y en la misma dirección. Más aún, controlando por características sociodemográficas, el riesgo de haber enfermado entre los sujetos que percibieron no contar con apoyo, incrementó (32 a 34%). Sin embargo, con la inclusión de estas variables, el efecto del apoyo instrumental se debilitó, al pasar de 22 a 21% menos riesgo de enfermar entre los que no recibieron el apoyo, a la par, perdió significancia a un nivel de confianza de 95% ($P=0.056$). De las variables de control agregadas, la no derechohabiencia tuvo una asociación significativa con el cambio en el estado de salud, es decir, el riesgo de haber enfermado fue 23% menor para los no derechohabientes. Aunque conviene ser cautos con este último resultado, para más detalles, se sugiere consultar la discusión donde se describen las posibles causas de esta asociación.

De manera adicional en el Modelo II, a fin de aislar los efectos de las variables sociodemográficas sobre la variación en el estado de salud por efecto de los recursos psicológicos, se construyó el Modelo de dos maneras: *forward*, donde se fueron adicionando de una en una las variables, y *backward*, donde se metieron todas y se fueron quitando de una en una. Por una parte, la edad fortaleció el efecto del apoyo instrumental sobre el cambio en la salud. Sin embargo la presencia en el modelo de la derechohabiencia lo suprimió. Caso contrario del apoyo percibido, pues el acceso a los servicios de salud, aumentó su efecto sobre el cambio de salud. En resumen, la variable derechohabiencia produjo mayor alteración entre los recursos psicológicos.

En el Modelo III, con la inclusión de las conductas de salud, el efecto del apoyo percibido de amigos y vecinos se mantuvo fuerte y en la misma dirección: aquellos que percibieron no contar con el apoyo tuvieron 34% más riesgo de enfermar. De nueva cuenta, se observó que el apoyo instrumental no tuvo un efecto significativo sobre el cambio en el estado de salud ($P=0.059$). Con estas variables en el modelo, también se apreció que el efecto de la derechohabiencia se debilitó, en tanto que no haber tenido cuidados preventivos, disminuyó 28% el riesgo de enfermar.

Al igual que en el modelo anterior, el Modelo III se conformó mediante los mecanismos *forward* y *backward*. Se observó una influencia de las variables de control añadidas sobre los recursos psicológicos: en tanto que consumir alcohol debilitó el efecto del apoyo percibido, y en

menor medida, del apoyo instrumental; la variable cuidados preventivos fortaleció el efecto que el apoyo percibido tuvo sobre el cambio en la salud. Aunque a diferencia de las variables sociodemográficas, donde la derechohabiencia mostró predominancia, aquí ni una de las dos variables mostró ser más fuerte que la otra.

En el Modelo IV, cuando se incorporó la pobreza en la infancia, el apoyo social percibido mantuvo su efecto sobre el cambio en el estado de salud con la misma magnitud y en la misma dirección observada en los modelos anteriores. Por otra parte, el apoyo instrumental continuó debilitándose al pasar de 21 a 20% ($P=0.07$) menos riesgo de enfermar entre los sujetos que no recibían el apoyo. Igual que en los modelos anteriores, se repitió el mecanismo *forward* y *backward*, sin observar un efecto de la pobreza en la infancia sobre los recursos psicológicos.

Finalmente, con todas las variables incluidas en el modelo, se observó que la derechohabiencia, los cuidados preventivos y la pobreza en la niñez tuvieron un efecto sobre el cambio en el estado de salud. En breve, los no derechohabientes y los que no tenían cuidados preventivos, comparados con los derechohabiente y los que realizaron cuidados preventivos, tuvieron menos riesgo de haber enfermado (24 y 31%, respectivamente). En cambio, haber sufrido pobreza en la infancia, en contraste con los no pobres, incrementó 36% el riesgo de enfermar.

En resumen, aunque la inclusión de todas las variables de control mejoraron el ajuste total del modelo -de R^2 : 0.008 y AIC: 1,660 en el Modelo I a R^2 : 0.029 y AIC: 1,649 en el Modelo IV-, no alteraron de manera significativa la relación entre un recurso psicológico y el cambio en el estado de salud: el apoyo percibido. En cambio, el efecto del apoyo instrumental sí fue suprimido ante la presencia de estas variables. Lo anterior indica que aún controlando por características sociodemográficas, conductas de salud y condiciones en la niñez, no haber contado con el apoyo percibido fue un factor de riesgo para enfermar o dicho de otra modo, el apoyo percibido es un recurso psicológico protector contra el cambio en el estado de salud en la vejez. Así, los adultos mayores que en la línea base percibieron no contar con el apoyo de amigos o vecinos, tuvieron 34% más riesgo de estar enfermos en el seguimiento.

Tabla 4.9 Razón de momios estimados a partir de una serie de modelos anidados de regresión logística del cambio en el estado de salud de los adultos mayores, ENASEM, 2001-2012, n = 1,200

Variab les	Modelo I <i>RM (IC 95%)</i>	Modelo II <i>RM (IC 95%)</i>	Modelo III <i>RM (IC 95%)</i>	Modelo IV <i>RM (IC 95%)</i>
Recursos Psicológicos				
Apoyo instrumental (ref.=Recibe)				
No recibe	0.78 (0.6-0.9)*	0.79 (0.6-1.0)	0.79 (0.6-1.0)	0.80 (0.6-1.0)
Apoyo de amigos (ref.=Recibe)				
No recibe	1.32 (1.0-1.6)*	1.34 (1.0-1.7)*	1.34 (1.0-1.7)*	1.34 (1.0-1.7)*
Características sociodemográficas				
Sexo (ref.=Hombre)				
Mujer		1.19 (0.9-1.4)	1.06 (0.8-1.3)	1.09 (0.8-1.3)
Edad (ref.=60-69 años)				
70-79 años		0.77 (0.5-1.0)	0.76 (0.5-1.0)	0.77 (0.5-1.0)
80 años o más		0.75 (0.3-1.4)	0.77 (0.4-1.4)	0.78 (0.4-1.5)
Derechohabencia (ref.=Derechohabiente)				
No derechohabiente		0.77 (0.6-0.9)*	0.80 (0.6-1.0)	0.76 (0.6-0.9)*
Conductas de salud				
Beber alcohol (ref.=No bebe)				
Bebe			0.77 (0.5-1.0)	0.78 (0.6-1.0)
Cuidados preventivos (ref.=Tiene cuidados)				
No tiene cuidados preventivos			0.72 (0.5-0.9)*	0.69 (0.5-0.9)*
Condiciones en la niñez				
Pobreza (ref.=No pobre)				
Pobre				1.36 (1.0-1.7)*
<i>Intercepto</i>	1.01 (0.8-1.2)	1.09 (0.8-1.4)	1.33 (1.0-1.7)*	1.09 (0.79-1.5)
<i>-2 Log-verosimilitud vs modelo nulo</i>	827.0	821.5	817.1	813.9
<i>Razón de verosimilitud (Prob>LR)</i>	9.1 (*)	20.2 (*)	29.1 (**)	35.4 (**)
<i>AIC</i>	1660.1	1659.1	1654.2	1649.9
<i>Seudo R²</i>	0.008	0.017	0.024	0.029

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001 y 2012.

IC: intervalo de confianza; RM: razón de momios; Niveles de significancia: * $P \leq 0.05$; ** $P \leq 0.001$

En la literatura se ha señalado que el efecto del apoyo social es distinto por sexo y por edad. A fin de explorar esta hipótesis, se probaron algunos modelos de regresión logística por sexo y por edad, ajustando con las mismas variables que los modelos presentados previamente⁴.

En los modelos por sexo (Anexo 2), al incluir sólo los recursos psicológicos -apoyo instrumental y apoyo percibido-, ni en el modelo de hombres, ni en el de mujeres, se observó un efecto significativo sobre el cambio en el estado de salud. Esto se esperaba, dando que previamente (Tabla 4.3 y 4.8) se había establecido que no había asociación entre el sexo y contar con apoyo instrumental y apoyo percibido.

Al introducir las variables de control, el modelo de hombres continuó sin cambios con respecto a los recursos psicológicos. En el modelo de mujeres, el apoyo instrumental adquirió significancia estadística. De acuerdo a esa estimación, las mujeres que no recibieron apoyo instrumental, en comparación con las que lo recibieron, tuvieron 30% menos riesgo de haber enfermado. Sin embargo este resultado debería tomarse con cautela porque puede deberse a un efecto confusor. Dado que esta significancia se adquirió cuando se introdujo la variable edad, es posible que en realidad se esté viendo el efecto de la edad, recordemos que fue en las mujeres de 60 a 69 años, y de 70 a 79, en las que se encontró la menor y mayor presencia de apoyo instrumental, respectivamente. Y en este caso, es mayor el peso que las mujeres jóvenes están teniendo, es decir, no recibir apoyo instrumental.

Se probaron también algunos modelos ajustando por las mismas variables para los distintos grupos de edad (Anexo 3). No se observó un efecto significativo de los recursos psicológicos -apoyo instrumental y percibido- en los modelos de los grupos de 70 a 79 y de 80 años y más. Sin embargo en el modelo del grupo de 60 a 69, al incluir sólo los recursos psicológicos, el apoyo instrumental tuvo un efecto significativo sobre el cambio en el estado de salud, no así el apoyo percibido. Esto coincide con lo encontrado en el modelo descrito previamente (Modelo Mujeres, Anexo 2). Al introducir las variables de control, el apoyo instrumental continuó teniendo un efecto significativo, donde la población que no recibió apoyo instrumental, en comparación con la que lo recibió, tuvo 26% menos riesgo de haber enfermado.

⁴ Los modelos logísticos se probaron incluyendo todos los recursos psicológicos. Sin embargo, aún separando por sexo y por grupos de edad, no se observó ningún efecto sobre el cambio en el estado de salud, de manera que se optó por dejar un modelo parsimonioso, incluyendo únicamente los apoyos instrumental y percibido.

En relación al apoyo percibido, éste adquirió significancia cuando la derechohabiencia fue introducida al modelo. Al igual que en el caso anterior, puede deberse a un efecto confusor dada la asociación entre ser derechohabiente y contar con apoyo percibido. Asimismo, cabe recordar que la población de este grupo de edad es la que tiene el mayor número de derechohabientes.

Los ejercicios que se realizaron, construyendo modelos logísticos diferenciados por edad y sexo, parecen indicar el peso que la edad, y en especial la derechohabiencia, tienen sobre el cambio en el estado de salud. Esto puede deberse a la manera en la que se midió el estado de salud, a través del autoreporte de enfermedades crónicas. A continuación se discutirán a detalle, éste y otros resultados.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El acelerado proceso de envejecimiento, el aumento en la esperanza de vida y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, constituyen un desafío para los individuos y para los sistemas de salud y provisión de servicios sociales. Para los primeros, porque pueden ver comprometida su funcionalidad e independencia, así como su economía, debido a los elevados costos de atención en salud. Para los segundos, por la creciente demanda de cuidados de salud y atención especializada.

Con este escenario de fondo y con el afán de aportar información que ayude a la comprensión del proceso de salud en la vejez, este estudio tuvo como finalidad, analizar la asociación de siete recursos psicológicos con el cambio en el estado de salud en sujetos de 60 años o más y que hubieran participado en los levantamientos de 2001 y 2012 del ENASEM. Esta ventana de tiempo se eligió, porque se consideraba que una década era tiempo suficiente para ver el efecto de los recursos psicológicos sobre el cambio en el estado de salud. Ahora bien, la muestra de estudio estuvo compuesta por adultos mayores que en la línea base se encontraban sanos. Once años después, 51% de los participantes cambiaron su estado de salud al reportar la presencia de al menos una enfermedad crónica degenerativa. Luego de estimar diversos modelos de regresión logística, controlando por variables sociodemográficas, conductas de salud y condiciones en la infancia, se encontró que el apoyo social percibido estuvo significativamente asociado con dicho cambio; en tanto que el estado de ánimo positivo, el LOC, el trabajo voluntario, la religiosidad, el apoyo material y el apoyo instrumental no tuvieron un efecto significativo.

La discusión se centra en describir los patrones sociodemográficos vinculados a la presencia de cada recurso psicológico; se contrastan los resultados encontrados con la literatura, y se explican las posibles causas de la falta de asociación con el cambio en el estado de salud. En seguida, se exponen los alcances y limitaciones presentados en el desarrollo de esta investigación, y finalmente, se cierra con las conclusiones finales.

5.1 Recursos psicológicos y cambio en el estado de salud

El análisis realizado demuestra que de los recursos psicológicos estudiados, el apoyo social percibido de parte de amigos y vecinos fue un factor explicativo del cambio en el estado de salud. Esto es, percibir que se contaba con el apoyo, fue un factor protector para conservar la salud en la vejez. En tanto que los recursos psicológicos que no mostraron asociación con el cambio en el estado de salud son el estado de ánimo positivo, el LOC, el trabajo voluntario, la religiosidad, el apoyo instrumental y el apoyo material. Este hallazgo no es consistente con estudios previos que han reportado los efectos benéficos de los recursos sobre la salud física (Kahana, Kelley y Kahana, 2012; McDougle *et al.*, 2014; Musick y Wilson, 2003; Sargent, Butterworth y Anstey, 2015; Windle y Woods, 2004).

La falta de significancia de gran parte de los recursos psicológicos puede tener relación con la características dinámica de los recursos en el tiempo y con aspectos metodológicos. En relación al primero, en la literatura se ha señalado que los recursos psicológicos son estables en la trayectoria de vida (Perrig-Chiello *et al.*, 2006), sin embargo, hay quienes consideran que son dinámicos (Sargent, Butterworth y Anstey, 2015). Y once años, en especial en esta etapa de la vida, pueden ser suficientes para contrastar cambios psicológicos; por lo que la disponibilidad y uso de los recursos puede verse afectada (Robles, 2005).

Con relación a los aspectos metodológicos, conviene señalar las características de la muestra de estudio seleccionada, que al estar conformada por sujetos sanos presentó diferencias con respecto al resto de la población adulta mayor. En primer lugar, en la línea base, la muestra de adultos mayores sanos se distinguió de los enfermos porque en su mayoría eran hombres, eran más jóvenes, tenían un mayor nivel educativo, vivían con pareja y primordialmente en áreas urbanas. Todos, factores sociodemográficos tradicionalmente asociados con la salud. Ahora bien, de estos sujetos sanos en la línea base, 36% falleció o se perdió en el seguimiento. Con respecto a los que fallecieron, la muestra del estudio presentó ciertas ventajas, a saber: eran más jóvenes, con mayor nivel educativo, una mayor proporción vivía en pareja y tenían ingresos más altos. Sin embargo, el grupo de adultos mayores sanos tuvo desventajas en comparación con el grupo que se perdió: menor nivel educativo, menor residencia en áreas urbanas, menores ingresos y menor proporción de derechohabientes. Este sesgo, derivado de la selección positiva de la muestra -y por

tanto, homogénea-, también podría estar explicando la falta de significancia de los recursos psicológicos.

A continuación, se explorarán, con cada uno de los recursos psicológicos, algunas causas de los resultados obtenidos.

5.1.1 Apoyo social percibido

El efecto significativo del apoyo social percibido parece corroborar la afirmación acerca de que el apoyo subjetivo es la dimensión más fuerte del apoyo social y la que mejor se asocia con la salud en la vejez (Yang, 2006). Al tener la confianza de que el apoyo estará disponible cuando se le requiera, se genera una seguridad emocional en el adulto mayor que puede ayudar en situaciones donde la salud puede estar en riesgo (Albarracín y Goldstein, 1994; Gottlieb y Bergen, 2010; Yang, 2006); es decir, el apoyo percibido actúa como un amortiguador del estrés en esta etapa de la vida (Cohen y Wills, 1985).

Los resultados del efecto protector del apoyo social percibido sobre el estado de salud en los adultos mayores, es consistente con lo encontrado por otros autores. Shor y colaboradores (2013) realizaron un revisión de 50 estudios, realizados en países desarrollados, donde se analizaba el efecto del apoyo percibido sobre la mortalidad; los autores encontraron que aún controlando por características sociodemográficas, conductas y condiciones de salud, el riesgo de muerte para las personas con niveles más bajos de apoyo social percibido fue 11% ($P < 0.001$) mayor que el riesgo entre las personas con niveles más altos de apoyo; sin embargo en un meta análisis previo, elaborado por Holt-Lunstad y colegas (2010) reportaron un efecto mayor; de acuerdo a estos autores, los que no contaron con apoyo social percibido tuvieron 35% más riesgo de muerte. Al igual que en los resultados de este estudio, en los meta análisis referidos, se encontró que la falta de apoyo social percibido fue igualmente perjudicial para hombres y mujeres.

En este estudio se observó que algunos factores sociales significativamente asociados con el apoyo social percibido fueron contar con un ingreso superior a 500 pesos mensuales y ser derechohabiente.

5.1.2 Estado de ánimo positivo

En el estudio se observó que algunos factores sociales significativamente asociados con el estado de ánimo positivo fueron ser hombre, tener siete años o más de educación; vivir en áreas urbanas; tener pareja, y contar con un ingreso superior a 1,500 pesos mensuales. Esto coincide con lo reportado en estudios previos entre la población adulta mayor mexicana que señala la mayor prevalencia de depresión y sintomatología depresiva en mujeres (Belló *et al.*, 2005; Bojórquez-Chapela *et al.*, 2009; Sánchez-García *et al.*, 2012); en los de menor escolaridad (Belló *et al.*, 2005), en los viudos (Pando *et al.*, 2001) y los que viven en pobreza (Berenzon *et al.*, 2013; Bojórquez-Chapela *et al.*, 2009)

Con relación al cambio en el estado de salud, la falta de valor predictivo del estado de ánimo positivo, medido a través de la ausencia de síntomas depresivos, pudiera deberse a una limitación en la medida seleccionada. La escala de depresión empleada en ENASEM mide la presencia de sintomatología depresiva en la semana previa a la entrevista, y aún cuando ha sido validada para la población adulta mayor mexicana, no cuenta con los criterios para un diagnóstico clínico de depresión (Aguilar-Navarro *et al.*, 2007). Un problema derivado de usar esta medida es la dificultad para discriminar los efectos temporales -ocasionados por eventos que pasaron en las semanas o días previos al levantamiento del cuestionario, que hayan influido en el estado de ánimo del adulto mayor-, de aquellos que tengan un efecto de largo plazo o una historia clínica de depresión (Buendía y Riquelme, 1994). De esta manera, haber presentado sintomatología depresiva en la última semana, no tiene un efecto lo suficientemente grave e incapacitante -como pudiera tenerlo un episodio de depresión mayor-, que tuviera un efecto sobre la salud, once años después.

Algunas diferencias sustanciales entre este estudio y las investigaciones previas que reportaron una asociación significativa entre el estado de ánimo y la salud, también podrían explicar los resultados. Al respecto podemos mencionar que esos estudios fueron realizados con población de países desarrollados; se empleó un instrumento de evaluación de la sintomatología depresiva distinto -e.g. entrevistas clínicas, Mini-Mental, escala de Depresión Geriátrica de Yesavage- (Sivertsen *et al.*, 2015), y en otros, no se controló por condición de salud en la línea

base del estudio, de manera que la muestra estuvo compuesta tanto por adultos mayores sanos como por aquellos con alguna enfermedad crónica o disfuncionalidad (Penninx *et al.*, 1998; St John y Montgomery, 2009; Teng *et al.*, 2013).

5.1.3 Locus de control

Aunque el LOC no fue significativo con el cambio en el estado de salud, se observó que ser hombre, ser del grupo de edad más joven (60 a 69 años), tener siete años o más de educación; vivir en áreas urbanas; contar con pareja; tener un ingreso superior a 1,500 pesos mensuales y ser derechohabiente fueron factores sociodemográficos que se asociaron con la presencia de este recurso psicológico. Este perfil del LOC interno coincide con lo reportado por otros autores que han estudiado este constructo en la población mexicana (Angel, Angel y Hill, 2008; Palomar y Valdés, 2004; Vera *et al.*, 2009).

En relación con el cambio en el estado de salud, hay poca investigación sobre el LOC y los adultos mayores en el contexto mexicano; por lo tanto, es difícil comparar estos hallazgos con la literatura. Sin embargo, al no haber una diferencia significativa en contar con un LOC interno entre el grupo que continuó sano y el que enfermó, los resultados podrían indicar que se trata de una característica que es estable entre la población.

Ahora bien, es importante hacer unos señalamientos en cuanto al instrumento de evaluación que también pudieran explicar los resultados. La escala de locus de control interno-externo de Rotter (1966), compuesta por 29 reactivos, ha sido tradicionalmente la más empleada en estudios con población adulta mayor para medir la prevalencia de este constructo en general, y su efecto sobre la salud en particular (Francis, 2014; Halford *et al.*, 2012; McKean, 2007; Pinguart, Fröhlich y Silbereisen, 2007). ENASEM emplea una adaptación breve -ocho reactivos- de esta escala, misma que aún no ha sido validada para su uso con adultos mayores en México. Asimismo, conviene señalar que fue la variable empleada para este estudio, con el mayor número de datos perdidos, por lo que la aplicación del instrumento, además de la falta de validez y confiabilidad, pudieran haber afectado los resultados.

5.1.4 Trabajo voluntario

Los resultados de este estudio mostraron que 14% de los adultos mayores realizaban trabajo voluntario. Los factores sociodemográficos que se encontraron significativamente asociados con este recurso psicológico fueron ser mujer, ser parte del grupo más joven de edad (60 a 69 años), y tener siete años o más de educación. Esto es consistente con lo reportado por el INEGI (2015c) y lo encontrado en la Encuesta Nacional de Solidaridad y Acción Voluntaria en México (CEMFI, 2012) donde se señalaba la feminización del voluntariado en México y se afirmaba que 11% de los adultos mayores se enrolaban a trabajos voluntarios. Otros estudios a nivel mundial, corroboran el perfil encontrado, en el sentido de que son los adultos mayores más jóvenes, los de mayor nivel educativo y económico, los que en mayor medida realizan trabajo voluntario (Jenkinson *et al.*, 2013; Kumar *et al.*, 2012).

Pese a que el perfil observado del adulto mayor voluntario, es similar al reportado en investigaciones previas que han asociado este recurso psicológico con la salud en la vejez (Jenkinson *et al.*, 2013; Kumar *et al.*, 2012; McDougale *et al.*, 2014; Musick y Wilson, 2003), no se replicaron esos resultados. Una posible explicación a esta diferencia radica en las características del trabajo voluntario en México. Como previamente se había señalado, en México se realiza principalmente, voluntariado informal. Patrón contrario al que se presenta en países desarrollados, donde es mayoritario el trabajo voluntario formal (Butcher, 2010).

Los estudios que reportaron una asociación positiva entre el trabajo voluntario y la salud en la vejez, han sido realizados en países desarrollados y analizando el voluntariado formal (Jenkinson *et al.*, 2013; Kumar *et al.*, 2012; McDougale *et al.*, 2014; Musick y Wilson, 2003). ENASEM, al igual que en esos estudios, mide el trabajo voluntario formal. Sin embargo, por las características que históricamente ha tenido el trabajo voluntario en México, con un sentido caritativo, asistencialista y social, y principalmente realizado de manera informal (Serna, 2010), la medida de ENASEM parece ser insuficiente para explorar el fenómeno en México, donde posiblemente el voluntariado informal o la combinación de ambos, sea un recurso psicológico más relevante en relación con el cambio en el estado de salud.

5.1.5 Religiosidad

Al analizar las características sociodemográficas de la población adulta mayor que reportó tener religiosidad, esto es, considerar la religión muy importante, se encontró que algunos factores significativamente asociados fueron ser mujer, no tener pareja y tener un ingreso inferior a 1,500 pesos mensuales. La feminización de la religiosidad entre los adultos mayores mexicanos ya había sido observada previamente por Maldonado (2015) y Vázquez (2001a) quienes reportaron mayor presencia de las mujeres en actividades religiosas y mayor satisfacción con la religión. Por otra parte, 97% de la muestra de estudio consideró que la religión era muy importante o algo importante, esta cifra coincide con los datos obtenidos por INEGI (2010) donde 96% de la población de 60 años o más profesa alguna religión.

Ahora bien, no se encontró alguna diferencia significativa en la religiosidad de la población que continuó sana y la que enfermó. Estos datos coinciden con lo reportado por Son y Wilson (2011) quienes encontraron que la religiosidad se asoció significativamente con las medidas de salud que tenían un componente subjetivo -autoevaluación de salud y reporte de síntomas-, pero no con medidas objetivas -presencia de enfermedades crónicas y disfuncionalidad-. Otros autores han señalado que el efecto de la religiosidad en la salud es a través de mecanismos indirectos, como la promoción de estilos de vida más saludables o como amortiguador del estrés (George, Ellison y Larson, 2002; Levin, Chatters y Taylor, 2011; Myers y Hwang, 2004). Al respecto, Benjamins y Campbell (2008) en un estudio con población adulta mayor mexicana, encontraron que la religiosidad era un predictor de conductas de salud -no fumar- y de una buena salud auto percibida pero no sobre la salud física. Al analizar esta posible interacción con la muestra de este estudio, se observó que la religiosidad estuvo positivamente asociada con no tomar alcohol pero no se encontró una asociación con el tabaquismo. Sin embargo, ninguna de estas variables de conductas de salud fueron significativas con el cambio en el estado de salud.

Diversos autores han señalado que niveles más altos de participación religiosa se asocian significativamente con diversas mediciones de salud física: autoevaluación de la salud, funcionalidad, menores tasas de mortalidad y menor prevalencia de hipertensión, tabaquismo y alcohol (Hill, Burdette e Idler, 2011; Levin, Chatters y Taylor, 2011). De manera que contar con

mayor información sobre las prácticas religiosas -participación en actividades; sentimientos y creencias hacia la religión, y satisfacción con religión-, ayudarían a caracterizar mejor la religiosidad de la población adulta mayor mexicana.

5.1.6 Apoyo social material e instrumental

Los resultados de este estudio revelan que de las dimensiones empleadas, sólo el apoyo percibido fue un factor protector del cambio en la salud.

Los factores sociodemográficos que se encontraron significativamente asociados con recibir apoyo material fueron ser mujer, ser parte de los grupos de edad más avanzada (70 años y más), ser analfabeta o tener educación básica, vivir en áreas rurales, y ser viudo. En tanto que para recibir apoyo instrumental fueron ser mujer y tener 70 años o más, tener sólo educación básica, y ser derechohabiente. Estos resultados coinciden con lo reportado previamente en estudios demográficos y epidemiológicos, que han señalado las diferencias por sexo (Ham, Ybáñez y Torres, 2003; Saad, 2003), por área de residencia (González, 2011), por estado civil (González, 2011; Saad, 2003), y por grupos de edad (Díaz-Tendero, 2012; López y Jiménez, 2014).

Pese a la seguridad emocional que la recepción de apoyo económico genera en la población adulta mayor (Remle, 2011), no se encontró una asociación significativa entre este recurso psicológico y el cambio en el estado de salud. Esto podría deberse a que el apoyo material se origina con el cambio en el estado de salud. En un estudio con población adulta mayor mexicana, González (2011) analizó la relación entre el cambio en el estado de salud y la recepción de transferencias económicas familiares. Encontró que el cambio en el estado de salud tuvo un efecto significativo sobre la probabilidad de recibir apoyo material; 34% de los adultos mayores que en la línea base no recibían el apoyo; dos años después, con la presencia de enfermedades o de alguna dificultad en la realización de actividades básicas o instrumentales, lo recibían. De acuerdo al autor, es el estado de salud el que detona un cambio en las demás esferas de la vida, entre ellas, la recepción de ayuda económica (González, 2011).

Al analizar este posible efecto para esta investigación, se observaron diferencias significativas entre la población que en la línea base se encontraba sana y la que estaba enferma.

Esto es, 69% de los adultos mayores que en la línea base se encontraban enfermos -y por tanto fueron excluidos- recibían apoyo material, contra 31% de la población sana -muestra de estudio-. Esto parece confirmar la hipótesis de que el cambio en el estado de salud precede a la recepción de apoyo material.

En un primer modelo logístico (Modelo I, Tabla 4.9) donde sólo se incluyeron los recursos psicológicos, el apoyo social instrumental mostró significancia con el cambio en el estado de salud, lo que coincide con estudios previos (Albarracín y Goldstein, 1994; Seeman *et al.*, 1995; Shor, Roelfs y Yogev, 2013). Luego, al ajustar por características sociodemográficas, conductas de salud y condiciones en la niñez, se debilitó su efecto hasta perder significancia a un nivel de confianza de 95% ($P=0.07$) que fue el utilizado en todo el estudio, sin embargo lo fue cuando se empleó un menor nivel (90%). Para fines ilustrativos, bajo este nivel de confianza, la población que no recibió apoyo instrumental, en comparación con la que lo recibió, tuvo 20% menor riesgo de haber enfermado (IC 90% = 0.6-0.9).

Estos resultados indican que contar con apoyo instrumental pondría en riesgo el mantenimiento de la salud en edades avanzadas. Dicha aseveración coincide con lo planteado por Mendes de León y Glass (2004) quienes señalan que la necesidad de apoyo instrumental es una indicación de deterioro en la salud, y la disponibilidad de este tipo de apoyo puede fomentar una mayor dependencia que puede conducir a una aceleración del deterioro. Otro mecanismo por el que se pudiera afectar la salud, es que la continua necesidad de ayuda instrumental y las restricciones en las actividades, asociado a una incapacidad temporal o permanente, impiden la formación, el mantenimiento y el fortalecimiento de las relaciones sociales y, en consecuencia, el debilitamiento de los lazos sociales que puede conducir a una desvalorización o baja autoestima (Yang, 2006).

Otra idea que ayuda a entender el efecto observado del apoyo instrumental, es la ambivalencia del apoyo entre la población adulta mayor mexicana. De acuerdo a Robles (2005), por un lado puede ser útil el apoyo instrumental para preservar la funcionalidad y bienestar del viejo evitando accidentes, caídas, llevándolo a revisiones médicas, promoviendo cuidados preventivos, preparándole alimentos o involucrándolo en actividades de ocio. Bajo esta perspectiva, la falta de apoyo puede ser un factor que deteriore la salud. Por otro lado, señala la

autora, puede ser un elemento indeseable, ya que fortalece la noción de decrepitud al requerir del cuidado de los demás, y el reconocimiento de ser alguien dependiente; dicha creencia, y no el apoyo *per se*, puede originar sentimientos adversos -inutilidad; ser una carga para la familia; pérdida del control y de la autoridad sobre uno mismo-, en especial cuando se recibe en las fases iniciales del envejecimiento -anciano joven-, dado que se esperaría que el apoyo se otorgara en edades más avanzadas -80 años o más- cuando se experimentan las mayores pérdidas, incapacidades, y cuando las demandas crecen (Robles, 2005).

Dado que la muestra de este estudio estaba compuesta por adultos mayores sanos y sin disfuncionalidad, no es posible conocer si las personas que recibieron el apoyo, lo recibían por alguna incapacidad temporal, ni de qué tipo. Sin embargo, en la correlación de *Spearman* (Tabla 4.8) y en el primer modelo logístico (Tabla 4.9), cuando el apoyo instrumental mostró un efecto significativo con el cambio en el estado de salud, éste fue negativo. Una posible explicación es que el hecho de recibir apoyo instrumental pudo haber favorecido el deterioro de la salud, promoviendo actitudes y conductas de dependencia.

5.1.7 Variables de control

Al inicio del estudio se identificaron trece variables que habían sido reportadas en la literatura como relevantes en la salud de los adultos mayores. Después de un análisis riguroso, y bajo un principio de parsimonia, sólo se incluyeron en los modelos logísticos aquellas que estuvieron significativamente asociadas con el cambio en el estado de salud. De ellas, sólo la derechohabiencia, los cuidados preventivos y la pobreza en la niñez, tuvieron una relación significativa con el cambio en el estado de salud. Y aún cuando el análisis de la asociación de estas variables con la salud, está fuera de los objetivos de esta tesis, conviene hacer algunos señalamientos.

Se encontró una asociación inversa entre la derechohabiencia y el cambio en el estado de salud; ser derechohabiente estuvo asociado con haber experimentado un cambio en el estado de salud. Esta relación puede deberse a la manera como se midió el estado de salud -a través del auto reporte de enfermedades crónicas-, teniendo mayor probabilidad de ser diagnosticado, un adulto mayor que cuente con acceso a la atención médica; algo que hasta hace poco, estaba determinado

por la participación en el sector formal del mercado laboral (Salgado y Wong, 2007). En el año de 2004 se implementó el Seguro Popular de Salud, que ha podido cubrir a la población no asalariada que representaba aproximadamente la mitad de la población en México (Gómez-Dantés *et al.* 2011).

Para explorar si el cambio en el estado de salud pudiera deberse al acceso a los servicios de salud, se observó el cambio en la cobertura de atención médica entre 2001 y 2012. Al respecto, 58% de la muestra de estudio era derechohabiente en 2001. Para 2012, 87% ya contaba con derechohabiencia, de los cuales, 28% estaba afiliado al programa de Seguro Popular. Este incremento en el acceso a los servicios de salud dentro de la muestra, coincide con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), donde la protección en salud -pública o privada- para los adultos mayores, pasó de 59% en 2006, a 81% en 2012 (González-González *et al.*, 2011; Gutiérrez *et al.*, 2012).

Los cuidados preventivos se asociaron significativamente con el cambio en el estado de salud, esto es, tener cuidados preventivos incrementó el riesgo de haber enfermado. Ahora bien, a través de la matriz de correlación se observó que los cuidados preventivos se relacionaron significativamente con la derechohabiencia. Por eso, no es sorprendente que tanto la derechohabiencia como los cuidados preventivos se relacionaran en la misma dirección con el cambio en el estado de salud. Esta misma asociación ya la habían analizado Pagán y colaboradores (2007), quienes encontraron que la realización de cuidados de salud entre los adultos mayores mexicanos está determinada por el acceso a servicios de salud: ser derechohabiente aumentó la probabilidad de tener cuidados preventivos de salud.

Finalmente, de las variables de condiciones de la niñez estudiadas, se encontró que la pobreza se relacionó significativamente con el cambio en el estado de salud. Esto coincide con lo reportado previamente en población mexicana, donde el nivel socioeconómico durante la infancia fue predictor de limitaciones funcionales en la vejez (Huang, Soldo y Elo, 2011), y parecería abonar al planteamiento de la perspectiva del curso de vida: la acumulación de desventajas comienza con la exposición temprana de adversidades y tienen un fuerte impacto en la salud física durante la vejez (Hatch, 2005; Uhlenberg y Mueller, 2006; Wong y Lastra, 2001).

Las otras variables de control incluidas en los modelos logísticos -consumo de alcohol, edad y sexo - aún cuando no tuvieron una relación significativa con el cambio en el estado de salud en el modelo final, sí tuvieron una influencia sobre los recursos psicológicos, modificando su efecto sobre el cambio en la salud. El consumo de alcohol, debilitó el efecto del apoyo percibido.

Sobre la edad, vale la pena hacer distintos señalamientos. En primer lugar, con relación a los recursos psicológicos, fortaleció el efecto del apoyo instrumental sobre el cambio en la salud. En segundo lugar, se vio que la población de 60 a 69 años, fue la que enfermó más (Tabla 4.4 y 4.5) pero esto pudo deberse a que era la población con mayor derechohabencia. En 2012, 89% del grupo de 60 a 69 tenían acceso a servicios de salud, en tanto que del grupo de 70 a 79 años, sólo 83%, y la población más vulnerable fueron los de 80 años o más, con sólo 79% de su población derechohabiente. Y como ya se vio previamente, la derechohabencia determina, en gran medida, poder ser diagnosticado y, por tanto, reportar la presencia de la enfermedad.

El sexo sólo tuvo influencia sobre los recursos psicológicos a través de la interacción con las otras variables. Se observó por ejemplo, que la interacción entre sexo y derechohabencia, y entre sexo y edad, fortalecieron el efecto del apoyo instrumental. En tanto que, la interacción entre sexo y derechohabencia, y entre sexo y cuidados preventivos, fortalecieron el efecto del apoyo percibido.

Lo anterior indica que contar con apoyo instrumental o apoyo percibido fue independiente al sexo del adulto mayor en los cuatro modelos logísticos generales. Sin embargo, para los modelos diferenciados por sexo y edad, y a través de tablas de contingencia de doble entrada para corroboración de asociaciones, sí se observó una influencia. Por ejemplo, para fines ilustrativos podemos decir que las mujeres menores de 70 años recibieron menos apoyo instrumental, lo cual estuvo asociado a seguir sano. O, ser hombre, y consumir alcohol, se asoció con una mayor presencia de apoyo social percibido, que a su vez estuvo asociado a un menor riesgo de enfermar. Aunque en este último ejemplo habría que hacer algunas precisiones: se ha encontrado que la ingesta moderada de alcohol en compañía de amigos, estrecha los lazos y aumenta la confianza en que se podrá contar con ellos en caso de enfermedad (Albarracín y Goldstein, 1994), y como en nuestra medición de ingesta de alcohol no se distingue el bebedor social, del alcohólico; es

probable que si la persona bebe, sea porque no presenta malestar o enfermedad, por el que haya recibido una indicación médica contraria a su ingesta.

Finalmente, cabe señalar que la población que cambió su estado de salud -enfermó-, fueron en su mayoría, mujeres y las principales causas de morbilidad fueron hipertensión y diabetes mellitus. Este patrón de enfermedades coincide con lo reportado en estudios previos con población mexicana (Gómez *et al.*, 2014; IMSS, 2015; SINAIS, 2015). Esto es especialmente relevante dada la carga de enfermedad, que exigen cuidados a largo plazo y atención médica constante. También ha sido bien documentada la mayor prevalencia de padecimientos crónicos en las mujeres, quienes suelen presentar un mayor deterioro en la salud en comparación con los hombres (Angel, Angel y Hill, 2008; Wong *et al.*, 2015). Desde una perspectiva de género -sin soslayar las diferencias biológicas, los distintos roles desempeñados a lo largo del curso de vida, y el uso diferenciado de los servicios de salud-, se explica porque las mujeres tienen mayor control e interés sobre su estado de salud, además de un mejor seguimiento de sus enfermedades (González, 2011).

5.2 Alcances y limitaciones del estudio

Varias limitaciones son reconocidas como parte de este análisis. En primer lugar, la falta de representatividad debido al sesgo de selección. Si bien ENASEM es representativo de la población mexicana de 50 años o más, la muestra para este estudio es reducida -apenas 8% del total de entrevistados en ENASEM, y 16% de la población de 60 años o más-, y al ser conformada sólo por adultos mayores sanos, presenta características distintas a las observadas en la población de ENASEM: hay una mayor presencia de hombres que de mujeres, en promedio son tres años más jóvenes y con mayor escolaridad, además, poco más de dos tercios viven en pareja, aunque tienen menor acceso a servicios de salud; en cuanto a los recursos psicológicos, los viejos de la muestra reciben menos apoyo material, son menos religiosos y tienen menor estado de ánimo positivo, en cambio, tienen más conductas de salud (Anexo 4). Así pues, este trabajo cubre a una pequeña proporción de adultos mayores con características particulares, razón por la que no se ponderaron los datos.

Otra limitación es que se usaron sólo dos momentos en el tiempo, con un amplio periodo entre uno y otro, a saber: once años. Esto conllevó por una parte, a que se perdieran muchos casos por fallecimiento o abandono del estudio. Y como ya había quedado asentado, la población que se perdió entre un levantamiento y otro, tenía mejores condiciones sociales que la población de seguimiento, en tanto que la población que se perdió, tenía condiciones más desfavorables.

Otra posible fuente de sesgo fue haber incluido sólo a los sujetos con hijos, esto se debió a que en ENASEM, la medición del apoyo social material e instrumental se limita a aquellos adultos mayores con hijos, no así el apoyo percibido. A fin de reducir el sesgo se probaron algunas asociaciones bivariadas entre tener hijos vivos y el cambio en el estado de salud. Al no encontrarse una diferencia estadística significativa, se procedió a eliminar los valores perdidos de las variables de apoyo social y dejar una muestra sólo con sujetos que tuvieran hijos vivos.

Con relación a las condiciones en la niñez, dado que las mediciones se basaron en informes retrospectivos, pudiera estar presente un sesgo de memoria ya que la calidad del recuerdo de las condiciones de vida y salud previas a los diez años, pudieran estar asociada con la edad los individuos. Sin embargo, estudios anteriores han proporcionado evidencia favorable acerca de la confiabilidad y capacidad de recordar eventos tempranos de la vida en etapas posteriores (Huang, Soldo y Elo, 2011).

Como ya se había ilustrado antes al explicar el efecto de la derechohabiencia, existe una limitante en cuanto a la medición de la salud -estado y cambio en el estado de salud- ya que se hace a través del auto reporte que hacen los sujetos respecto de si alguna vez un médico les ha diagnosticado una enfermedad crónico degenerativa. Esto sin duda está supeditado al acceso que se tenga a los servicios de salud, ya que en México, los derechohabientes son los que tienen la oportunidad de ser diagnosticados, tratados y hospitalizados. De manera que es probable que hubiera personas con alguna afección que no les había sido diagnosticada y por tanto, que fueron clasificadas en este estudio como sanas.

Como se ha visto, las dificultades expuestas suponen sesgos que no pudieron ser controlados de manera completamente satisfactoria, complicando de esta forma la interpretación y la generalización de resultados puntuales.

En cuanto a los alcances de este estudio, tiene una relevancia académica, dado que la relación entre los recursos psicológicos y la salud durante el envejecimiento han sido ampliamente investigados a nivel mundial, sin embargo en México, hasta el momento no se han encontrado trabajos con dicha temática. Este estudio pretende contribuir al conocimiento sobre esta materia y ampliar el existente sobre las características de la salud en la vejez y los factores asociados.

Finalmente, este tema tiene una relevancia social, dado que el crecimiento de la población adulta mayor presenta desafíos a las políticas públicas, y a los servicios sociales y de salud. De manera que se vuelve fundamental conocer y entender cómo operan los factores que facilitan y promueven un envejecimiento saludable y justamente esa es una de las bondades de este estudio ya que al enfocarse en la población sana, aún cuando se sacrificó representatividad, fue un primer paso para entender qué factores intervienen para que individuos con características similares, tengan trayectorias de salud distintas a lo largo del tiempo.

5.3 Conclusiones

México tiene por delante un gran reto con el aumento acelerado de la población adulta mayor. Entre las principales tareas están extender la cobertura de atención en salud; fomentar programas de prevención y políticas públicas que favorezcan llegar a la vejez en mejores condiciones de salud; formar recursos humanos especializados en el área, y educar al personal de los sistemas de salud para ofrecer un servicio acorde a las necesidades de la población envejecida.

Como una forma de contribuir a este reto desde la academia, en este estudio se buscó conocer cómo se asociaban los recursos psicológicos con el cambio en el estado de salud de los adultos mayores.

Esta investigación tenía el objetivo de analizar la asociación de los recursos psicológicos con el cambio en el estado de salud de los adultos mayores mexicanos, esto se llevó a cabo a través de diversos mecanismos. En principio, se estableció la relación que cada uno de los recursos guardaba con el cambio en el estado de salud, y para aquellos que mostraron una asociación significativa, se describió el efecto que su ausencia tuvo, para haber enfermado. Además, se describió el perfil sociodemográfico de la muestra de estudio de acuerdo a su

condición de salud, y de acuerdo a la presencia de recursos psicológicos.

Ahora bien, pese a las limitaciones con los datos, las mediciones, y las herramientas empleadas, que impidieron tener un análisis más exhaustivo de los recursos psicológicos, se pueden delinear algunos hallazgos:

- El apoyo social percibido fue un recurso psicológico protector contra el cambio en el estado de salud en la vejez.
- El apoyo social instrumental, incrementó el riesgo de haber tenido un cambio en el estado de salud.
- De acuerdo a la perspectiva del curso de vida, las condiciones adversas, vividas en los primeros años de vida, pudieran tener un efecto perjudicial en etapas posteriores de la vida. En el análisis se encontró que haber sufrido pobreza en la niñez fue un predictor del cambio en el estado de salud.
- El sexo, la edad, el acceso a los servicios de salud, la realización de cuidados preventivos y el consumo de alcohol, modificaron el efecto de los recursos psicológicos sobre el cambio en el estado de salud.
- El autoreporte de salud está supeditado al acceso a servicios de salud. Al respecto, Frenk (2003) asegura que al igual que la educación, la salud se vuelve una de las condiciones necesarias para una verdadera igualdad de oportunidades, donde el acceso universal a la atención de la salud es un medio para que cada generación cuente con las mismas oportunidades. Tal igualdad es la base para distribuir los beneficios del desarrollo económico; bajo esta perspectiva, la atención a la salud dejaría de ser una mercancía, para convertirse en un derecho social.

Con estos hallazgos, las hipótesis de trabajo planteadas al inicio, sólo se cubrieron parcialmente, dado que sólo un recurso psicológico mostró asociación con el cambio en el estado de salud. Esto parecería indicar que si bien los recursos psicológicos pueden actuar como amortiguador de estresores, y protectores de la salud en la vejez, no son determinantes.

Este trabajo fue el primero en México explorando la relación entre los recursos psicológicos y la salud en la vejez y si bien, luego de esta investigación, se conoce más sobre el

fenómeno, aún hay muchas preguntas que no han podido ser respondidas y áreas de oportunidad que pueden marcar la ruta de futuros trabajos:

- Ante la falta de significancia de los recursos psicológicos conviene preguntarse: ¿los recursos psicológicos son dinámicos en el tiempo?
- Los recursos psicológicos empleados para esta tesis fueron seleccionados de aquellos reportados en la literatura y que pudieran medirse a través de ENASEM, al respecto cabría indagar: ¿hay otros recursos psicológicos que se asocien con el estado de salud de los adultos mayores mexicanos?
- Dada la insuficiencia de los instrumentos para medir los recursos psicológicos: ¿un instrumento distinto, o un acercamiento cualitativo, captaría mejor la presencia de los recursos y su efecto sobre la salud?
- En presencia de enfermedad: ¿cuál es el papel y el efecto de los recursos psicológicos?
- Dado que una condición de la infancia tuvo una asociación con el cambio en el estado de salud conviene explorar, en un estudio más amplio conociendo las trayectorias de vida: ¿las ventajas/desventajas acumuladas a lo largo de la vida median el efecto de los recursos psicológicos sobre la salud en la vejez? o por el contrario ¿los recursos psicológicos median el efecto de las ventajas/desventajas acumuladas sobre la salud en la vejez?
- Empleando otras medidas de salud ¿se encontraría una relación distinta con los recursos psicológicos?

BIBLIOGRAFÍA

- Aaron Antonovsky, 1990, "Personality and health: Testing the sense of coherence model", en Howard Friedman, ed., *Personality and Disease*, Oxford, John Wiley & Sons, pp. 155–177.
- Acuña, María del Refugio y Ana Luisa González, 2010, "Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores", *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, vol. 2, núm. 2, pp. 71-81.
- Aguilar-Navarro, Sara Gloria *et al.*, 2007, "Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores", *Salud Pública de México*, vol. 49, pp. 256-262.
- Albarracín, Dolores y Eva Goldstein, 1994, "Redes de apoyo social y envejecimiento humano", en José Buendía, ed., *Envejecimiento y psicología de la salud*, Madrid, Siglo veintiuno, pp. 373-392.
- Angel, Ronald, Jaqueline Angel and Terrence Hill, 2008, "A Comparison of the Health of Older Hispanics in the United States and Mexico", *Journal of Aging and Health*, vol. 20, núm. 1, pp. 3-31.
- Antonucci, Toni, 2001, "Social Support, Psychology of.", en N. J. Smelser & P. B. Baltes, eds., *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Oxford, Pergamon, pp. 14465-14469.
- Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V*, 5ª, Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Ávila-Funes, José *et al.*, 2007, "Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores", *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 5, pp. 367-375.
- Bandura, Albert, 1977, "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review*, vol. 84, núm. 2, pp. 191-215.
- Belló, Mariana *et al.*, 2005, "Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México", *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 1, pp. 4-11.
- Benjamins, Maureen and Anna Campbell, 2008, "Religion: A Sociocultural Predictor of Health Behaviors in Mexico", *Journal of Aging and Health*, vol. 20, núm. 3, pp. 290-305.
- Berenzon, Shoshana *et al.*, 2013, "Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México", *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 1, pp. 74-80.
- Berkman, Lisa and Leonard Syme, 1979, "Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up of Alameda County residents", *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, núm. 2, pp. 186-204.

- Blanco, Mercedes, 2011, "El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo", *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 5, núm. 8, pp. 5-31.
- Bojórquez-Chapela, Ietza *et al.*, 2009, "Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 26, núm. 1, pp. 70-77.
- Buendía, José y Antonio Riquelme, 1994, "Envejecimiento y depresión", en José Buendía, ed., *Envejecimiento y psicología de la salud*, Madrid, Siglo veintiuno, pp. 219-230.
- Butcher, Jacqueline, 2010, "Conceptual Framework for Volunteer Action and Acts of Solidarity", en Jacqueline Butcher, ed., *Mexican Solidarity. Citizen Participation and Volunteering*, New York, Springer, pp. 1-32.
- Cárdenas, César, César González y Héctor Lara [reporte], 2012, "Numeralia de los adultos mayores en México", *Instituto de Geriatria*. .
- Carter, Mary and Kelli Cook, 1995, "Adaptation to retirement: Role changes and psychological resources", *Career Development Quarterly*, vol. 44, núm. 1, pp. 67-83.
- Castillo, Dídimo y Fortino Vela, 2005, "Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970-2000", *Papeles de Población*, vol. 11, núm. 45, pp. 107-141.
- Centro Mexicano para la Filantropía (CEMFI), 2012, *La acción solidaria de los mexicanos: una aproximación*, México, CEMEFI.
- Chow, Esther and Henry Ho, 2012, "The relationship between psychological resources, social resources, and depression", *Aging & Mental Health*, vol. 16, núm. 8, pp. 1016–1027.
- Cohen, Sheldon and Thomas Wills, 1985, "Stress, social support, and the buffering hypothesis", *Psychological Bulletin*, vol. 98, núm. 2, pp. 310-357.
- Consejo Nacional de Población, 2011, *Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México*, México, D.F., CONAPO.
- Consejo Nacional de Población, 2014, "Indicadores demográficos básicos 1990-2030", en: http://www.portal.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=230, consultado el 11 de mayo de 2014.
- Costa-Font, Montserrat y Joan Costa-Font, 2009, "Heterogeneous "adaptation" and "income effects" across self-reported health distribution?", *The Journal of Socio-Economics*, vol. 38, núm. 4, pp. 574–580.
- Díaz-Tendero, Aída, 2012, *La teoría de la economía política del envejecimiento. Un nuevo enfoque para la gerontología social en México*, Ciudad de México, COLEF.

- Diehl, Manfred and Elizabeth Hay, 2007, "Contextualized self-representations in adulthood", *Journal of Personality*, vol. 75, núm. 6, pp. 1255–1283.
- Due, Pernille *et al.*, 1999, "Social relations: network, support and relational strain", *Social Science & Medicine*, vol. 48, pp. 661-673.
- Elder, Glen, 2001, "Life Course: Sociological Aspects", en *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Oxford, Elsevier, pp. 8817-8821.
- Elder, Glen, Monica Kirkpatrick and Robert Crosnoe, 2006, "The Emerge and Development of Life Course Theory", en Jeyland Mortimer and Michael Shanahan, eds., *Handbook of the life course*, NY, Springer, pp. 3-22.
- ENASEM, 2016, "*Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Información General*", en: http://www.mhasweb.org/StudyDescription_Esp.aspx#, consultado el 20 de julio de 2016.
- Fiske, Amy, Loebach Wetherell and Margaret Gatz, 2009, "Depression in Older Adults", *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 5, pp. 363-389.
- Francis, Andrew, 2014, "Locus of control", en *Encyclopedia of Psychology and Religion*, Boston, Springer, pp. 1035-1036.
- Frenk, Julio, 2003, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, México, FCE/SEP/CONACYT.
- Frytak, Jennifer, Carolyn Harley and Michael Finch, 2006, "Socioeconomic Status and Health over the Life Course", en Jeyland Mortimer and Michael Shanahan, eds., *Handbook of the Life Course*, New York, Springer, pp. 623-646.
- Fuller-Iglesias, Heather, Jacqui Smith & Toni C. Antonucci, 2009, "Theories of Aging From a Life-Course and Life-Span Perspective", *Annual Review of Gerontology and geriatrics*, vol. 29, núm. 1, pp. 3-25.
- Furnée, Carina y Gerard Pfaan, 2010, "Individual vulnerability and the nurturing state: The case of self-reported health and relative income", *Social Science & Medicine*, vol. 71, pp. 125-133.
- García, Julio César [tesis de maestría], 2008, "Análisis del bienestar de los adultos mayores en México", Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Gatz, Margaret and Amy Fiske, 2003, "Aging Women and Depression", *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 34, núm. 1, pp. 3-9.
- Gecas, Viktor, 2006, "Self-Agency and the Life Course", en Jeyland Mortimer and Michael Shanahan, eds., *Handbook of the life course*, NY, Springer, pp. 369-390.

- George, Linda, Christopher Ellison and David Larson, 2002, "Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health", *Psychological Inquiry*, vol. 13, núm. 3, pp. 190-200.
- Global Burden of Disease (GBD), 2015, "México", *Website*, en: <http://www.healthdata.org/mexico>, consultado el 2 de Diciembre de 2015.
- Gómez-Dantés, Octavio *et al.*, 2011, "Sistemas de salud en México", *Salud Pública de México*, vol. 53, núm. suplemento 2, pp. 220-232.
- Gómez-García, Salvador *et al.*, 2013, "Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México", *Atención Primaria*, vol. 45, núm. 5, pp. 231-232.
- Gómez, Héctor *et al.*, 2014, "Escenarios de la dependencia en México", en Luis Miguel Gutiérrez, María del Carmen García y Javier Enrique Jiménez, eds., *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años*, México, Academia Nacional de Medicina, pp. 63-90.
- González-González, C. *et al.*, 2011, "Health care utilization in the elderly Mexican population: Expenditures and determinants", *BMC Public Health*, vol. 11, núm. 1, pp. 192-202.
- González, César [tesis de doctorado], 2011, "Cambios en el estado de salud de la población en edades avanzadas: Implicaciones económicas y familiares, México 2001-2003", El Colegio de México.
- Gottlieb, Benjamin and Anne Bergen, 2010, "Social support concepts and measures", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 69, núm. 5, pp. 511-520.
- Gravelle, Hugh y Matt Sutton, 2009, "Income, relative income, and self-reported health in Britain 1979-2000", *Health Economics*, vol. 18, pp. 125-145.
- Grönlund, Henrietta, 2013, "Cultural Values and Volunteering: A Cross-Cultural Perspective", en Douglas Vakoch, ed., *Altruism in Cross-Cultural Perspective*, New York, Springer, pp. 71-84.
- Gutiérrez, Juan Pablo *et al.*, 2012, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gutiérrez-Robledo, Luis Miguel y Miguel Ángel Lezana, 2013, *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud*, México, Instituto Nacional de Geriatria.
- Guzmán, José Miguel, Sandra Huenchuan y Verónica Montes de Oca, 2003. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. In: *Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 14 al 18 de julio de 2003, 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile*.

- Halford, Christina *et al.*, 2012, "Perceived Stress, Psychological Resources and Salivary Cortisol", en Margareta Kristenson, Peter Garvin and Ulf Lundberg, eds., *The Role of Saliva Cortisol Measurement in Health and Disease*, Bentham, pp. 67-86.
- Ham, Roberto, Elmyra Ybáñez y Ana Luz Torres , 2003, "Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la ciudad de México", *Notas de Población*, vol. XXIX, núm. 77, pp. 71-102.
- Hatch, Stephani, 2005, "Conceptualizing and Identifying Cumulative Adversity and Protective Resources: Implications for Understanding Health Inequalities", *Journals of Gerontology: SERIES B*, vol. 60B, pp. 130-134.
- Hernández, Mauricio, 2009, *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios*, México, D.F., Panamericana.
- Hill, Terrence, Amy Burdette and Ellen Idler, 2011, "Religious Involvement, Health Status, and Mortality Risk", en Richard Settersten and Jacqueline Angel, eds., *Handbook of Sociology of Aging*, New York, Springer, pp. 533-548.
- Hobfoll, Stevan, 2002, "Social and Psychological Resources and Adaptation", *Review of General Psychology*, vol. 6, núm. 4, pp. 307-324.
- Holt-Lunstad, Julianne, Timothy Smith and Bradley Layton, 2010, "Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review", *Plos Medicine*, vol. 7, núm. 7, pp. 1-20.
- Huang, Cheng, Beth Soldo and Irma Elo, 2011, "Do early-life conditions predict functional health status in adulthood? The case of Mexico", *Social Science & Medicine*, vol. 72, pp. 100-107.
- Hyer, Lee & Catherine Yeager, 2011, "Posttraumatic stress disorder and its treatment at late life", en Leonard Poon & Jinska Cohen-Mansfield, eds., *Understanding well-being in the oldest old*, New York, Cambridge University Press, pp. 111-148.
- Hyer, Lee, Catherine Yeager & Ciera Scott, 2011, "Late-life psychoterapy: challenges and opportunities to enhance well-being in the oldest old", en Leonard Poon & Jinska Cohen-Mansfield, eds., *Understanding well-being in the oldest old*, New York, Cambridge University Press, pp. 332-363.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2015, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2015*, México, D.F., IMSS.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía , 2010, "*Censo de Población y Vivienda 2010*", en: <http://www3.inegi.org.mx>, consultado el 30 de junio de 2015.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013, *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México ENASEM 2012. Diseño Muestral*, Aguascalientes, INEGI.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015a, *Mujeres y hombres en México 2014*, Aguascalientes, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015b, "*Estadísticas de mortalidad*", en: <http://www3.inegi.org.mx>, consultado el 06 de enero de 2016.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015c, *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite de las instituciones sin fines de lucro de México, 2013*, Aguascalientes, INEGI.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), 2015, "*Adultos mayores*", *Website*, en: <http://www.inapam.gob.mx>, consultado el 5 de diciembre de 2015.
- Jenkinson, Caroline *et al.*, 2013, "Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers", *BMC Public Health*, vol. 13, pp. 773-783.
- Johnson, Mary Ann *et al.*, 2011, "Nutrition and well-being", en Leonard Poon & Jinska Cohen-Mansfield, eds., *Understanding well-being in the oldest old*, New York, Cambridge University Press, pp. 171-185.
- Kahana, Eva, Jessica Kelley and Boaz Kahana, 2012, "Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life", *Aging & Mental Health*, vol. 16, núm. 4, pp. 438-451.
- Kumar, Santosh *et al.*, 2012, "Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries", *Social Science & Medicine*, vol. 74, pp. 696-706.
- Lazarus, Richard and Susan Folkman, 1984, *Stress, appraisal, and coping*, New York, Springer.
- Lemos, Serafín, 1994, "Estilos de vida y salud en la vejez", en José Buendía, ed., *Envejecimiento y psicología de la salud*, Madrid, Siglo veintiuno, pp. 89-102.
- Levin, Jeff, Linda Chatters and Robert Taylor, 2011, "Theory in Religion, Aging, and Health: An Overview", *Journal of Religion and Health*, vol. 50, núm. 2, pp. 389-406.
- Loewenthal, Kate, 2014, "Depression", en *Encyclopedia of Psychology and Religion*, Boston, Springer, pp. 481-485.
- López, Mariana y Javier Enrique Jiménez, 2014, "Dependencia y cuidados de largo plazo", en Luis Miguel Gutiérrez, María del Carmen García y Javier Enrique Jiménez, eds., *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años*, México, Academia Nacional de Medicina, pp. 29-62.
- Maldonado, Margarita , 2013, "Dimensiones del estilo de vida relacionadas con el bienestar en ancianos que viven en pobreza extrema", .

- Maldonado, Margarita, 2015, "Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza", *Acta de investigación psicológica*, vol. 5, núm. 1, pp. 1815-1830.
- Martin, Peter, Grace Da Rosa and Leonard Poon, 2011, "The impact of life events on the oldest old", en Leonard Poon & Jinska Cohen-Mansfield, eds., *Understanding well-being in the oldest old*, New York, Cambridge University Press,
- McDougle, Lindsey *et al.*, 2014, "Health Outcomes and Volunteering: The Moderating Role of Religiosity", *Social Indicators Research*, vol. 117, pp. 337–351.
- McKean, Marilyn, 2007, "Sense of control and health: a dynamic duo in the aging process", en Carolyn Aldwin, Crystal Park & Avron Spiro, eds., *Handbook of health psychology and aging*, New York, The Guilford Press, pp. 186-209.
- McLeod, Jane and Elbert Almazan, 2006, "Connections between childhood and adulthood", en Jeyland Mortimer and Michael Shanahan, eds., *Handbook of the life course*, NY, Springer, pp. 391-412.
- Meeks, Suzanne *et al.*, 2016, "Psychological and social resources relate to biomarkers of allostasis in newly admitted nursing home residents", *Aging & Mental Health*, vol. 20, núm. 1, pp. 88-99.
- Mejía-Arango, Silvia *et al.*, 2007, "Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México", *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 4, pp. 475-481.
- Mejía-Arango, Silvia & Luis Miguel Gutiérrez, 2011, "Prevalence and Incidence Rates of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in the Mexican Population: Data From the Mexican Health and Aging Study", *Journal of Aging and Health*, vol. 23, núm. 7, pp. 1050-1074.
- Mejía-Arango, Silvia, Rebeca Wong & Alejandra Michaels-Obregón, 2015, "Normative and standardized data for cognitive measures in the Mexican Health and Aging Study", *Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 1, pp. 90.
- Mendes de Leon, Carlos F. & Thomas A. Glass, 2004, "The Role of Social and Personal Resources in Ethnic Disparities in Late-Life Health", en Norman Anderson, Rodolfo Bulatao & Barney Cohen, ed., *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*, Washington, National Academies Press, pp. 353-405.
- Morales, Francisco, 1997, *Introducción a la psicología de la salud*, Hermosillo, UNISON.
- Mullahy, John y Barbara Wolfe, 2001, "Health Policies for the Non-elderly Poor", en Sheldon Danziger and Robert Haveman, eds., *Understanding Poverty*, Harvard/Russell Sage Foundation, pp. 314-358.

- Musick, Marc and John Wilson, 2003, "Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups", *Social Science & Medicine*, vol. 56, pp. 259–269.
- Myers, Hector and Wei-Chin Hwang, 2004, "Cumulative Psychosocial Risks and Resilience: A Conceptual Perspective on Ethnic Health Disparities in Late Life", en Norman Anderson, Rodolfo Bulatao & Barney Cohen, eds., *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*, Washington, National Academies Press, pp. 353-405.
- Nance, Douglas, 2010, "Depresión en el adulto mayor", en Luis Miguel Gutiérrez y Jesús Héctor Gutiérrez, eds., *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto de Geriátria, pp. 239-248.
- Nummela, Olli *et al.*, 2007, "Self-rated health and indicators of SES among the ageing in three types of communities", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 35, pp. 39-47.
- Nummela, Olli, Marjaana Seppänen and Antti Uutela, 2011, "The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 53, pp. 163-167.
- O'Neill, Greg, Nancy Morrow and Sarah Wilson, 2011, "Volunteering in Later Life: From Disengagement to Civic Engagement", en Richard Settersten and Jacqueline Angel, eds., *Handbook of Sociology of Aging*, New York, Springer, pp. 333-350.
- O'Rand, Angela and John Henretta, 1999, *Age and Inequality: Diverse Pathways through Later Life*, Boulder, Westview Press.
- Ordorica, Manuel, 2014, "Momentos estelares en la dinámica demográfica del México de ayer, hoy y mañana", en Conapo, *La situación demográfica de México 2014*, México, D.F, Conapo, pp. 13-23.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2007, *Manual sobre las instituciones sin fines de lucro en el Sistema de Cuentas Nacionales*, New York, UN.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Estados Unidos, OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016, "La depresión", *Website*, en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>, consultado el 20 de julio de 2016.
- Pagán, José, Andrea Puig and Beth Soldo, 2007, "Health insurance coverage and the use of preventive service by mexican adults", *Health Economics*, vol. 16, pp. 1359-1369.
- Palomar, Joaquina y Laura Valdés, 2004, "Pobreza y Locus de Control", *Revista Interamericana de Psicología*, vol. 38, núm. 2, pp. 225-240.

- Palomar, Joaquina y Nuria Lanzagorta, 2005, "Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social", *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 37, núm. 1, pp. 9-45.
- Palomar, Joaquina, Nuria Lanzagorta and Jorge Hernández, 2005, "Poverty, Psychological Resources and Subjective Well-Being", *Social Indicators Research*, vol. 73, núm. 3, pp. 375-408.
- Palomar, Joaquina, 2008, "Poverty, Stressful Life Events, and Coping Strategies", *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 11, núm. 1, pp. 228-249.
- Pando, Manuel *et al.*, 2001, "Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana", *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 36, núm. 3, pp. 140-144.
- Partida, Virgilio, 2005, "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México", *Papeles de Población*, vol. 11, núm. 45, pp. 9-27.
- Pearlin, Leonard and Carmi Schooler, 1978, "The structure of coping", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 19, núm. 1, pp. 2-21.
- Peek, Kristen, Noe Perez and Jim Stimpson, 2012, "Culture and Couples: Does Partner Disability Differentially Influence Mental Health Across Mexico and the US?", en Jacqueline Angel, Fernando Torres and Kyriakos Markides, eds., *Aging, Health, and Longevity in the Mexican-Origin Population*, New York, Springer, pp. 51-65.
- Penninx, Brenda *et al.*, 1998, "Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Dwelling Older Persons", *JAMA*, vol. 279, núm. 21, pp. 1720-1726.
- Perrig-Chiello, Pasqualina *et al.*, 2006, "Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age", *Psychology, Health & Medicine*, vol. 11, núm. 4, pp. 470-482.
- Peterson, Christopher and Martin Seligman, 2004, *Character strengths and virtues: A classification and handbook*, New York, Oxford University Press.
- Piette, John and Eve Kerr, 2006, "The Impact of Comorbid Chronic Conditions on Diabetes Care", *Diabetes Care*, vol. 29, núm. 3, pp. 725-731.
- Pinquart, Martin, Cornelia Fröhlich and Rainer Silbereisen, 2007, "Change in psychological resources of younger and older cancer patients during chemotherapy", *Psycho-Oncology*, vol. 16, pp. 626-633.
- Poon, Leonard & Jinska Cohen-Mansfield, 2011, "Toward new directions in the study of well-being among the oldest old", en Leonard Poon & Jinska Cohen-Mansfield, eds., *Understanding well-being in the oldest old*, New York, Cambridge University Press, pp. 3-10.
- Radloff, Lenore, 1977, "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population", *Applied psychological measurement*, vol. 1, núm. 3, pp. 385-401.

- Remle, Corey, 2011, "The Midlife Financial Squeeze: Intergenerational Transfers of Financial Resources Within Aging Families", en Richard Settersten and Jacqueline Angel, eds., *Handbook of Sociology of Aging*, New York, Springer, pp. 179-192.
- Reyes, Miguel Ángel [tesis de maestría], 2006, "La rapidez del proceso de disfuncionalidad y la formación de grupos en edades avanzadas", El Colegio de la Frontera Norte.
- Reynoso, Leonardo e Isaac Seligson, 2005, *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*, México, Manual Moderno.
- Robles, Leticia, 2005, "La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social", *Papeles de Población*, vol. 11, núm. 45, pp. 49-69.
- Rotter, Julian, 1966, "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement", *Psychological Monographs*, vol. 80, núm. 1, pp. 1-28.
- Saad, Paulo, 2003, "Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE", *Notas de Población*, vol. XXIX, núm. 77, pp. 175-218.
- Saad, Paulo, 2005, "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: arreglos residenciales y transferencias informales", *Notas de Población*, vol. XXXII, núm. 80, pp. 127-154.
- Salgado-de Snyder, Nelly y Rebeca Wong, 2007, "Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez", *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 4, pp. 515-521.
- Sánchez-García, Sergio *et al.*, 2012, "Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México", *Salud mental*, vol. 35, núm. 1, pp. 71-77.
- Sargent, Kerry, Peter Butterworth and Kaarin Anstey, 2015, "Role of Physical Activity in the Relationship Between Mastery and Functional Health", *The Gerontologist*, vol. 55, núm. 1, pp. 120-131.
- Scholz, Urte *et al.*, 2012, "Associations between received social support and positive and negative affect: evidence for age differences from a daily-diary study", *European Journal of Ageing*, vol. 9, núm. 4, pp. 361-371.
- Seeman, Teresa *et al.*, 1995, "Behavioral and psychosocial predictors of physical performance", *Journals of Gerontology*, vol. 50, núm. 4, pp. 177-183.
- Seligman, Martin, 1975, *Helplessness: On Depression, Development and Death*, San Francisco, Freeman.
- Serna, María Guadalupe, 2010, "La diversidad y el contexto cambiante del voluntariado en México", *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad*, vol. XVI, núm. 47, pp. 141-172.

- Shor, Eran, David Roelfs and Tamar Yogev, 2013, "The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality", *Social Networks*, vol. 35, pp. 626–638.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 2015, "*Morbilidad Enfermedades Crónicas*", *Website*, en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>, consultado el 30 de noviembre de 2015.
- Sivertsen, Heidi *et al.*, 2015, "Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review", *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, vol. 40, pp. 311-339.
- Skinner, Ellen, 1996, "A Guide to Constructs of Control", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 71, núm. 3, pp. 549-570.
- Smith, Kimberly and Noreen Goldman, 2007, "Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico", *Social Science & Medicine*, vol. 65, pp. 1372–1385.
- Soler, Patricia [tesis de maestría], 2008, "Factores psicosociales explicativos del voluntariado universitario", Universidad de Alicante.
- Solís, Patricio, 2001, "La población en edades avanzadas", en José Gómez y Cecilia Rabell (coords.), *La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, DF, FCE/CONAPO, pp. 835-869.
- Son, Joonmo and John Wilson, 2011, "Religiosity, Psychological Resources, and Physical Health", *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol. 50, núm. 3, pp. 588-603.
- St John, Philip and Patrick Montgomery, 2009, "Do depressive symptoms predict mortality in older people?", *Aging & Mental Health*, vol. 13, núm. 5, pp. 674-681.
- Szklo, Moyses y Javier Nieto, 2003, *Epidemiología intermedia. Conceptos y aplicaciones*, Madrid, Díaz de Santos.
- Taniguchi, Hiromi , 2012, "The Determinants of Formal and Informal Volunteering: Evidence from the American Time Use Survey", *Voluntas*, vol. 23, pp. 920-939.
- Taylor, Shelley *et al.*, 2000, "Psychological Resources, Positive illusions, and health", *American Psychologist*, vol. 55, núm. 1, pp. 99-109.
- Teng, Po-Ren *et al.*, 2013, "Depressive symptoms as an independent risk factor for mortality in elderly persons: Results of a national longitudinal study", *Aging & Mental Health*, vol. 17, núm. 4, pp. 470–478.
- Torres, Jacqueline and Rebeca Wong, 2013, "Childhood Poverty and Depressive Symptoms for Older Adults in Mexico: A Life-Course Analysis", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 28, pp. 317-337.

- Triola, Mario, 2009, *Estadística*, Décima ed., México, D.F., Pearson.
- Uhlenberg, Peter and Margaret Mueller, 2006, "Family Context and Individual Well-being", en Jeyland Mortimer and Michael Shanahan, eds., *Handbook of the life course*, NY, Springer, pp. 123-148.
- UNICEF, 2011, *A multidimensional approach to childhood poverty*, New York, UNICEF.
- Vázquez, Carmelo y Gerardo Lozoya, 1994, "La evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en personas de edad", en José Buendía, ed., *Envejecimiento y psicología de la salud*, Madrid, Siglo veintiuno, pp. 247-261.
- Vázquez, Felipe, 2001a, "La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 48, pp. 615-634.
- Vázquez, Felipe, 2001b, "La espiritualidad en el último tramo de la vida entre los pentecostales: Un estudio etnográfico en Xalapa", *Revista académica para el estudio de las religiones*, vol. III, pp. 287-304.
- Vázquez, Felipe, 2014, "El autocuidado y el bienestar desde las prácticas religiosas y la cultura", *Rumbos TS*, vol. IX, núm. 10, pp. 126-134.
- Vázquez, Felipe, 2015, "La metamorfosis de la fe en creyentes de edad avanzada", *Península*, vol. X, núm. 1, pp. 49-71.
- Vázquez, Fernando; Ricardo Muñoz y Elisardo Becoña, 2000, "Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del Siglo XX", *Psicología Conductual*, vol. 8, núm. 3, pp. 417-449.
- Vera, José *et al.*, 2009, "Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México", *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 14, núm. 1, pp. 119-135.
- Verduzco, Gustavo, 2010, "Graphic "Acts of Solidarity in Mexico" (Analysis of the National Survey on Solidarity and Volunteer Action)", en Jacqueline Butcher, ed., *Mexican Solidarity. Citizen Participation and Volunteering*, New York, Springer, pp. 33-70.
- Wilson, John, 2000, "Volunteering", *Annual Review of Sociology*, vol. 26, pp. 215-240.
- Windle, Gill and Robert Woods, 2004, "Variations in subjective wellbeing: the mediating role of a psychological resource", *Ageing and Society*, vol. 24, núm. 4, pp. 583-602.
- Wong, Rebeca y María Aysa Lastra, 2001, "Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 16, núm. 3, pp. 519-544.
- Wong, Rebeca, Mónica Espinoza y Alberto Palloni, 2007, "Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento", *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 4, pp. 436-447.

- Wong, Rebeca *et al.*, 2015, "Progression of aging in Mexico: the Mexican Health and Aging Study (MHAS) 2012", *Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 1, pp. 79-89.
- Yang, Yang, 2006, "How Does Functional Disability Affect Depressive Symptoms in Late Life? The Role of Perceived Social Support and Psychological Resources", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 47, núm. December, pp. 355–372.
- Ybáñez, Elmyra, Eunice Vargas y Ana Luz Torres, 2005, "Factores asociados a la coresidencia de los adultos mayores de 50 años por condición rural-urbana", *Papeles de Población*, vol. 11, núm. 45, pp. 29-48.
- Ybáñez, Elmyra y Rafael Alarcón, 2007, "Envejecimiento y migración en Baja California", *Frontera Norte*, vol. 19, núm. 38, pp. 93-125.
- Ybáñez, Elmyra, 2013, "Llegar a viejo en la frontera norte: El envejecimiento demográfico en Baja California", *Frontera Norte*, vol. 25, núm. 50, pp. 35-64.

ANEXO 1. Preguntas y codificación original de las variables

Variable	Pregunta ENASEM	Categoría(s)
Salud		
	<i>Pregunta C.3, ENASEM 2001</i> ¿Alguna vez en su vida le ha atendido un doctor o personal médico?	Sí No No responde No sabe
	<i>Preguntas C.4; C.6; C.12; C.19; C.22; C.27; C.34, ENASEM 2001</i> ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que tiene usted hipertensión o la presión alta; diabetes o un nivel alto de azúcar en la sangre; cáncer o un tumor maligno, excluyendo cáncer menor de la piel; enfermedad respiratoria, tal como asma o enfisema; un ataque al corazón; una embolia cerebral; artritis o reumatismo?	Sí No No responde No sabe
Estado de salud	<i>Preguntas H.16 - H.19, ENASEM 2001</i> Por favor dígame si tiene alguna dificultad con cada una de las actividades que le voy a mencionar. Si Ud. no hace ninguna de las siguientes actividades, simplemente dígamelo. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses: bañarse; comer; ir a la cama; usar el excusado.	Sí No No puede No lo hace No responde No sabe
	<i>Evaluación cognoscitiva, ENASEM 2001</i>	Sección E. Ejercicios cognoscitivos.
Cambio del estado de salud	<i>Preguntas C.4; C.6; C.12; C.19; C.22a; C.26; C.32, ENASEM 2012</i> ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que tiene Usted hipertensión o la presión alta; diabetes o un nivel alto de azúcar en la sangre; cáncer o un tumor maligno, excluyendo cáncer menor de la piel; enfermedad respiratoria, tal como asma o enfisema; un ataque al corazón; una embolia cerebral; artritis o reumatismo?	Sí No No responde No sabe
Recursos psicológicos		
Estado de ánimo positivo	<i>Escala de depresión (C.52a - C.52i), ENASEM 2001</i> Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido Usted durante la semana pasada. Para cada pregunta, por favor dígame si la mayor parte del tiempo: a) Se ha sentido deprimido. b) Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo c) Ha sentido que su sueño era intranquilo d) Se ha sentido feliz e) Se ha sentido solo f) Ha sentido que disfrutaba de la vida g) Se ha sentido triste h) Se ha sentido cansado i) Ha sentido que tenía mucha energía	Sí No No responde No sabe
Trabajo voluntario	<i>Pregunta A.40, ENASEM 2001</i> En los últimos 2 años ¿ha hecho algún trabajo voluntario para organizaciones religiosas, educativas, de caridad o para la comunidad?	Sí No No responde No sabe
Religiosidad	<i>Pregunta A.39, ENASEM 2001</i> ¿Qué tan importante es la religión en su vida? ¿Diría que es...?	Muy importante Algo importante Nada importante No responde No sabe

(Continuación)

Variable	Pregunta ENASEM	Categoría(s)	
Recursos psicológicos			
Locus de control	<i>Escala de locus de control (D.19a - D.19h), ENASEM 2001</i> Enseguida le voy a leer cosas que la gente dice a veces. Para cada una de las expresiones, por favor dígame si Ud.: está de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, o en desacuerdo: a) No tiene caso planear mucho para el futuro b) Las cosas muy buenas que le suceden a uno son por buena suerte c) Uno es responsable de sus propios éxitos d) Uno puede hacer casi cualquier cosa que se proponga e) La mayoría de los problemas se deben a la mala suerte f) Uno tiene poco control sobre las cosas malas que le suceden g) Las desgracias que le ocurren a uno son resultado de sus errores h) Uno es responsable de sus propias fallas	De acuerdo Algo de acuerdo Algo en desacuerdo En desacuerdo	
	<i>Pregunta G.17, ENASEM 2001</i> En los últimos dos años, ¿Ud. (o su cónyuge) ha recibido ayuda en dinero o en especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge)?	Sí No No responde No sabe	
	<i>Pregunta G.25, ENASEM 2001</i> En los últimos dos años, ¿le han dedicado sus hijos/nuera/yerno/nietos (y los de su cónyuge) por lo menos 1 hora a la semana para ayudarle a Usted con quehaceres del hogar, mandados, transporte?	Sí No No responde No sabe	
	<i>Pregunta G.30, ENASEM 2001</i> ¿Tiene Ud. vecinos o amigos con los que puede contar para cosas del diario, como traer comida si Ud. se enferma, o traerle algo de la tienda?	Sí No No responde No sabe	
	Características sociodemográficas		
	Sexo	Sexo	Hombre Mujer
	Edad	<i>Pregunta A.1, ENASEM 2001</i> ¿En qué día, mes, y año nació Usted?	50 a 105 años
	Educación	<i>Variable creada por el equipo de ENASEM a partir de la pregunta A.3, 2001</i> ¿Cuál es el último año o grado que Ud. aprobó en la escuela?	Ninguno Primaria Secundaria Carrera técnica o comercial Preparatoria o Bachillerato Normal básica Profesional Posgrado
Derechohabiencia	<i>Pregunta D.1, ENASEM 2001</i> ¿Usted tiene derecho a servicio médico en? a) Seguro social (IMSS) b) ISSSTE c) Pemex, Defensa o Marina d) Seguro médico privado e) Otro	Sí No No responde No sabe	
Área de residencia	<i>Variable creada por el equipo de ENASEM a partir del tamaño de la localidad, 2001</i>	Menor a 100,000 habitantes 100,000 habitantes o más	

(Continuación)

Variable	Pregunta ENASEM	Categoría(s)
Características sociodemográficas		
Estado civil	<i>Pregunta A.10, ENASEM 2001</i> ¿Actualmente Ud. es...	Soltero(a) Casado(a) Vive en unión libre Divorciado(a) Separado de unión libre Separado de un matrimonio Viudo de unión libre Viudo de matrimonio
Ingreso	<i>Variable creada por el equipo de ENASEM a partir de las preguntas sobre ingresos de la sección K. Pensión, ingreso y bienes y G. Ayuda de hijos o nietos, 2001</i>	-347,733.6 a 3,750,000
Conductas de salud		
Fumar	<i>Pregunta C.54, ENASEM 2001</i> ¿Alguna vez ha fumado cigarros? <i>Pregunta C.55, ENASEM 2001</i> ¿Fuma cigarros actualmente?	Sí No No responde No sabe
Beber alcohol	<i>Pregunta C.60, ENASEM 2001</i> ¿Actualmente toma bebidas alcohólicas como cerveza, vino, licor, o pulque?	Sí No No responde No sabe
Cambio de hábitos	<i>Pregunta C.70, ENASEM 2001</i> En los últimos dos años, ¿ha cambiado su alimentación o sus hábitos de ejercicio para subir o bajar de peso?	Sí No No responde No sabe
Actividad física	<i>Pregunta C.53, ENASEM 2001</i> En promedio durante los últimos dos años, ¿ha hecho ejercicio o trabajo físico pesado tres veces por semana o más?	Sí No No responde No sabe
Cuidados preventivos	<i>Pregunta C.51, ENASEM 2001</i> En los últimos dos años ¿ha tenido alguna de las siguientes pruebas o procedimientos médicos? Todos: a) Vacuna contra el tétano b) Análisis de sangre para el colesterol c) Prueba para la tuberculosis d) Prueba para la diabetes e) Prueba para la hipertensión o presión alta Para mujeres: f) ¿Se examina los senos cada mes para detectar nudos o bultos? g) ¿Le han hecho una mamografía o una radiografía de los senos para detectar cáncer? h) ¿Le han hecho una prueba Papanicolaou para cáncer de la matriz? Para hombres: i) En los dos últimos años, ¿le han hecho un examen manual o prueba de sangre para cáncer de próstata?	Sí No No responde No sabe

(Continuación)

Variable	Pregunta ENASEM	Categoría(s)
Condiciones en la niñez: antes de los diez años		
<i>Pregunta A.7, ENASEM 2001; Pregunta A.11, ENASEM 2003</i>		
Antes de cumplir 10 años,		
Pobreza	a) ¿Su vivienda tenía excusado o sanitario dentro de la vivienda?	Sí
	b) ¿Se dormía generalmente con hambre?	No
	c) ¿Usaba zapatos o algún otro tipo de calzado regularmente?	No responde
	d) ¿Usted o alguno de sus hermanos tuvo que dejar la escuela para ayudar a sus padres?	No sabe
	e) ¿Usted o algún miembro de su familia dormía en el mismo cuarto que se usaba para cocinar?	
<hr/>		
<i>Pregunta A.9a - A.9d, ENASEM 2001</i>		
Estado de salud	Antes de cumplir 10 años, ¿tuvo usted alguna de las siguientes enfermedades o padecimientos?	Sí
	a) Tuberculosis	No
	b) Fiebre reumática	No responde
	c) Polio	No sabe
	d) Fiebre tifoidea	

Fuente: Elaboración propia con información de ENASEM, 2001-2012.

ANEXO 2. Razón de momios estimados del cambio en el estado de salud por sexo, ENASEM, 2001-2012

Variables	Mujeres RM (IC 95%) n=549	Hombres RM (IC 95%) n=651
<i>Recursos Psicológicos</i>		
Apoyo instrumental (ref.=Recibe)		
No recibe	0.70 (0.4-0.9)*	0.90 (0.6-1.2)
Apoyo de amigos (ref.=Recibe)		
No recibe	1.32 (0.9-1.8)	1.34 (0.9-1.8)
<i>Características sociodemográficas</i>		
Edad (ref.=60-69 años)		
70-79 años	0.75 (0.5-1.2)	0.76 (0.5-1.1)
80 años o más	0.82 (0.3-2.0)	0.71 (0.2-1.8)
Derechohabencia (ref.=Derechohabiente)		
No derechohabiente	0.88 (0.5-1.2)	0.67 (0.4-0.9)*
<i>Conductas de salud</i>		
Beber alcohol (ref.=No bebe)		
Bebe	0.95 (0.6-1.4)	0.70 (0.5-0.9)*
Cuidados preventivos (ref.=Tiene cuidados)		
No tiene cuidados preventivos	0.69 (0.4-1.1)	0.69 (0.4-1.0)
<i>Condiciones en la niñez</i>		
Pobreza (ref.=No pobre)		
Pobre	1.37 (0.9-1.9)	1.36 (0.9-1.9)
<i>Intercepto</i>	1.18 (0.7-1.7)	1.14 (0.7-1.7)
<i>-2 Log-verosimilitud vs modelo nulo</i>	373.5	438.7
<i>Razón de verosimilitud (Prob>LR)</i>	13.0 (NS)	22.7 (*)
<i>AIC</i>	767.0	897.5
<i>Seudo R²</i>	0.031	0.046

Fuente: Elaboración propia.

IC: intervalo de confianza, RM: razón de momios, NS: No significativo.

Niveles de significancia: * $P \leq 0.05$; ** $P \leq 0.001$

**ANEXO 3. Razón de momios estimados del cambio en el estado de salud por grupos de edad,
ENASEM, 2001-2012**

Variables	60 a 69 años RM (IC 95%) n=865	70 a 79 años RM (IC 95%) n=296	80 años y más RM (IC 95%) n=39
Recursos Psicológicos			
Apoyo instrumental (ref.=Recibe)			
No recibe	0.74 (0.5-0.9)*	0.97 (0.6-1.5)	0.89 (0.2-3.8)
Apoyo de amigos (ref.=Recibe)			
No recibe	1.33 (1.0-1.7)*	1.48 (0.9-2.4)	0.75 (0.1-3.4)
Características sociodemográficas			
Sexo (ref.=hombre)			
Mujer	1.12 (0.8-1.5)	1.04 (0.6-1.7)	1.0 (0.2-4.4)
Derechohabencia (ref.=Derechohabiente)			
No derechohabiente	0.73 (0.5-0.9)*	0.94 (0.5-1.5)	0.54 (0.1-2.8)
Conductas de salud			
Beber alcohol (ref.=No bebe)			
Bebe	0.88 (0.6-1.2)	0.60 (0.3-1.0)	0.19 (0.0-1.2)
Cuidados preventivos (ref.=Tiene cuidados)			
No tiene cuidados preventivos	0.67 (0.4-0.9)*	0.72 (0.3-1.3)	0.44 (0.0-2.8)
Condiciones en la niñez			
Pobreza (ref.=No pobre)			
Pobre	1.41 (1.0-1.8)*	1.28 (0.7-2.1)	1.27 (0.1-9.6)
<i>Intercepto</i>	1.08 (0.7-1.5)	0.76 (0.4-1.4)	2.07 (0.3-12.0)
<i>-2 Log-verosimilitud vs modelo nulo</i>	586.3	199.5	24.0
<i>Razón de verosimilitud (Prob>LR)</i>	26.0 (**)	8.5 (NS)	5.3 (NS)
<i>AIC</i>	1188.0	415.1	64.0
<i>Seudo R²</i>	0.040	0.038	0.173

Fuente: Elaboración propia.

IC: intervalo de confianza, RM: razón de momios, NS: No significativo. Niveles de significancia: * $P \leq 0.05$; ** $P \leq 0.001$

ANEXO 4. Comparación entre la población de adultos mayores del ENASEM y la muestra del estudio, 2001-2012

Variables	Población (n = 7,254)	Muestra ^a (n = 1,200)
<i>Recursos Psicológicos</i>		
Estado de ánimo positivo %		
Ausencia de síntomas depresivos	60.9	75.7**
Locus de control %		
Interno	96.3	96.1
Trabajo voluntario %		
Realiza trabajo voluntario	12.1	13.7
Religión %		
Muy importante	72.7	69.5*
Apoyo material %		
Recibe	61.3	54.0**
Apoyo instrumental %		
Recibe	45.8	43.4
Apoyo percibido de amigos/vecinos %		
Recibe	62.9	64.0
<i>Características Sociodemográficas</i>		
Sexo %		
Mujer	53.5	45.8**
Edad %		
60-69	57.2	72.1**
70-79	31.3	24.7**
80 años o más	11.5	3.2**
Media (DE) ^b	69.5 (7.6)	66.7 (5.6)**
Educación %		
Sin educación formal	33.0	29.3*
1-6 años	52.2	54.3
7 años o más	14.8	16.4
Media (DE) ^b	3.5 (3.9)	3.8 (4.1)*
Área de residencia %		
Rural	36.7	38.8
Estado civil %		
Con pareja	59.7	71.0**
Sin pareja	11.6	7.7**
Viudo(a)	28.7	21.3**
Ingreso mensual %		
\$ 0 - \$ 500	31.4	29.8
\$ 501 - \$ 1,500	27.6	29.2
\$ 1,501 - \$ 3,000	16.7	17.6
\$ 3,001 o más	24.3	23.4
Derechohabiencia %		
Derechohabiente	61.6	57.9*

(Continuación)

Variables	Población (n = 7,254)	Muestra (n = 1,202)
Conductas de salud		
Fumar %		
No fuma	84.9	83.8
Beber alcohol %		
No bebe	73.8	66.3**
Cambio de hábitos: alimentación y ejercicio %		
Con cambio de hábitos	17.1	10.3**
Actividad física %		
Realiza actividad física	28.5	37.1**
Cuidados preventivos %		
Tiene cuidados preventivos	86.0	79.6**
Condiciones en la niñez: antes de los 10 años		
Pobreza %		
No pobre	37.7	37.0
Salud %		
Sano	94.1	95.8*

Fuente: Elaboración propia con datos de ENASEM 2001 y 2012.

DE: Desviación estándar.

^a Pruebas de igualdad de proporciones entre la población y la muestra $H_0: p = p$ $H_1: p \neq p$.

^b Prueba de igualdad de medias entre la población y la muestra $H_0: \mu = \mu$ $H_1: \mu \neq \mu$.

Niveles de significancia: * $P \leq 0.05$; ** $P \leq 0.001$

La autora se licenció en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Ha participado en proyectos de investigación en psicología experimental y en educación. Egresada de la Maestría en Estudios de Población de El Colegio de la Frontera Norte.

Correo electrónico: laura.barba@outlook.com

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar:

Barba, Laura (2016). “Recursos psicológicos y cambio en el estado de salud de los adultos mayores mexicanos”. Tesis de Maestría en Estudios de Población. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 110 pp.