

Trayectorias de la salud-enfermedad en población anciana urbana en la ciudad de México: una aproximación cuantitativa desde el enfoque de curso de vida¹

Mirna Hebrero Martínez²

Resumen

México al igual que varios países de América Latina está en una plena transición demográfica, acorde con datos de CELADE, y actualmente está experimentando el proceso de envejecimiento de su población. Con ello surgen nuevos retos analíticos para el estudio del envejecimiento y la salud de la población envejecida. Uno de estos enfoques es el análisis del curso de vida que plantea entre otras cosas que los procesos de salud enfermedad se gestan desde el vientre materno y se acumulan conforme transcurren las etapas de la vida. Esta propuesta tiene como finalidad mostrar la pertinencia del enfoque de curso de vida al estudio del proceso de salud-enfermedad de la población adulta mayor, a través de una metodología de análisis cuantitativa usando una encuesta retrospectiva. El cuestionario diseñado para este trabajo considera el uso de un calendario para mapear los principales padecimientos a lo largo de la vida, así como accidentes y eventos violentos, las condiciones de vida en la niñez, la migración interna e internacional a EUA, la trayectoria laboral, las redes de apoyo, entre otros aspectos³.

¹Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

²Estudiante del Doctorado en Estudios de Población - El Colegio de México - mhebrero@colmex.mx

³ Los fondos para la realización de este proyecto fueron otorgados por El Colegio de México, La Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y El Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, con el apoyo logístico de los responsables del *Estudio Mexicano de Cohorte Para Enfermedades Crónicas en una Población Metropolitana* de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PERTINENCIA DEL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

Desde hace más de 6 décadas, México ha sufrido cambios en sus patrones demográficos derivados del descenso constante y sostenido de la mortalidad, a partir de la segunda mitad del siglo XX y la fecundidad alrededor de la década de los setentas. Tales cambios en la dinámica demográfica han originado el inicio del proceso de envejecimiento de la población mexicana. Actualmente CELADE considera a México como un país en transición demográfica avanzada, con niveles de mortalidad y fecundidad en constante descenso, pero con un crecimiento considerable, al igual que a Brasil por el volumen de su población (Chackiel, 2008). En México según cifra del conteo de población y la conciliación demográfica en 2005 se estimaron 7, 916, 531 personas con 60 años o más (7.6%) de la población (INEGI/CONAPO/COLMEX, 2006), a una tasa de crecimiento anual de 3.5% siendo el grupo etario de mayor crecimiento en el país. Por otro lado de acuerdo con las proyecciones de población de CONAPO (2006) a inicios de 2009 el grupo representa el 8.5% de la población total y para 2050 se estima que 1 de cada 4 mexicanos tenga 60 o más años (27.7%). Además, a nivel nacional se estimó en 2009 una esperanza de vida al nacer de 76.4 años (CONAPO, 2006), es decir, en promedio la población mexicana vive poco más de 76 años, sin embargo, una vez que las personas alcanzan mayor edad, su esperanza de vida cambia, y a partir de los 60 años se calcula que las personas les resta por vivir en promedio 22.3 años (CONAPO, 2002).

Aunado a los cambios demográficos mencionados México ha experimentado una transición epidemiológica, ya que el patrón de causas de muerte actualmente se caracteriza por una interacción entre enfermedades infecciosas y crónicas, aunque predominan las defunciones por enfermedades crónicas en la población con edades más avanzadas.

Las principales causas de muerte entre la población con 60 años o más a nivel nacional en 2005 son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, y los tumores malignos (Zuñiga y Garcia, 2008). En relación con la morbilidad de la población los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (INSP, 2007) confirma las tendencias entre la población con 60 años o más, a nivel nacional se obtuvo una cifra por diagnóstico médico de 19.2% de diabetes, 21.3% para mujeres y 16.8% para los hombres, y una prevalencia por diagnóstico médico y hallazgo de hipertensión de para la misma población de más de 50% para los hombres y cerca del 60% para las mujeres adultas mayores.

Por otro lado México es un país con escasa infraestructura social y de salud, el sistema de salud está compuesto por varias instituciones que otorgan el servicio y tiene una cobertura limitada con preferencia a la población insertada en el mercado laboral formal, hay acciones sociales limitadas y una sociedad que aun no está lista o no esperaba convivir con varias generaciones. En tal caso, algunos de los principales desafíos que representa el envejecimiento de la población mexicana es procurar una mejor calidad de vida de la población actualmente envejecida y para las nuevas generaciones de adultos mayores. Por ello es necesario desarrollar estudios que permitan generar información valiosa que permita entender de manera integral los aspectos que acompañan el envejecimiento de la población, donde uno de los valores principales, en los individuos y sobre todo en edades avanzadas, es la salud.

En general, los estudios sobre envejecimiento de la población mexicana se han realizado con un enfoque de transversal, los cuales están limitados para mostrar la complejidad del proceso

salud-enfermedad adecuadamente, ni el proceso de deterioro o mantenimiento de la salud a través de la vida del individuo. Se han dado aportaciones importantes a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México de tipo panel con datos basales en 2001 y una siguiente visita en 2003 (INEGI, 2001; INEGI, 2003), donde se han identificado algunos fenómenos que acompañan el envejecimiento de la población mexicana.

En el ámbito de la salud, otros países cuentan con estudios y datos longitudinales que permite profundizar sobre el proceso de envejecimiento y sus factores asociados. Un estudio longitudinal pionero es el de Estados Unidos, el Proyecto Alameda County desde 1965. Además de este estudio hay otros específicos sobre salud y envejecimiento como el English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), Health and Retirement Study en EUA, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) y otros que actualmente están en marcha en otros países como China o India de carácter cuantitativo, aunado a esfuerzo de estudios cualitativos apoyados en historias de vida (Herzlich, 1973; Bury, 1982), de carácter retrospectivo que han permitido varias aproximaciones a los estudios sobre salud.

Recientemente una gran variedad de estudios sobre salud retomados por Halfon y Hoschstein (2002) con objeto de construir un marco de referencia con una perspectiva de curso de vida muestran que:

- La salud es una consecuencia de múltiples determinantes, operando en conjunto factores genéticos, biológicos, de la conducta, sociales y del contexto económico, que cambian con el desarrollo de la persona.
- El desarrollo de la salud es un proceso adaptativo compuesto de múltiples transiciones entre dichos contextos y los sistemas de carácter regulatorio que define la función humana.
- Diferentes trayectorias de salud son el producto de riesgos acumulados, factores protectores y otras influencias que son programadas al interior de los sistemas de carácter regulatorio durante periodos críticos y sensibles.
- La fecha en la que ocurren los eventos (Timing) y la secuencia biológica, psicológica, cultural, eventos históricos y experiencias influyen la salud individual y de las poblaciones.

Para integrar el marco de referencia anterior los autores retomaron investigaciones recientes de diferentes disciplinas como la salud pública, la medicina, el desarrollo humano y las ciencias sociales. Donde concluyen que se requiere integrar un enfoque de curso de vida a los estudios sobre salud para poder entender el desarrollo de la salud y la enfermedad desde la niñez y algunos estudios hacen referencia desde la gestación del individuo (Halfon y Hoschstein, 2002; Ben-Sholomon y Khun, 2002).

En cuanto a las aportaciones metodológicas del enfoque de curso de vida, el cual tuvo auge en la década de los setentas, se busca abrir las opciones y evidencia de que el comportamiento individual o familiar responde a una conducta social, demográfica, política y económica que no tiene una evolución lineal, es decir no necesariamente hay una secuencia de etapas, y el tiempo en cual ocurren los eventos debe considerarse como una premisa (Elder, 1999).

Glen Elder (1985, 1999) menciona que los conceptos básicos en la perspectiva del curso de vida son las trayectorias y las transiciones; donde las trayectorias son los procesos que un individuo tiene con determinadas instituciones sociales, las cuales pueden ser la trayectoria familiar, laboral, educativa, autocuidado, entre otras. Las Transiciones son los eventos que un individuo experimenta y que desvían o redirigen sus trayectorias, de esta manera las transiciones son contingentes con las trayectorias. Respecto a los cambios en las trayectorias, se integra un

concepto denominado “timing” que se refiere al momento en que se dan los eventos en las trayectorias y que redefinen las posibles rutas que siguen las transiciones en el tiempo. Además el enfoque de curso de vida también recupera varias visiones sobre el tiempo, a diferencia del enfoque de ciclo de vida que no localiza al individuo en el tiempo histórico, el cual se introduce el concepto de “linked lives” para considerar los cambios históricos sociales partiendo de la interrelación que existe entre las trayectorias de otros individuos, y las sociales que dependen del contexto histórico en que se dan. De esta manera el enfoque de curso de vida considera el desarrollo específico de cada persona en diferentes tiempos: el familiar que implica ubicar a cada individuo en los diferentes tiempos de cada miembros el social que implica captar la interacción entre una serie de instituciones sociales; y el tiempo histórico que contempla que los procesos anteriores de transformación a largo plazo.

Al respecto Ryder (1965, citado en Elder 1999) considera que sí el cambio social diferencia las trayectorias de vida de cohortes de nacimientos adyacentes, entonces la conducta de la gente es distinta en diferentes edades atribuido a cambios sociales y cambios históricos. Además Elder (1985) menciona que durante la segunda ola de investigación sobre el enfoque de curso de vida hubo una convergencia hacia la idea de que la edad representa una base de diferenciación histórica a través de cohortes y de diferenciación social de acuerdo a estratos por la edad y la secuencia de roles. La socialización y la distribución de roles liga los roles individuales y sociales dentro del proceso de crecimiento o envejecimiento (aging) y la sucesión de cohortes.

Elder (1999) indica que el puente conceptual de la teoría de curso de vida con el proceso de envejecimiento es la trayectoria social en el curso de vida y los continuos cambios sociales con base en la edad, persona y lugar en la estructura social y en la cohorte de nacimiento particular. Partiendo de lo anterior propone distinguir entre tres niveles en el curso de vida y su interacción en la vida de las personas:

- 1.- Trayectorias institucionales y agregados sociales, definidas por las acciones y políticas del Estado, organizaciones y movimientos del mercado.
- 2.- El curso de vida personal, formado por las propias elecciones y limitaciones, frecuentemente en términos de trayectorias o carreras.
- 3.- Desarrollo o trayectorias de envejecimiento individual, definida por la función intelectual, autoeficacia o valores, entre otros.

Respecto a los métodos a través de los cuales han sido abordados los estudios que han trabajado con la orientación teórica del curso de vida, éstas han sido tanto cuantitativa como cualitativa, o mixta, tanto a nivel macro como micro dependiendo el interés del investigador en qué nivel de análisis hace énfasis. Con los métodos cuantitativos han sido aproximaciones a través de encuestas retrospectiva donde se registra la historia de eventos, y las prospectivas con carácter longitudinal; respecto a lo cualitativo éstas han sido a través de enfoques biográficos, como historias de vida, o etnográficos que posibiliten ubicar los eventos en el tiempo (Giele y Elder, 1998).

En este estudio se usa la perspectiva conceptual de curso de vida como el enfoque teórico más pertinente para abordar un estudio sobre envejecimiento y salud. La elección se justifica por el hecho de que el grupo de personas que actualmente tiene 60 años o más en México es un grupo de población que ha transitado por los distintos cambios en la dinámica demográfica y la transición epidemiológica, sobre todo que son los sobrevivientes a las décadas en las cuales había elevada mortalidad y fecundidad, además de haber experimentado los cambios en la causas de muerte donde predominan las enfermedades crónicas que muchos de ellos padecen

actualmente, aunado a una historia de vida particular y condiciones sociales y económicas experimentadas a lo largo del curso de vida, como la creación de instituciones de seguridad social, la migración del campo a las ciudades y el milagro económico de la de cada de los 60's, por mencionar algunos.

Determinantes sociales de la salud, enfermedad y funcionalidad física en población Mexicana

Varios estudios (Peláez y Palloni, 2000; Wong y Lastra 2001) hablan sobre la multiplicidad de factores biológicos, demográficos, sociales, económicos, culturales, entre otros, que están asociados a los padecimientos de una determinada enfermedad en los adultos mayores, y en general a las deficiencias en el estado de salud de la población adulta mayor. Sin embargo son pocos los estudios empíricos sobre la población mexicana y en su mayoría no tienen una perspectiva de curso de vida, es decir, no se toman en cuenta muchos aspectos de la trayectoria de vida de los individuos por las limitaciones en las fuentes de información, aunque se identifica y se tiene presente de la influencia de dichos factores.

Palloni, Soldo y Wong (2002) analizaron algunos aspectos de la salud de los mexicanos en edad madura y avanzada (50 o más años) con datos de la ENASEM (2001), enfocando su estudio en: la funcionalidad (actividades de la vida diaria), el autorreporte de salud y de enfermedades crónicas. Algunos de los resultados más relevantes del estudio fueron:

- Se observó una disminución de la funcionalidad conforme aumenta la edad; y no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la probabilidad de experimentar una disminución en este aspecto.
- Se encontró que el autorreporte de salud es consistente con el mal estado de salud de la población en edades más avanzadas y con la prevaencia de enfermedades crónicas.
- Se identificó una subestimación en el autorreporte de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, asociado con los diferenciales en el acceso a los servicios de salud y a la poca frecuencia de asistir al médico.

Ruiz y Ham(2007) con datos de ENASEM 2001 exploran algunos de los factores del curso de vida de los individuos, aproximándose a través de las condiciones sociales y de salud experimentadas en la infancia y su influencia durante la vida adulta a partir de los 50 años en el padecimiento de hipertensión, enfermedades respiratorias, enfermedades del corazón, embolia cerebral, artritis o reumatismo y diabetes. Los hallazgos de los autores muestran que existe una asociación con las condiciones sociales y de salud de la infancia, las cuales actúan de manera conjunta con el estilo de vida en la etapa adulta, pero la asociación con diferentes enfermedades son diferenciales por género en la vida adulta y la mayor escolaridad de los padres, como medida del estatus socioeconómico que se tuvo durante la infancia, reduce la probabilidad de sufrir alguna enfermedad en la vida adulta.

Por otro lado Wong(2003) en su interés por examinar la relación entre salud y nivel socioeconómico en la población mexicana con 50 años y más concluye que “El balance de los resultados por género pareciera favorecer a las mujeres; aunque ellas en general reportan peor salud que los hombres, la asociación negativa de la edad con la salud es menor para las mujeres que para los hombres. El sistema de desigualdades que favorecen a la población en la parte más alta de la escala económica, parece igual para los dos sexos, pero la posición económica de las mujeres no necesariamente está asociada con su salud”(p. 121), además menciona que hay una multitud de factores que no se incluyeron en los modelos estadísticos que elaboro, por lo que no se puede argumentar causalidad y comenta que con datos

longitudinales será posible aumentar el conocimiento sobre la ruta y dirección entre la relación de la salud y el nivel socioeconómico.

Finalmente existe información limitada sobre la asociación que existe entre el tipo de ocupación, la experiencia migratoria, y salud de los individuos. No obstante, la literatura recomienda considerar estos aspectos, por su mayor exposición al riesgo relacionado con algún tipo de ocupación (McCulloch y Kivett, 1998), y la disponibilidad diferenciada de oportunidades de las cuales dispone el individuo al migrar (Wong y Lastra, 2001).

DISEÑO DE CUESTIONARIO RETROSPECTIVO

El objetivo fue diseñar un cuestionario retrospectivo que permitiera captar la historia de vida de un grupo de población residente en el Distrito Federal con 60 a 79 años, el eje del cuestionario fue captar el proceso de salud-enfermedad a lo largo de la vida y la relación que dicho proceso tiene con otros eventos cruciales ocurridos desde la niñez hasta el momento de la encuesta.

El diseño del cuestionario tuvo como prioridad registrar la temporalidad en años en la que ocurrieron los eventos, lo cual permitirá construir tipologías de las diferentes transiciones en el proceso de salud-enfermedad y su interrelación con otros eventos cruciales en la trayectoria de vida, en términos de un conjunto de eventos en el tiempo y en el espacio, considerando el contexto y tiempo histórico en el que ocurrieron.

La unidad de análisis es población mexicana con 60 a 79 años que radica en el Distrito Federal, específicamente en la delegación Iztapalapa.

El enfoque que se trabaja es cuantitativo. Se realizó el diseño de un cuestionario en su mayoría con preguntas cerradas y pre-codificadas, la mayoría de ellas tienen un enfoque retrospectivo, sin embargo en algunas secciones se hace referencia al último mes, tres meses y el último año a partir del momento de la encuesta.

Inicialmente se construyeron las dimensiones de análisis que son la guía para el diseño del cuestionario tomando en cuenta los objetivos y considerado algunos eventos relevantes en la trayectoria de vida de los individuos como el dejar de ir a la escuela, la muerte de los padres, el comienzo y fin de las unión(es), la edad al empezar a trabajar y el retiro, la migración a la Ciudad de México si es que son originarios de otra entidad de la república, así como temporalidad de las migraciones a EUA. También se consideraron eventos históricos relevantes como la elevada mortalidad a principios de siglo, lo cual se traduce en mayor mortalidad de los padres y la posible recomposición de los hogares, la migración del campo a la ciudad en la década de los 60 y 70, lo cual provocó cambios en las actividades económicas de la población y un mayor acceso a los servicios de salud; además del surgimiento de las Instituciones de Seguridad Social en la década de los 40's.

Cuadro 1. Dimensiones de análisis de la Encuesta del Proceso de Salud-Enfermedad e Historia de Vida de Adultos Mayores Delegación Iztapalapa, 2010.

| Dimensiones | Objetivos |
|--|---|
| Demográfica | Captar las características sociodemográficas del entrevistado registrando edad y duración de los principales eventos, donde algunos de ellos pueden ser cruciales como la escolaridad, el número de uniones, las características de los hijos(as). |
| Niñez (antes de los 10 años) | Registrar los principales antecedentes de la niñez que permitan identificar eventos cruciales que definan determinadas transiciones de salud y el entorno económico y familiar de esa etapa de la vida. |
| Actividad económica y no económica | Conocer la ocupación principal de los entrevistados, sus riesgos y seguridad en el trabajo principal a lo largo de su vida y sus vínculos principales con seguridad social y pensiones. |
| Estado de salud actual, calidad de vida, y funcionalidad física | Evaluar el estado de salud actual y el grado de dependencia física que pudieran tener, así como los antecedentes familiares relacionados con padecimientos crónicos-degenerativos. |
| CALENDARIO DE EVENTOS HISTORICOS (proceso salud enfermedad, acceso a servicios de salud, tratamiento, activación de las redes de apoyo y actividad laboral) | Identificar las transiciones de salud de los entrevistados a lo largo de su trayectoria de vida, a través del autoreporte de los principales eventos de enfermedades o padecimientos, accidentes o evento violento, así como la disponibilidad de atención y tratamiento en los servicios de salud, activación de redes de apoyo y la actividad que tenía en ese momento. Se usará la metodología del calendario usando como referencias la edad en años del entrevistado y el tiempo histórico para registrar los eventos y la atención. |
| Estilo de vida y autocuidado de la salud | Identificar hábitos de autocuidado de la salud y de riesgo, tratando de registrar la etapa de la vida en la cual iniciaron con regularidad. |
| Servicios de Salud (con referencia al último año) | Identificar la afiliación a instituciones de salud, la cobertura que autorreporte y los gastos en salud y fuente para cubrirlos en el último año. |
| Fuentes de ingresos actualmente | Captar las principales fuentes de ingreso actuales, la afiliación a programas sociales y temporalidad. |
| Redes sociales de apoyo (con referencia a los últimos 3 meses) | Identificar los tipos de apoyo que reciben y otorgan los adultos mayores, su regularidad, satisfacción con las relaciones familiares, vecinos y amigos, y la pertenencia a grupos de adultos mayores u otro tipo de grupos. |
| Vivienda | Registrar las características de la vivienda para aproximarnos al nivel socioeconómico. |
| Violencia a lo largo de la vida | Identificar las experiencias de maltrato y violencia en la niñez, en la pareja y actualmente. |
| Situaciones más difíciles que ha vivido | Conocer el autorreporte de las situaciones que la persona entrevistada considera han sido más difíciles a lo largo de su vida |

Fuente: construcción propia

En una segunda etapa se realizó una revisión de los cuestionarios sobre salud y envejecimiento realizados en México y otros países de habla hispana, con objeto de integrar preguntas previamente validadas y probadas en otras encuestas relacionados con la salud y la trayectoria de vida de las personas. A continuación se mencionan las encuestas revisadas:

- Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2001 y 2003) (INEGI, 2001; INEGI 2003)
- Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE). Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México 2000 (OPS, 2000)
- Encuesta Demográfica Retrospectiva Nacional 1998: Historia de Vida Individual (EDER-1998). (INEGI, 1998)
- La Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE 2004) versión española (SHARE-PROJECT, 2004)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. ENSANUT (INSP, 2007)
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2006. (INEGI, INSP y CONAPO, 2006)
- Encuesta Nacional sobre Uso de Tiempo 2002. ENUT (INEGI,2003)
- Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo ENVIN 2007. (INEGI, 2007)

- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud ENFES 1987 (MEASURE DHS,1987)
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo ENOE-4 2006 (INEGI,2006)

La encuesta sirvieron de apoyo para la integración de las preguntas de las mayoría de las secciones del instrumento, sin embargo la guía principal en cuanto a la estructura y metodología de la sección denominada *Calendario de Eventos* que registra la historia de eventos de enfermedad, accidentes o eventos violentos fue construida tomando como guía el cuestionario de la Encuesta del English Logitudinal Study of Egeing (ELSA) Wave Three: Life History Interview (Ward, Medina, Mo y Cox, 2009). La decisión de tomar como apoyo el cuestionario de ELSA es la metodología del calendario, la facilidad del mapeo de las fechas en años que maneja y los resultados exitosos en su evaluación denominada Evaluating the ELSA Event History Calendar (Cripps, McGee, Pascale y Andrews, 2009)

La sección central del cuestionario es el calendario de eventos que está dividido en dos matrices horizontales una para las enfermedades o padecimientos, y otra para los accidentes o eventos violentos. Para cada evento se registra la edad o el tiempo histórico que declaran las personas de inició y recuperación, con opción a registrar que aún continua en esa condición. Otros de los factores relacionales que se captan al momento en que se registra cada evento son si recibió atención médica y/o rehabilitación, si en ese momento tenía derecho a la seguridad social, la activación de una red de apoyo y el tipo de actividad económica en ese momento.

Figura 1. Matrices usadas como calendario de eventos en la Sección 8. Proceso de salud-enfermedad a lo largo de la vida

| ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS | ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS | | | | ATENCIÓN INICIAL | SEGURIDAD SOCIAL PASADO | TRATAMIENTO | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 93. A lo largo de toda su vida ¿Alguna vez le han dicho (doctor, personal médico, curanderos, etc.) que tenía (tiene) alguna enfermedad o padecimiento y cirugías? SI.....1 No.....2 PASE 102 No recuerda.....7 PASE 102 No contesta.....9 PASE 102 | | | | 94. ¿Al inicio del padecimiento qué personal lo atendió? Lea las opciones y registre solo una Médicos del IMSS.....01 P 96 Médico del Centro de Salud (SSA).....02 Médico de otra institución de salud.....03 Médico privado.....04 Curandero/herbero.....05 Farmacéutico.....06 Yo mismo(a).....07 Otro persona.....08 No se atendió.....09 | 95. ¿En esa época tenía derecho al...? Lea las opciones y registre solo una IMSS?.....1 ISSSTE?.....2 PEMEX/Defensa/ Marina?.....3 Otra inst. de seguridad social?.....4 Otra institución.....5 Ninguna institución.....6 | 96. ¿Tuvo tratamiento para esta enfermedad o padecimiento y de qué tipo fue el tratamiento? Lea las opciones y registre solo una SI, medicamento.....1 SI, cirugía.....2 PASE 97 SI, terapias con o sin medicamento.....3 No recuerda.....4 PASE 97 No contesta.....7 PASE 97 No contesta.....9 PASE 97 | | |
| | ENFERMEDAD 93.1. ¿Qué enfermedades ha padecido a lo largo de su vida? Anotar los padecimientos que le mencione el entrevistado, considerando cirugías por causa de alguna enfermedad, y anotar el año o edad de inicio y término en el mismo renglón. EDAD O AÑO DE INICIO Y FIN 93.2. ¿En qué edad o año empezó a padecerla y en qué edad o año dejó de padecerlo? La padece actualmente.....0000 No recuerda.....7777 No contesta.....9999 | | | | No Recuerda.....77 No Contesta.....99 | No Recuerda.....7 No Contesta.....9 | ABANDONO DEL TRATAMIENTO 96.1 ¿Tuvo que dejar el tratamiento alguna vez? SI.....1 No.....2 PASE 97 No recuerda.....7 PASE 97 No contesta.....9 PASE 97 | | |
| Cuando la persona padece actualmente la enfermedad, no recuerda o no contesta, anotar el código correspondiente en la columna de año. ENFERMEDADES IMPORTANTES | | | | No Recuerda.....77 No Contesta.....99 | No Recuerda.....7 No Contesta.....9 | 96.2. ¿Por qué dejó su tratamiento? Registrar hasta dos opciones que mencione Falta de dinero.....1 Cambió de residencia.....2 Ya no quiso seguir el tratamiento.....3 Se sentía mejor.....4 No encontraban los medicamentos.....5 Otro motivo.....6 No recuerda.....7 No contesta.....9 | | | |
| | | | | INICIO FIN AÑO EDAD AÑO EDAD | | SEGURIDAD SOCIAL PASADO TRATAMIENTO ABANDONO MOTIVOS | | | |
| | | | | PADECIMIENTO AÑO EDAD AÑO EDAD | | TRATAMIENTO ABANDONO MOTIVOS | | | |

| FILTRO: PARA PERSONAS QUE AUN TIENEN EL PADECIMIENTO | | PADECIMIENTO | | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | | OCUPACIÓN | |
|---|---|--|--|---|---|---|---|
| ATENCIÓN ACTUAL | CONTROL | CREENCIAS | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | OCUPACIÓN | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | OCUPACIÓN | OCUPACIÓN |
| 97. ¿Actualmente está en tratamiento por su (PADECIMIENTO)? SI.....1 No.....2 PASE 98 No recuerda.....7 PASE 98 No contesta.....9 PASE 98 | 98. ¿Su (PADECIMIENTO) actualmente está controlado? SI.....1 No.....2 No sabe.....8 No contesta.....9 | 99. ¿Por qué cree que se le desarrollo (PADECIMIENTO)? Registrar hasta dos opciones que mencione. Por el trabajo que realizaba.....01 Desgaste en actividades domésticas.....02 Falta de servicios: agua potable, drenaje, luz.....03 Condiciones de la vivienda (falta de sanitario, regadera, hacinamiento, etc.).....04 Contaminación (aguas negras, smog y basura).....05 Mala alimentación.....06 Descuido personal.....07 Herencia.....08 Mala atención médica.....09 Complicaciones por la enfermedad.....10 Suato, sobreesalto, preocupación.....11 Azar (ya me tocaba).....12 Otro caso.....13 No Sabe.....88 No Contesta.....99 | 100. ¿En cuáles de sus enfermedades recibió apoyo para que lo cuidaran, llevarlo(a) al médico o hacer quehaceres domésticos dinero o vivienda y quién lo apoyó? Registrar hasta dos opciones que mencione ¿Quién lo apoyó? Cónyuge.....01 Hijos que vivían con usted.....02 Hijos que No vivían con usted.....03 Hijos que No vivían con usted.....04 Otros familiares que vivían con usted.....05 Otros familiares que no vivían con usted.....06 Amigos(as).....07 Vecinos.....08 Voluntarios de las parroquias.....09 Otras personas.....10 No ha recibido o recibió apoyo.....12 No recuerda.....77 No contesta.....99 | 101. ¿Cuándo se entero que tenía (PADECIMIENTO), ¿Usted tenía trabajo en esa época (con o sin pago)? SI.....1 No.....2 PASE 102 No recuerda.....7 PASE 102 No contesta.....9 PASE 102 | 101.1 ¿Qué actividad, oficio o puesto desempeñaba donde trabajaba? Anotar en la casilla correspondiente el nombre del oficio o puesto que mencione la persona entrevistada No recuerda.....7 No contesta.....9 | 101.1 ¿Qué actividad, oficio o puesto desempeñaba donde trabajaba? Anotar en la casilla correspondiente el nombre del oficio o puesto que mencione la persona entrevistada No recuerda.....7 No contesta.....9 | 101.1 ¿Qué actividad, oficio o puesto desempeñaba donde trabajaba? Anotar en la casilla correspondiente el nombre del oficio o puesto que mencione la persona entrevistada No recuerda.....7 No contesta.....9 |
| ACTUALMENTE | | CREENCIAS | | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | | OCUPACIÓN | |
| TRATAMIENTO | PERSONAL QUE LO ATIENDE | CONTROLADO | CREENCIAS | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | OCUPACIÓN | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | OCUPACIÓN |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| ACCIDENTE O EVENTOS VIOLENTOS | ACCIDENTES O EVENTOS VIOLENTOS | | | | LUGAR DE OCURRENCIA | LESIÓN | ATENCIÓN INICIAL | SEGURIDAD SOCIAL PASADO |
|---|---|--|--|--|--|---|---|---|
| | 102. A lo largo de toda su vida ¿ha tenido algún accidente o situación violenta que le haya provocado un daño a su salud? SI.....1 No.....2 PASE 111 No recuerda.....7 PASE 111 No contesta.....9 PASE 111 | | | | 103. ¿Dónde le ocurrió (ACCIDENTE O VIOLENCIA)? Dónde trabajaba.....01 Rumbo a su casa del trabajo.....02 Dentro de su casa.....03 En la salida o llegada a su casa.....04 En la casa de otra persona.....05 En la calle (al aire libre).....06 En cantinas, bares, fiestas callejeras, etc.....08 Otro lugar.....09 No recuerda.....77 No contesta.....99 | 104. ¿Qué parte del cuerpo se lastimó, fracturo o requirió cirugía? Cerebro.....1 Brazo, manos o dedos.....2 Cadera.....3 Piernas, tobillo o pie.....4 Órganos internos.....5 Otra parte del cuerpo.....6 No recuerda.....7 No contesta.....9 | 105. ¿Cuándo ocurrió el accidente o evento violento qué personal lo atendió? Lea las opciones y registre solo una Médicos del IMSS.....01 P107 Médico del centro de salud (SSA).....02 Ins. de salud.....03 Médico privado.....04 Curandero o hierbero.....05 Farmacéutico.....06 Yo mismo(a).....07 Otro persona.....08 No se atendió.....09 | 106. ¿En esa época tenía derecho al...? Lea las opciones y registre solo una IMSS?.....1 ISSSTE?.....2 PEMEX/Defensa/ Marina?.....3 Otra institución de seguridad social?.....4 Otra institución.....5 Ninguna institución.....6 No Recuerda.....7 No Contesta.....9 |
| | TIPO DE ACCIDENTE O EVENTO VIOLENTO 102.1. ¿Qué accidentes o eventos violento ha sufrido a lo largo de su vida? Anotar los eventos que le mencione el entrevistado. EDAD 102.2. ¿En qué edad o año ocurrió y se recupero del accidente o evento violento? Anotar el año o edad de ocurrencia para cada evento. No se ha recuperado.....0000 No recuerda.....7777 No contesta.....9999 | | | | No recuerda.....77 No contesta.....99 | No Recuerda.....77 No Contesta.....99 | No Recuerda.....77 No Contesta.....99 | |
| Cuando la persona no se ha recuperado no recuerda o no contesta, anotar el código correspondiente en la columna de año. | | | | No recuerda.....77 No contesta.....99 | No Recuerda.....77 No Contesta.....99 | No Recuerda.....77 No Contesta.....99 | No Recuerda.....77 No Contesta.....99 | |
| | | | | OCURRENCIA RECUPERACIÓN AÑO EDAD AÑO EDAD | | SEGURIDAD SOCIAL PASADO | | |
| | | | | ACCIDENTE /EVENTO VIOLENTO AÑO EDAD AÑO EDAD | | TRATAMIENTO ABANDONO MOTIVOS | | |

| CIRUGÍA, TIPO Y LUGAR | | | TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN | | | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | | OCUPACIÓN | |
|---|---|--|--|---|---|--|---|---|-----------|
| 107. ¿Le hicieron alguna cirugía (operación)? SI, cirugía mayor.....1 SI, suturas.....2 No.....3 P 108 No recuerda.....7 P 108 No contesta.....9 P 108 | 108. ¿Tuvo tratamiento de rehabilitación por el accidente o evento violento? SI.....1 No.....2 PASE 109 No recuerda.....7 PASE 109 No contesta.....9 PASE 109 | 109. ¿En cuáles de sus accidentes o eventos violentos recibió apoyo para cuidarlo, llevarlo(a) al médico, quehaceres domésticos dinero o vivienda y quién lo apoyó? Registrar hasta dos opciones que mencione ¿Quién lo apoyó? Cónyuge.....01 Hijos que vivían con usted.....02 Hijos que No vivían con usted.....03 Hijos que No vivían con usted.....04 Otros familiares que vivían con usted.....05 Otros familiares que no vivían con usted.....06 Amigos(as).....07 Vecinos.....08 Voluntarios de las parroquias.....09 Otras personas.....10 No ha recibido o recibió apoyo.....12 No recuerda.....77 No contesta.....99 | 110. ¿Cuándo le ocurrió (ACCIDENTE O EVENTO VIOLENTO) ¿usted tenía trabajo en esa época (con o sin pago)? SI.....1 No.....2 PASE 111 No recuerda.....7 PASE 111 No contesta.....9 PASE 111 | 110.1 ¿Qué actividad, oficio o puesto desempeñaba donde trabajaba? Anotar en la casilla correspondiente el nombre del oficio o puesto que mencione la persona entrevistada No recuerda.....7 No contesta.....9 | 110.1 ¿Qué actividad, oficio o puesto desempeñaba donde trabajaba? Anotar en la casilla correspondiente el nombre del oficio o puesto que mencione la persona entrevistada No recuerda.....7 No contesta.....9 | 110.1 ¿Qué actividad, oficio o puesto desempeñaba donde trabajaba? Anotar en la casilla correspondiente el nombre del oficio o puesto que mencione la persona entrevistada No recuerda.....7 No contesta.....9 | 110.1 ¿Qué actividad, oficio o puesto desempeñaba donde trabajaba? Anotar en la casilla correspondiente el nombre del oficio o puesto que mencione la persona entrevistada No recuerda.....7 No contesta.....9 | | |
| 107.1. ¿En qué parte del cuerpo le realizaron la cirugía (operación)? Registre hasta dos opciones que mencione Cerebro.....1 Brazo, manos o dedos.....2 Cadera.....3 Piernas, tobillo o pie.....4 Órganos internos.....5 Otra parte del cuerpo.....6 No recuerda.....7 No contesta.....9 | | | ABANDONO DEL TRATAMIENTO 108.1 ¿Tuvo que dejar el tratamiento alguna vez? SI.....1 No.....2 PASE 109 No recuerda.....7 PASE 109 No contesta.....9 PASE 109 | | | 108.2. ¿Por qué dejó su tratamiento? Registrar hasta dos opciones que mencione Falta de dinero.....1 Cambió de residencia.....2 Ya no quiso seguir el tratamiento.....3 Se sentía mejor.....4 Ya no tenía derecho a recibir atención.....5 Otro motivo.....6 No recuerda.....7 No contesta.....9 | | 107.2. ¿En donde le hicieron la cirugía (operación)? Lea las opciones y registre solo una IMSS.....01 ISSSTE.....02 PEMEX/Defensa/ Marina?.....03 Otra inst. de Seg. Social.....04 Secretaría de Salud (SSA).....05 Hospital privado.....06 Otra institución.....07 No Recuerda.....77 No Contesta.....99 | |
| CIRUGÍA | PORTE DEL CUERPO | INSTITUCIÓN | TRATAMIENTO | ABANDONO | MOTIVOS | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | OCUPACIÓN | ACTIVACIÓN DE LA RED DE APOYO | OCUPACIÓN |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Fuente: diseño propio e incluido en la Encuesta Retrospectiva de Adultos Mayores Delegación Iztapalapa, 2010.

Una vez integrada una primera versión del cuestionario se realizaron 4 entrevistas a profundidad 2 mujeres y 2 hombres con objeto de explorar algunos temas que fueran relevantes y que no habían sido considerados. Como resultado de las entrevistas se integro una sección de violencia en la niñez y con la pareja, algunas preguntas sobre riesgos y seguridad en el trabajo, así como el consumo de tabaco y alcohol en el pasado.

El cuestionario preliminar fue piloteado en 20 personas, 10 hombres y 10 mujeres, con 60 a 79 años, la mitad con seguridad social y el resto población denominada abierta. El levantamiento piloto fue realizado directamente en domicilios de la zona de la delegación Iztapalapa donde se llevó a cabo el levantamiento final. Como resultado del piloto se realizaron ajustes a la versión preliminar del cuestionario, algunos relacionados con la redacción de algunas preguntas que no se estaban comprendiendo bien y a la decisión de eliminar algunas preguntas que estaban siendo repetitivas.

El cuestionario está integrado por 18 secciones que se enuncian enseguida:

- ✓ **Datos demográficos básicos y situación en la niñez**
- ✓ **Primera y última unión o matrimonio**
- ✓ **Salud reproductiva**
- ✓ **Característica demográficas de los residentes de la vivienda y los hijos(as) no residentes de la vivienda**
- ✓ **Historia de migración**
- ✓ **Actividad económica a lo largo de la vida**
- ✓ **Pensión**
- ✓ **Calidad de vida relacionada de la salud**
- ✓ **Proceso-salud enfermedad a lo largo de la vida (calendario)**
- ✓ **Servicios de salud**
- ✓ **Autocuidado de la salud**
- ✓ **Hábitos de riesgo**
- ✓ **Redes sociales de apoyo**
- ✓ **Entorno social y convivencia**
- ✓ **Características de la vivienda actual**
- ✓ **Fuentes de ingreso**
- ✓ **Maltrato a lo largo de la vida**
- ✓ **Situaciones más difíciles**

Todas las secciones tienen preguntas donde se capta la temporalidad, ya sea con la edad declarada o el tiempo histórico. Además del diseño del cuestionario se trabajo sobre un manual del entrevistador el cual contiene los objetivos de cada pregunta y las instrucciones para el llenado.

DISEÑO DE MUESTRA

La muestra para este estudio es por conveniencia, considerando las limitaciones de tiempo y financiamiento. No obstante buscando tener heterogeneidad en la población a encuestar se decidió hacer un diseño por estratos y conglomerados.

El marco de selección fue la población que pertenece al estudio prospectivo denominado *Estudio Mexicano de Cohorte Para Enfermedades Crónicas en una Población Metropolitana*, conformado por 150 000 personas de 35 o más años que fueron reclutadas de 1998 a 2004 en las delegaciones Coyoacan e Iztapalpa del Distrito Federal. El proyecto está a cargo de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México y los objetivos de

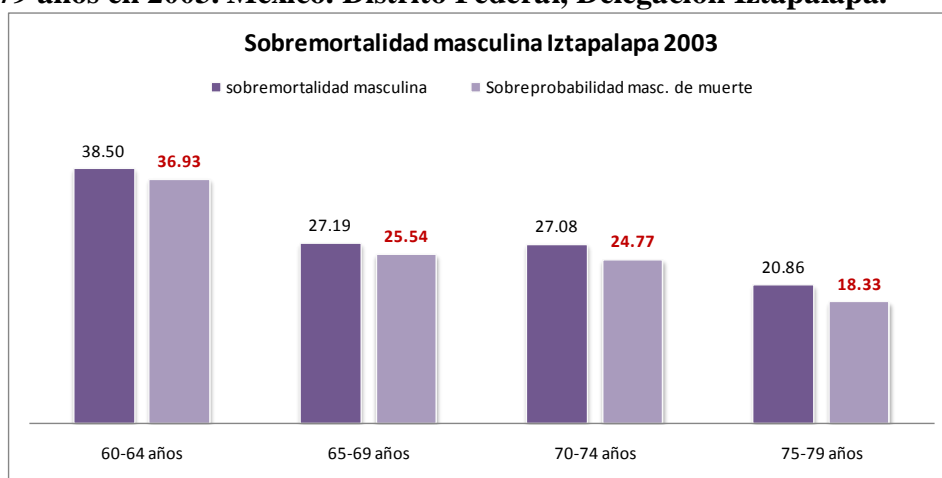
dicho estudio comprenden la toma de muestras de sangre y un cuestionario diseñado para captar principalmente los efectos del tabaco en el estado de salud de la población, aunque también se registran los tres principales padecimientos que declaró la persona entrevistada (Tapia, Kuri, Alegre y Otros, 2006). Se tomo como marco de selección de la muestra para este estudio solamente a la población de la Delegación Iztapalapa, ya que se tenía disponible la variable de uso de servicios de salud, información que permitió aproximarnos a la condición de derechohabiente de la población actualmente y con ello poder hacer la selección por estratos considerando esta variable.

Se manejaron 16 estratos considerando el sexo, la edad y la condición de derechohabiente. Considerando las diferencias y el mayor deterioro conforme aumenta la edad de la población en edad avanzada se consideraron cuatro cohortes que actualmente tienen edades de 60-64, 65-69, 70-74 y 75-79 años. En cuanto a la condición de derechohabiente se consideraron las siguientes dos condiciones: la población que en el estudio de la cohorte era usuaria de los servicios de salud del IMSS, ISSSTE, SEDENA, SECMAR o PEMEX como una aproximación a la población con Seguridad Social actual y al resto se considero como una aproximación a la población abierta.

El objetivo fue obtener 700 cuestionarios completos, distribuidos en cuotas iguales acorde con los 16 estratos. Inicialmente se considero un 30% de incremento en la muestra considerando la no respuesta, viviendas deshabitadas, no ubicadas, población ausente o que no entra al estudio por no estar en los rangos de edad, sin embargo después de la primera semana formal del levantamiento fue necesario calcular nuevamente el tamaño de la muestra considerando un incremento del 50% más, ya que la proporción de población con cambios de domicilio y fuera de rangos de edad era muy elevada.

La muestra se incremento también en el caso de los hombres acorde con la proporción de sobremortalidad de muerte masculina por grupos quinquenales de edad (Gráfica 1). Los cálculos de sobremortalidad y sobrepobabilidad de muerte se realizaron considerando una distribución uniforme de las muertes usando como herramienta la tabla de vida para el año 2003 como referencia, ya que en la Delegación Iztapalapa se llevó a cabo el levantamiento de la información para la cohorte de 2002 a 2004.

Gráfica 1. Sobremortalidad y sobrepobabilidad de muerte masculina en la población con 60 a 79 años en 2003. México. Distrito Federal, Delegación Iztapalapa.



Fuente: cálculos propios con base en datos de II Censo Nacional de Población y Vivienda 2000 y Conteo de población y vivienda 2005 para obtener la población media a 2003, y datos de defunciones de las Estadísticas Vitales. (INEGI, 2010)

El método de selección fue a través de conglomerados y se realizó en dos etapas, la primera fue la selección de las Áreas Geoestadísticas Básicas (agebs) y la segunda fue seleccionar en forma sistemática a los individuos pertenecientes a cada estrato definido.

Cuadro 2. Población de 60 a 79 años seleccionada por estratos.

| MUESTRA POR ESTRATOS | | | | | | | |
|----------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|-------|
| Grupos de edad | Hombres | | | Mujeres | | | TOTAL |
| | Subtotal Hombres | Seguridad Social | Población abierta | Subtotal Mujeres | Seguridad social | Población abierta | |
| 60-64 | 164 | 82 | 82 | 132 | 66 | 66 | 296 |
| 65-69 | 154 | 77 | 77 | 132 | 66 | 66 | 286 |
| 70-74 | 154 | 77 | 77 | 132 | 66 | 66 | 286 |
| 75-79 | 148 | 74 | 74 | 132 | 66 | 66 | 280 |
| TOTAL | 620 | 310 | 310 | 528 | 264 | 264 | 1148 |

Fuente: cálculos propios

Etapa I

Se usaron como variables de interés para conformar los conglomerados el grado de marginación urbana en 2005 a nivel de Áreas Geoestadísticas Básicas (agebs) calculado por El Consejo Nacional de Población (CONAPO,2006) y se calculo con datos de la cohorte de Iztapalapa un Índice de Población Adulta Mayor por ageb, considerando como numerador a la población que se estimo tenía actualmente 60 o más años y como denominador la que se estima tenía de 35 a 59 años cumplidos al 7 de agosto de 2010, fecha en la que concluyo el levantamiento de la información. El análisis de conglomerados se realizó con el método de K-Medias, buscando homogeneidad al interior de los grupos que se conformaran y considerando que la variables integradas en el análisis eran cuantitativas (Peña, 2002).

Bajo la premisa de que estuvieran en la selección presentes todos los grados de marginación y la mayor proporción posible de personas con 60 o más años se conformaron 3 grupos constituidos por 32 Agebs en total.

Etapa II

Para elegir a los individuos se realizó una selección sistemática ordenando los datos para cada Ageb seleccionado en la etapa I según estrato, número de manzana y vivienda. La selección fue proporcional para los tres grupos resultantes del análisis de conglomerados.

Cuadro 3. Proporción de población con 60-79 años por grados de marginación urbana en 2005.

| Grado de Marginación | % Población por seleccionar | Conglomerados |
|---------------------------|-----------------------------|---------------|
| Alta y muy alta (8 Agebs) | 13.26 | 4 |
| Media (20 Agebs) | 74.60 | 10 |
| Baja y muy baja (4 Agebs) | 12.14 | 5 y 8 |

Fuente: Cálculos propios

Los criterios de inclusión al estudio fue que al momento de llevar a cabo la selección los individuos éstos estuvieran registrados como vivos (como trabajo continuo del estudio de la cohorte se está llevando a cabo la confirmación de individuos fallecidos en relación con los datos de estadísticas vitales) y solo se eligió un individuo por vivienda. Cuando la persona seleccionada había fallecido se registró la fecha de muerte, la causa principal de muerte y se

reemplazó por el cónyuge si es que este estaba vivo(a), tenía 60 -79 años y aceptó la entrevista.

ESTRATEGIA DE LEVANTAMIENTO

El equipo de trabajo de campo estuvo conformado por 1 supervisora, 4 encuestadores y personal de apoyo logístico de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud para obtener datos relacionados con la ubicación de las viviendas. Se dio una capacitación de 3 días a los encuestadores, con la supervisora se realizó la capacitación 2 semanas antes y con ella se realizó el piloto del cuestionario.

La primera fase del levantamiento de la encuesta fue del 6 de abril y al 30 de mayo de 2010. Fue necesaria una segunda etapa de levantamiento dado que el XII Censo de Población se llevó a cabo del 31 de mayo al 25 de junio de 2010. La segunda etapa fue del 7 julio al 7 de agosto de 2010.

Para llegar a las viviendas de los seleccionados se usaron listados, papeletas con datos básicos de los seleccionados e información cartográfica: mapas por Agebs, manzanas, viviendas y en la mayoría de los casos la dirección de los individuos. Se realizaron como máximo 3 visitas a la vivienda.

Al final de la entrevista se entregó un díptico informativo con datos sobre programas sociales y de salud disponibles en la Delegación Iztapalapa, omitiendo cualquier tipo de logos que pudieran causar malas interpretaciones en cuanto a fines políticos.

RESULTADOS

Los cuestionarios fueron llenados en papel, codificados para asegurar la coherencia y calidad de la información y la máscara de captura se realizó en Access. Como resultado se tienen 8 bases de datos relacionales tipo DBF.

En general la aceptación de la encuesta por las personas mayores fue muy buena, se tiene una cantidad mínima de entrevistas no aceptadas 17 y 66 personas fallecidas. La duración de la aplicación de los cuestionarios fue aproximadamente de 57 minutos en promedio.

La aplicación del cuestionario fue fluida, ya que en el diseño del mismo se buscó activar la memoria de la persona entrevistada organizando los temas y la secuencia de las preguntas en relación con el ciclo vital de las personas, primero los datos básicos, su situación en la niñez, las uniones, la salud reproductiva, la trayectoria laboral aunque fueran actividades sin pago, el retiro, entre otros, no obstante sabemos que no necesariamente hay una secuencia de los eventos y en ocasiones hay simultaneidad, por ello en todas las dimensiones exploradas se integraron al menos una pregunta que registraba la temporalidad, ya sea en términos de años calendario, edad o en algunos casos en términos de años de duración. La organización de temas y el registro de la temporalidad de los eventos apoyó para que al llegar a la sección del calendario fuera posible hacer referencia a éstos.

En la sección del calendario de enfermedades o padecimientos, accidentes o eventos violentos, la capacitación y el entrenamiento en campo para las encuestadoras aseguró que en la mayoría de los casos se pudiera registrar la temporalidad de los eventos apoyando a la persona con recordatorios de eventos como el nacimiento de sus hijos(as), su matrimonio, viudez o su retiro, es decir eventos que se han identificado son cruciales (Montes de Oca y Hebrero). Es posible que exista un subregistro de eventos de enfermedad, accidentes o

eventos violentos relacionados con lo significativo que fueron, la intensidad de los mismos o las secuelas que pudieron haberles dejado o padecen, así como en la temporalidad en la que ocurrieron. Algunos autores mencionan que los individuos interpretamos las situaciones vividas desde nuestro particular punto de vista (Peppino, 2005), que según la intensidad del evento se registra en la memoria a corto y largo-plazo, a mayor edad estos dos tipos de memoria van disminuyendo y que ello también depende de la escolaridad de las personas o su cumulo de conocimientos (Alonso y Prieto, 2004). Esto puede traer errores en el registro del tiempo, ya que en ocasiones hay tendencia a traerlos hacia el presente denominado como efecto telescoping (Ayhan y Isiksal, 2004), subregistro o sobre registro de los eventos, sin embargo no hay garantías aún aplicando algunos test Mini Mental de controlar los efectos de la memoria a largo plazo. Con los datos registrados en el cuestionario basal de la cohorte se podrá evaluar en parte el efecto de la memoria en la declaración de enfermedades, ya que en esa primera visita se registraron hasta tres enfermedades o padecimientos que declaro la persona y se registro la década del diagnosticó.

La sección donde con mayor frecuencia se solicitud de apoyo del cónyuge u otro integrante de la familia fue las características sociodemográficas de los hijos residentes y no residentes.

Al final del cuestionario se realizo una pregunta abierta relacionada con los eventos más difíciles que le había tocado vivir a la persona entrevistada, y en estos casos fue posible observar a grandes rasgos que en los eventos recordados se da prioridad a aquellos relacionados con las necesidades económicas, la muerte de los padres, del cónyuge o un hijo(a), así como la violencia padecida en alguna etapa de sus vidas.

Durante el levantamiento de la información la principal dificultad para encontrar a la población seleccionada fue la alta movilidad territorial por cambios de domicilio, por motivos relacionados con asentamientos irregulares en la zona y recomposición de los hogares por motivos de salud o viudez. Otra problemática en campo fueron los errores en la declaración de las edades en la primera entrevista realizada en 2002-2004 en el estudio de cohorte y lo dinámico de la condición de derechohabencia a la Seguridad Social, lo cual provoco no cubrir las cuotas esperadas de la población abierta, principalmente en el caso de los hombres de mayor edad.

Cuadro 4. Encuestas aplicadas a la población Adultos Mayores de 60-79 años del Distrito Federal, Delegación Iztapalapa.

| Grupos de edad | Hombres | | | Mujeres | | | TOTAL |
|----------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|------------|
| | Subtotal Hombres | Seguridad Social | Población abierta | Subtotal Mujeres | Seguridad social | Población abierta | |
| 60-64 | 85 | 48 | 37 | 96 | 54 | 42 | 181 |
| 65-69 | 88 | 56 | 32 | 92 | 52 | 40 | 180 |
| 70-74 | 85 | 50 | 35 | 80 | 47 | 33 | 165 |
| 75-79 | 73 | 44 | 29 | 88 | 46 | 42 | 161 |
| TOTAL | 331 | 198 | 133 | 356 | 199 | 157 | 687 |

Fuente: cálculos propios con base en la Encuesta del Proceso de Salud-Enfermedad e Historia de Vida de Adultos Mayores Delegación Iztapalapa, 2010.

Nota: Siete de las encuestas tienen el estatus de incompletas.

En el caso de la población abierta la dificultad para encontrar a esta población se explica en parte por el hecho de que conforme aumenta la edad y la necesidad de atención a la salud, la

población busca afiliarse a la seguridad social sobre todo a través de los hijos(as), considerando que un baja proporción de ellos tiene derechos derivados del trabajo formal o que sean pensionados, con objeto de no tener que realizar gastos para su atención, sobre todo cuando se trata de padecimientos crónicos, otra posible explicación es una mayor mortalidad selectiva en la población abierta, no obstante en muchos casos no fue posible confirmar si la persona falleció porque ya no habitaba en esa vivienda. Conforme se vaya analizando los datos basales de la cohorte y los de la encuesta retrospectiva se tendrán elementos para explicar este tema.

La encuesta se levanto con éxito y considerando los resultados preliminares hasta el momento será posible construir las tipologías de las trayectorias de vida y transiciones de salud de la población encuestada.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Ma. Ángeles y Pedro Prieto (2004), "Validación de la versión en español del Test conductual de memoria de Rivermead (RBMT) para población mayor de 70 años", en *Psicothema* Vol. 16, no. 2, pp. 325-328.

Ayhan H. and Semih İşıksal (2004), "Memory recall errors in retrospective surveys: A reverse record check study", in *QUALITY & QUANTITY* Volume 38, Number 5, 475-493.

Ben-Sholomon y Khun (2002), "A life course approach to chronic diseases epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives" en *International Journal of Epidemiology*, No. 31, pp. 285-293.

Bury, M. (1982), "Chronic Illness and Biographical Disruption" in *Sociological of Health and Illness*, Vol. 4, No. 2, pp. 167-182.

Chackiel Juan (2008), *Conferencia Magistral Raúl Benítez Zenteno: América latina: una transición demográfica acelerada y sus consecuencias*. Mimeo, ISS-UNAM 2008.

CONAPO (2006), *Proyecciones de población de México 2006*. México.

Cripps H. , McGee A., Pascale J. and F. Andrews(2009) "Evaluating the ELSA Event History Calendar: Report on the Interviewer and Respondent Debriefing Questionnaires".

Elder, Glen H. Jr. (1985), "Perspectives on the Life Course", en *Life Course Dynamics. Trajectories and Transitions, 1968-1980*, Elder, Glen H. Jr. (ed.), Cornell University Press, Ithaca and London, 23-49.

Elder, Glen H. Jr. (1999), *The Life Course and Aging: Some Reflections*, Paper Prepared for Distinguished Scholar Lecture Section on Aging, American Sociological Association, August 10, 1999. University of North Carolina at Chapel Hill, p. 25 <http://www.unc.edu/~elder/pdf/asa-99talk.pdf>

Giele, Janet A. y Glen H. Elder, Jr. (1998). "Development of a Field" en *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*, Giele and Elder (Eds). Thousand Oaks, CA: Sage.

García J. E. y Laura Elena Gloria (2006), "Mortalidad por causas y ganancias de vida en los últimos veinticinco años" en *Situación Demográfica de México 2006*, CONAPO, pp. 27-48.

Halfon N. and M. Hochstein (2002), "Life Course Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research", In *The Milbank Quarterly*, Vol. 80, No. 3, pp. 479.

Hohn Charlotte (1987), "The family life cycle: needed extensions of the concept" in *Family demography: methods and their application*, edited by John Bongaarts, Thomas K. Burch, and Kenneth W. Wachter. New York, New York/Oxford, England, Oxford University Press, pp. 65-80.

Ham Chande, Roberto (2001), "Esperanza de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas", *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol.16, num. 3, pp. 545-560.

Ham Chande Roberto (2003), "Enfoques y perspectivas sobre el envejecimiento en México" en Salgado Nelly y Rebeca Wong (Editoras) *Envejecimiento en la Pobreza: género, salud y calidad de vida*, INSP, pp. 81-95.

Hebrero M. Mirna (2004), "Evaluación del estado de salud como una dimensión del bienestar de la población mexicana con 50 años y más y análisis de sus factores asociados". Tesis para obtener el grado de Maestra en Demografía por El Colegio de México.

Herzlich, C. (1973), "Health and Illness" en *A Social Psychological Analysis*. Nueva York, Academic Press.

INEGI (2001), Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001: Cuestionario básico, México.

INEGI (2003), Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2003: Cuestionario básico, México.

INEGI/CONAPO/COLMEX (2006), Conciliación demográfica.

INEGI, INSP y CONAPO, (2006), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006.

Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=423&Itemid=407

INEGI (2006), Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo ENOE-4 2006. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/enoe/ENOE_como_se_hace_la_ENOE4.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública (2007). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.

McCulloch, Jan, y Vira R. Kivett (1998), "Older rural women: ageing in historical and current context", en Coward R. T. y Krout J. A. (editors), *Ageing in rural settings: live circumstances and distinctive features*, Springer Publishing Company.

Mendoza Núñez, Víctor M. (2003), "Aspectos psicosociales de las enfermedades crónica en la vejez en el contexto de pobreza", en Salgado Nelly y Rebeca Wong (Editoras) *Envejecimiento en la Pobreza: genero, salud y calidad de vida*, INSP, pp. 57-80.

MEASURE DHS (Demographic and Health Surveys), (1987), Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud ENFES 1987. Disponible en:

http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/metadata.cfm?surv_id=11&ctry_id=26&SrvyTp=custom

Montes de Oca V., Hebrero M. (2006), "Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México", en *Papeles de Población*. Universidad Autónoma del Estado del México. No 50, Octubre - Diciembre 2006; 97-116

Organización Pan-Americana de Salud (2004), Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México 2000. Disponible en: <http://www.ssc.wisc.edu/sabe/Espanol/home-e.html>

Palloni, A., Soldo B. y R. Wong (2002), *Health Status in a National Sample of Elderly Mexicans*, Paper prepared for presentation at the Gerontological Society of America Conference, Boston. <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/Papers/5.pdf>

- PAHO (1998), “*La salud en las Américas edición de 1998: México*”, Volumen II, pp. 403-418.
- Peláez M. , Palloni A. y M. Ferrer (2000), “Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe”, en Seminario Técnico, CEPAL, Serie Seminarios y conferencias(2), pp: 171-194.
- Peppino Barale Ana M. (2005), “*El papel de la memoria oral para determinar la identidad local*”, en Laberinto, Revista Casa del Tiempo, Junio 2005. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ruiz Teresita y Roberto Ham (2007), “Factores sociales y de salud infantil asociados con la vejez” en *Salud Pública de México* Vol. 49 No. 4, pp. 495-504.
- SHARE-PROJECT (2004), Share 2004 Questionnaire version 10. Disponible en: <http://www.share.cemfi.es/>
- Tapia-Conyer Roberto, Kuri-Morales Pablo, Alegre-Díaz Jesús, Whitlock Gary, Emberson Jonathan, Clark Sarah, Peto Richard and Rory Collins (2006), “*Cohort Profile: The Mexico City Prospective Study*”, in *International Journal of Epidemiology* 2006;35:243–249
- Ward K., Medina J., Mo M. and K. Cox (2009), “ELSA Wave Three: Life History Interview, A user guide to the data”. National Center for Social Research.
- Wong R, Espinoza M, Palloni A.(2007), “Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento” en *Salud Publica de México* Vol. 49 No. 4, pp. 436-447.
- Wong, Rebeca y Maria Aysa Lastra (2001), “Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol.16, num. 3, pp. 519-544.
- Wong Rebeca (2003), “La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género” en Salgado Nelly y Rebeca Wong (Editoras) *Envejecimiento en la Pobreza: género, salud y calidad de vida*, INSP, pp. 97-122.
- Zúñiga E. y J. Enrique García (2008), “El envejecimiento demográfico en México: principales tendencias y características” en *Horizontes No. 13, Revista de la Población del COESPO Estado de México* , pp 16-29.