



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

Título: Análisis de la calidad de vida de las personas mayores en México, 2021

Tesis presentada por:

ALMA BERENICE VIVIA JIMÉNEZ

Para optar por el grado de:

MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Directoras de tesis:

MARÍA EDITH PACHECO GÓMEZ MUÑOZ

ISALIA NAVA BOLAÑOS

Lectora de tesis:

KARINA OROZCO ROCHA

Ciudad de México [08/Agosto/2024]

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a mi familia el apoyo, la comprensión y el amor que me brindaron durante este proceso. En especial a ti Tonatiuh, el sol de cada uno de mis días, gracias, por tanto. Gracias a mis amigas en especial a Treicy quién a pesar de la distancia siempre confió en que lo lograría.

Especial agradecimiento a la Dra. Isalia Nava, Dra. Edith Pacheco y Dra. Karina Orozco por su guía, acompañamiento, experiencia y conocimientos, todo lo anterior, fue esencial para culminar este proyecto. También agradezco al Mtro. Sebastián Jiménez por el tiempo destinado en mí, para la comprensión y manejo de la ENASEM. Este material es el producto del trabajo de todos.

Resumen

Como consecuencia del descenso de la tasa de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, el proceso de envejecimiento se ha acelerado en la mayoría de los países de Asia, mientras que, en otras regiones como Europa, este proceso ha resultado en altos niveles de población envejecida en las últimas décadas. América Latina en cambio, no ha llegado a tales niveles, pero muestra un crecimiento acelerado y sostenido de la población envejecida. En el caso de México el incremento de la población de 65 años y más demandará más servicios de salud e ingresos por parte del Estado, ya que las condiciones estructurales del mercado laboral mantienen baja densidad de cotización lo que llevará a tener una población envejecida, sin seguridad económica, sin acceso a servicios de salud de calidad y con enfermedades que prevalecen en esta etapa para la mayoría de la población. Lo anterior evidencia las posibles repercusiones en la calidad de vida en las personas mayores.

En México, la investigación dirigida al estudio de la calidad de vida es aún incipiente, por ello, la presente investigación tiene como objetivo medir la calidad de vida en personas mayores utilizando datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2021 (ENASEM). Para ello, se han considerado cuatro dimensiones: dos objetivas y dos subjetivas, que fueron ponderadas de forma equiproporcional. Las dimensiones objetivas incluyen el estado de salud y la seguridad económica. La salud se evaluó tomando en cuenta la presencia de enfermedades crónicas, el acceso a servicios de salud y la funcionalidad o autonomía, mientras que, la seguridad económica se analizó a partir de las principales fuentes de ingresos y vivienda. En cuanto a las dimensiones subjetivas, se evaluó la satisfacción con la vida mediante la escala internacional de satisfacción con la vida, y el apoyo social utilizando la escala de soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA).

Los resultados de las correlaciones de Spearman y el análisis indican que la calidad de vida de la población mayor en México es generalmente alta. Se destaca el apoyo social y la salud, con énfasis en la capacidad de llevar a cabo actividades de la vida cotidiana como los componentes más importantes. Un aspecto relevante es que el análisis cruzado y por variables sociodemográficas muestra diferencias importantes entre la población. Por ejemplo, se observó mayor calidad de vida en hombres que en mujeres, lo que se relaciona a

múltiples factores como son la condición de salud, la estructura del mercado y los arreglos familiares. Además, se observó que, la educación desempeña un papel crucial para toda la P65+, sin embargo, mostró una mejoría más significativa para las mujeres.

Palabras clave: Calidad de vida, personas mayores, ENASEM, ponderadores equiproporcionales, componentes objetivos y subjetivos.

Abstract

As a result of declining fertility rates and increased life expectancy, the aging process has accelerated in most European and Asian countries in recent decades. Latin America, however, has not reached such levels but shows accelerated and sustained growth in the aging population. In the case of Mexico, the increase in the population aged 65 and over will demand more health services and income from the State, since the structural conditions of the labor market maintain low contribution density, which will lead to an aging population without economic security, without access to quality health services, and prevalent diseases at this stage for much of the population. This highlights the possible impact on the quality of life in the elderly.

In Mexico, research aimed at studying the quality of life is still in its early stages. Therefore, this research aims to measure quality of life using data from the Mexican Health and Aging Survey (MHAS). Four dimensions were considered for this purpose: two objective and two subjective, which were weighed equally. The objective dimensions include health status and economic security. Health was assessed by considering the presence of chronic diseases, access to social security, and functionality or autonomy, while economic security was analyzed based on the main sources of income and housing. Regarding the subjective dimensions, life satisfaction was evaluated using the international life satisfaction scale, and social support was measured using the loneliness scale from the University of California, Los Angeles (UCLA).

The results of the Spearman correlations and analysis indicate that the quality of life for the older population in Mexico is generally high. Social support and health are highlighted, with an emphasis on the ability to carry out daily life activities as the most important components. A relevant aspect is that the analysis by sociodemographic variables shows significant differences within the population. For example, a higher quality of life was observed in men than in women, which is related to multiple factors such as health condition, labor market structure, and family arrangements. Additionally, it was noted that education plays a crucial role for the entire population yet showed a more significant improvement for women.

Keywords: Quality of life, objective quality of life and subjective quality of life, elderly, MHAS, equiproportional weights.

Agradecimientos	2
Resumen	3
Introducción	9
Capítulo 1. Antecedentes de la investigación	13
1.1 Evolución conceptual de la calidad de vida	13
1.2 Aproximaciones métricas y analíticas de la calidad de vida para América Latina	16
1.3 Medición de la calidad de vida para la población envejecida	19
1.4 Variables seleccionadas para la medición de la calidad de vida	22
Capítulo 2. Metodología	25
2.1 Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México	25
2.2. Componentes del Índice de Calidad de Vida	26
2.2.1 Componente objetivo	28
2.2.1.1 Construcción de la dimensión salud	28
2.2.1.2 Construcción de la dimensión económica	29
2.2.2 Componente subjetivo	30
2.2.2.1 Construcción de la dimensión de la satisfacción con la vida	30
2.2.2.2 Construcción de la dimensión apoyo social	30
2.3 Variables de control	34
2.4 Método para la estimación de la calidad de vida	34
2.4.1 Dimensiones y su normalización	35
2.4.2 Estratificación	45
Capítulo 3. Análisis del Índice de la Calidad de Vida de las personas mayores en México	47
3.1 Evaluación estadística del Índice de la Calidad de Vida	47
3.2 Análisis de los componentes del Índice de la Calidad de Vida	48
3.2.1 Dimensión salud	48
3.2.2 Dimensión económica	54
3.2.3 Dimensión satisfacción con la vida	58
3.2.4 Dimensión de apoyo social	61

3.3 Análisis del Índice de la Calidad de Vida	63
Conclusiones	68
Limitaciones del estudio	70
Referencias	72
Apéndice y anexos	79
Índice de Cuadros	92
Índice de Diagramas	94
Índice de Gráficas	94

“Nadie combate la libertad, a lo sumo combate la libertad de los demás. La libertad ha existido siempre, pero unas veces como privilegio de algunos, otras veces como derecho de todos.”

(Marx, 1846)

Introducción

Todos los países han experimentado cambios en su estructura etaria como consecuencia del proceso de Transición Demográfica (TD). En general, la TD se caracteriza por el paso de altas tasas de mortalidad y fecundidad a tasas bajas y controladas, así como el aumento en la esperanza de vida. Esta teoría comprende tres etapas: la primera inicia cuando la mortalidad comienza a caer mientras que la fecundidad se mantiene alta, en este punto, la mortalidad va en decremento en las edades más jóvenes provocando un incremento de esta población. En la segunda etapa, la fecundidad comienza a declinar lo que a su vez provoca un descenso en la tasa de crecimiento poblacional, también se observa que, la mortalidad y la fecundidad alcanzan niveles de equilibrio bajos y controlados que pueden estancar o disminuir el crecimiento poblacional. Por último, en la tercera etapa, se observa un aumento de las personas envejecidas y la ralentización del crecimiento de la población en edades activas como consecuencia de la disminución en la fecundidad (Bloom y Lee, 2016, pp. 14-15).

Lo anterior ha traído consigo cambios en la estructura demográfica, Manson y Lee (2011) señalan que los cambios de la estructura poblacional a escala mundial iniciaron a partir de 1950, y se ha observado un crecimiento acelerado y sostenido de la población envejecida a nivel mundial. Para 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá 65 años y más de edad (P65+) (ONU, 2019, pp.1). En América Latina el cambio demográfico ha sido más acelerado en comparación con otros países, principalmente en la relación población infantil-juvenil y la P65+ (CEPAL, 2022, pp.21). En esta región la P65+ en 2022 representó 9.1% de la población total y para 2030 y 2050 se espera que sea 11.5% y 18.8% respectivamente (WPP, 2022, pp.8). Además, según proyecciones presentadas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) la tasa de crecimiento de esta población de 2015 a 2020 fue de 3.8%, superior a la tasa a nivel mundial de 3% (UNFPA, 2017, pp.5). Si bien, el peso relativo de esta población aún no ha llegado a los niveles de países del continente

europeo o del asiático, se observa un crecimiento acelerado que tendrá efectos inexorables para la sociedad.

Por ejemplo, en 1990 el índice de envejecimiento¹ en México fue de 11 personas mayores por cada 100 niños, en 2020 fue de 30 y en 2024, será de 35 personas. Las proyecciones de población estiman que la P65+ en el 2030 representará 10.3% de la población total y 30% en 2070, lo que indica que en las próximas décadas observaremos un crecimiento de la población mayor a la par de un descenso en la población de cero a catorce años. Este proceso de envejecimiento también impactará al mercado laboral, ya que, la relación de dependencia total² se incrementará, pasando de 10.3 dependientes en 2015 a 24.5 en 2050 y 47 en 2070. Es decir que, para 2070 habrá 47 personas dependientes por cada 100 en edad de trabajar, estos cambios en la estructura por edad tendrán impactos sociales, gubernamentales e individuales importantes sobre la inversión, ahorro, gasto, consumo e ingresos a través de los flujos económicos (Manson y Lee, 2011, pp.13). Por ejemplo, se espera mayor presión en las transferencias intergeneracionales, aumento en el gasto gubernamental destinado a la salud y a la seguridad económica y mayor demanda de horas destinadas al cuidado.

En el caso particular de México se anticipan distintos efectos. Por un lado, el país tiene altas tasas de sobrepeso y obesidad en comparación con otros países de la región, condiciones asociadas a infartos, diabetes e hipertensión. Estas enfermedades prevalecen y pueden afectar la funcionalidad y autonomía de la P65+ (INSP, 2020). Por otro lado, las bajas tasas de densidad laboral debido a la alta informalidad hacen menos probable que la población obtenga ingresos por pensión o jubilación. Asimismo, la pensión universal implementada en México en 2019 representa un mecanismo de apoyo en el corto plazo, pero genera una fuerte dependencia económica, en especial, para la población con menos recursos. Además, al estar sujeta al presupuesto público (que se caracteriza por tener fuertes presiones

¹ El índice de envejecimiento es la relación entre la población de 65 años y más y la población de 0 a 14 años.

Las estimaciones se realizaron con base en las proyecciones de población de 2020 a 2070 del CONAPO, 2023, utilizando la población a mitad de año.

² La razón de dependencia muestra la relación entre la población de entre 0 a 14 años más la población mayor a 65 años y la población de entre 15 y 64 años.

sobre el erario) su sostenibilidad en el tiempo es incierta lo que podría vulnerar a este grupo de la población.

Ante estos cambios demográficos, el UNFPA (2017) recomendó la formulación e implementación de políticas públicas encaminadas a la atención a este grupo etario. En el futuro, la demanda de servicios de salud y pensiones aumentará, repercutiendo en la calidad de vida. Esto obliga al Estado a destinar los recursos públicos de forma más eficiente, diseñando políticas públicas basadas en investigaciones académicas que identifiquen los aspectos más importantes para asegurar la calidad de vida de esta población.

El proceso acelerado del envejecimiento en países occidentales permitió que académicos y gobierno incursionaran en el estudio de la calidad de vida de la P65+ para diseñar políticas públicas que mejoraran su bienestar económico, social y de salud (Land, Michalos y Sirgy, 2012). No obstante, en países de América Latina (que se encuentran en proceso de envejecimiento), el interés en el estudio de la calidad de vida y su uso en la construcción de la política pública es reciente. Por ejemplo, en el libro editado y coordinado por Graciela Tonon, "Indicators of Quality of Life in Latin America" (2016), se abordan estudios sobre la calidad de vida de América Latina, y algunos de ellos incluyen análisis comparativo entre países, incluido México. También, se encontraron investigaciones sobre la estimación de la calidad de vida para México por grupos como son los jóvenes o las personas mayores con alguna afección médica,³ utilizando fuentes distintas a la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM).

La escasa investigación sobre la calidad de vida de la población en edades avanzadas en América Latina, en especial en México es una ventana de oportunidad que permitirá estimar y analizar adecuadamente las necesidades de esta población. La presente investigación tiene dos objetivos, el primero es medir la calidad de vida de la P65+ a través de un componente objetivo y otro subjetivo; y el segundo, analizar el indicador y sus componentes según características sociodemográficas, para responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo es la calidad de vida de las personas mayores en México? ¿Cuál dimensión

³ Ochoa *et al.* (2021). Quality of Life in Older Adults: Evidence from Mexico and Ecuador

tiene mayor importancia en la estimación de la calidad de vida? ¿Es el componente objetivo o el subjetivo el más determinante en la calidad de vida de la P65+?

La hipótesis de investigación plantea que la calidad de vida de las personas mayores es baja, siendo el componente económico y de salud los más importantes y que los subgrupos de población en peores condiciones son las mujeres con menor escolaridad que viven en localidades rurales. Para ello, se propone estimar un Índice de Calidad de Vida (ICV) utilizando la ENASEM 2021. Este índice contempla cuatro componentes: dos objetivos, que son la salud y el económico, y dos subjetivos, que son la satisfacción con la vida y el apoyo social. La estimación se basa en la propuesta metodológica de Sánchez *et al.* (2018).

La investigación se compone por cuatro capítulos, más esta introducción. En el primero se expone un breve marco conceptual de la calidad de vida y se presenta la revisión de la literatura sobre la medición del ICV, finalmente se muestran las variables seleccionadas para el cálculo del índice. El capítulo 2 describe la metodología empleada para su construcción, la fuente de información, las variables seleccionadas, la operacionalización de las variables, su normalización y el método de estratificación. El siguiente capítulo presenta los resultados y el análisis intra e intergrupar, donde se abordan los componentes individuales, el ICV y las variables de control. Por último, en el capítulo cuatro, se presentan las conclusiones, limitaciones y futuras líneas de investigación.

Capítulo 1. Antecedentes de la investigación

Este capítulo ofrece una breve revisión sobre la evolución del concepto de calidad de vida. Además, se examinan las investigaciones más recientes del tema, con especial atención a las dimensiones y las metodologías utilizadas para la medición de la calidad de vida en la población.

1.1 Evolución conceptual de la calidad de vida

El estudio de la calidad de vida ha sido interés de diversas disciplinas, como la economía, psicología, filosofía, entre otras. De hecho, se dice que, el concepto de calidad de vida surgió cuando los filósofos griegos intentaban definir la felicidad y el bienestar, así como los pasos para conseguirla (Tonon, 2016, pp. 21).

Blane y Netuveli (2008) mencionan tres tipos de enfoques para medir la calidad de la vida; el normativo, el de la satisfacción preferente y el de la evaluación subjetiva. El primero hace referencia a las creencias, preferencias y filosofía sobre el buen vivir. El segundo se refiere a la disponibilidad de bienes y servicios y la capacidad para obtenerlos. Por último, la evaluación subjetiva se refiere a la evaluación de una buena vida según la experiencia individual (Blane y Netuveli, 2008, pp.114).

Durante el siglo XX los investigadores desde distintas áreas de estudio han intentado cuantificar la calidad de vida; por ejemplo, en 1932 Pigou un economista británico intentó calcular el producto social neto cuantificando los servicios sociales y los costos gubernamentales para su implementación, utilizando por primera vez el término calidad de vida. Más adelante en los países nórdicos se estudió la relación de los estándares de la vida y la satisfacción de las necesidades sociales para un Estado del bienestar (Tonon, 2016, pp.4). En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial se utilizó el concepto de calidad de vida para conocer la percepción de la población americana sobre si tenían una buena vida o si se sentía financieramente segura (Campbell, 1981; Meeberg, 1993 en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012, pp. 62).

Décadas después, en 1974 Esterlin relacionó la economía con el bienestar personal y la felicidad, concluyendo que la prosperidad económica de un país no afectaba necesariamente la evaluación de la calidad de vida de cada sujeto (Tonon, 2016, pp.4). Posteriormente, Estes (1977) construyó el índice de vulnerabilidad social nacional y en 1985 se convirtió en el índice de progreso social, que tenía como objetivo cuantificar la suficiencia de los servicios sociales. Esta medición le permitió concluir que, existían poderosas fuerzas económicas y políticas que servían sistemáticamente para promover o retrasar los patrones de desarrollo social en el mundo (Estes, 1977 en Tonon y Rodríguez, 2016, pp.4).

Gracias a la investigación de Campbell, Converse and Rodgers (1976) en un escrito que llevaba por título *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, se hizo hincapié en que dadas las condiciones objetivas y que los estados psicológicos eran imperfectos, la medición de la calidad de vida, debía considerar una descripción de la forma en que el individuo se sentía, por lo que, el uso de la percepción individual para la estimación de la calidad de vida cobro gran importancia.

A mediados de la década de los ochenta, autores como Ferrans (1990) y Hornquist (1982) coincidieron en que la calidad de vida se entendía como el bienestar personal de la satisfacción o insatisfacción de aspectos que se consideraban importantes como la esfera física, psicológica, social, material y estructural (en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012, pp. 62).

Sen y Nassbaum (1993), estudian el tema de bienestar, igualdad y calidad de vida donde señalan que, la calidad de vida debe considerarse desde un enfoque amplio que tome en cuenta las capacidades y las libertades del ser humano y donde, el Estado deba dar las condiciones necesarias para que esas capacidades y libertades individuales puedan llevarse a cabo.

Un evento importante fue la fundación del *The International Society for Quality of Life Studies (ISQOLS)* en 1995, que tuvo el objetivo principal de promover el desarrollo de los estudios de la calidad de vida a nivel mundial e incentivar investigaciones interdisciplinarias que pudieran dedicarse al estudio del desarrollo y el medio ambiente. La creación de esta institución promovió el estudio integral de la calidad de vida. El intercambio de conocimiento entre diferentes campos de estudio ha dado lugar a que la comprensión de

la calidad de vida sea más integral bajo un carácter objetivo, subjetivo⁴ y dinámico (Tonon, 2016, pp. 21-23). Como se muestra a continuación, las definiciones más actualizadas de la calidad de vida incorporan aspectos que provienen desde diferentes áreas de estudio pero que, se complementan.

Lawton (2001) y Haas (1999) por ejemplo, señalaban que la calidad de vida hacía referencia a diversas dimensiones, como son los aspectos biológicos, económicos, sociales y psicológicos y que estas a su vez comprendían aspectos como la salud, el desarrollo físico y emocional, vínculos familiares, alimentación, entre otros (Lawton, 2001 y Haas en Galván, 2023).

Por otro lado, Velázquez (2016) definió la calidad de vida como una medida de logro con respecto a un nivel establecido como el óptimo, considerando las dimensiones sociales, económicas y ambientales. En el mismo tenor, Somarriba (2008), consideró que la calidad de vida era el resultado de interacciones complejas de un conjunto de factores objetivos y subjetivos. Como factores objetivos se consideran las condiciones externas de naturaleza económica, sociopolítica, ambiental y cultural, mientras que, los subjetivos se refieren a la percepción individual de su propia vida y la satisfacción alcanzada en sus diversas dimensiones.

Arechavala y Zarzosa (2016) también toman en cuenta la subjetividad en la definición de la calidad de vida ya que señalan que el concepto es resultado de complejas interacciones de un conjunto de factores objetivos (situaciones externas de condiciones económicas, sociopolíticas, ambientales y de naturaleza cultural) y subjetivos (percepción de la propia vida y la satisfacción, alcanzadas en las diversas dimensiones).

A partir de esta revisión conceptual podemos definir la calidad de vida como el bienestar individual medido por la satisfacción o insatisfacción de aspectos que se consideran importantes para la vida diaria de las personas envejecidas, como son la buena condición de salud, los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, una vivienda digna y

⁴ Los elementos subjetivos dependerán de la propia concepción de su realidad, de su vida personal y de sus vivencias (López, 2019).

convivencia familiar y de amigos. Por lo tanto, la calidad de vida para las personas mayores es la satisfacción individual sobre lo esencial que tiene en esa etapa de su vida, dados los cambios físicos, mentales, emocionales, sociales y económicos.

1.2 Aproximaciones métricas y analíticas de la calidad de vida para América Latina

Existe una variedad de estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos que han intentado medir la calidad de vida desde diferentes enfoques y métodos. En los estudios cuantitativos y mixtos reportados destacan dos técnicas estadísticas para la medición de la calidad de vida; el primero es el de componentes principales y el segundo, el de análisis factorial, pero también se ha aplicado el método de distancias y análisis confirmatorio. La mayoría de ellos incluyeron un componente objetivo y uno subjetivo, las dimensiones que destacaron en el primero, son la seguridad económica con variables como los ingresos por trabajo, retiro o transferencias y la salud, relacionada con la autonomía, el acceso a la seguridad social y enfermedades crónicas. En cuanto al componente subjetivo, muchos incorporan los vínculos sociales como son las relaciones familiares y de amigos, así como la convivencia con su comunidad y la interacción con espacios de recreación. Lo anterior, se muestra a continuación.

Tonon y Rodríguez (2016) proporcionan una propuesta metodológica de modelo para medir la calidad de la vida y las diferentes formas de desigualdad a través de la incorporación de nuevos indicadores con una perspectiva regional. Para el estudio utilizan variables sociodemográficas e incluyen una escala de satisfacción con la vida en el país ESCVP (por sus siglas en inglés) con 5 escalas, donde 1 es “totalmente insatisfecho” y 5 “totalmente satisfecho”. Los 19 dominios sugeridos para la medición son: educación, salud, empleo, seguridad personal, vivienda, creencias religiosas o espirituales, diversidad cultural, participación en actividades culturales, género, discriminación, ambiente, relaciones comunitarias, soporte social, bienestar subjetivo, valores, satisfacción con la vida, bienestar económico, políticas e instituciones.

Las autoras consideran que al plantear de esta forma la medición se logra estudiar el vínculo entre la calidad de vida y las desigualdades tomando en cuenta las perspectivas de las capacidades humanas propuestas por Amartya Sen.

Por otro lado, Somarriba y Zarzosa (2016) miden la calidad de vida en América Latina incorporando una perspectiva territorial. Para ello se crea un Indicador Sintético de Calidad de Vida (SQLI) y se aplica el método de distancia P2 adoptándolo a un indicador social. El interés de estos autores en el estudio de la calidad de vida es comparar entre los países y observar las diferencias entre la población latina para entender por qué algunos tienen bienestar subjetivo alto.

Siguiendo los trabajos de Pena (1977), Zarzosa (1996, 2012), Somarriba (2008), Somarriba y Pena (2009), Zarzosa y Somarriba (2013), entre otros, se identifica que los autores seleccionaron dimensiones como el ingreso, hogar, trabajo, salud, sociedad, ambiente físico, seguridad, educación y felicidad. Para la estimación se utilizó información del Banco Mundial, Naciones Unidas y Latinobarómetro para 2014. En caso de no contar con información de ese año se eligió el más próximo para el que se disponía información. La medición del indicador permitió observar disparidades entre los 18 países seleccionados de América Latina, las cuales, fueron motivadas por indicadores simples de desigualdad, ingresos, alfabetización, medio ambiente y salud (Somarriba y Zarzosa, 2016, pp.44).

Por otro lado, Velázquez (2016) hace una actualización del indicador de calidad de vida para Argentina, que ha sido estimado desde 1980. El objetivo principal fue profundizar en el indicador con la mayor desagregación geográfica posible. En este artículo el autor utiliza dos dimensiones para medir la calidad de vida: la dimensión socioeconómica y la dimensión ambiental que a su vez considera atractivos paisajísticos. La primera dimensión considera la educación y la salud que coinciden con el trabajo de Somarriba y Zarzosa (2016) e incorpora a la vivienda como la propuesta de Tonon y Rodríguez (2016), mientras que, la segunda dimensión se distingue por considerar problemas medioambientales como son: el uso de plaguicidas en la agricultura, participación de la industria y la minería en el Producto Nacional Bruto, contaminación, ruido, tráfico, tasa de delincuencia por cada 10,000 habitantes, sismicidad y vulcanismo, inundaciones, entre otros. También, considera en esta

dimensión los recursos recreativos basados en la naturaleza y los contruidos socialmente. Entre ellos se encuentran las playas, los arroyos, los ríos, los lagos, centros culturales, comerciales, deportivos, entre otros. Para la estimación construye índices donde el peso relativo de cada variable se determina en un Índice de Calidad de Vida (LQI) cuyo valor teórico puede alcanzar entre 0 y 10 para reflejar la peor y la mejor situación, respectivamente (Velázquez, 2016, pp.62).

El autor encuentra logros en el tiempo en cuanto al bienestar de las personas, pero también algunas inconsistencias dentro del territorio, observa una mejora sustancial en los indicadores de educación y salud, pero modestos logros en lo que respecta a la vivienda. En general, los mayores avances se registraron en las zonas rurales más atrasadas (Velázquez, 2016, pp.76).

Nava *et al.* (2018) miden el Índice de Calidad de Vida objetivo en la zona metropolitana del Valle de México, en esta investigación, los autores buscan comprobar que existen condiciones de desigualdad socioespacial que impiden que la calidad de vida sea más igualitaria y justa. El trabajo consideró tres dimensiones: personas, viviendas y entorno, y ocho subdimensiones: salud, educación, características básicas, servicios e instalaciones, bienes y tecnologías de información y comunicación, infraestructura vial, mobiliarios y servicios públicos y acceso vial y comercio en la vía pública. El procedimiento metodológico para la medición consistió en tres etapas: normalización de datos, agregación y ponderación. La ponderación fue equiproporcional para las dimensiones y subdimensiones (Nava *et al.*, 2018, pp.110).

Los autores encuentran que, las peores condiciones de calidad de vida se ubican en los espacios de las interfases semiurbanas con menores niveles de satisfacción en salud y educación y en la menor disponibilidad de bienes y servicios en la vivienda, sobre todo en los rezagos o carencias de servicios públicos en entorno urbano (Nava *et al.*, 2018, pp.36-46).

1.3 Medición de la calidad de vida para la población envejecida

Enseguida se revisan algunas investigaciones recientes sobre la medición de la calidad de vida para la P65+, cabe mencionar que la mayoría de estos trabajos se aplicaron para la población europea y africana, como anteriormente se mencionó son pocos estudios destinados al estudio de la población latina envejecida.

Wang, *et al.* (2019) realizan un estudio cuantitativo para la población en Sudáfrica que reside en áreas rurales, su interés en esta población es consecuencia del incremento en la proporción de población de edad avanzada y rápido aumento de enfermedades no transmisibles. Estos autores estudian a 2,627 personas que residen en el área rural. El objetivo fue examinar los predictores demográficos, conductuales y socioeconómicos de salud subjetiva, depresión y calidad de vida en hombres y mujeres, para ello se utilizó información de un estudio longitudinal de la International Network for the Demographic Evaluation of Populations and Their Health en Sudáfrica. Las variables explicativas fueron enfermedades no transmisibles y las dificultades en las actividades de la vida diaria, ambas auto reportadas, los predictores de salud subjetiva, depresión y calidad de vida se evaluaron mediante métodos de regresión multivariable. Las variables de salud, depresión y calidad de vida autoreportadas, se evaluaron con base en cinco respuestas (1) muy bueno, (2) bueno, (3) moderado, (4) malo (5) muy malo. Que se categorizaron como "Bueno" (mediante la fusión de las respuestas de 1-2) y "No es bueno" (mediante la fusión de respuestas de 3 a 5).

Los autores encontraron que 44.7% de los participantes reportaron buena salud, 81.3% negaron tener depresión y 63% consideraron tener buena calidad de vida. Las mujeres de más de 80 años tuvieron menos probabilidades de reportar buena salud y calidad de vida en comparación con las del grupo más joven. También se pudo reconocer que, tener más de una afección crónica y dificultades de la vida diaria reduce las probabilidades de buena salud, no tener depresión y en general, mejora la calidad de vida entre hombres y mujeres (Wang *et al.*, 2019, pp. 1285).

Por su parte, Sovárióvá (2016) estudia los determinantes de la calidad de vida en las personas envejecidas de la región de Košice, Eslovaquia con el objetivo de evaluar el impacto sobre la calidad de las personas mayores. Los determinantes seleccionados son factores

sociodemográficos (edad y sexo), económicos (estado civil, educación e ingresos) y de salud (estado funcional, ansiedad, depresión). La muestra para el estudio fue de 102 participantes.

Para la calidad de vida se utilizaron los cuestionarios de World Health Organization Quality of Life-BREF⁵ (instrumento abreviado de calidad de vida desarrollado por la Organización Mundial de la Salud) y el World Health Organization Quality of Life⁶ que complementa al primero y que incluye información sobre experiencias, satisfacción y percepciones de las personas mayores. Para el estado funcional se utilizó la prueba de Berthel de AVD la ansiedad a través del inventario de ansiedad de Beck y la depresión mediante la escala de autoevaluación de Depresión de Zung. Para el análisis de las relaciones se utilizaron coeficientes de correlación de Pearson (Sováriová, 2016, pp. 484). La autora encontró que, la calidad de vida de las personas se redujo cuando había presencia de depresión, poli morbilidad y vida sin pareja.

Por otro lado, Van Leeuwen *et al.* (2019) buscan a partir del análisis de estudios cualitativos encontrar las dimensiones de la calidad de vida de la población envejecida en países occidentales para evaluar y mejorar la calidad y asignación de servicios de salud y atención social. Los autores eligen esta técnica porque consideran que, a pesar de todas las definiciones y teorías sobre la calidad de vida, no existe una síntesis de la perspectiva de las propias personas mayores. Para su trabajo se seleccionaron estudios cualitativos⁷ incluyendo 48 que representaban las opiniones de más de 3,400 personas mayores de 65 años de 11 países occidentales identificando nueve dominios de calidad de vida entre los que se encuentran: autonomía, rol y actividad, percepción de salud, relaciones, actitud y adaptación,

⁵ Este cuestionario abreviado se basa en el WHOQOL-100, una herramienta más extensa, y está diseñado para ser más breve y fácil de administrar, manteniendo al mismo tiempo la validez y confiabilidad. El WHOQOL-BREF consta de 26 preguntas que evalúan la calidad de vida en cuatro dominios principales:

físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente.

⁶ El WHOQOL-OLD es una versión específica del WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) que se enfoca en la calidad de vida relacionada con el envejecimiento. Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una herramienta de evaluación para medir la calidad de vida en personas mayores.

⁷ Los criterios para la selección de los estudios fueron: a) centrarse en percepciones de calidad de vida, b) personas mayores que viven en el hogar como participantes principales, c) uso de metodología cualitativa, d) realizados en países occidentales y publicados en inglés y e) que no se encontraran en grupos específicos de pacientes.

confort emocional, espiritualidad, hogar y vecindad, y seguridad financiera. Los resultados mostraron que, aunque se pueden distinguir diferentes dominios, estos están fuertemente conectados por lo que el concepto de calidad de vida debe verse como una red dinámica de dominios entrelazados.

Para el caso de América Latina los estudios más recientes que se encontraron son de Nava (2018) y el de Ochoa *et al.* (2021). El primer trabajo estima la calidad de vida para la población en edades avanzadas (60+) en la Zona Metropolitana del Valle de México analizando a nivel manzana. La medición utilizada fue a través de la construcción de índices donde se normalizaron los datos a partir de la técnica de reescalamiento, se realizó un promedio ponderado de los componentes y se aplicó el mismo peso para cada dimensión y subdimensión. Se encontró que existen altos grados de calidad de vida que se concentran en la Ciudad de México. Otro hallazgo importante es que, las manzanas envejecidas e hiperenvejecidas tienen altos niveles de calidad de vida en comparación con las más jóvenes.⁸

El segundo artículo hace una comparación entre la percepción de la calidad de vida de personas mayores en Ecuador y México. La estimación fue realizada a través de un análisis factorial utilizando datos transversales de 238 mexicanos y 212 ecuatorianos, el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD⁹ y un conjunto de variables sociodemográficas. Se observó que la percepción de la calidad de vida es superior para los mexicanos en la mayoría de las dimensiones excepto en habilidades sensoriales y práctica deportiva, así como entre participación social y nivel educativo.

En las últimas décadas la medición de la calidad de vida en América Latina ha tenido más presencia, no obstante, las estimaciones son para la población en general. El estudio de la calidad de vida en México es escaso para cualquier grupo etario, a pesar de que se reconoce como un garante del bienestar (Secretaría de Salud, 2024). Serrano (2013) considera que las metas básicas de las políticas sociales y sanitarias para la P65+ debería ser vivir más y mejor.

⁸ Estas manzanas se ubican en las alcaldías Cuajimalpa, Álvaro Obregón y Miguel Hidalgo en Ciudad de México y Huixquilucan, Naucalpan y Atizapán en el Estado de México.

⁹ El cuestionario WHOQOL-OLD comprende 24 ítems agrupados en seis dimensiones: habilidades sensoriales, autonomía, pasado, presente y futuro, interacción social, intimidad y muerte y morir. Los ítems se calificaron utilizando una escala de Likert de cinco puntos, del 1 al 5; puntuaciones más altas representaban una mayor percepción de calidad de vida.

En este sentido la calidad de vida es fundamental para el bien vivir de las personas mayores pues no solo se trata de vivir más años, sino que además se vivan mejor.

1.4 Variables seleccionadas para la medición de la calidad de vida

Este apartado describe las dimensiones y variables que fueron seleccionadas para la medición del índice basándonos en la revisión de literatura (Ver Anexo 1 y 2). El componente objetivo se compone por dos dimensiones, la salud y la económica, mientras que, el componente subjetivo por la satisfacción con la vida y el apoyo social.

Dimensión salud

La dimensión salud es fundamental para medir la calidad de vida de las personas mayores, Tonon y Rodríguez (2016), por ejemplo, proponen que la salud debe ser multidimensional, es decir, su medición deber ir más allá de la mortalidad y la morbilidad. Por lo tanto, deben incluirse en la dimensión otros aspectos que como las enfermedades no transmitibles de mayor prevalencia en la P65+, como es el acceso a servicios de salud, que puede ser determinante para enfrentar una enfermedad, así como para obtener el apoyo y la funcionalidad necesarios que la P65+ requiere para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Esto también se considera un elemento sustancial en la calidad de vida.

Dimensión económica

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que la seguridad económica promueve el bienestar personal, la felicidad, y la tolerancia; además de ser beneficiosa para el crecimiento y desarrollo de los países (OIT, 2004). Por otro lado, UNFPA (2017) menciona que la calidad de vida de las personas mayores depende de la disposición de capital económico y no económico, y que debe ser sistemático y suficiente. Lo anterior pone en evidencia la importancia de este factor en la medición, en especial, porque durante el proceso de envejecimiento se modifican los patrones de ingreso, que puede deberse a varias causas como la jubilación y el gasto en consumo, donde la salud se vuelve prioridad (Nava, Ham y Ramírez, 2016, pp. 2). En este sentido, la seguridad económica mejora la calidad de vida de

la población ya que el hecho de no sentirse restringido financieramente hace la vida más fácil (Van Leeuwen *et al.*, 2019, pp.11).

En cuanto a la vivienda, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) destaca que toda la población debe tener derecho a vivir en un lugar seguro, en paz y con dignidad (ONU, 2004 en Tonon y Rodríguez, 2016, pp.9). Asimismo, Donnet y Hildbrand (2018) señalan que la vivienda adecuada es uno de los derechos consagrados, cuya concreción resulta inseparable de los múltiples enfoques disciplinares y de políticas públicas. Por lo tanto, la vivienda es un factor que de no tenerse vulnera a la P65+ afectando su calidad de vida.

Dimensión de satisfacción con la vida

López, Torres y Rosas (2016) señalan que el constructo de bienestar subjetivo tiene dos componentes, uno emocional que permite distinguir lo positivo y lo negativo, y otro cognitivo llamado satisfacción con la vida.

La satisfacción con la vida es una percepción personal de los individuos sobre su vida, en ella se contemplan las vivencias experimentadas en el tiempo, es decir, qué tan satisfecho esta con su vida en general todos los días (Wang, *et al.*, 2019, pp.1287). La satisfacción con la vida se contempla en la medición porque es un componente de un concepto más amplio que es el bienestar subjetivo (López-Ortega, *et al.*, 2016, pp. 1). Además, porque los estudios del bienestar subjetivo han demostrado que, una persona feliz vive más tiempo, tiene mejor salud física y establece mejores relaciones interpersonales.

Dimensión de apoyo social

Van Leeuwen *et al.* (2019) menciona que tener relaciones cercanas que te hagan sentir apoyado y te permitan significar algo para los demás son esenciales para la calidad de vida de la P65+, porque ayudan a no tener sentimientos de soledad. También Bramston (2002) identifica que el sentido de comunidad es muy importante para la P65+, puesto que está relacionado con la experiencia de apoyo, a pesar de que la persona puede no ser capaz de identificar a un individuo en particular o lo que se hace para crear este sentido psicológico (Tonon y Rodríguez, 2016, pp. 13).

Así, este apartado expone las dimensiones esenciales seleccionadas en función de la revisión de la literatura, donde se destaca la importancia de incorporar a la salud, los aspectos económicos, la satisfacción con la vida y el apoyo social para la medición objetiva y subjetiva de la calidad de vida.

Capítulo 2. Metodología

El presente capítulo incluye una descripción de la ENASEM, con especial atención en la revisión de las preguntas y las variables de la encuesta, a partir de las cuales se construyeron cuatro dimensiones y cinco subdimensiones para la estimación del ICV. También se expone la definición conceptual, la operacionalización y la metodología tanto para la construcción del índice, como para la normalización, agregación y ponderación de los datos.

2.1 Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México

La fuente de información es la ENASEM que levanta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en coordinación con la Universidad de Texas Medical Branch, el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Universidad de Columbia y la UCLA. La encuesta tiene como propósito proporcionar elementos que permitan estudiar el proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades, la mortalidad y discapacidad en la realización de actividades. Además, la ENASEM es longitudinal¹⁰, es decir, sigue la información recopilada y producida en los levantamientos de 2001, 2003, 2012, 2015, 2018 y 2021. La muestra se distribuyó en los 32 estados del país en áreas urbanas y rurales, por lo que tiene representación nacional a nivel urbano y rural (INEGI, 2023 y ENASEM, 2021). En esta investigación trabajó con los datos de 2021.

Para la medición del índice, la muestra analítica se construyó con las entrevistas directas para la P65+, también se contemplaron las entrevistas directas de los conyugues siempre y cuando cumplieran con el rango de edad establecido, dando lugar a una muestra de 7, 209 personas donde 43.7% son hombres y 56.3% son mujeres. Cabe señalar que, el procesamiento de la información se realizó con el software estadístico Stata 18.

Se considera que esta fuente es la más adecuada, ya que contiene información de la P65+, y se enfoca en recabar información sobre el proceso de envejecimiento. La información

¹⁰ Entrevista a los mismos participantes a lo largo del tiempo, lo que permite comparar datos de una misma persona de manera longitudinal, observar cambios ante determinadas situaciones, y facilita la medición de efectos causales (ENASEM, 2021, pp.5).

que contiene la ENASEM incluye preguntas objetivas acerca de aspectos demográficos, salud, entorno social, vivienda, empleo e ingresos y subjetivas, como la satisfacción de la vida y la percepción de su entorno.

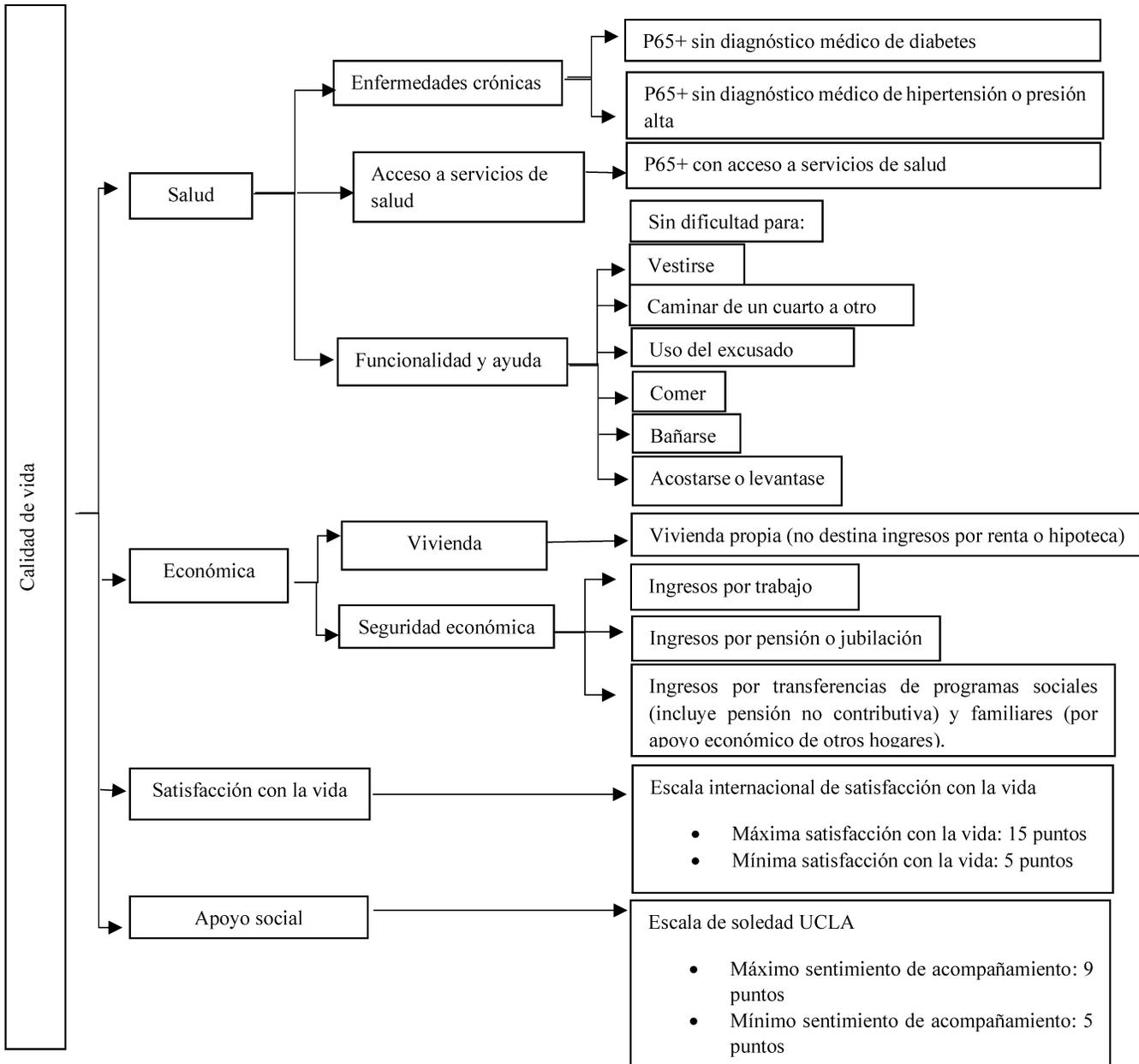
2.2.Componentes del Índice de Calidad de Vida

En este apartado se describen los componentes del ICV, los cuales fueron seleccionadas a partir de la revisión de la literatura. El modelo conceptual de Tonon y Rodríguez (2016) jugó un papel fundamental en la investigación debido a su amplitud y coincidencia con las variables de la revisión. En ese sentido, para la medición se consideraron aspectos tales como la salud, la educación, la seguridad económica, la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, así como la satisfacción con la vida y el apoyo social.

El ICV se constituye por dos grandes componentes uno objetivo que mide aspectos que dan cuenta del nivel de vida y libertades en el que interactúa la P65+ y otro subjetivo que contempla la percepción sobre aspectos que consideran primordiales en su vida, como se muestra en el Diagrama 1.

Diagrama 1.

Dimensiones y subdimensiones objetivas y subjetivas de la calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en Sánchez *et al.* (2018).

2.2.1 Componente objetivo

De acuerdo con lo anterior, este apartado muestra las dimensiones y las variables de cada componente. El objetivo incluye la dimensión salud y la económica que, a su vez, incluyen tres y dos subcategorías respectivamente. La descripción de las dimensiones y subdimensiones a detalle se presentan en el Cuadro 1.

2.2.1.1 Construcción de la dimensión salud

La salud considera las enfermedades crónicas, el acceso a servicios de salud y la funcionalidad. La última subdimensión, es un indicador de independencia y autosuficiencia para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria. La descripción se muestra enseguida:

- Enfermedades crónicas. Permite identificar si la P65+ tuvo un diagnóstico médico (autoreportado) de hipertensión, y/o diabetes mellitus. La elección de las afecciones se debe a que son las de mayor prevalencia en este grupo de la población.
- Acceso a servicios médicos. Contiene información sobre si la P65+ tiene acceso o no a servicios de salud, independientemente de la institución que le otorga el servicio, ya sea público o privado. Esta variable es un indicador de exclusión social y mayor riesgo de enfermedades o complicaciones de salud que puede profundizar la pérdida de la funcionalidad o los resultados adversos derivados de las enfermedades crónicas y degenerativas de la P65+.
- Por último, para la funcionalidad o independencia de la P65+ se tomó en cuenta las principales discapacidades que se ubican en la esfera motriz, auditiva y visual puesto que están relacionadas con la incapacidad para satisfacer necesidades (Reyes y Maass, 2018). El diseño conceptual del INEGI (2023) señala que AVD se dividen en dos:
 - a) Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Estas incluyen actividades como la alimentación, aseo e higiene, vestido y la movilidad, entre otras.
 - b) Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Son actividades de mayor complejidad dado que dependen de un adecuado funcionamiento cognitivo para su realización. En este sentido, estas actividades son las que una persona desempeña más allá de las destrezas básicas de los cuidados personales, para funcionar

independientemente en el hogar y comunidad, por ejemplo, hacer compras, preparar alimentos (INEGI, 2023, pp. 16)

Al margen de lo señalado, la investigación considera solo las ABVD, puesto que son las actividades esenciales de supervivencia de la P65+ (INEGI, 2023, pp. 82). Las variables seleccionadas para esta dimensión dan cuenta del estado de salud de los individuos, de la igualdad de oportunidades en el acceso y de las capacidades para realizar actividades de subsistencia.

2.2.1.2 Construcción de la dimensión económica

La dimensión económica considera dos elementos, el primero es la seguridad económica y el segundo la vivienda, tal como se muestra enseguida:

- Seguridad económica. Para la seguridad económica se retoma la definición de UNFPA (2017) sobre las fuentes de seguridad económica en la vejez en América Latina. Las cuales dependen de la participación económica, la seguridad social y el apoyo familiar. En este sentido, la subdimensión incluye los ingresos percibidos (en caso de tenerlos) por trabajo principal o secundario, ingresos por pensión o jubilación (no incluye la pensión no contributiva) y las transferencias e ingresos por donativos (incluye los ingresos de otros hogares, remesas). Por simplicidad, no se incorporaron los ingresos por negocios, cuenta propia y propiedades.
- Vivienda. Contiene información sobre si el espacio físico donde habita el entrevistado implica un gasto o no, para ello, se captó información sobre si se realiza algún gasto por renta o hipoteca.

2.2.2 Componente subjetivo

El componente subjetivo contiene dos subdimensiones: la satisfacción con la vida y el apoyo social. Ambas variables contenidas en la ENASEM se construyen con base en medidas internacionales.

2.2.2.1 Construcción de la dimensión de la satisfacción con la vida

El apartado de aspectos psicosociales de la ENASEM incluye preguntas sobre la percepción de la satisfacción con la vida. Estas preguntas se basan en el instrumento de escala de satisfacción con la vida. La escala de satisfacción con la vida original contiene siete respuestas de opción múltiple, no obstante, para el caso de México la escala se redujo a tres opciones de respuesta 1= De acuerdo, 2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, y 3 = En desacuerdo. Las preguntas incluidas en la batería son las siguientes:

- En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.
- Las condiciones de mi vida son excelentes.
- Estoy satisfecho con mi vida.
- Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.
- Si volviera a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.

Cada respuesta puntúa de 1 a 3, por lo que, el rango posible de puntuaciones de la escala de satisfacción adaptada es de 5 (alta satisfacción) a 15 (baja satisfacción) (López, Torres y Rosas, 2016, pp. 2).

2.2.2.2 Construcción de la dimensión apoyo social

El apoyo social puede medirse a través de vínculos sociales de la P65+ con otras personas, grupos y comunidad. Lin *et al.* (1979), identifica dos tipos de apoyo social:

- a) Sistema de apoyo natural. Sistema informal, emocional generado por la familia, amigos, vecinos y que exige reciprocidad e interacción mutua.
- b) Sistema de apoyo formal. Organizada en asociaciones y grupos como el caso de apoyo profesional en el cuidado de la salud, educación, servicio que se caracteriza

por ser instrumental e informativo (Lin *et al.* 1976 en Tonon y Rodríguez, 2016, pp.13).

En esta subdimensión se consideró el sistema de apoyo natural ya que refleja el entorno y los vínculos sociales en donde la P65+ se desenvuelve. Para ello se obtuvo información sobre los sentimientos de soledad y de sentirse ignorados por la sociedad. Para el constructo del apoyo social se incluyó información sobre la percepción de acompañamiento, atención y relaciones sociales. Por lo que, los ítems seleccionados son:

- ¿Siente que le falta compañía?
- ¿Se siente ignorado por los demás?
- ¿Se siente aislado, apartado de los demás?

Para el sentimiento de soledad se ocupó la escala de soledad de la UCLA. Los ítems tienen tres respuestas posibles, 1 = Casi nunca, 2 = A veces, 3 = Frecuentemente. Cada respuesta puntúa de 1 a 3, por lo que, el rango posible de puntuaciones es de 3 (bajo sentimiento de soledad) a 9 (alto sentimiento de soledad).

Cuadro 1. Dimensiones, subdimensiones y operalización

Variables de control	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Situación conyugal • Escolaridad (último grado escolar cursado) • Localidad 			<ul style="list-style-type: none"> • Grupos: 65 - 69 = 1, 70 - 74= 2, 75 - 79= 3, 80+ = 4 • Mujer = 1, Hombre = 0 • Casado o unido = 1, Soltero = 2, divorciado o separado = 3, Viudo = 4 • Sin escolaridad = 1, Primaria = 2, Secundaria = 3, Preparatoria, bachillerato, normal, básica, carrera técnica = 4, Licenciatura o más = 5 • Rural=0, Urbano=1
	Dimensión	Subdimensión	Pregunta	Operacionalización
Calidad de vida objetiva	Salud	Enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que usted tiene hipertensión o presión alta? • ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que usted tiene diabetes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna=3, Hipertensión=2 o Diabetes=2, Ambas=1.
		Acceso a Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • 1. ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Seguro Social (Otro)? (si/no), 2. ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Seguro Social (Privado)? (si/no), 3. ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Seguro Social (PEMEX, Defensa, Marina)? (si/no), 4. ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Seguro Social (INSABI)? (si/no), 5. ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Seguro Social (ISSSTE)? (si/no), 6. ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Seguro Social (IMSS)? (si/no) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con servicios médicos del IMSS, ISSTE, Seguridad Privada PEMEX, Defensa o Marina = 3. • Cuenta con servicios médicos del INSABI u otro = 2. • No cuenta con servicios médicos (ninguno) = 1.
		Funcionalidad y ayuda	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Debido a problemas de salud, ¿tiene usted dificultad para vestirse, incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines? 2. Debido a un problema de salud ¿Usted tiene dificultad para caminar de un lado a otro de un cuarto? 3. Debido a un problema de salud A. ¿Usted tiene dificultad... ..para caminar de un lado a otro de un cuarto? B. ¿Usa usted equipo o aparatos tales como bastón, caminador, o silla de ruedas... ..para caminar de un lado a otro de un cuarto? C. ¿Alguien le ayuda a usted? ...para caminar de un lado a otro de un cuarto? 4. Debido a un problema de salud, A. ¿usted tiene dificultad para bañarse en una tina o regadera? B. ¿Alguien le ayuda a usted? ... para bañarse en una tina o regadera? 5. Debido 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dificultades para realizar una ABVD (ninguno) = 1, Tiene dificultades para realizar una ABVD (al menos uno) = 0

			<p>a un problema de salud ¿usted tiene dificultad al comer, por ejemplo, para cortar su comida? A. ¿Alguien le ayuda a usted? ...al comer, por ejemplo, para cortar su comida? 6. Debido a un problema de salud A. ¿usted tiene dificultad al acostarse y levantarse de la cama? B. ¿Usa usted equipo o aparatos tales como bastón, caminador, o silla de ruedas... ...al acostarse y levantarse de la cama? C. ¿Alguien le ayuda a usted? ... al acostarse y levantarse de la cama? 7. Debido a un problema de salud A. ¿usted tiene dificultad al usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas? B. ¿Alguien le ayuda a usted? ...al usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas?</p>	
	Económica	Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Información de la variable J20 imputada, la variable indica si se realiza un gasto por vivir en ese lugar o no. 	<p>Destina ingresos a renta por vivienda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si=0, No=1 <p>Destina ingresos a hipoteca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si=0, No=1
		Seguridad económica	<ul style="list-style-type: none"> • Información de la sección imputada de los ingresos por pensión ya sea por retiro, viudez, discapacidad y otros. • Información de la sección imputada de los ingresos por transferencias institucionales. • Información de la sección imputada de los apoyos e hijos • Información de la sección imputada de los ingresos por trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • No cuenta con ingresos=0, Al menos un ingreso ya sea por trabajo primario o secundario, pensión o jubilación, transferencias de programas sociales (incluye apoyo económico de hijos) =1.
Calidad de vida subjetiva	Satisfacción de la vida	Satisfacción de la vida	<ul style="list-style-type: none"> • En la mayoría de las cosas... 1. mi vida está cerca de mi ideal. 2. Las condiciones de mi vida son excelentes. 3. Estoy satisfecho con mi vida. 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida. 5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida. 	<p>Las respuestas a la batería de preguntas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= De acuerdo, 2=Ni en acuerdo ni en desacuerdo, 3= En desacuerdo • La suma total de las respuestas a las cinco preguntas da un puntaje máximo de 15 y uno mínimo de 5.
	Apoyo social	Sentimiento de soledad	<ul style="list-style-type: none"> • 1. ¿Siente que le falta compañía?, 2. ¿Se siente ignorado por los demás?, 3. ¿Se siente aislado, apartado de los demás? 	<p>Las respuestas a la batería de preguntas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1= Casi nunca, 2= A veces, 3= Frecuentemente • La suma total de las respuestas a las tres preguntas da un puntaje máximo de 9 y uno mínimo de 3.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

2.3 Variables de control

Se eligieron características sociodemográficas como variables de control con el objetivo de analizar las relaciones y diferencias del ICV. Las cuales son:

- Sexo. Indica si la persona entrevistada es hombre o es mujer.
- Grupo de edad. Considera las edades de 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 y 80 años o más.
- Situación conyugal. Se compone por las categorías: unido (casado o unido), no unido (divorciado, separado o soltero) y viudo.
- Escolaridad. Indica el nivel escolar del entrevistado, incluye las categorías básicas (primaria y secundaria), media superior (preparatoria, bachillerato, normal, técnica con preparatoria o bachillerato), superior (licenciatura o más) o sin escolaridad.
- Localidad. Se compone por dos rangos contemplados en la encuesta: localidades con una población superior a 100 mil habitantes (urbana) y localidades con población menor a 100 mil habitantes (rural).

Este apartado describió las variables que integran los dimensiones y subdimensiones para la medición del ICV, en donde se consideran variables objetivas y subjetivas que de acuerdo con la revisión de la literatura son fundamentales incorporar para una buena estimación. Además, se incluyó un apartado con las variables de control que se consideraron para el análisis del índice.

2.4 Método para la estimación de la calidad de vida

En esta sección se exponen los pasos que se siguieron para medir el ICV, de forma general consistió en la construcción de variables y rangos, la normalización y agregación de los datos y ponderación (Sánchez *et al.* 2018, pp. 105).

2.4.1 Dimensiones y su normalización

Después de la construcción de las variables y de las dimensiones se establecieron los rangos, el reescalamiento y las ponderaciones. Estos valores fueron asignados de acuerdo con las características y acceso, tal como se muestra a continuación.

Rangos

Dimensión salud

La dimensión salud se compone por tres variables, la primera contempla enfermedades crónicas con mayor prevalencia en México, la segunda es el acceso a servicios de salud y la tercera son las ABVD.

La variable enfermedades crónicas considera las dos enfermedades con mayor prevalencia en los mexicanos: la diabetes mellitus y la hipertensión (INEGI, 2023). El valor más alto en el rango considera aquellos individuos a los que no han recibido un diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión o presión alta, un valor igual a dos indica que el individuo presenta al menos uno de estos padecimientos y, por último, el uno indica que la persona tiene un diagnóstico positivo en ambas enfermedades (Cuadro 2).

Cuadro 2. Subdimensión enfermedades crónicas		
Diagnóstico 1	Diagnóstico 2	Escala de subdimensión
Sin diabetes	Sin hipertensión	3
Sin diabetes	Hipertensión	2
Diabetes	Sin hipertensión	2
Diabetes	Hipertensión	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

El acceso a servicios de salud revela la institución a la que está adscrito el individuo en términos de seguridad social y calidad (Sánchez, 2018, pp.105), es importante señalar que no se hace distinción en el tipo de derechohabencia por el que recibe los servicios, es decir, si es por trabajo o por ser familiar. El valor máximo del rango es tres y contempla a aquellos individuos adscritos a instituciones de salud pública o privada en calidad de trabajador,

jubilado, familiar o ambas. Los individuos adscritos al INSABI (antes Seguro Popular) u otros, se les asignó el valor de dos ya que el servicio no es completo (González *et al.*, 2020, pp. 53-62 y Gómez *et al.*, 2011). Por último, el valor mínimo es uno que identifica a la población que no cuenta con ningún tipo de servicio médico.

Cuadro 3. Subdimensión acceso a servicios de salud	
Acceso a servicios de salud	Rango
1.IMSS	3
2.ISSSTE	3
3.Servicios médicos privados	3
4.PEMEX, Defensa, Marina	3
5.INSABI	2
6.Otro	2
7.Sin Servicios médicos	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

El cuadro 4, muestra el rango de funcionalidad y ayuda, el cual, tiene como valor máximo uno y un mínimo de cero. Se asignó el valor máximo a aquellos individuos que señalaron no tener ninguna dificultad para llevar a cabo alguna ABVD, mientras que, se estableció el valor cero a aquellos con al menos una dificultad.

Cuadro 4. Subdimensión de funcionalidad y ayuda	
Condición	Rango
Ninguna	1
Al menos una	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Dimensión económica

La dimensión económica se compone por la seguridad económica y vivienda. La primera incluye las fuentes de seguridad económica, es decir, los ingresos por trabajo ya sea principal o secundario, los ingresos por pensión o jubilación (incluyendo las pensiones por viudez, discapacidad y otras) y los ingresos por transferencias (incluye programas sociales, donaciones o ingresos provenientes de otros hogares). Por otro lado, la vivienda considera los gastos que se realizaron por pago de renta o hipoteca.

El cuadro 5 muestra los rangos máximos y mínimos de las fuentes de ingresos. El valor de uno indica que la persona recibió ingresos según la condición y cero, si no recibió ingresos. Con la información anterior, se construyó la seguridad económica, la cual, contiene un rango de cero a uno, donde el uno indica que el individuo cuenta con al menos una de las fuentes de ingreso y cero para aquellos que no perciben ingresos por alguna fuente [Cuadro 6].

Cuadro 5. Fuente de ingreso			
Condición	Transferencias	Trabajo	Pensión o jubilación
Recibe	1	1	1
No recibe	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Cuadro 6. Subdimensión seguridad económica	
Condición	Rango
Al menos un tipo de ingreso	1
Ningún tipo de ingreso	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Por último, el Cuadro 7 muestra si la población realiza o no un gasto por concepto de renta o hipoteca de vivienda. El valor de uno en el rango indica que la población no destina ingresos por este concepto y cero indica que si destinan ingresos. De tal manera que, esta subdimensión permite conocer si la población cuenta o no con vivienda privada.

Cuadro 7. Subdimensión vivienda	
Gasto en vivienda	Rango
No	1
Si	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Dimensión satisfacción con la vida

El rango de esta dimensión establecida por la ENASEM se basa en la Escala de Satisfacción de la Vida. El Cuadro 8, muestra las respuestas a la batería de preguntas, la suma de puntos de las respuestas de cada pregunta da lugar a un puntaje máximo de 15 puntos que indica baja satisfacción o alto nivel de insatisfacción y uno de 5 que indica alta satisfacción.

Cuadro 8. Satisfacción con la vida puntajes totales y recodificación			
Satisfacción con la vida	Respuestas individuales	Puntaje Total	Puntaje Total (nueva escala)
1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal	En desacuerdo = 3	15	5
2. Las condiciones de mi vida son excelentes		14	6
3. Estoy satisfecho con mi vida	Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2	13	7
		12	8
		11	9
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida		10	10
		9	11
5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida	De acuerdo = 1	8	12
		7	13
		6	14
		5	15

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Por conveniencia de la investigación es necesario homogeneizar la variable de tal manera que el valor más alto represente una mejor condición y el nivel más bajo una peor condición, esto se logró estableciendo como nueva definición de rango donde la alta satisfacción correspondiera al valor más alto y el nivel mínimo como el más bajo de satisfacción.

Dimensión apoyo social

El Cuadro 9 muestra las respuestas posibles a la batería de preguntas sobre el sentimiento de apoyo social medido por el sentimiento de soledad. La escala de UCLA indica que la suma de las respuestas individuales de cada pregunta da como resultado un puntaje máximo de 9 puntos y mínimo de 3 puntos, donde el máximo refleja un bajo sentimiento de acompañamiento y el mínimo un sentimiento alto de acompañamiento. Por lo que, al igual que la satisfacción con la vida se estableció una nueva definición de rango donde el puntaje máximo indica un alto sentimiento de acompañamiento y el puntaje mínimo indica sentimiento bajo de acompañamiento.

Cuadro 9. Apoyo Social, puntajes totales y recodificación			
Soledad	Respuestas individuales	Puntaje Total	Puntaje Total (nueva escala)
1. ¿Siente que le falta compañía?	Frecuentemente = 3	9	3
		8	4
		7	5
2. ¿Se siente ignorado por los demás?	A veces = 2	6	6
		5	7
		4	8
3. ¿Se siente aislado, apartado de los demás?	Casi nunca = 1	3	9

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Normalización

Siguiendo la metodología que aplica Sánchez (2018) antes de establecer los ponderadores y agregar las variables fue necesario reducir al mínimo los sesgos producidos por la escala de medida, para ello se aplicó la técnica de reescalamiento que consistió en emplear la distancia entre los valores máximos y mínimos que la variable adquiere cuando se consideran todos los datos de la variable de manera conjunta. La unidad de análisis de mayor desempeño tendrá un valor de 1 y, la de menor, 0, es decir, que el valor de uno indicará mejor ICV y cero para la peor condición de ICV. Esta técnica permite la eliminación de sesgos producidos por la escala de medición (Schuschny y Soto, 2009: 58 en Sánchez, 2018, pp. 105-106).

$$y_t^i = \frac{x_t^i - \min_{vp}(x_t^i)}{\max_{vp}(x_t^i) - \min_{vp}(x_t^i)} \in [0,1]$$

Aplicando la técnica de normalización y redondeando a un dígito la estimación, se estableció un nuevo rango o escala, tal como se observa en el Cuadro 10. Por ejemplo, la población que auto reportó no tener algún diagnóstico de diabetes e hipertensión tendrá un valor de uno, mientras que aquellos con un auto reporte de diagnóstico con ambas enfermedades tendrá un valor de cero. Mientras que, aquellos con al menos una de las enfermedades tendrá un valor de 0.5.

Cuadro 10. Normalización de las enfermedades crónicas			
Diagnóstico 1	Diagnóstico 2	Escala de enfermedad crónica	Reescalamiento
Sin diabetes	Sin hipertensión	3	1
Sin diabetes	Hipertensión	2	0.5
Diabetes	Sin hipertensión	2	0.5
Diabetes	Hipertensión	1	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

El Cuadro 11 muestra el reescalamiento del acceso a servicios médicos, este nuevo rango tiene valores máximos y mínimos de uno y cero. El uno indica que el individuo tiene acceso a seguridad en una institución con mejor desempeño y cero que no cuenta con ninguna adscripción de servicios médicos.

Cuadro 11. Normalización del acceso a servicios de salud		
Acceso a servicios de salud	Escala de servicios de salud	Reescalamiento
IMSS	3	1
ISSSTE	3	1
PEMEX, Defensa, Marina	3	1
Servicios de salud privados	3	1
PEMEX, Defensa, Marina	3	1
INSABI	2	0.5
Otro	2	0.5
Sin servicios de salud	1	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Con la técnica de normalización la subdimensión de funcionalidad y ayuda, seguridad económica y vivienda, mantuvieron los valores de uno y cero. Por lo tanto, para la variable funcionalidad y ayuda, el valor de uno indica que no tiene dificultades para realizar alguna ABVD y cero que tuvo al menos una dificultad para realizar alguna de ellas [Cuadro 12].

Cuadro 12. Normalización de la funcionalidad y ayuda		
Condición	Escala ABVD	Reescalamiento
Ninguna	1	1
Al menos una	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

El reescalamiento de la seguridad económica señala que, un valor de uno indica que cuenta con al menos una fuente de ingresos y cero, si no cuenta con ninguna fuente de ingreso (Cuadro 13).

Cuadro 13. Normalización de seguridad económica		
Condición	Escala	Reescalamiento
Al menos un tipo de ingreso	1	1
Ningún tipo de ingreso	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Como se señaló con anterioridad, la escala de satisfacción con la vida se compone por la suma de los puntajes de cada pregunta individual, dando un puntaje máximo de 15 que implica una mayor satisfacción y uno mínimo de 5 que indica el nivel más bajo de satisfacción. El Cuadro 14 muestra el reescalamiento de esta dimensión, donde el valor más alto es uno y el más bajo el cero (al igual que los cuadros anteriores, en el cálculo se redondeó a un dígito), siguiendo la lógica de interpretación el uno refleja valores altos de satisfacción.

Cuadro 14. Normalización de la satisfacción con la vida	
Escala de satisfacción	Reescalamiento
15	1.0
14	0.9
13	0.8
12	0.7
11	0.6
10	0.5
9	0.4
8	0.3
7	0.2
6	0.1
5	0.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Al igual que la satisfacción con la vida, los valores máximos y mínimos de la dimensión de apoyo social aplicando la normalización son uno y cero, donde uno indica un sentimiento de compañía alto y cero un sentimiento de compañía bajo [Cuadro 15].

Cuadro 15. Normalización del Apoyo Social	
Escala de soledad	Reescalamiento
9	1.0
8	0.8
7	0.7
6	0.5
5	0.3
4	0.2
3	0.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Ponderación

El Cuadro 16 muestra los ponderadores equiproporcionales de todas las dimensiones y subdimensiones para el cálculo del ICV. Por lo tanto, la medición del índice es igual a la suma ponderada de las dimensiones como se muestra en la fórmula siguiente:

$$ICV = \frac{1}{4}salud + \frac{1}{4}económico + \frac{1}{4}satisfacción\ con\ la\ vida + \frac{1}{4}apoyo\ social$$

Cuadro 16. Ponderadores del Índice de Calidad de Vida						
Dimensión	Subdimensión	Número	Variables ponderadas	Ponderadores		
Salud	Enfermedades crónicas	1	P65+ sin un diagnóstico médico de diabetes, hipertensión o presión alta		1/3	1/4
	Acceso a SS	2	P65+ con acceso a servicios de salud		1/3	
	Funcionalidad y ayuda	3	P65+ sin dificultades para realizar ABVD		1/3	
Económica	Vivienda	4	P65+ con vivienda privada		1/2	1/4
	Seguridad económica	5	P65+ con ingresos por trabajo	1/3	1/2	
			P65+ con ingresos por pensión o jubilación	1/3		
			P65+ con ingresos por transferencias de programas sociales (incluye ingresos por ayuda familiar de otros hogares)	1/3		
Satisfacción con la vida		6	P65+ con alto nivel de satisfacción con la vida			1/4
Apoyo social		7	P65+ con alta percepción de acompañamiento			1/4

Fuente: Elaboración propia con base en Sánchez *et al.*, 2018

2.4.2 Estratificación

Una vez estimado el ICV y su normalización, se procedió a la estratificación. Este paso es esencial para darle claridad al análisis entre el indicador y las variables de control. El método seleccionado para la estratificación es el de Dalenius- Hodges (1959), el cual, considera las varianzas mínimas para la construcción de cada estrato (INEGI, 2010). El procedimiento por seguir se describe a continuación.

Después de agrupar las observaciones en J clases se calcula el límite máximo y mínimo de la siguiente forma:

$$\lim inf C_k = \min\{x_i\} + (k - 1) * \frac{\max\{x_i\} - \min\{x_i\}}{J}$$

$$\lim sup C_k = \min\{x_i\} + (k) * \frac{\max\{x_i\} - \min\{x_i\}}{J}$$

Donde:

$J = \min(L * 10, n)$, L es el número de estratos y J es el número de clases

$k = \text{estrato}$

$x_i = \text{variable con } i \text{ observaciones}$

El siguiente paso es la obtención de las frecuencias de los casos de cada clase $f_i (i = 1, \dots, J)$ y las raíces cuadradas de la frecuencia de cada clase, para finalmente acumular la suma de la raíz cuadrada de las frecuencias $C_i = \sum_{h=i}^i \sqrt{f_h} (i = 1, \dots, J)$ y dividir el último valor acumulado entre el número de estratos $Q = \frac{1}{L} C_J$. Los puntos de corte de cada estrato se tomarán sobre el acumulado de la raíz cuadrada de las frecuencias en cada clase de acuerdo con lo siguiente: $Q, 2Q, \dots, (h - 1)Q$, si el valor de Q se queda entre dos clases, se tomará como punto de corte aquella que presente mínima distancia a Q . Los límites de los h estratos conformados serán aquellos correspondientes a los límites inferior y superior de las clases comprendidas en cada estrato (INEGI, 2010). El cálculo de la estratificación se llevó a cabo

a través de la paquetería *stratification* de Rstudio donde se obtuvieron los siguientes resultados para tres estratos:¹¹

Cuadro 17. Estratificación del ICV		
Límite superior	Límite inferior	Escala
[0.00	0.62]	Bajo
(0.62	0.80]	Medio
(0.80	1.0]	Alto

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Con esta información, en el capítulo siguiente se procede a analizar las dimensiones individuales, los estratos estimados del ICV y el análisis cruzado con las variables de control. La comparación de asociación e importancia se hizo a partir de las correlaciones de Spearman, ya que la muestra es aleatoria y representativa, pero está cargada a la derecha (Motulsky, 2018, pp. 322). Además, después de las pruebas de Shapiro-Wilk de normalidad, de varianzas iguales de Levene¹² y de independencia, se optó analizar los datos con comparaciones de muestras dependientes para k variables a partir de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, esta prueba es la más conveniente ya que permite conocer si existen diferencias de medias en más de dos grupos de la misma muestra, además de utilizar una distribución ji-cuadrada y ser flexible cuando los supuestos de pruebas paramétricas no se cumplen¹³ [Ver Cuadro 33 y 34].

¹¹ Se optó por estimar tres estratos para darle mayor amplitud a los intervalos.

¹² Las pruebas de varianzas iguales de Levine es una prueba no paramétrica que se utiliza cuando no se cumple el supuesto de normalidad (Escobar, Fernández y Bernardi, 2012).

¹³ Las pruebas paramétricas que se deben de cumplir los siguientes supuestos: a) muestras aleatorias e independientes, b) distribución en la población de la variable cuya media se comporte como una normal y c) la desviación en cada una de las poblaciones es iguales entre sí (Escobar, Fernández y Bernardi, 2012, pp. 220- 223).

Capítulo 3. Análisis del Índice de la Calidad de Vida de las personas mayores en México

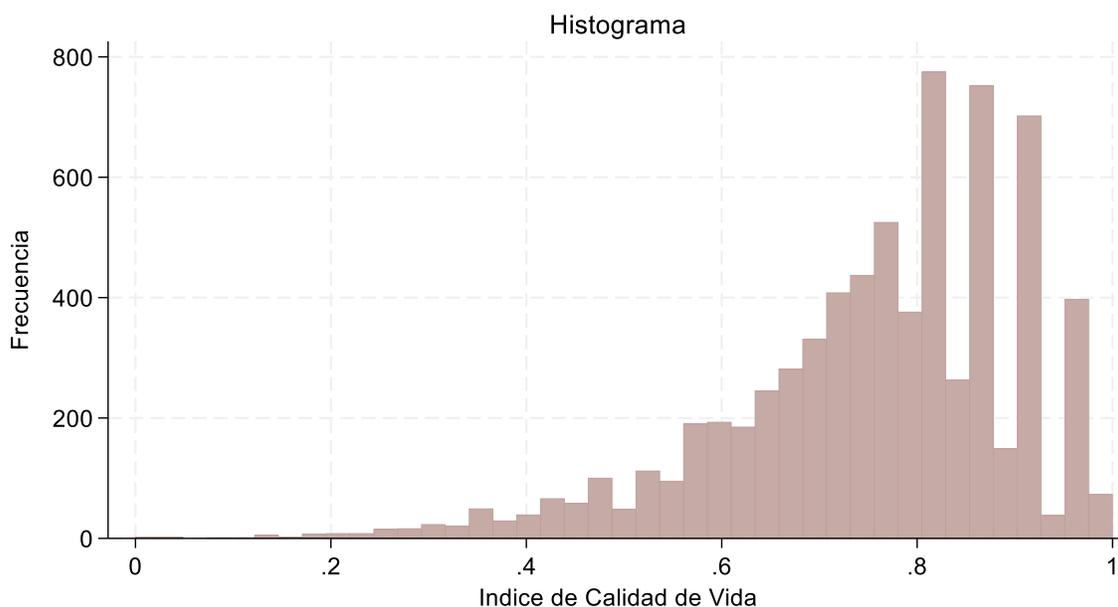
La primera parte de este capítulo se destina a la evaluación estadística del índice. La segunda analiza los componentes del ICV para la P65+ de manera individual y, finalmente, en el último apartado se muestra el indicador en su conjunto, para ello, se utilizaron medidas estadísticas como son las correlaciones de Spearman, la composición porcentual del ICV y los promedios del ICV respecto a las variables de control, también se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas de diferencias de medias para comprobar la fiabilidad de las comparaciones.

3.1 Evaluación estadística del Índice de la Calidad de Vida

Las observaciones que se consideraron para la construcción y medición del índice fue una $n = 7, 209$ donde 7, 026 fueron datos válidos y 183 perdidos. Los valores extremos del índice fueron 0 y 1, con valores de 0.8 de media respectivamente, una desviación estándar de 0.1 y varianza 0.02. Sobre la información y variabilidad de la información, se obtuvo una asimetría de $- 1.1$, lo que significa que la distribución está sesgada a la izquierda y una curtosis de 4.3 esto significa que la forma de la distribución de los datos se concentra alrededor de la media, en cuanto a la variabilidad el coeficiente de variación fue de 19.0, lo que significa que la dispersión de los datos es moderada.

La Gráfica 1 presenta la distribución del ICV calculado para la P65+ donde se observa una concentración en valores de la escala cercanos a uno, esto significa que la P65+ en el 2021 mostró tener niveles altos de calidad de vida. Estos resultados coinciden con los de Somarriba y Zarzosa (2016) aplicados para América Latina, donde se encontró que países del cono Sur y México fueron los de ICV más altos, mientras que, los de menor calidad se ubicaron en Centroamérica.

Gráfica 1. Índice de Calidad de Vida de la P65+, México 2021



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

3.2 Análisis de los componentes del Índice de la Calidad de Vida

Este apartado analiza los componentes de las dimensiones y subdimensiones del ICV para la P65+. En la primera parte se analizan las dimensiones individuales, general y por covariables, posteriormente se analiza el ICV.

3.2.1 Dimensión salud

Las correlaciones indican que la mayor carga en la dimensión salud se asocia a la funcionalidad con un 67.3%, seguida por las enfermedades crónicas con un 52.7% y, por último, el acceso a servicios médicos con un 50.2% [Ver Anexo 3]. Esto indica que las dimensiones de mayor importancia fue la funcionalidad y la ausencia de enfermedades crónicas. Estas condiciones son muy valoradas para la P65+ en especial, porque la mayoría de la población llega a la vejez con carga de enfermedades crónicas y degenerativas que a su vez influyen en su funcionalidad física y autonomía (Barreto, 2021, pp. 24). La ENASEM

(2020) destacó que el índice de fragilidad¹⁴ (indicador relacionado con la mortalidad y la dependencia) tuvo una prevalencia de 25% entre las personas mayores y que además fue superior para las mujeres y con riesgos en más del doble si se tiene un diagnóstico de diabetes. Al igual que Van Leeuwen *et al.* (2019), la P65+ mexicana, relaciona la funcionalidad como un aspecto fundamental para tener buena salud ya que, aquellos individuos con limitaciones funcionales, síntomas molestos o efectos secundarios atribuidos a su medicación (como pérdida de equilibrio, pérdida de memoria o fatiga) les evita sentirse en forma y activos, pero, sobre todo, los lleva a tener sentimientos de incapacidad de autocuidado creando emociones de tristeza y ansiedad. El Cuadro 18 muestra que 41.5% de la población tuvo una salud alta, 27% media y, 31.5 % baja. Los resultados obtenidos deben analizarse con precaución pues 72.6% y, 49.6% de los entrevistados indicó no tener diagnóstico de diabetes o hipertensión (datos no mostrados), lo que pudiera estar relacionado con la baja asistencia médica y no necesariamente con un indicador de buena salud, como se verá a continuación.

Cuadro 18. Dimensión Salud de P65+, México 2021		
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	3,160,943	31.5
Medio	2,708,849	27.0
Alto	4,172,033	41.5
Total	10,041,825	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

En el Cuadro 19 se presentan las medias de cada componente de las dimensiones por variable de control, en general, se observó una mejor salud para los hombres en comparación con las mujeres, la P65+ masculina mostró mejor funcionalidad y menor presencia de enfermedades crónicas en comparación con las mujeres, esto puede ser atribuido a múltiples factores, entre los más importantes se encuentran los socio culturales y los físico biológicos como son: a) la alta asistencia a las clínicas de salud, que a su vez aumentan los diagnósticos

¹⁴ El índice de Fragilidad es una medida multidimensional que da cuenta de la dependencia y la mortalidad de las personas mayores (Amblàs-Novellas *et al.*, 2017).

de enfermedades crónicas (Secretaría de Salud, 2018 y Villalobos, *et al.*, 2020, pp. 747), b) las condiciones biológicas, como el rasgo de dimorfismo sexual que incrementa la tensión arterial (Campos-Nonato, 2023, pp.178) o mayor riesgo de obesidad.

Según la ENASEM (2020) el 59.2% de las mujeres de la muestra respondieron haber tenido un diagnóstico de hipertensión, y según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018- 2019, las mujeres mexicanas tuvieron un riesgo 57% mayor de presentar obesidad en comparación con los hombres cuando ellos no tienen talla baja (Barquera *et al.*, 2020). Esta información toma relevancia cuando reconocemos que la obesidad se relaciona fuertemente con las enfermedades cardiovasculares (como la presión arterial alta) y la diabetes tipo 2, que podrían estar reflejándose en la medición de las mujeres.

La salud por grupo de edad muestra que conforme la edad avanza, la funcionalidad de la P65+ empeora, estos resultados coinciden con la amplia literatura como Wang *et al.* (2019) donde mencionan que conforme la edad incrementa, la presencia y complicaciones de salud aumentan.

Los promedios de la situación conyugal indicaron que la funcionalidad y salud, son mejores para la población unida, por otro lado, aquella población en situación de viudez mostró más problemas de funcionalidad y de enfermedades crónicas, estos resultados son similares al análisis de Sováriová (2016) entre las ABVD y las enfermedades crónicas en una región eslovaca. Desde la ciencia médica se ha estudiado el efecto que tiene la viudez en la salud mental, por ejemplo, Barragán (2018) encontró que la muerte del conyugue puede afectar la salud mental, mortalidad, dominios cognitivos, aislamiento en las personas mayores, impactando en mayor medida a aquellos con periodos más amplios de viudez. Sin embargo, falta ahondar más en el por qué hay afectaciones de la viudez con la funcionalidad y las enfermedades crónicas.

Cuadro 19. Comparación de medias de la dimensión salud respecto a la media total por componente de P65+, México 2021				
Variables	Enfermedad crónica	Acceso a SS	ABVD	Dimensión salud
Sexo				
Hombre	0.65***	0.70**	0.75***	0.70***
Mujer	0.53***	0.73**	0.66***	0.64***
Total	0.58	0.72	0.70	0.67
Grupo de edad				
65-69	0.59***	0.71***	0.83***	0.71***
70-74	0.57***	0.74***	0.77***	0.69***
75-79	0.57***	0.73***	0.69***	0.66***
80 y más	0.61***	0.69***	0.50***	0.60***
Total	0.58	0.72	0.70	0.67
Situación conyugal				
Unido	0.59***	0.73***	0.76***	0.69***
No unido	0.63***	0.66***	0.71***	0.67***
Viudo	0.55***	0.71***	0.61***	0.63***
Total	0.58	0.72	0.70	0.67
Nivel escolar				
Ninguno	0.62***	0.51***	0.60***	0.58***
Primaria	0.57***	0.69***	0.68***	0.65***
Secundaria	0.56***	0.83***	0.82***	0.74***
Prepa, bachillerato o equivalente	0.60***	0.91***	0.82***	0.77***
Licenciatura o más	0.64***	0.89***	0.81***	0.78***
Total	0.58	0.71	0.70	0.66
Localidad				
> 100 mil habitantes	0.56***	0.84***	0.71	0.70***
< 100 mil habitantes	0.61***	0.55***	0.69	0.62***
Total	0.58	0.72	0.70	0.67
** Significativa al 90% *** Significativa al 95%				

Nota: Las diferencias de medias son respecto a la media total de cada componente

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Por otro lado, también se observó que, bajos niveles educativos se asocian negativamente con la salud, en especial a la funcionalidad y al acceso a servicios médicos. Por el contrario, la población con estudios de licenciatura o más, en promedio mostraron un nivel superior en comparación con el promedio conjunto de las enfermedades crónicas. Estos resultados coinciden con autores que han demostrado que la escolaridad es un aspecto fundamental que mejora la salud de las personas, pues hay evidencia de que el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la hipertensión tienen una relación inversa con cada año de escolaridad, estos resultados los han atribuido a que a mayor nivel escolar mayor conocimiento para mantenerse saludable (Campos-Nonato *et al.*, 2019, pp. 854).

En este sentido, la relación entre la escolaridad y el cuidado de la salud favorece la medicina preventiva, incluyendo prácticas como una mejor alimentación y la realización de actividad física, en beneficio de la salud. En contraste, la salud del grupo sin escolaridad puede relacionarse con la falta de atención y acceso de seguridad en salud durante el ciclo de su vida, que los pudo llevar a desconocer su enfermedad comprometiendo su tratamiento en el futuro. Campos-Nonato (2019), por ejemplo, indica que, casi la mitad de los adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad tiene hipertensión y de ellos, más de la mitad desconoce que la tiene.

Por último, se revela que la población en localidades rurales presenta, en promedio, menos enfermedades crónicas auto reportadas y menor acceso a los servicios médicos en comparación con la población urbana. En las áreas urbanas, las enfermedades crónicas están asociadas a factores de riesgo como la mala alimentación, el sedentarismo y la alta densidad poblacional, lo que contribuye a diagnósticos de diabetes y tensión arterial elevada (Medina *et al.*, 2023, pp.681). Además, en las zonas urbanas, el riesgo de obesidad en mujeres es el doble en comparación con sus pares en otros países, con una prevalencia que supera en casi 10 puntos porcentuales a países como Brasil, Argentina, Canadá y Estados Unidos (Barquera *et al.*, 2020, pp. 691).

El acceso a servicios de salud, según la ENASEM 2021 mostró que 78% de la población rural carece de acceso a estos servicios, resultados que coinciden con Villalobos *et al.* (2020), quienes indicaron que la asistencia a servicios de salud es menor en personas mayores de 20 años sin aseguramiento (7.3%) en comparación con aquellos con

aseguramiento público (20.4%) o privado (20.5%). Respecto a la localidad, se reporta menor asistencia en áreas rurales (13.7%) que en urbanas (15.6%), lo cual podría estar relacionado con la infraestructura y la disponibilidad de clínicas en dichas localidades.

En términos generales, el componente de la salud fue mejor para la población de áreas urbanas, siendo superior en ocho puntos al promedio de áreas rurales. Aunque este grupo presentó peores condiciones en cuanto a enfermedades crónicas y funcionalidad, el acceso a servicios de salud los coloca en una situación más favorable. Esto se debe principalmente a la mejor disponibilidad de servicios públicos de alta especialización, educación sanitaria, seguimiento médico y prescripción de medicamentos para el control de enfermedades crónicas en las áreas urbanas (Campos-Nonato *et al.*, 2023, pp.178). Cabe mencionar que, la medición de esta dimensión es limitada porque solo contempla el acceso al servicio médico, y no incorpora indicadores importantes como la calidad del servicio¹⁵ o la incidencia de uso¹⁶; sin embargo, la literatura muestra que su incorporación es esencial en la medición.

¹⁵ De acuerdo con el programa sectorial de Salud 2013- 2018, el tema de calidad y acceso de servicios de salud en México enfrenta al menos tres grandes retos: el primero de ellos se refiere a la disponibilidad de recursos para la salud, disponibilidad que en nuestro país es baja en comparación con los estándares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). De acuerdo con datos de dicha organización, para 2011, en el país existían 1.7 camas por 1,000 habitantes; cifra inferior al promedio de todos los países que componen la organización aludida que ronda las 4.8 camas por cada mil personas y aún más preocupante, del total de camas disponibles a nivel nacional, 24% pertenecen al sector privado (CESOP, 2017, pp.8).

¹⁶ Cerca de 16% de mexicanos carece de seguro médico, los habitantes de nuestro país afrontan elevados gastos por concepto de servicios privados de salud. El porcentaje del llamado gasto de bolsillo en salud en México es significativamente mayor (21%) que el de otros países de la OCDE, puesto que alrededor de 17% de la atención hospitalaria y 39% de las consultas ambulatorias en nuestro país, son brindadas por proveedores privados. Lo anterior debido a que los servicios pagados con fondos públicos en México carecen de capacidad y se consideran de baja calidad. (CESOP, 2017, pp.11).

3.2.2 Dimensión económica

Las correlaciones de Spearman de la dimensión económica revelan que el componente con mayor asociación es la seguridad económica con 88.9%, mientras que para la vivienda fue de 39.3%. La seguridad económica, por otro lado, mostró que los ingresos por pensión o jubilación y trabajo fueron de 52.2% y 61.3% respectivamente y que, los ingresos por transferencias tuvieron una asociación de 50% [Ver Anexo 4 y 5]. El Cuadro 20 denota que 51.8% de la P65+ consideró tener una condición económica alta, 35.5% media, y 12.6% baja. Las proporciones en la escala de la dimensión económica puede ser resultado de los aumentos en las transferencias gubernamentales (que pudieron incrementar dado que en 2020 se implementó el programa universal de Pensión para el Bienestar de Adultos Mayores, el cual destina recursos públicos federales a esta población) y de apoyo familiar.

Cuadro 20. Dimensión Económica de P65+, México 2021		
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1,269,439	12.6
Medio	3,567,824	35.5
Alto	5,204,562	51.8
Total	10,041,825	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

El Cuadro 21, presenta los componentes de la dimensión económica y las covariables. La población femenina mostró tener mejor seguridad económica incluso por arriba del promedio conjunto de la muestra (0.46), lo que pudiera relacionarse a que 80% de las mujeres de la P65+ recibieron en 2021 transferencias por programas sociales y apoyos familiares, el 56% recibió ingresos por trabajo y el 57% tuvo ingresos por algún tipo de pensión que en su mayoría proviene de pensiones por viudez (datos no mostrados).

Estos resultados muestran una mayor vulnerabilidad para las mujeres debido a su alta dependencia económica de los ingresos por transferencias del Estado o de apoyos familiares, lo que les resta autonomía en su vida. Otro aspecto que confirma una mayor vulnerabilidad

es que para las mujeres los ingresos por trabajo son mayores, lo que se relaciona con las diferencias en la esperanza de vida por sexo o también, a que, dadas las intermitencias en sus trayectorias laborales, muchas de ellas a menudo se ven obligadas a reinsertarse en el mercado laboral durante esta etapa del ciclo de vida, para obtener o completar los recursos suficientes para su subsistencia.

Por edades, la seguridad económica mostró diferencias para todos los grupos observando una relación positiva entre el incremento de edad y las fuentes de ingresos. La dimensión económica también muestra mejores condiciones conforme aumenta la edad. Por ejemplo, la población de 80 años y más, tuvo mejor condición económica que cualquiera de los otros grupos. Algunos autores atribuyen ese suceso a la mejora económica en la vejez ya que en promedio en América Latina la pobreza en la población en edades avanzadas es menor como resultado de la cohorte en la que nacieron, pues había mayor expansión económica y eran proclives a tener mejores condiciones para ahorrar y consumir (Brenes-Camacho, 2013, pp.4, Del Popolo, 2001, pp. 22-30 y Huenchuán, 2009, pp. 53).

Sin embargo, aunque el ingreso por trabajo sea la fuente más importante en la dimensión económica, esto no necesariamente indica una mejor condición económica y social. Esto podría ser un indicador de que la población en edades avanzadas está trabajando sin saber en qué condiciones. Por ejemplo, al analizar los ingresos por trabajo de la P65+ según la edad, se observa que la población de 80 años y más tiene mayores ingresos provenientes del trabajo, es decir, hay más personas en edades avanzadas que obtienen ingresos por trabajo y menos ingresos por pensión o jubilación por retiro. Si bien las transferencias gubernamentales y familiares benefician la vida de las personas mayores, también aumentan la dependencia, además existe una alta probabilidad de eliminarse ante eventualidades económicas, políticas o familiares. En suma, todo lo anterior podría reflejar niveles bajos de bienestar económico.

Cuadro 21. Comparación de medias de la dimensión económica por componente de P65+, México 2021						
Variables	Trabajo	Pensión	Transferencias	Seguridad económica	Vivienda	Dimensión económica
Sexo						
Hombre	0.28***	0.52**	0.73***	0.50***	0.95	0.73***
Mujer	0.60***	0.50**	0.80***	0.62***	0.96	0.79***
Total	0.46	0.51	0.77	0.57	0.95	0.76
Grupo de edad						
65-69	0.37***	0.49***	0.53***	0.46***	0.92***	0.69***
70-74	0.37***	0.55***	0.83***	0.57***	0.95***	0.76***
75-79	0.47***	0.54***	0.88***	0.62***	0.97***	0.79***
80 y más	0.65***	0.46***	0.89***	0.65***	0.97***	0.81***
Total	0.46	0.51	0.77	0.57	0.95	0.76
Situación conyugal						
Unido	0.02***	0.55***	0.75***	0.43***	0.96***	0.70***
No unido	1.00***	0.36***	0.74***	0.70***	0.90***	0.80***
Viudo	1.00***	0.49***	0.83***	0.76***	0.96***	0.86***
Total	0.46	0.51	0.77	0.57	0.95	0.76
Nivel escolar						
Ninguno	0.53***	0.25***	0.85***	0.54***	0.98***	0.76**
Primaria	0.46***	0.45***	0.81***	0.57***	0.96***	0.77**
Secundaria	0.41***	0.69***	0.70***	0.58***	0.93***	0.76**
Prepa, bachillerato o equivalente	0.45***	0.81***	0.63***	0.61***	0.91***	0.76**
Licenciatura o más	0.28***	0.86***	0.67***	0.58**	0.92***	0.75**
Total	0.46	0.50	0.78	0.57	0.95	0.76
Localidad						
> 100 mil habitantes	0.48***	0.64***	0.74***	0.61***	0.94***	0.77***
< 100 mil habitantes	0.43***	0.34***	0.82***	0.52***	0.97***	0.75***
Total	0.46	0.51	0.77	0.57	0.95	0.76
** Significativa al 90% *** Significativa al 95%						
Notas: Los promedios incluyen el factor de expansión Las pruebas de Kruskal Wallis no incluyen el factor de expansión						

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Por otro lado, la situación conyugal también juega un papel crucial en la condición económica de la población mayor. Se observa que las personas viudas y no unidas presentaron una mejor condición económica en comparación con aquellas que son unidas. Aunque hay una mejoría de los ingresos por pensiones entre los unidos, los ingresos por trabajo tienden a ser inferiores en este grupo en comparación con los no unidos y viudos.

Además, los viudos reciben más ingresos por transferencias que los no unidos y unidos, lo que podría estar relacionado con el apoyo familiar o programas para mujeres en condición de viudez, considerando que 79% de las personas de 65 años y más viudas son mujeres. A su vez, el nivel educativo también influye significativamente: un mayor nivel escolar se asocia con mejores condiciones económicas, especialmente en términos de ingresos por pensión, jubilación o retiro, por ejemplo, las personas con nivel escolar de licenciatura o más, tuvieron menor ingreso por trabajo y mucho más por pensión.

Por último, es importante señalar que la dimensión económica presenta diferencias significativas entre localidades urbanas y rurales. La población en áreas urbanas muestra, en promedio, valores más altos en ingresos por pensión, jubilación o retiro, mientras que las localidades rurales tienen una mayor dependencia de los ingresos por transferencias. Esto sugiere que la ubicación geográfica es otro factor decisivo que influye en la condición económica de las personas mayores.

Asimismo, es esencial considerar cómo la combinación de estos factores interrelacionados, como la dependencia económica, la situación conyugal, el nivel educativo y la localidad configuran la realidad económica de las personas mayores. La dependencia de ingresos por trabajo y transferencias no solo refleja la vulnerabilidad económica, sino también las diferencias en la estabilidad financiera basada en la situación conyugal. Además, la educación puede ser un elemento clave que contribuye a mejorar las condiciones económicas en la vejez.

3.2.3 Dimensión satisfacción con la vida

El Cuadro 22 muestra la satisfacción con la vida de la P65+ se observa que 66.3% tuvo un nivel de satisfacción con la vida alto, 18.3% medio y 15.4% bajo. Estos resultados van en el mismo sentido que el Indicador de Bienestar Autoreportado de la Población Urbana (BIARE Básico) del INEGI sobre satisfacción con la vida. En general, la satisfacción con la vida en América Latina es alta y esto se atribuye a que existen relaciones de apoyo social fuertes, además, Rojas (2018) señala que a pesar de que México y otros países de América Latina enfrentan problemas sociales y económicos, no necesariamente reduce su felicidad y que estos factores se deben a que las relaciones interpersonales de la región permiten disfrutar de niveles elevados de satisfacción en ámbitos de la vida que son particularmente importantes para ellos: el ámbito social y, en especial, el ámbito familiar de la vida.

La satisfacción con la vida se relaciona ampliamente con la dimensión de apoyo social ya que las relaciones sociales sólidas también pueden ayudar a movilizar recursos tanto materiales como psicológicos que contribuyan a la mitigación del sufrimiento provocado por las privaciones materiales, lo que permite tener una percepción más resiliente ante la adversidad (Helliwell and Putnam, 2004, pp. 237 en OECD, 2022). Esto pudiera explicar los resultados de Millán y Esteinou (2020) que encontraron altos niveles de satisfacción con la vida y la familiar independientemente de la condición socioeconómica o los de Zarzosa y Somarriba (2019), quienes hallaron que a pesar de que los países de América Latina no son de altos ingresos en comparación con otros mantienen bienestar subjetivo alto.

Aunado a lo anterior, es común en América Latina que la extensión de los hijos en casa de sus padres sea mayor en comparación con otras regiones del mundo, lo que implica que las relaciones sean más solidarias y la P65+ tenga mayor satisfacción, considerando que estas relaciones son gratificantes, de lo contrario pueden desencadenar la experiencia de un fuerte afecto negativo (Rojas, 2018, pp. 130).

Cuadro 22. Dimensión Satisfacción con la vida de P65+, México 2021		
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1,545,865	15.4
Medio	1,838,494	18.3
Alto	6,657,466	66.3
Total	10,041,825	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

El Cuadro 23 revela que, al igual que el estudio de Rojo y Fernández (2019) sobre personas mayores en España, en promedio, la satisfacción fue mayor para los hombres que para las mujeres. Las autoras sugieren que estas diferencias pueden estar relacionadas con factores culturales y económicos, pero no existe evidencia concluyente al respecto. Sería interesante conocer si en el caso de México, los roles y las condiciones en que se desempeñaron las mujeres de esta cohorte fueron satisfactorios.

Al analizar los diferentes grupos de edad, se encontró que, en promedio, todos muestran un alto nivel de satisfacción, siendo ligeramente mayor en los grupos de 75 a 79 años y de 80 años y más. Sin embargo, un hallazgo particularmente interesante surge al observar que la satisfacción entre la población unida y la viuda es mayor en comparación con aquellos que no tienen pareja. Este dato nos lleva a cuestionar qué factores podrían estar contribuyendo a la mayor satisfacción de las personas viudas.

Por último, para el nivel educativo y tamaño de la localidad, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, pero, al igual que con todas las variables, los promedios se concentraron en la escala alta de satisfacción.

Cuadro 23. Comparación de medias de la dimensión con la satisfacción de P65+, México 2021	
VARIABLES	Dimensión satisfacción
Sexo	
Hombre	0.88***
Mujer	0.85***
Total	0.86***
Grupo de edad	
65-69	0.85**
70-74	0.86**
75-79	0.87**
80 y más	0.87**
Total	0.86**
Situación conyugal	
Unido	0.87***
No unido	0.82***
Viudo	0.85***
Total	0.86***
Nivel escolar	
Ninguno	0.85
Primaria	0.86
Secundaria	0.87
Prepa, bachillerato o equivalente	0.86
Licenciatura o más	0.89
Total	0.86
Localidad	
> 100 mil habitantes	0.86
< 100 mil habitantes	0.86
Total	0.86
** Significativa al 90% *** Significativa al 95%	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

3.2.4 Dimensión de apoyo social

La dimensión apoyo social medida a través del sentimiento de soledad, mostró que 73.6% de la P65+ tuvo un alto sentimiento de acompañamiento, 10.3% medio y 16.1% bajo [Cuadro 24].

Cuadro 24. Dimensión Apoyo Social de P65+, México 2021		
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1,613,772	16.1
Medio	1,037,017	10.3
Alto	7,391,036	73.6
Total	10,041,825	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

En la literatura revisada se encontró que el sentimiento de apoyo y acompañamiento fue un tema recurrente en las personas mayores, el análisis por variables sociodemográficas muestra que los hombres experimentan un menor sentimiento de soledad en comparación con las mujeres.

También se encontraron diferencias significativas según la situación conyugal; en este sentido, las personas viudas reportan un menor sentimiento de acompañamiento en comparación con aquellas que están unidas o que los no unidos. Este hallazgo coincide con las afirmaciones de la CEPAL (2022), que señala que el fallecimiento del cónyuge tiene repercusiones importantes en las redes de apoyo y en los arreglos familiares, dado que la pareja es el principal soporte en la vejez, seguido por los descendientes. Además, la CEPAL indica que la viudez afecta de manera más pronunciada a las mujeres, especialmente a las mayores de 80 años [Cuadro 25].

En relación con lo anterior, los grupos de edad de 65 a 69 años y de 70 a 74 años reportaron un mayor sentimiento de acompañamiento en comparación con el grupo de 80 años y más. Van Leeuman (2019) también subraya que la pérdida de la pareja en las personas mayores implica un dolor inmenso y una pérdida indescriptible, y que la desconexión con amigos y familiares ya sea por fallecimiento o aislamiento agrava la situación. La P65+ tiene

más probabilidades de tener experiencias de pérdida de familiares, amistades o del cónyuge, lo que podría llevar a reducir su convivencia, tener un mayor sentimiento de soledad y tristeza, y a presentar problemas de funcionalidad o movilidad que lo pueden conducir al aislamiento.

Cuadro 25. Comparación de medias de la dimensión de apoyo social de P65+, México 2021	
VARIABLES	Dimensión de apoyo social
Sexo	
Hombre	0.86***
Mujer	0.81***
Total	0.83
Grupo de edad	
65-69	0.85***
70-74	0.84***
75-79	0.83***
80 y más	0.81***
Total	0.83
Situación conyugal	
Unido	0.87***
No unido	0.81***
Viudo	0.77***
Total	0.83
Nivel escolar	
Ninguno	0.78***
Primaria	0.82***
Secundaria	0.86***
Prepa, bachillerato o equivalente	0.89***
Licenciatura o más	0.90***
Total	0.83
Localidad	
> 100 mil habitantes	0.85***
< 100 mil habitantes	0.82***
Total	0.83
** Significativa al 90% *** Significativa al 95%	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

En cuanto a la escolaridad se observa que la P65+ con nivel educativo de licenciatura o superior experimentan un sentimiento de acompañamiento mayor en comparación con aquellas con ningún grado escolar o con solo educación de primaria. De manera similar, Sororová (2016) encontró que la población mayor con educación superior en la región de Kosice mostró mayor autonomía. Esta relación se asocia a que a la P65+ con mayor nivel escolar puede establecer relaciones interpersonales más amplias lo que los mantiene conectados socialmente, incluso hay mayor probabilidad de que a más años de escolaridad haya más recursos económicos que estimulen los sentimientos de autosuficiencia e independencia y mengüen el sentimiento de soledad.

En términos de tipo de localidad, la población de zonas rurales presentó menor sentimiento de acompañamiento en comparación con los de zonas urbanas. El sentimiento de soledad se relaciona no solo con los vínculos familiares sino también con la interacción comunitaria o vecinal. Oldenburg (1989) señalaba la importancia de “los terceros lugares” para incentivar la convivencia social, la falta de espacios de convivencia diferentes a los del ámbito familiar y trabajo podrían motivar estos sentimientos de soledad (Tonon y Rodríguez, 2016, pp.13). En las localidades rurales, estos espacios son escasos. Además, la ineficacia del transporte para visitar a familiares y la migración de hijos y otros familiares pueden contribuir al mayor aislamiento.

3.3 Análisis del Índice de la Calidad de Vida

Se analizó la asociación del ICV y las dimensiones en su conjunto para conocer el grado de importancia en su estimación.¹⁷ A través de las correlaciones de Spearman, se encontró que la salud tuvo una correlación cercana al 65.9%, el apoyo social del 60.9%, la satisfacción con la vida del 54.2% y la dimensión económica del 34.2% [Ver Anexo 6]. Por lo tanto, podemos inferir que para la P65+ es indispensable tener una buena salud, sentirse acompañados y estar satisfechos con su vida para tener una mejor calidad de vida. El Cuadro 26 muestra que esta población tuvo niveles altos (45.1%), medios (36.2%) y bajos (18.7%) de calidad de vida.

¹⁷ Para más información sobre los componentes del índice revisar el capítulo metodológico.

Cuadro 26. ICV de la P65+, México 2021		
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1,875,714	18.7
Medio	3,636,288	36.2
Alto	4,529,823	45.1
Total	10,041,825	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Los promedios del ICV para las variables sociodemográficas, presentados en el Cuadro 27, muestran las diferencias en las medias. En términos de sexo, los hombres presentan un ICV ligeramente superior en comparación con las mujeres. En cuanto a la edad, se observó que los grupos etarios más avanzados, especialmente aquellos entre 70 y 79 años, tienen en promedio un ICV más alto en comparación con los grupos más jóvenes.

Al analizar las variables en conjunto con el ICV se revela que, en la población masculina, a mayor edad, mejor es la calidad de vida (datos no mostrados). Esto podría deberse a que ser mujer en la vejez exacerba las desigualdades económicas, sociales y culturales. Por ejemplo, los promedios del ICV por sexo y seguridad económica muestran que los hombres tienen una mejor condición en comparación con las mujeres. La esperanza de vida diferenciada por sexo condiciona que haya un mayor porcentaje de mujeres viudas en esta etapa del ciclo de vida. Según la ENASEM en 2021, el 28.7% de las mujeres de 65 años y más eran viudas, mientras que solo 10.5% de los hombres se encontraban en esta situación. Considerando que la pareja es el principal apoyo en la vejez y que la pérdida de este apoyo tiene impactos negativos en la salud mental y física, es posible que la interrelación entre estas variables afecte la calidad de vida de las mujeres, reduciéndola.

A diferencia de los hallazgos de Somarriba y Zarzosa (2019), quienes encontraron que las personas que viven en pareja tienen una mejor calidad de vida en comparación con las que no tienen pareja, esta investigación no muestra diferencias significativas en ninguna categoría. No obstante, se observó que las mujeres que viven en pareja tienen una mejor calidad de vida en comparación con las mujeres viudas.

Wang *et al.* (2019) señalan que la calidad de vida varía según la educación y la situación conyugal dependiendo del país, lo que se atribuye a las variaciones transculturales. En México, el nivel educativo mostró diferencias importantes en la calidad de vida. La P65+ con estudios de licenciatura presentó valores altos en la calidad de vida, superando en 10 puntos a aquellas personas sin escolaridad.

Un hallazgo notable es que la calidad de vida de las mujeres mejora considerablemente cuando cuentan con estudios de licenciatura o posgrado (datos no mostrados). Tal como se destacó en el análisis individual, la escolaridad desempeña un papel fundamental en la salud, la satisfacción con la vida, el apoyo social y el ámbito económico. En cuanto a la salud, la literatura y los resultados muestran que un mayor nivel educativo se asocia con una mayor probabilidad de que la población preste más atención a su alimentación y mantenga un índice de masa corporal adecuado (Campos-Nonato *et al.*, 2019, pp. 893), aspectos decisivos para una vida saludable.

En el aspecto económico, es más probable que las mujeres que llegan a la vejez con niveles educativos más altos tengan acceso a una pensión por retiro y, por ende, mejores condiciones económicas para enfrentar las enfermedades y cuidados necesarios en esta etapa de la vida (Brenes-Camacho, 2013, pp.159). Además, el nivel educativo puede fomentar un mayor sentimiento de independencia y autosuficiencia, no solo en el ámbito económico sino también en el social, ya que les permite tener un mayor control y libertad sobre sus vidas. Este nivel educativo también puede contribuir a que las mujeres dispongan de una red social más amplia, lo que podría reducir los sentimientos de soledad y aumentar su satisfacción con la vida.

Cuadro 27. Comparación de promedios de covariables en escala de ICV de P65+, México 2021				
Escala	Bajo	Medio	Alto	Total
Sexo				
Hombre	0.51***	0.72***	0.87	0.77***
Mujer	0.50***	0.72***	0.87	0.74***
Total	0.50	0.72	0.87	0.75
Grupo de edad				
65-69	0.50	0.72	0.87**	0.74***
70-74	0.51	0.72	0.87**	0.76***
75-79	0.50	0.72	0.88**	0.76***
80 y más	0.50	0.72	0.87**	0.75***
Total	0.50	0.72	0.87	0.75
Situación conyugal				
Unido	0.51***	0.72	0.87***	0.76
No unido	0.48***	0.72	0.88***	0.75
Viudo	0.50***	0.72	0.88***	0.75
Total	0.50***	0.72	0.87***	0.75
Nivel escolar				
Ninguno	0.47***	0.72***	0.86***	0.71***
Primaria	0.51***	0.72***	0.87***	0.75***
Secundaria	0.49***	0.73***	0.87***	0.78***
Prepa	0.52***	0.73***	0.89***	0.80***
Licenciatura o más	0.48***	0.74***	0.89***	0.81***
Total	0.50	0.72	0.87	0.75
Localidad				
> 100 mil habitantes	0.50	0.72**	0.88***	0.77***
< 100 mil habitantes	0.50	0.72**	0.86***	0.73***
Total	0.50	0.72	0.87	0.75

** Significativa al 90% *** Significativa al 95%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Por último, los promedios de ICV indicaron que, tanto para hombres como mujeres de zonas urbanas, la calidad de vida es superior en zonas urbanas en comparación con las rurales. Esto puede deberse al mejor acceso y calidad de los servicios públicos, como el transporte, las actividades recreativas y los espacios de convivencia, que fomentan un sentido de pertenencia y fortalecen los vínculos familiares, disminuyendo así los sentimientos de

soledad. De hecho, Sánchez (2018), en su estudio del ICV para la zona metropolitana de México, encontró que las áreas cercanas al centro-periferia estaban asociadas con ICV más altos, mientras que la calidad de los servicios públicos en las zonas semiurbanas influía negativamente en la satisfacción relacionada con la salud y la educación.

Aunque la literatura sobre América Latina indica que la dimensión económica es la menos importante para el ICV, lo cual se confirma en esta investigación, es importante destacar que todas las dimensiones están interrelacionadas. El financiamiento es un medio a través del cual otros componentes de la calidad de vida pueden ser alcanzados. De hecho, Van Leeuwen *et al.* (2019) afirmaban que el factor económico también promueve un sentimiento de libertad y contribuye a que las personas puedan disfrutar y participar activamente en la sociedad, sintiéndose seguras e independientes.

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo medir y analizar la calidad de vida y sus componentes en la población mexicana mayor. La medición se realizó mediante la construcción de un índice utilizando ponderadores equiproporcionales, basado en la metodología propuesta por Sánchez *et al.* (2018) para identificar los determinantes más relevantes. Estos determinantes y las variables de control fueron seleccionados a partir de estudios recientes sobre la calidad de vida en América Latina. Las variables de control consideradas incluyeron edad, situación conyugal, sexo, nivel educativo y tipo de localidad.

A partir de la medición, el análisis y las correlaciones de Spearman, se observó que la dimensión subjetiva tuvo asociaciones con el ICV de 60.8% para el apoyo social, 54.2% para la satisfacción con la vida; mientras que la dimensión objetiva, 65.9% para la salud y 34.2% para la dimensión económica. Esto sugiere que la salud y el apoyo social son fundamentales para la calidad de vida declarada por las personas mayores. Por lo tanto, podemos indicar que la primera hipótesis se acepta parcialmente, pues se esperaba que el componente económico tuviera asociaciones mayores a las esperadas, pero la dimensión salud mostró ser uno de los principales componentes asociados a una mejor calidad de vida.

Se esperaba también que la P65+ mostrara ICV bajos; sin embargo, los resultados muestran que un mayor porcentaje de las personas mayores mostraron una calidad de vida alta. El 45.1% de la P65+ indicó tener un índice alto, superior al 0.80; el 36.2% se ubicó en la escala media y 18.7% entre los valores de 0 a 0.62, es decir, una escala baja. Se reconoce que aspectos como el tipo de localidad, el nivel educativo y la satisfacción con la vida muestran variaciones significativas en el ICV.

En el análisis entre variables y componentes, se encontró que, a pesar de que los mexicanos de esta cohorte disfrutaban de una calidad de vida alta, cuando se analiza por componente según las variables sociodemográficas se revelan diferencias significativas. Se observó que los hombres tienen una mayor calidad de vida en comparación con las mujeres, lo que se relaciona con disparidades sociales y culturales, como la estructura del mercado laboral y los arreglos familiares. Por ejemplo, en términos de salud se observó que las mujeres tienen menor condición en comparación con los hombres, debido a enfermedades asociadas

al sobrepeso y la obesidad, que, en caso de prevalecer, afectan la funcionalidad y la autonomía de la P65+. Un hallazgo importante es que la educación desempeña un papel crucial en el aspecto económico, de salud, apoyo social y satisfacción con la vida, mostrando una mejoría para las mujeres.

Los resultados muestran que la educación es un factor clave para la calidad de vida de la P65+, por lo que es necesario diseñar e implementar políticas públicas que faciliten el acceso a una educación de calidad para incentivar su independencia en esta etapa de la vida. Además, es esencial considerar las diferencias de calidad de vida según el tipo de localidad y fortalecer la infraestructura vial y los servicios públicos. A pesar de que las personas en localidades rurales presentaron menos enfermedades crónicas y mejor funcionalidad, existen otros factores que pueden afectar su salud, como la falta de tamizaje de enfermedades crónicas en sus localidades.

Aunque no se encontraron diferencias significativas entre la calidad de vida y la situación conyugal, se observó que las personas viudas experimentan un mayor sentimiento de soledad y que la viudez está relacionada con enfermedades crónicas y problemas funcionales. En cuanto al tipo de localidad, el ICV fue mayor en áreas urbanas en comparación con las rurales. La literatura sugiere que esto se debe a la mejor calidad y acceso a servicios públicos en áreas urbanas, como transporte, servicios de salud, centros de convivencia y recreación, y áreas comunes, que fomentan el sentido de pertenencia social entre las personas y sus familiares. Además, en las áreas urbanas, los espacios de convivencia y los centros de salud suelen estar a distancias más cortas.

Por otro lado, el análisis individual del componente económico mostró que una parte importante de la población sigue laborando, en especial, fueron las mujeres quienes obtuvieron más ingresos por trabajo. Esto puede indicar indirectamente una condición de mayor vulnerabilidad como consecuencia de la organización familiar y sus trayectorias laborales durante su ciclo de vida, que pudieron impedirle obtener un ingreso por pensión o jubilación en esta etapa. En cuanto a las transferencias, cerca del 75.8% de la población recibió ingresos de alguna transferencia gubernamental, lo que probablemente se relaciona con la implementación en 2020 del Programa Universal para el Bienestar de las Personas

Mayores, que ha incrementado significativamente sus ingresos. A pesar de que estos programas sociales son esenciales para la dignificación de la población mayor, ya que son parte de los derechos humanos, no se puede depender completamente de ellos, ya que su continuidad está sujeta a la estabilidad económica y política, lo que puede vulnerar la autonomía financiera de la población y generar presiones sobre el erario.

México, al igual que otros países de América Latina, presenta altos niveles de satisfacción y calidad de vida. La literatura como el estudio de Millán y Esteinou (2020) y Rojas (2018) sugieren que lo anterior se debe a los fuertes vínculos y arreglos familiares que mejoran las condiciones de vida, y que este factor es incluso más importante que el económico. Si bien las relaciones familiares son esenciales para las personas mayores, es necesario considerar que muchas personas viven solas y carecen de redes de apoyo, y en algunos casos, sus entornos familiares no son adecuados, lo que puede empeorar su calidad de vida y exponerlos a diversos tipos de violencia, como la económica y física.

Limitaciones del estudio

- 1) Metodología y herramientas de medición: Es necesario probar otros métodos y herramientas más sofisticadas que perfeccionen la medición de las interrelaciones y permitan conocer la dirección y magnitud de estas. Aunque el método de ponderadores equiproporcionales es útil para la creación de índices, traería beneficios explorar los resultados asignando más peso a las variables más importantes.
- 2) Estudios longitudinales: Esta investigación es transversal por lo que es limitado en la temporalidad. El estudio del ICV y de sus componentes a lo largo del tiempo proporcionaría una perspectiva más dinámica y detallada sobre la evolución de la calidad de vida.
- 3) Operacionalización de variables objetivas: Se debe estimar el ICV probando otras formas de operacionalizar las variables objetivas. Por ejemplo, los resultados relacionados con la vivienda no fueron integrales, ya que solo se consideró el destino de recursos por renta o hipoteca, pero no se tuvieron en cuenta aspectos sobre si se comparte vivienda o si es prestada. Además, no se consideraron ciertas características

del hogar como el tipo de piso, metros cuadrados y material de construcción, que podrían indicar hacinamiento y una mejor o peor calidad de vida.

- 4) Operacionalización de las variables subjetivas: Es relevante incorporar información sobre el entorno en el que vive la P65+ incluyendo si conviven con amistades o vecinos y cómo es su relación con ellos. Esto podría ofrecer una visión más completa sobre el apoyo social y su impacto en la calidad de la vida.

Posibles líneas de investigación

Es necesario que en investigaciones futuras se incorporen otras dimensiones y subdimensiones que aborden aspectos espaciales, medioambientales y de salud mental. La ENASEM es una fuente valiosa de información que permite a investigadores y estudiantes realizar mediciones integrales para enriquecer la propuesta, el diseño y la formulación de políticas públicas. Además, cuenta con la información necesaria para realizar estimaciones longitudinales que permitan analizar la calidad de vida y su evolución a lo largo del tiempo.

Referencias

- Amblàs-Novellas, J., Martori, J., Brunet, N., Oller, R., Gómez-Baptiste, E. (2017). Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. Vol. 52. Núm. 3, pp. 119-127 (mayo - junio 2017)
- Barquera, S., Hernández, L., Trejo, B., Shamah, T., Campos, I., Rivera, J. (2020). Obesidad en México, prevalencia y tendencia en adultos. Ensanut 2018-2019. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Noviembre 2020.
- Barragán, A. (2018). El efecto de la viudez sobre el estado mental del adulto mayor de 50 años de edad. UNAM.
- Barreto, I. (2021). Análisis de la autonomía física de las personas de 75 años y más: Aproximación a partir del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018. FLACSO-México.
- Blane, D. y Netuveli, G. (2008). Quality of life in older ages. Department of Primary Care and Social Medicine, Imperial College, London, UK. February 15, 2008.
- Bloom, E. y Lee D., (2016). The Global Demography of Aging: Facts, Explanations, Future. IZA Discussion Paper No. 10163.
- Brenes-Camacho, G. (2013). Factores socioeconómicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos Cienc Econ (San José). 2013;31(1):153-167.
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4210949/>
- Campos-Nonato, I., Hernández, L., Flores, A., Gómez, E., Barquera, S. (2019). Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados Ensanut 100k. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Agosto 2019.
- Campos-Nonato, I., Oviedo, S., Vargas, J., Ramírez, D., Medina, C., Gómez, E., Hernández, L., Barquera, S. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial em adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Junio 2023.

- CEPAL (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Informe de América Latina y el Caribe para el cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento. Quinta conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento y derecho de las personas mayores em América Latina y el Caribe.
- CESOP (2017). La calidad en los servicios de salud en México. Documento de trabajo número 269, noviembre 2017.
Disponible en: <https://portalhcd.diputados.gob.mx/PortalWeb/Micrositios/0b122dbf-05d4-4005-8667-bd5c20312757.pdf>
- CONAPO (2023). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2020-2070. Resumen Ejecutivo.
- CONAPO (2019). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.
- CONEVAL (2020). Pobreza y personas mayores en México 2020.
- Correa, E. (2022). Impacto de la privatización de la seguridad social en el presupuesto. Mujeres: doblemente desprotegidas. *Ola financiera*, 15(41), 84-117.
- Del Popolo F. (2001). Características Sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Santiago de Chile, noviembre 2001.
- Donnet, Y. y Hildbrand, M. (2018). El hábitat de las personas adultas mayores: el abordaje de la vivienda desde un enfoque integral en Maass, M., y Reyes, V. (Ed.). *Calidad de Vida en la Vejez*. UNAM.
- ENASEM (2021). Disponible en: https://enasem.org/Home/index_esp.aspx
- ENASEM (2020). Aging in Mexico: Frailty. MHAS Fact Sheet: 20-3, October 2020
- Escobar, Fernández y Bernardi (2012). Análisis de datos con Stata. Cuadernos Metodológicos 45, segunda edición. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Galván, M., ¿Qué es la calidad de vida? UAEH. Recuperado 15 de noviembre 2023. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>

- Gómez O., Sesma S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud en México. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 53, suplemento 2.
- González, C., Orozco, K., Samper, T. y Wong, R. (2021). Adultos Mayores en riesgo de covid-19 y sus vulnerabilidades socioeconómicas y familiares: un análisis de la ENASEM. Papeles de población 107, CIEAP/UNAM.
- González, M., Reyes, H., Hurtado, L., Balandrán, A. y Méndez, E. (2020). Mexico: Health System Review. North American Observatory on Health System Policies.
- Ham, R., López, B. y Nava, I. (2016). Seguridad económica y vejez en México. Revista Latinoamericana de Población, vol. 10, número 19, julio-diciembre pp. 169-190. Asociación Latinoamericana de Población.
- Huenchuán, S., (Ed.) (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL. Santiago de Chile, abril de 2009.
- INEGI (2023). Encuesta de Evaluación Cognitiva para la ENASEM. Diseño Conceptual. Disponible en:
<https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=889463908227>
- INEGI (2023) Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva, 2021.
Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8294>
- INEGI (2010). Nota técnica. Estratificación multivariada. Sistema para la Consulta de Información Censal 2010. Censo de Población y Vivienda, 2010.
- INMUJERES (2020). Desigualdad en cifras. Las mujeres y las diferencias de género en la vejez. Año 6. Boletín No. 8, agosto 2020. Disponible en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA6N08%20VoBo%20091020.pdf
- INSP (2020). México y las políticas públicas ante la obesidad. 26 de agosto 2020. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5091-dia-mundial-obesidad-politicas.html>
- Land, K., Michalos, A., Sirgy, J., (Ed.) (2012). Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research. Springer Dordrecht Heidelberg London New York.

- López, E., Sarasola, J., Jaén, A. y Gómez, J. (2019). Percepción de los estudiantes de posgrado en gerontología sobre el envejecimiento. *Revista de humanidades*, n. 36, pp. 155-180.
- López, M., Torres, S. y Rosas, O. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Health and Quality of Life Outcomes*.
- Maass, M., y Reyes, V. (2018). *Calidad de Vida en la Vejez*. UNAM
- Mason, A., y Lee, R. (2011). *El envejecimiento de la población y la economía generacional: Resultados principales*. CEPAL.
- Medina, C., Jáuregui, A., Hernández, C., González, C., Blas, N., Campos, I. Barquera, S. (2023). Factores asociados con el cumplimiento de los comportamientos del movimiento en adultos mexicanos: Ensanut 2023. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México, noviembre 2023.
- Millán, R. y Esteinou, R. (2020). Satisfacción familiar en América Latina ¿Importan las relaciones? *Perfiles Latinoamericanos* 29(58). Agosto 2020.
- Motulsky, H. (2018). *Intuitive biostatistics. A Nonmathematical Guide to Statistical Thinking*. Cuarta Edición. Oxford University Press, NY.
- MPPN (2024). ¿Qué es el Índice de Pobreza Multidimensional? Recuperado 15 de noviembre 2023.
Disponible en: <https://www.mppn.org/es/pobreza-multidimensional/por-que-el-ipm/>
- Nava, I., (2018). Calidad de vida de la población en edades avanzadas en la zona metropolitana del Valle de México: Un análisis a nivel manzana. En Sánchez A. (Ed.), *Calidad de Vida en la zona metropolitana del Valle de México: Hacia la Justicia Socioespacial* (pp. 195-214). UNAM.
- Nava, I., Ruiz, A., De la Vega, S., Buenrostro, E. y Sánchez, A. (2018). La calidad de vida objetiva y su medición en la zona metropolitana del Valle de México. En Sánchez, A. (Ed.), *Calidad de Vida en la zona metropolitana del Valle de México: Hacia la Justicia Socioespacial* (pp. 93-132). IIEc. UNAM.
- Ochoa, P., Castro, R., Coello-Montecel, D., y Castro, P. (2021). Quality of Life in Older Adults: Evidence from Mexico and Ecuador. *MDPI Geriatrics*. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34562993/>

- OECD (2022). ¿Cómo va la vida en América Latina? Medición del bienestar para la formulación de políticas públicas, OECD Publishing, Paris.
- OIT (2004). La seguridad económica fomenta la felicidad y la tolerancia y resulta beneficiosa para el crecimiento y el desarrollo. Comunicado de Prensa. Disponible en:
https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_006157/lang--es/index.htm
- ONU (2019). World Population Ageing 2019. Highlight. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations, New York, 2019.
- Rojas, M. (2018). Happiness in Latin America Has Social Foundations. En J. Helliwell, R. Layard y J. Sachs (Eds.), World Happiness Report, 2018.
- Rojo, F. y Fernández, G. (2019) Personal Wellbeing and Quality of Life of Older Adults. En Indicators of Quality of Life in Latin America. Ed. Graciela Tonon. Springer Social Indicators Research Series, Volume 62.
- Rosa-Jiménez, F., Montijano, A., Herraíz, I. y Zambrana, L. (2005). ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? Líneas de Procesos Generales del Adulto y Área de Sistemas de Información. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. Hospital de Montilla. Montilla. Córdoba.
- Sánchez, A. (2018). La Calidad de Vida en la Zona Metropolitana del Valle de México. Hacia la justicia socioespacial. IIEc. UNAM.
- Secretaría de Gobernación (2017). Cómo ser mamá, ama de casa y retirarse como las grandes. Comisión Nacional de Sistema de Ahorro para el Retiro. Mayo 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/consar/articulos/como-ser-mama-ama-de-casa-y-retirarse-como-las-grandes>
- Secretaría de Salud (2024). Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Instituto Nacional de las Personas Mayores. Agosto 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>

- Secretaría de Salud (2018). La prevención entre los hombres: un tema pendiente. Marzo 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-prevencion-entre-los-hombres-un-tema-de-salud-pendiente>
- Sen, A. y Nussbaum, M. (1996). La calidad de vida. Segunda edición. Fondo de Cultura Económica.
- Serrano, G. (2013). Calidad de vida en personas mayores, coord. Serrano, G. y De Juanas, A. Universidad a distancia Madrid.
- Somarriba, N. y Pena, B. (2009). Synthetic Indicators of Quality of Life in Europe. *Social Indicators Research*, Vol. 94(1), No. 1 (octubre 2009), pp. 115-133. Springer.
- Somarriba, N. y Zarzosa, P. (2019). Quality of Life in European Union. Ed. Springer. February 2019, Vol. 142, No. 1 (February 2019), pp. 179-200.
- Somarriba, N. y Zarzosa, P. (2016). Quality of Life in Latin America: A Proposal for a Synthetic Indicator. En *Indicators of Quality of Life in Latin America*. Ed. Graciela Tonon. Springer Social Indicators Research Series, Volume 62.
- Sovárióvá, M. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. Department of Nursing Care, Faculty of Medicine, Pavol Jozef Šafárik University in Košice, Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery Cent Eur J Nurs Midw* 2016;7(3):484–493.
- Tonon, G. (Ed.). (2016). Indicators of Quality of Life in Latin America. *Social Indicators Research Series*, Springer. Volumen 62.
- Tonon, G., Rodríguez, L. (2016). Measuring Quality of Life and Inequalities in South America. En *Indicators of Quality of Life in Latin America*. Ed. Graciela Tonon. Springer Social Indicators Research Series, Volume 62.
- UNFPA (2017). Una mirada sobre el envejecimiento. Informe Técnico. Pp. 21-25.
- Van Leeuwen, M., Van Loon, S., Van Nes, A., Bosmans, E., De Vet, W., Ket, F., Widdershoven, M., y Ostelo, G. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One*, 14(3).
- Velazquez, A. (2016). A New Index for Study Quality of Life (LQI), Argentina: Combining Socioeconomic and Environmental Indicators. En *Indicators of Quality of Life in Latin America*. Ed. Graciela Tonon. Springer Social Indicators Research Series, Volume 62.

- Urzúa, A., Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de Vida. Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol.* vol.30 no.1, Santiago abr. 2012
- Velázquez, G., (2016). A New Index for Study Quality of Life (LQI), Argentina: Combining Socioeconomic and Environmental Indicators. En *Indicators of Quality of Life in Latin America*. Ed. Graciela Tonon. Springer Social Indicators Research Series, Volume 62.
- Villalobos, A., Aguilar C., Romero M., Rojas R. (2020). Perfiles asociados con la asistencia a servicios preventivos para tamizaje de diabetes e hipertensión. *Ensanut, 2018- 2019. Salud Pública de México* vol. 62. No. 6, noviembre-diciembre del 2020.
- Wang, C., Pu, R., Li, Z., Ji, L., Li, X., Ghose, B., Huang, R., y Tang, S. (2019). Subjective health and quality of life among elderly people living with chronic multimorbidity and difficulty in activities of daily living in rural South Africa. *Clinical Interventions in Aging*.
- World Population Prospects (2022). Summary of Results. Department of Economic and Social Affairs Population Division. ONU NY, 2022.

Apéndice y anexos

Anexo 1. Revisión bibliográfica							
Título del artículo		Measuring Quality of Life and Inequalities in South America (1)	Quality of Life in Latin America: A Proposal for a Synthetic Indicator (Macro) (2)	A New Index for Study Quality of Life (LQI), Argentina: Combining Socioeconomic and environmental Indicators (macro y micro) (3)	Subjective health and quality of life among elderly people living with chronic multimorbidity and difficulty in activities of daily living in rural South Africa (4)	What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis (5)	Determinants of quality of life in the elderly (6)
#	Autor	Tonon y Rodríguez de la Vega (2016)	Somarriba Arechavala y Zarzosa Espina (2016)	Guillermo Angel Velázquez (2016)	Chao, Wang, Run Pu, Zhifei Li, Lu Ji, Xiaosong Li, Bishwajit Ghose, Rui Huang, Shangfeng Tang (2019)	Karen M. van Leeuwen, Miriam S. van Loon, Fenna A. van Nes, E. Bosmans, , Henrica C. W. de Vet, , Johannes C. F. Ket, , Guy A. M. Widdershoven., , Raymond W. J. G. Ostelo (2019)	Mária Sováriová Soósová (2016)
	Dimensión						
1	Educación	x	x	x	x		x
2	Salud	x	x	x	x	x	x
3	Empleo	x	x		x		
4	Seguridad personal	x	x				
5	Vivienda	x	x	x	x	x	
6	Creencias religiosas o espirituales	x				x	
7	Diversidad cultural	x					
8	Participación en actividades culturales	x			x	x	
9	Genero	x			x		
10	Discriminación	x					
11	Medio Ambiente	x	x	x			
12	Relaciones comunitarias	x	x		x	x	x
13	Soporte social	x			x	x	x
14	Bienestar subjetivo	x					
15	Valores	x					
16	Satisfacción con la vida	x			x	x	
17	Bienestar económico	x	x		x	x	x
18	Políticas e instituciones	x					
19	Felicidad		x				
20	Autonomía				x	x	x
21	Estado civil				x		x
22	Sexo				x		x
23	Edad					x	x
24	Intimidad						x

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Variables potenciales de la ENASEM, 2021 para la construcción de las dimensiones de la calidad de vida

Dominio	Subdominios		Pregunta	Respuestas	Operacionalización
Salud	Salud física	Hipertensión/diabetes	¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que usted tiene hipertensión, presión alta o diabetes? (c4_21) y (c6_21)?	1=Si, 2=No	1=Hipertensión, 2= Diabetes, 3= Ambas, 4= ninguna
		Fuma o toma	¿Fuma cigarros o toma alcohol? (c54_21 y c59a_21)	1=Si, 2=No	1=Fuma, 2= Bebe, 3=Ambas
		Frecuencia de consumo	Cómo cuántos cigarros o cajetillas fuma usted normalmente al día (c.56). En los últimos tres meses, ¿Cómo cuántos días por semana ha tomado alguna bebida alcohólica? REGISTRA TOTAL DE DÍAS POR SEMANA y (c.59b)	1-60 cigarros diarios 1-7 días a la semana	* Establecer escalas de consumo de acuerdo con diagnósticos médicos
Educación	Nivel educativo	Nivel educativo	¿Cuál es la último año o grado que usted se aprobó en la escuela? (aa.4a) (aa4a1_21) (NTRH9)	1= primaria, 2= secundaria, 3= carrera técnica, 4= normal básica, 5=preparatoria, 6=carrera técnica con preparatoria, 7=Licenciatura o ingeniería, 8= especialidad, maestría o doctorado	1= primaria, 2= secundaria, 3= carrera técnica, normal básica, preparatoria, carrera técnica con preparatoria, 5=Licenciatura o ingeniería o más.
Religión	Religión	Frecuencia a servicios religiosos	Asistencia a servicios religiosos y Frecuencia en la participación en las actividades organizadas (a35b_21 y aa38b_21) (a35a_21 y aa38a_21)	1= Nunca, 2=De vez en cuando, 3= Una vez o más a la semana	1= Nunca, 2=De vez en cuando, 3= Una vez o más a la semana
Satisfacción de la vida			En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal (D.33a)	1=Si, 2=No	1= Estoy satisfecho con mi vida, 2= En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal, 3=Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida, 4=Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida, 5=Las condiciones de mi vida son excelentes
			Las condiciones de mi vida son excelentes (D.33b)	1=Si, 2=No	
			Estoy satisfecho con mi vida. (D.33c)	1=Si, 2=No	
			Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida (D.33d)	1=Si, 2=No	
			Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida (D.33e)	1=Si, 2=No	

Autonomía /funcionalidad	Equilibrio	caídas	¿Se ha caído en los últimos dos años? (a37_21)	1=Si, 2=No	1= Al menos una, 2= Ninguna
	Vista	Visión	¿Normalmente usa usted lentes? (C_41) ¿Cómo es su visión (con lentes)? (C_42)	1=Si, 2=No	
	oído	Audio	¿Normalmente usa usted audifono o aparato auditivo? (c_43) ¿Cómo es su alcance de oído/audición (con aparato) ... (c_44)	1=Si, 2=No	
	Actividades de la vida diaria	Vestirse	h13_21. Debido a problemas de salud, ¿tiene usted dificultad para vestirse, incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines?	1=Si, 2=No	1= Dificultad para al menos 1, 2= Dificultad para dos o más, 3=Ninguna dificultad
		caminar de un cuarto a otro	h.15a. Debido a un problema de salud ¿usted tiene dificultad para caminar de un lado a otro de un cuarto?	1=Si, 2=No	
		Bañarse	h.16a. Debido a un problema de salud ¿usted tiene dificultad para bañarse en una tina o regadera?		
		Comer	h.17a. Debido a un problema de salud ¿usted tiene dificultad al comer, por ejemplo, para cortar su comida?	1=Si, 2=No	
		acostarse/ levantarse de la cama	h.18a. Debido a un problema de salud ¿usted tiene dificultad al acostarse y levantarse de la cama?	1=Si, 2=No	
	Dolor y movilidad	Uso del excusado	h.19a. Debido a un problema de salud ¿usted tiene dificultad al usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas?	1=Si, 2=No	1= Si al menos en 1, 2= No ninguna
		Recibe Apoyo	Recibe apoyo en al menos en una actividad h.20	1= Si al menos en 1, 2= No ninguna	
Dolor		¿Sufre de dolor físico a menudo? (C_45) si es así C.46 ¿Cómo es el dolor físico la mayor parte del tiempo... ¿Este dolor le limita sus actividades normales como las labores del hogar o el trabajo? (C_47)	1=leve, 2=moderado, 3=severo		
Movilidad		¿Usted tiene problemas para agarrar un lápiz? (e.4) ¿Qué tipo de problema(s) tiene? *** una parálisis o no tiene manos o dedos (E.5b)	1=Si, 2=No, 1=Parálisis, o no tiene manos o dedos 2=Si el entrevistado intenta, pero no puede 3=Si el entrevistado rehúsa sostener el lápiz 4=Si	*Operacionalizar	

				el entrevistado puede sostener el lápiz	
Hogar y vecindad	Hijos	Hijos vivos	Aa.20 y a8_21. De los hijos e hijas que nacieron vivos, ¿Cuántos viven todavía? G.2_21 ¿Tiene usted (o su cónyuge) algún hijo o hija (biológicos, hijastros, adoptados o recogidos) que se encuentre con vida?	0-12, 0-21 1=Si, 2=No	*Establecer por rangos
		Apoyo económico	G.17 En los últimos dos años, ¿usted (o su cónyuge) ha recibido ayuda en dinero o en especie de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge)? (g17_21)	1=Si, 2=No	1=Si, 2=No
			G.18a.2 Incluyendo a todos los hijos que lo(s) ayudaron, ¿cómo cuánto fue esa ayuda en total? - CANTIDAD (g18a_2_21)	12-50 mil	* Establecer cantidades de acuerdo con el ingreso necesario para el consumo de la canasta básica
		Apoyo no económico	G.24_21 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 o transporte?	1=Si, 2=No	1=Si, 2=No
	G.25b.1_21 En total, ¿cómo cuántas horas le ayudaron estas personas? - HORAS (g25b1_21)		1-288	*Establecer por rangos, pueden ser promedios de horas?	
	Amigos/vecinos	Amigos/Vecinos	G.28_21 (Además de las personas que viven aquí con usted), ¿tiene parientes que vivan en esta misma localidad, barrio o colonia? G.29_21 ¿Tiene usted buenos amigos que vivan en su mismo barrio o colonia?	1=Si, 2=No	1=Si, 2=No
		Apoyo no económico	G.30 ¿Como cuántas veces al mes plática con vecinos o tiene visitas sociales? G.31 ¿Tiene usted vecinos o amigos con los que puede contar para cosas del diario, como traer comida si usted se enferma, o traerle algo de la tienda?	0-30, cero es ninguna y 30 todos los días	*Establecer por rangos
			G.33 Supongamos que en el futuro usted necesite ayuda con el cuidado personal, tales como vestirse o comer. ¿Tiene parientes o amigos que podrían y estarían dispuestos a ayudarle durante un periodo largo de tiempo?	1=Si, 2=No	1=Si, 2=No
		Apoyo económico	G.32 Supongamos que en el futuro usted necesite ayuda en dinero para sus gastos. ¿Tiene parientes o amigos que podrían y estarían dispuestos a ayudarle durante un periodo largo de tiempo?	1=Si, 2=No	1=Si, 2=No
	salud		Usted tiene derecho a servicio médico en (D.1)		
		IMSS	D.1.1 ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Seguro Social (IMSS)? D.2.1 ¿Recibe esos servicios o prestaciones porque es...	1=Si, 2=No	1= Si 2=IN SS
		ISSSTE	D.1.2 ¿Usted tiene derecho a servicio médico en ISSSTE / ISSSTE Estatal? D.2.2 ¿Recibe esos servicios o prestaciones porque es...	1=Si, 2=No	

		INSABI	D.1.3 ¿Usted tiene derecho a servicio médico en INSABI (Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, antes Seguro Popular)? D.2.3 ¿Recibe esos servicios o prestaciones porque es...	1=Si, 2=No	
		PEMEX, DEFE NSA O MARI NA	D.1.4 ¿Usted tiene derecho a servicio médico en PEMEX, Defensa o Marina? D.2.4 ¿Recibe esos servicios o prestaciones porque es...	1=Si, 2=No	
		PRIVADO	D.1.5 ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Seguro Médico Privado? D.2.5 ¿Recibe esos servicios o prestaciones porque es...	1=Si, 2=No	
		OTRO	D.1.6 ¿Usted tiene derecho a servicio médico en Otro? D.2.6 ¿Recibe esos servicios o prestaciones porque es...	1=Si, 2=No	
		SIN SS	D.3a ¿Entonces, no tiene derecho a servicio médico en ninguna institución?	1=Si, 2=No	
Programas Sociales	Producción para el bienestar, becas Benito Juárez, programa 65 y más, INAPAM, otra	K.79a Excluyendo el ingreso que ya fue mencionado, durante el año pasado ¿usted recibió algún donativo en dinero o en especie de instituciones públicas como Producción para el bienestar (antes PROAGRO Productivo), Becas para el bienestar Benito Juárez (antes PROSPERA), INAPAM (antes INSEN), ¿Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (Programa 65 y más)?	1=Si, 2=No	1=Si, 2=No	
		K.79a.1.1 ¿Este donativo provino de... Producción para el bienestar (antes PROAGRO Productivo) ?, Becas para el bienestar Benito Juárez (antes PROSPERA) ?, INAPAM (antes INSEN)? otra institución? ¿Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (Programa 65 y más)?	1= Producción para el bienestar, 2= becas Benito Juárez, 3=Programa 65 y más, 4=INAPAM, 5= Otra.	1= Producción para el bienestar, 2= becas Benito Juárez, 3=Programa 65 y más, 4=INAPAM, 5= Otra.	
Empleo	Tipo de empleo	I.21 En su trabajo principal actual, ¿usted es...patrón(a)?, cuenta propia, cooperativista, trabajador a sueldo fijo, salario o jornal, trabajador a destajo, comisión, porcentaje, trabajo familiar sin pago trabajador no familiar sin pago, otro	1= Cuenta propia, 2= Cooperativista, 3= Trabajador a sueldo fijo, 4= Salario o jornal, 5= Trabajador a destajo, 6= Comisión, porcentaje, 7= Trabajo familiar sin pago trabajador no familiar sin pago.	1= Cuenta propia, 2= Cooperativista, 3= Trabajador a sueldo fijo, 4= Salario o jornal, 5= Trabajador a destajo, 6= Comisión, porcentaje, 7= Trabajo familiar sin pago trabajador no familiar sin pago.	
	Establecimiento	Sin local	1=En terreno de cultivo, lancha, bordo, pozas,	1=En terreno de cultivo, lancha, bordo, pozas,	

		I23A_21 I.23a ENTREVISTADOR: CLASIFICA Y REGISTRA LA RESPUESTA ANTERIOR EN EL SIGUIENTE LISTADO. - SIN LOCAL	etcétera, 2= Ambulante de casa en casa o en la calle, 3= En vehículo: bicicleta, triciclo, auto, etcétera (excepto servicio de transporte), 4= Puesto improvisado en la vía pública o tianguis, 5=En su propio domicilio, 6= En el domicilio del patrón o de los clientes, 7= En vehículo para el transporte de personas o mercancías, taxi, pesero, camión, etcétera (solo una unidad), 8= Otro	etcétera, 2= Ambulante de casa en casa o en la calle, 3= En vehículo: bicicleta, triciclo, auto, etcétera (excepto servicio de transporte), 4= Puesto improvisado en la vía pública o tianguis, 5=En su propio domicilio, 6= En el domicilio del patrón o de los clientes, 7= En vehículo para el transporte de personas o mercancías, taxi, pesero, camión, etcétera (solo una unidad), 8= Otro
	Con local	I23A_1_21 I.23a.1 ENTREVISTADOR: CLASIFICA Y REGISTRA LA RESPUESTA ANTERIOR EN EL SIGUIENTE LISTADO. - CON LOCAL	1= Puesto fijo en la vía pública, 2=Local comercial: tienda de abarrotes, ferretería, etcétera, 3= Taller de servicio de reparación: mecánico, eléctrico, etcétera, 4= Taller de producción: tortillería, panadería, carpintería, etcétera, 5= Local de servicios: restaurante, fonda, etcétera, que no son parte de una cadena, 6= Local de servicios profesionales, técnicos especializados, personales, educativos, asistenciales, etcétera, 7=Establecimientos de medianas y grandes dimensiones de producción, construcción y extracción: fábricas, minas, pozos petroleros, etcétera, 8=Establecimientos de medianas y grandes dimensiones comerciales, financieros, transportes, salud, educación y otros	1= Puesto fijo en la vía pública, 2=Local comercial: tienda de abarrotes, ferretería, etcétera, 3= Taller de servicio de reparación: mecánico, eléctrico, etcétera, 4= Taller de producción: tortillería, panadería, carpintería, etcétera, 5= Local de servicios: restaurante, fonda, etcétera, que no son parte de una cadena, 6= Local de servicios profesionales, técnicos especializados, personales, educativos, asistenciales, etcétera, 7=Establecimientos de medianas y grandes dimensiones de producción, construcción y extracción: fábricas, minas, pozos petroleros, etcétera, 8=Establecimientos de medianas y grandes dimensiones comerciales, financieros, transportes, salud, educación y otros

				servicios: supermercados, bancos, líneas de autobuses, clínicas, escuelas, hoteles, etcétera, 9=Establecimiento de medianas y grandes dimensiones, agropecuarios y pesqueros, 10= Oficinas de dependencias, 11= Otro.	servicios: supermercados, bancos, líneas de autobuses, clínicas, escuelas, hoteles, etcétera, 9=Establecimiento de medianas y grandes dimensiones, agropecuarios y pesqueros, 10= Oficinas de dependencias, 11= Otro.
Vivienda	Tipo de vivienda		J.19_21 ¿Esta vivienda/unidad es... rentada o alquilada?, prestada o cedida sin pago?, ¿propiedad privada o se está pagando?, Otro J.20_21 ¿Como cuánto se paga de renta al mes? Diría que son... J.26_21 Incluyendo todas las hipotecas y préstamos bancarios o a familiares y amigos, en total, ¿cómo cuánto dinero paga por su casa al mes? Diría que son...	1=Rentada o alquilada?, 2= Prestada o cedida sin pago, 3= Propiedad privada o se está pagando, 4= Otro	Si o no
Seguridad económica	Ingresos por negocio		K.15 ¿Como cuánta ganancia le dejó a usted (y/o su cónyuge) este negocio en un mes normal?	Suma de todos los ingresos y establecer rangos de acuerdo con el ingreso necesario para adquirir la canasta básica.	Suma de todos los ingresos y establecer rangos de acuerdo con el ingreso necesario para adquirir la canasta básica.
	Ingreso por propiedades		K.26.1 Durante el año pasado, ¿esa propiedad le generó ingreso a usted (y/o a su cónyuge)?		
			K.27.1 ¿Como cuánto ingreso produjo esa propiedad en un mes normal? Cuente ingreso antes de descontar gastos.		
	Ingreso por ahorros		K.33.1 Sumando todas las cuentas ¿cómo cuánto es el valor de estas(os) cuentas de cheques, ahorro, inversiones a plazo fijo?		
			K.35.1 Durante el año pasado, ¿estas(os) (cuentas de cheques, ahorro, inversiones a plazo fijo) le generaron ingreso a usted (y/o a su cónyuge)? K.36.1 ¿Como cuánto en un mes?		
	Ingreso por préstamo a terceros		K.35.2 Durante el año pasado, ¿estas(os) (préstamos hechos a terceros) le generaron ingreso a usted (y/o a su cónyuge)? K.36.2 ¿Como cuánto en un mes?		
	Ingreso por inversiones		K.35.3 Durante el año pasado, ¿estas(os) (acciones, bonos y cédulas por participación en empresas) le generaron ingreso a usted (y/o a su cónyuge)? K.36.3 ¿Como cuánto en un mes?		
	Ingreso por trabajo principal		K.46_21 Durante el año pasado, ¿tuvo usted un trabajo principal asalariado? K.47 Excluyendo el ingreso ya mencionado, durante el año pasado, ¿recibió usted ingreso por sueldo, salarios, jornal, comisiones y horas extras de su trabajo principal? K.47A1 ¿Como cuánto ganó cada mes?		
Ingreso por prestaciones del trabajo principal		K.48 Excluyendo el ingreso ya mencionado, durante el año pasado, ¿recibió usted ingreso por aguinaldo, primas, reparto de utilidades de su trabajo principal? K.48A1 ¿Como cuánto ganó cada año?			

Ingreso por trabajo secundario		K.49 Durante el año pasado, ¿tuvo usted un trabajo secundario asalariado? K.50 Excluyendo el ingreso ya mencionado, durante el año pasado, ¿recibió usted ingreso por sueldo, salarios, jornal, comisiones y horas extras de su trabajo secundario? K.50A1 ¿Como cuánto ganó cada mes?		
Ingreso por prestaciones del trabajo secundario		K.51 Excluyendo el ingreso ya mencionado, durante el año pasado, ¿recibió usted ingreso por aguinaldo, primas, reparto de utilidades de su trabajo secundario? K.51A1 ¿Como cuánto ganó cada año?		
Ingreso por pensión		K.58a Excluyendo el ingreso que ya fue mencionado, durante el año pasado ¿recibió usted ingreso por pensiones de jubilación? Si recibo pensión ... K.61.1.1 ¿Como cuánto dinero fue en un mes normal?		
Ingreso por viudez		K.58b Excluyendo el ingreso que ya fue mencionado, durante el año pasado ¿recibió usted ingreso por pensiones de viudez? K.61.2.1 ¿Como cuánto dinero fue en un mes normal?		
Ingreso por accidente laboral		K.58c Excluyendo el ingreso que ya fue mencionado, durante el año pasado ¿recibió usted ingreso por pensiones de invalidez o accidente laboral? K.61.3.1 ¿Como cuánto dinero fue en un mes normal?		
Ingreso por programa social		K.79a Excluyendo el ingreso que ya fue mencionado, durante el año pasado ¿usted recibió algún donativo en dinero o en especie de instituciones públicas como Producción para el bienestar (antes PROAGRO Productivo), Becas para el bienestar Benito Juárez (antes PROSPERA), INAPAM (antes INSEN), ¿Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (Programa 65 y más)? K.80.1.1 ¿Como cuánto dinero fue (en un mes normal/en total)?		

Fuente: Elaboración propia con información de la ENASEM, 2021

Anexo 3. Correlaciones de Spearman de la dimensión salud de la P65+ y componentes, México 2021

Componentes	Dimensión salud	Enfermedades crónicas	Acceso a servicios de salud	ABVD
Dimensión salud	1			
Enfermedades crónicas	0.5272	1		
Acceso a servicios de salud	0.5024	-0.1390	1	
ABVD	0.6728	0.1513	0.0052	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Anexo 4. Correlaciones de Spearman de la seguridad económica de la P65+ y componentes, México 2021

Componentes	Seguridad Económica	Ingresos por transferencias	Ingresos por trabajo	Ingresos por retiro o jubilación
Seguridad Económica	1			
Ingresos por transferencias	0.4999	1		
Ingresos por trabajo	0.6127	0.0691	1	
Ingresos por retiro o jubilación	0.5218	-0.0819	-0.0972	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Anexo 5. Correlaciones de Spearman de la dimensión económica de la P65+ y componentes, México 2021

Componentes	Dimensión económica	Seguridad económica	Vivienda
Dimensión económica	1		
Seguridad económica	0.8892	1	
Vivienda	0.3933	-0.0186	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Anexo 6. Correlaciones de Spearman ICV de P65+ y dimensiones, México 2021

Dimensiones	ICV	Salud	Económica	Satisfacción con la vida	Apoyo social
ICV	1				
Salud	0.6587	1			
Económica	0.3422	0.0607	1		
Satisfacción con la vida	0.5420	0.1291	0.0127	1	
Apoyo social	0.6078	0.1832	-0.0849	0.2733	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Anexo 7. Pruebas de normalidad Shapiro -Wilk												
Variables	Enfermedad crónica	Acceso a SS	AVD	Salud	Trabajo	Pensión	Transferencias	Seguridad Económica	Vivienda	Económica	Satisfacción	Apoyo social
Sexo												
Hombre	1.00**	1.00	1.00	0.99	1.00**	0.99	1.00***	1.00	1.00	0.94	0.90	0.94
Mujer	1.00***	0.99	1.00**	0.99	1.00***	1.00	1.00***	1.00	1.00	0.95	0.92	0.95
Grupo de edad												
65-69	1.00 ***	0.99	1.00	0.99	1.00***	0.99	1.00***	1.00***	0.98	0.96	0.99	0.94
70-74	1.00 ***	0.99	1.00**	0.99	1.00***	0.99	1.00	1.00***	0.97	0.98	0.90	0.94
75-79	1.00 ***	0.99	1.00***	0.99***	1.00***	0.99	0.99	1.00***	0.93	0.96	0.89	0.94
80 y más	1.00 ***	0.99	1.00***	1.00**	1.00***	0.99	0.99	1.00**	0.95	0.96	0.89	0.95
Situación conyugal												
Unido	1.00 ***	1.00	1.00	1.00**	0.98	1.00	1.00***	1.00	1.00	1.00	0.91	0.94
No unido	1.00 ***	1.00**	1.00	1.00***	0.78	0.98	1.00***	1.00	0.99	0.99	0.92	0.95
Viudo	1.00 ***	0.99	1.00***	1.00***	0.39	0.99	1.00***	1.00***	0.98	0.99	0.91	0.95
Nivel escolar												
Ninguno	1.00 ***	1.00***	1.00***	1.00***	1.00***	0.98	1.00	1.00**	0.96	0.97	0.90	0.95
Primaria	1.00 ***	1.00	1.00***	1.00***	1.00***	1.00	1.00	1.00***	0.99	1.00	0.91	0.95
Secundaria	1.00 ***	0.99	1.00	0.99	1.00**	0.99	1.00**	1.00***	0.99	1.00	0.91	0.94
Prepa, bachillerato o equivalente	1.00 ***	0.98	1.00	0.98	1.00***	0.99	1.00**	1.00**	0.99	1.00	0.91	0.93
Licenciatura o más	1.00 ***	0.97	0.98	0.97	1.00**	0.98	1.00***	1.00**	0.96	0.99	0.87	0.89
Localidad												
> 100 mil habitantes	1.00 ***	0.99	1.00**	1.00**	1.00***	1.00***	1.00	1.00**	1.00	0.94	0.91	0.95
<100 mil habitantes	1.00 ***	1.00***	1.00**	1.00**	1.00***	1.00***	1.00	1.00***	0.99	0.96	0.91	0.95

*** Significativa al 95% ** Significativa al 90%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Anexo 8. Pruebas de varianzas Levene

Variables	Enfermedad crónica	Acceso a SS	AVD	Salud	Trabajo	Pensión	Transferencias	Seguridad Económica	Vivienda	Económica	Satisfacción	Apoyo social
Sexo	66.27***	45.80	363.01	8.08	779.45	9.64	222.88	280.15	4.54**	11.90	73.04	69.09
Grupo de edad	7.72	14.63	467.33	4.13	35.20	2.61**	940.16	73.38	102.59	49.16	11.36	5.78
Situación conyugal	6.49	37.68	744.49	4.88	60.93	45.54	152.78	75.58	179.68	233.31	33.38	63.67
Nivel escolar	2.27**	391.42	658.39	11.84	121.71	115.23	185.06	20.70	362.18	85.92	7.77	40.34
Localidad	8.62***	1067.65	12.55	1.22***	80.30	70.65	289.58	181.69	1096.20	393.83	1.72***	14.27

*** Significativa al 95% ** Significativa al 90%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM, 2021

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Dimensiones, subdimensiones y operalización

Cuadro 2. Subdimensión enfermedades crónicas

Cuadro 3. Subdimensión acceso a servicios de salud

Cuadro 4. Subdimensión de funcionalidad y ayuda

Cuadro 5. Fuente de ingreso

Cuadro 6. Subdimensión seguridad económica

Cuadro 7. Subdimensión vivienda

Cuadro 8. Satisfacción con la vida puntajes totales y recodificación

Cuadro 9. Apoyo Social puntajes totales y recodificación

Cuadro 10. Normalización de las enfermedades crónicas

Cuadro 11. Normalización del acceso a servicios de salud

Cuadro 12. Normalización de la funcionalidad y ayuda

Cuadro 13. Normalización de seguridad económica

Cuadro 14. Normalización de la satisfacción con la vida

Cuadro 15. Normalización del Apoyo Social

Cuadro 16. Ponderadores del Índice de Calidad de Vida

Cuadro 17. Estratificación del ICV

Cuadro 18. Dimensión Salud de P65+, México 2021

Cuadro 19. Comparación de medias de la dimensión salud por componente de P65+, México 2021

Cuadro 20. Dimensión Económica de P65+, México 2021

Cuadro 21. Comparación de medias de la dimensión económica por componente de P65+, México 2021

Cuadro 22. Dimensión Satisfacción con la vida de P65+, México 2021

Cuadro 23. Comparación de medias de la dimensión satisfacción con la vida de P65+, México 2021

Cuadro 24. Dimensión Apoyo Social de P65+, México 2021

Cuadro 25. Comparación de medias de la dimensión de apoyo social de P65+, México 2021

Cuadro 26. ICV de P65+, México 2021

Cuadro 27. Comparación de promedios de covariables en escala de ICV de P65+, México 2021

Anexo

Anexo 1. Revisión bibliográfica

Anexo 2. Variables potenciales de la ENASEM, 2021 para la construcción de las dimensiones de la calidad de vida

Anexo 3. Correlaciones de Spearman de la dimensión salud y componentes, 2021

Anexo 4. Correlaciones de Spearman de la seguridad económica y componentes, 2021

Anexo 5. Correlaciones de Spearman de la dimensión económica y componentes, 2021

Anexo 6. Correlaciones de Spearman ICV de P65+ y dimensiones, 2021

Anexo 7. Pruebas de normalidad Shapiro -Wilk

Anexo 8. Pruebas de varianzas Levene

Índice de Diagramas

Diagrama 1. Dimensiones y subdimensiones objetivas y subjetivas de la calidad de vida

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Índice de Calidad de Vida de la P65+, México 2021