



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

**PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA TRAYECTORIA
LABORAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD ACTUAL Y CALIDAD DE
VIDA EN ADULTOS MAYORES**

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

QUE PRESENTA

KARINA MORALES GRANADOS

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

DIRECTORAS: DRA. MIREYA ZAMORA MACORRA

DRA. IRINA LAZAREVICH

MAYO, 2021.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue reconstruir la trayectoria laboral de adultos mayores con la finalidad de conocer las condiciones laborales, así como los principales riesgos y exigencias a los que se expusieron durante sus jornadas y asociarlos a su calidad de vida y estado de salud actual.

La realización del estudio fue de tipo descriptivo/retrospectivo en adultos mayores (60 años y más). Para la obtención de los datos se realizó una encuesta de autollenado mediante la adaptación de la Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT) -la cual permite conocer los principales riesgos y exigencias laborales-, el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0. y la escala de depresión -Instrumento del centro de estudios epidemiológicos- (CESD-R, por sus siglas en inglés). Los datos se procesaron con JMP V.10 y se calcularon X^2 e intervalos de confianza al 95%.

Se obtuvo una muestra de 150 adultos mayores entre hombres y mujeres de los cuales el 28% continua inserto en el mercado laboral pese a su estado de salud. Al realizar las asociaciones de los riesgos y exigencias laborales con el estado de salud, mostraron prevalencias significativas ($p < .05$) como, por ejemplo, las exigencias laborales, tales como: la realización de tareas, esfuerzos físicos pesados, así como levantar, cargar, empujar o jalar objetos desde nivel de piso. Por otro lado, la realización de un trabajo a destajo, una tarea minuciosa y un esfuerzo físico pesado; generó prevalencias significativas con la variable de desgaste laboral ($p < 0.05$). Las personas con trabajo a destajo tuvieron 89% más prevalencia de desgaste laboral.

Es pertinente mencionar que a través de la reconstrucción laboral se obtuvo el índice de desgaste laboral que presentaron los sujetos en sus centros de trabajo, situación que muestra que las personas que laboran en trabajos informales que no cuentan con contratos ni prestaciones de ley, sin acceso a servicios de salud, percibiendo sueldos variables o a destajo y con jornadas mayores de 8 horas; presentan repercusiones en su salud y por ende en su calidad de vida actual.

Palabras clave: Reconstrucción laboral, Salud y Calidad de Vida en Adultos Mayores, Desgaste Laboral.

Abstract

The research's goal was to reconstruct the work trajectory of senior citizens in order to know the working conditions, as well as the main risks and demands to which they were exposed during their working days associated with their life quality and current health level.

The study type was descriptive / retrospective in senior citizens (60 years and older). For data collection, a self-completed survey was carried out by adapting the Individual Survey for the Evaluation of the Health of Workers (PROESSAT) -which allows to know the main risks and labor demands-, the Evaluation Questionnaire of the WHODAS 2.0 disability. and the depression scale - Tool by the Center for Epidemiological Studies - (CESD-R, for its acronym in English). The data were processed with JMP V.10 and X2 and 95% confidence intervals were calculated.

A sample of 150 senior citizens between men and women was obtained, in which 28% of them continue in the labor market despite their health status. Crossing the risks and work demand's associations with the state of health, they showed significant prevalence's ($p < .05$) such as work demands including performing tasks, heavy physical efforts, as well as lifting, load, push or pull objects from ground level. On the other hand, the piecework performance, as meticulous task and heavy physical effort; was origin of significant prevalence's with work wear variable ($p < 0.05$). People with piecework had an 89% higher prevalence of work fatigue.

It is pertinent to mention that through job reconstruction, the work fatigue index that the subjects presented in their work centers was obtained, situation that shows people who work in informal jobs without contracts or legal benefits, or even access to services of health, receiving variable or piece-rate salaries and working days longer than 8 hours; They have health repercussions and therefore their current life quality.

Keywords: Labor reconstruction, Health and Quality of Life in Senior Citizens, Labor Wear.

Índice

Artículo Publicado por ORP	7
Idónea Comunicación De Resultados	25
Resumen	26
Abstract.....	27
Introducción.....	28
Capítulo 1. Marco Teórico.....	35
1.1 ¿Vejez o Envejecimiento?.....	35
1.2 La Salud del Adulto Mayor	37
1.3 Calidad de Vida.....	42
1.4 Trayectoria Laboral	44
Capítulo 2. Marco Histórico	55
2.1 Salud y Trabajo en los 70's, 80's y 90's.....	55
2.2 Servicios de Salud Actual	57
2.3 Otros aspectos significativos en la vejez.....	59
2.4 Sistema de Pensiones	67
2.5 Condiciones de Trabajo Actuales de los Adultos Mayores	72
2.6 Programas de inserción laboral para adultos mayores	74
Capítulo 3. Metodología	76
3.1 Criterios de selección.....	76
3.2 Población y muestra.....	77
3.3 Aspectos éticos de la investigación.....	77
3.4 Variables e instrumentos de recolección.....	78
3.5 Análisis de datos.....	88

Capítulo 4. Resultados	89
4.1 Descripción del escenario de recolección de información.....	89
4.2 Datos generales	92
4.3 Trayectoria Laboral	96
4.4 Riesgos y Exigencias Laborales	102
4.5 Estado de Salud General	110
4.6 Asociación de daños a la salud vs riesgos y exigencias	111
4.7 Desgaste laboral según la actividad realizada	116
Capítulo 5. Discusión	118
Capítulo 6. Conclusión	130
Referencias	132
Anexo	142

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradezco la participación y disposición que tuvieron los Adultos Mayores en la aplicación de las encuestas, porque sin su apoyo no hubiera sido posible realizar esta investigación. Asimismo, quiero agradecer a la Alcaldía Iztapalapa y sus administradores por facilitarme el acceso a las Casas de Adulto Mayor.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico durante la realización de mi proyecto de investigación.

A los profesores de la maestría: Susana, Ricardo, Florina, Margarita, Franco por compartir todos sus conocimientos y mostrarme una visión crítica hacia la salud de los trabajadores.

A mis compañeros por todas esas horas compartidas e intercambio de ideas en cada una de las sesiones. Gracias Claus, Andy, Rosa y Lore por su amistad.

A mis sinodales: Irina, Cecilia y Claudia por llevarme de la mano durante la elaboración del proyecto, por el tiempo dedicado en cada revisión, por todos los comentarios y sugerencias los cuales fueron sin duda de gran ayuda para mí.

Por último y no menos importante a ti *Mireya* por confiar en mí y darme la oportunidad de obtener un grado académico más. Por alentarme a conocer nuevos horizontes y apoyarme cuando más lo necesite, gracias porque más que una profesora o Directora de Tesis te convertiste en una gran amiga. Gracias por cada una de tus enseñanzas y por el tiempo que pacientemente me dedicaste para la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

A mi familia:

Ana Paula porque eres y serás mi principal motor para salir adelante. A ti Francisco que me has apoyado en todos mis proyectos.

A mis padres y hermanos:

Miguel y María por creer siempre en mí y darme las bases necesarias para forjarme un futuro mejor. A Ivonne, Andrés, Osvaldo y Leonardo por todo su cariño y apoyo. A ti Armando por considerarme un ejemplo y motivarte a ser un profesionalista, y sé que lo lograrás.

Artículo Publicado por ORP

Morales, G. K., Zamora M. M. y Lazarevich I. (septiembre, 2018). Asociación entre la trayectoria laboral y el estado de salud actual en adultos mayores. *ORP journal, Actas del XVIII Congreso Internacional ORPconference*. 614- 625. ISSN 2385-3832

Asociación entre la trayectoria laboral y el estado de salud actual en adultos mayores.

Morales Granados Karina, Zamora Macorra Mireya y Lazarevich Irina

Resumen

Los adultos mayores que continúan trabajando es fenómeno que se observa con mayor frecuencia, la edad de retiro cada vez más grande y la precaria situación económica obliga a este grupo etario a permanecer en actividades productivas, esta circunstancia genera la interrogante de cuál es la historia laboral de los AM que no les permitió obtener una pensión digna que posibilite dejar de trabajar y cuál es su estado de salud general mientras realizan tal actividad. Por ello el objetivo de este trabajo fue reconstruir la trayectoria laboral de los Adultos Mayores y asociarla con su estado de salud actual, mediante la realización de un análisis retrospectivo de 150 encuestas a adultos mayores (hombres y mujeres) de las casas del adulto mayor de la zona oriente de la CDMX y que trabajaron al menos el 75% de su vida. Se creó la variable desgaste laboral, en la cual se analizaron: lugar de trabajo, antigüedad, horarios, puesto, tipo de contrato, sueldo, prestaciones de ley de los últimos 5 trabajos. Cada situación fue sumada para obtener un índice de desgaste. Los resultados muestran que, del total de adultos mayores encuestados, el 28% continúan laborando en condiciones precarias, incorporados principalmente en el sector informal. Los riesgos más frecuentes de su historia laboral fueron la exposición a cambios bruscos de temperatura y ruido, mientras que en las exigencias se reportaron: las jornadas extensas, trabajos a destajo y esfuerzos físicos muy pesados. Sus principales padecimientos fueron: hipertensión, diabetes y trastornos musculoesqueléticos.

Palabras clave: Reconstrucción Laboral, Estado de Salud, Adultos Mayores Laboralmente Activos

Introducción

El envejecimiento se ha convertido en uno de los retos más importantes para las sociedades actuales. En poco tiempo el grupo poblacional de 60 años y más se incrementa considerablemente, con ello se requerirá mayor demanda en servicios de salud, seguridad social e ingresos económicos (Ham, 2011).

El cambio demográfico ha ocasionado una serie de exigencias para las que la sociedad actual no está preparada, el aumento en la demanda de servicios de salud y la insuficiencia de recursos para cubrir las pensiones, condición que ha ocasionado que los sujetos continúen laborando pese a su edad y estado de salud, por lo que los adultos mayores actuales y aquellos que llegaran pertenecer a este grupo etario se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

Condiciones como gozar de un buen estado de salud, independencia, ingreso económico suficiente, mantener una relación estable con la familia y amigos, mantenerse activos (física, social, laboral y culturalmente), tener acceso a servicios sociales y sanitarios, una vivienda cómoda y de calidad, sentirse satisfecho con la vida y tener la posibilidad de aprender nuevas cosas es sinónimo de poder gozar de una buena calidad de vida (Fernández, 1997).

Sin embargo, la baja calidad de los empleos no permitirá que las personas puedan ahorrar y lograr un nivel de vida digno fuera del mercado laboral, problemática a la cual tendrán que enfrentarse los adultos mayores (Enciso, 2012).

Actualmente, las condiciones de trabajo son adversas para la población, particularmente para los adultos mayores. Pedrero (1999) menciona que el cambio tecnológico y la concentración del capital han desplazado, a los trabajadores, se han adoptado métodos ahorradores de mano de obra, permitiendo mayor productividad, sin embargo, ha contribuido a que las personas tengan menos posibilidad de ingresar a un empleo formal y estable.

En la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2017), se encontró que las principales ocupaciones de este sector de la población son: el comercio, trabajos independientes, construcción, industria manufacturera, transportes, servicios profesionales, financieros, corporativos, trabajos de limpieza y de ayudante general. Sin embargo, Aguirre (2011) afirma que el empleo informal se ha convertido en el primer sector de actividad económica para este grupo etario, que se caracteriza por la falta de prestaciones, como seguridad social para sus trabajadores.

Hoy en día, miles de adultos mayores forman parte de la población económicamente activa, situación que lleva a reflexionar sobre las condiciones que tuvieron los adultos mayores en sus centros laborales, el tipo de trabajo, sueldo, acceso a servicios de seguridad social y prestaciones de ley; condiciones que permiten a los trabajadores generar un ahorro para esta etapa de su vida y con ello evitar continuar laborando en la vejez.

Por esta razón, realizar una investigación la cual permita analizar la situación laboral, el estado de salud actual y las repercusiones que esto puede generar en la calidad de vida de aquellas personas que trabajaron o continúan insertos en el mercado laboral a pesar de su estado de salud es ineludible.

Metodología

Se realizó una investigación de tipo trasversal descriptivo. La muestra se conformó por 150 personas entre hombres y mujeres, las cuales asisten a Casas de Adulto Mayor (CAM) ubicadas en la zona oriente de la Ciudad de México (CDMX) que trabajaron al menos el 75% de su vida laboral activa y que firmaron la hoja de consentimiento informado.

Se indagó información sobre el estado de salud actual física y mental además de la reconstrucción de su trayectoria laboral

Enfermedades crónico-degenerativas: Se midió a través de una adaptación de la *Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores* (PROESSAT). La encuesta indaga sobre la presencia de padecimientos que fueron diagnosticados en el último año por algún médico como son: hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, hernias y cáncer de cualquier tipo. La cual tiene como opciones de respuesta sí y no (Noriega et al., 2001).

Discapacidad: Se evaluó a través del Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0., instrumento de evaluación genérico y práctico, que mide salud y discapacidad en los últimos 30 días; evaluando la dificultad en la realización de actividades de la vida cotidiana como: caminar, bañarse, vestirse y realizar actividades domésticas, entre otras. En esta investigación se utilizó la versión abreviada de 12 reactivos con 5 opciones de respuesta; 0 = Ninguna, 1 =Leve, 2 = Moderada, 3 = Severa y 4 = Extrema / no puede hacerlo (OMS, 2015).

Depresión: Se obtuvo a través del Instrumento The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised, CESD-R. Escala que detecta probables síntomas de depresión grave, consta de 20 reactivos que indagan: tristeza, pérdida de interés, falta de apetito, sueño, falta de concentración, cansancio, agitación, ideas suicidas y culpabilidad; con las siguientes opciones de respuesta 0= No es en absoluto o menos de un día, 1= 1-2 días, 2= 3-4 días, 3= 5-7 días y 3= Casi todos los días durante 2 semanas (CESD-R, 2017).

Trayectoria laboral del adulto mayor: Se analizó a través de la reconstrucción laboral de los adultos mayores, indagando principalmente en los 5 trabajos donde hayan ejercido por más tiempo. Asimismo, se realizó la reconstrucción sobre los riesgos: físicos, químicos y mecánicos, así como las exigencias a los que se expuso el trabajador durante su vida laboral activa.

Desgaste laboral: Se analizó mediante lugar de trabajo (formal, informal o auto empleo), antigüedad (años), horario de trabajo, puesto que desempeñaba, tipo de contrato, sueldo, prestaciones de ley, seguro social de los últimos 5 trabajos. Posteriormente, se realizó la suma de las ocho variables de los cinco trabajos, se

dividió el resultado de la suma entre el número de trabajos, para obtener un desgaste promedio de cada trabajador.

Luego de obtener el desgaste promedio de cada sujeto y de realizar las distribuciones correspondientes, se creó una variable dicotómica para determinar si los sujetos tenían o no desgaste laboral, para ello, se consideró como punto de corte la media de la distribución, y de este modo, se determinó que aquellas personas con una suma mayor a 16 puntos se considerarían con desgaste laboral (ver ejemplo 1).

Ejemplo 1

Para obtener un desgaste promedio por trabajador

Trabajador	Suma T1	Suma T2	Suma T3	Suma T4	Suma T5	Suma total	S-t / #T	DP
1	5	15	14	21	13	68	68/5	13.6
2	12	20	-	-	-	32	32/2	16
3	24	-	-	-	-	24	24/1	24
4	11	16	13	-	-	40	40/3	13.33

T= Trabajo

- = No hay dato

S-t = Suma total

#T= Número de Trabajos

DP = Desgaste Promedio

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017

Los datos se procesaron con el programa JMP V.10 de SAS, calculando Medias, Desviaciones Estándar, X^2 cuadrada y Razones de Prevalencia con Intervalos de Confianza al 95%.

Resultados

En la tabla 1 se muestra que, de los 150 adultos mayores, el 37% fueron hombres y el 63% mujeres, presentando una edad media de 70 años. En cuanto a la escolaridad, se observa que el 85% estudió un nivel básico, el 7% un nivel superior y el 8% no contó con estudios.

Al analizar el estado civil, se encontró que el 53% es casado (a) o vive en unión libre, mientras el 47% señaló que actualmente no tiene pareja. El núcleo familiar es una parte fundamental para algunas personas, dado que en algunos casos se les brinda apoyo y estabilidad emocional durante la vejez. Con respecto a ello, en la tabla 1 se muestra que casi el 100% de los adultos mayores tiene hijos, lo cual podría ser un factor importante para no vivir en el desamparo; así mismo el 43% refirió que vive con sus hijos y que en promedio el número de integrantes por vivienda es de 3 personas.

Tabla 1
Datos generales de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n	%
▪ Edad Media (D.E), (Mínima-Máxima)	150	70(7.8), (60-92)
▪ Sexo		
Mujeres	94	63
Hombres	56	37
▪ Escolaridad		
Primaria	69	46
Secundaria	36	24
Preparatoria / Carrera técnica	22	15
No estudió	12	8
Licenciatura / Posgrado	11	7
▪ Estado civil		
Casado(a) / Unión libre	80	53
Viudo (a)	39	26
Soltero(a)	21	14
Divorciado(a)	10	7
▪ Total, de integrantes en su vivienda Media (D.E)	150	3.04 (2.6)
▪ Tiene hijos	142	95
▪ Vive con sus hijos(as)	61	43

n= Población

D.E= Desviación Estándar

CAM= Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Más del 30% de los adultos mayores refirió que ellos solventan la mayor cantidad de gastos en sus hogares; mientras que, menos del 24% mencionó que quienes aportan mayores ingresos económicos son sus hijos, su pareja; y un 19% indicó que toda la familia contribuye con los gastos. Con respecto a las viviendas, el 90% refirió que son de su propiedad; el 48% mencionó que las condiciones actuales de éstas

son mejores en comparación a cuando trabajaban activamente; construidas en su mayoría de concreto, tabique y loza; además el 100% cuenta con todos los servicios básicos como son: luz, agua intubada y drenaje (ver Tabla 2).

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n	%
▪ Quien solventa los gastos del hogar		
Usted	54	36
Hijos	35	23
Toda la familia	29	19
Pareja	20	13
Otro(s)	12	8
▪ Vivienda propia		
	135	90
▪ Condiciones actuales de la vivienda		
Mejores	72	48
Iguals	59	39
Peores	19	13
▪ Construcción de concreto/ tabique/ loza		
	142	95
▪ Cuenta con todos los servicios		
	150	100

n= Población

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Los adultos mayores encuestados refirieron que la edad promedio en la que comenzaron a trabajar a cambio de un salario fue de 17 años, con una media de 3 trabajos durante su vida laboral activa (ver Tabla 3).

Del total de adultos mayores encuestados, el 28% actualmente sigue trabajando; poco más del 52% cuenta con seguro social y prestaciones de ley; 45% no cuenta con ningún tipo de contrato, mientras que el 40% tiene contrato de planta o base. En su mayoría los adultos trabajan en turnos matutinos y muy pocos (12%) indicaron que rolan turnos. El sector económico en cual están inmersos los adultos mayores se concentra con un 40% en Oficina/ Actividades profesionales; y otro porcentaje similar se dedica al Comercio, Mantenimiento y/o Servicios (ver Tabla 3).

El 55% de los adultos refirió que el sueldo que percibe es suficiente para cubrir sus gastos, sin embargo, solo un 32% mencionó que dejaría de trabajar si tuviera el

dinero suficiente para cubrir sus necesidades; mientras que el 60% señaló que su principal motivo para continuar trabajando es por falta de recursos y porque les gusta su trabajo.

Tabla 3
Trayectoria laboral y condición laboral actual de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n	Media (D.E)/ %
▪ Edad (años) en la que comenzó a laborar	150	17(4.6)
▪ Numero de trabajos que tuvo a lo largo de su vida	150	3(1.7)
<i>Adultos Mayores que continúan trabajando</i>	42	
▪ Trabajadores activos laboralmente	42	28
▪ Prestaciones de ley	22	52
▪ Turnos de trabajo		
Matutino	19	45
Vespertino	7	17
Mixto	16	38
▪ Años en su empleo	42	23 (13.8)
▪ Rola turnos	5	12
▪ Tipo de contrato		
Ninguno	19	45
Base / Planta	17	40
Por honorarios	4	10
Eventual / Temporal	2	5
▪ Seguridad social	24	58
▪ Su sueldo es suficiente para cubrir sus gastos	23	55
▪ Percibe pensión por algún trabajo	7	17
▪ Principal motivo para continuar trabajando		
Le gusta su trabajo	13	31
Falta de recursos	4	9
Ambos	25	59
▪ Si tuviera el ingreso suficiente dejaría de trabajar	14	33
▪ Sector económico según su actividad		
Oficina/ Actividades profesionales	17	40
Comercio/ Mantenimiento/ Servicios	17	40
Construcción /Manufacturera/ Minera/Industrial	6	14
Trabajo doméstico/ limpieza	2	5

n= Población

D.E= Desviación Estándar

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

En la tabla 4-a, se observa que solo el 13% de las personas encuestadas tuvo hasta 5 empleos, mientras que el 55% tuvo hasta tres trabajos. En la tabla se observa que de los porcentajes obtenidos de los adultos mayores casi el 70% de las personas tuvieron trabajos formales; con respecto a antigüedad en la tabla se observa un porcentaje similar en los 5 trabajos de hasta 10 años y un 80% sobre las jornadas laborales de más de 8 horas. Los puestos de trabajo que desempeñaron con mayor frecuencia en sus centros laborales fueron actividades manuales y menos del 45% ejercieron puestos administrativos.

Tabla 4- a

Reconstrucción de la trayectoria laboral de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	T5		T4		T3		T2		T1		Suma %	% total
	n (19)	% (13)	n (32)	% (21)	n (82)	% (55)	n (120)	% (80)	n (146)	% (97)		
▪ Tipo de trabajo												
Formal	13	68	25	78	51	62	81	67	91	62	337	67
Informal / auto empleo	6	32	7	22	31	38	39	33	55	38	163	33
▪ Antigüedad												
0-10 años	10	53	23	72	43	53	66	55	68	47	280	56
11- 20 años	6	32	5	16	20	24	36	30	30	20	122	24
>31 años	2	10	-	-	6	7	6	5	32	22	44	9
21-30 años	1	5	4	12	13	16	12	10	16	11	54	11
▪ Jornada de trabajo												
8 horas	9	47	9	28	26	32	36	30	51	35	172	34
Más de 8 horas	9	47	19	60	48	58	74	62	82	56	283	57
4 horas	1	6	2	6	4	5	7	6	6	4	27	5
24 horas	-	-	2	6	4	5	3	2	7	5	18	4
▪ Puesto que desempeñó												
Activ. Manuales	11	58	18	56	55	67	84	70	110	75	326	65
Administrativo	8	42	14	44	27	33	36	30	36	25	174	35

n= Población

T= Trabajo

- = No hay dato

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017

La tabla 4-b, muestra que menos del 50% los adultos mayores a pesar de que tuvieron trabajos formales, trabajaron sin contrato; y solo poco más el 60% tuvo contrato de base o planta en sus centros laborales. Con respecto al sueldo que estos percibían, se observa que en su mayoría eran sueldos fijos; y más del 50% contaba con prestaciones de ley y seguro social.

Tabla 4- b
Reconstrucción laboral de los adultos encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	T5		T4		T3		T2		T1		Suma %	% total
	n (19)	% (13)	n (32)	% (21)	n (82)	% (55)	n (120)	% (80)	n (146)	% (97)		
□ Tipo de trabajo												
Sin contrato	5	26	10	31	38	46	52	43	66	45	191	38
Base	12	63	17	53	35	43	48	40	60	41	240	48
Eventual / honorarios	2	11	5	16	9	11	20	17	20	14	69	14
□ Sueldo												
Fijo	16	84	27	84	67	82	89	74	114	78	402	80
Destajo	3	16	5	16	14	17	25	21	30	21	91	18
Variable	-	-	-	-	1	1	6	5	2	1	7	1
□ Prestaciones de ley y seguro social												
	15	79	23	72	48	58	66	55	73	50	314	63

n= Población

T= Trabajo

- = No hay dato

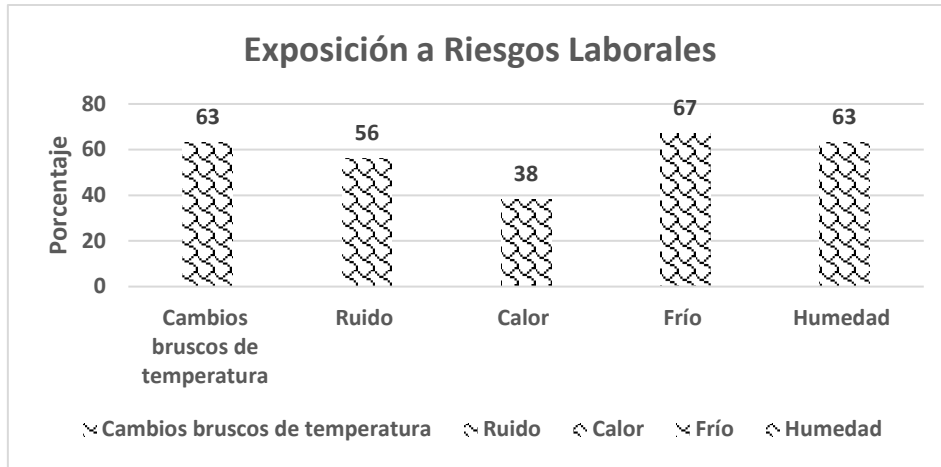
CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2

En la gráfica 1 se observa que, en la realización de sus diversas actividades laborales, los adultos mayores estuvieron más expuestos a cambios bruscos de temperatura (63%) lo cual puede ocasionar serios problemas en vías respiratorias al igual que la exposición constante a humedad (63%) y frío (67). El 56% de los adultos refirió que estuvo expuesto a ruido y solo un 38% señaló una constante exposición a calor.

Gráfica 1

Riesgos a los que se expusieron los adultos mayores en sus centros laborales, CAM-Iztapalapa 2017

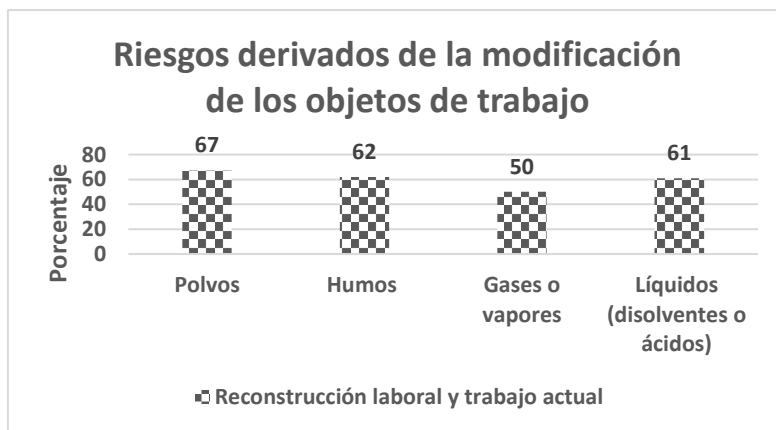


%= Porcentaje de las personas con mayor exposición
CAM=Casa del Adulto Mayor
Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Las exposiciones más frecuentes que mencionaron los adultos fueron a polvo (67%), humo (62%); mientras que la mitad de los encuestados señaló una explosión a gases o vapores. El 61% refirió que estuvo en contacto con líquidos como disolventes o ácidos, los cuales pueden causar problemas dermatológicos y/o respiratorios en los sujetos.

Gráfica 2

Riesgos a los que se expusieron los adultos mayores en sus centros laborales, CAM-Iztapalapa 2017

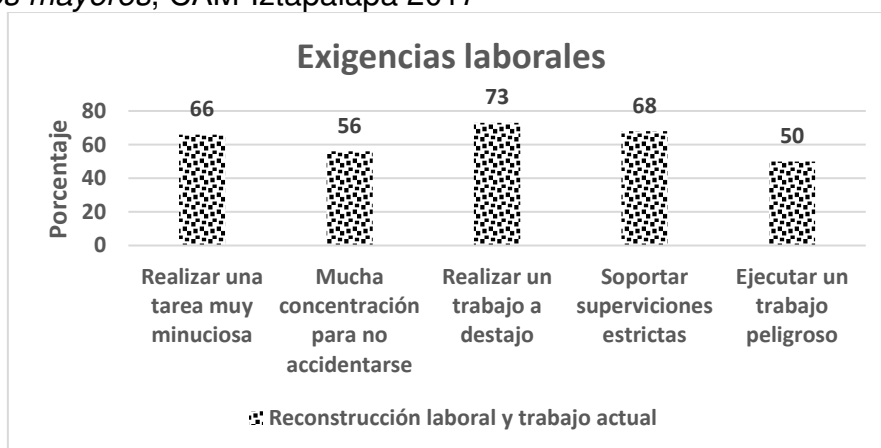


%= Porcentaje de las personas con mayor exposición
CAM=Casa del Adulto Mayor
Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Con respecto a las exigencias, el 73% señaló que tuvo que trabajar a destajo, 68% de los adultos mayores manifestaron que sus puestos de trabajo les exigían soportar supervenciones estrictas; el 56% refirió que necesitaban mucha concentración para no accidentarse, además de realizar tareas minuciosas y un 50% mencionó que realizaba un trabajo peligroso (ver gráfica 3).

Gráfica 3

Exigencias relacionadas con la cantidad, intensidad, vigilancia y calidad laboral de los adultos mayores, CAM-Iztapalapa 2017



%= Porcentaje de las personas con mayor exposición

CAM=Casa del Adulto Mayor

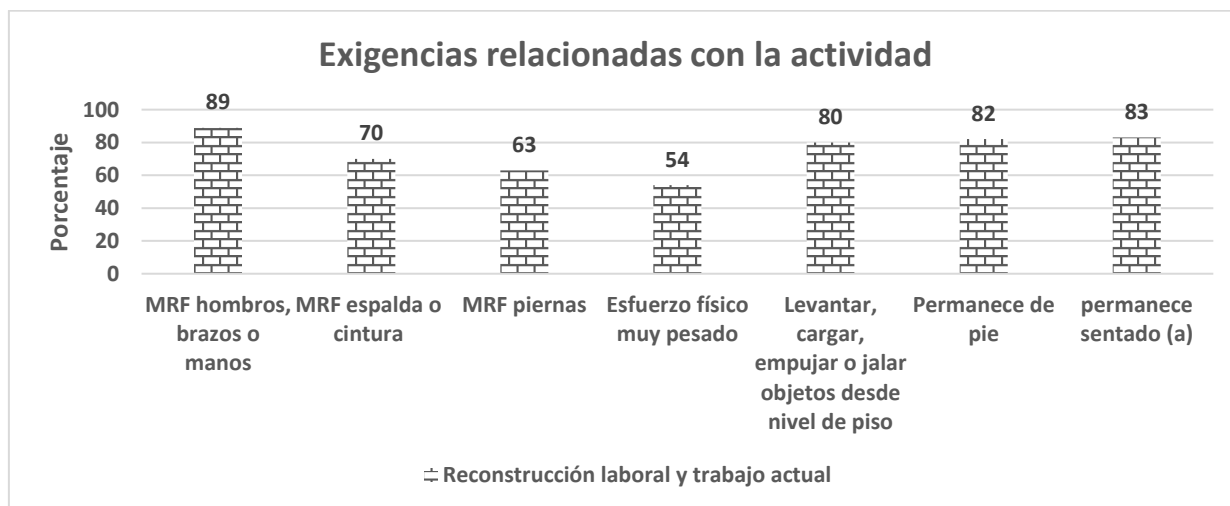
Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Poco más del 50% realizaba esfuerzo físico muy pesado, 89% utilizaba gran parte de su jornada laboral movimientos que requerían fuerza con hombros, brazos o manos; 70% movimientos con espalda o cintura y un 82% contestó que permanecía de pie por más de 2 horas seguidas durante sus jornadas de trabajo (ver gráfica 4).

El 83% de los adultos mayores mencionó que sus actividades las realizaban regularmente sentados(as), situación que podría ocasionarles trastornos musculoesqueléticos, lumbalgias e incluso problemas de circulación por el sedentarismo, mientras que un 82% lo hacían de pie, originando inflamación e hinchazón en piernas, espalda y cintura (ver gráfica 4).

Gráfica 4

Exigencias relacionadas con la actividad física dinámica o estática y la posición que adoptaban en sus puestos de trabajo los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017



MRF= Movimientos que requieren fuerza con
%= Porcentaje de las personas con mayor exposición
CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

En la tabla 5 se observa que en el último año las enfermedades con mayor porcentaje de diagnóstico por un médico fueron la hipertensión (63%) y diabetes (33%). Con respecto a los malestares que los adultos mayores han padecido durante los últimos 12 meses, fueron los dolores musculares en brazos, piernas, dolor en articulaciones huesos y espalda, molestias que pueden estar relacionadas con los trastornos musculo esqueléticos que padecieron el 57% de los adultos mayores, seguido del dolor lumbar con el 47%.

La dependencia es una de las problemáticas con mayor impacto durante el envejecimiento, dicha condición está relacionada con el estado de salud físico en que se encuentra la persona. Con respecto a ello la tabla 5 muestra que el 55% de los adultos encuestados tenía una dificultad leve en la realización de sus actividades cotidianas y una minoría (3%) tenía una dificultad severa (no puede valerse por sí mismo).

La tristeza, la pérdida de interés, la falta o disminución de apetito contribuyen en la calidad de vida de las personas. La tabla 5 muestra que el 27% de los adultos mayores encuestados han presentado sentimientos depresivos graves durante las últimas dos semanas.

Tabla 5

Estado de salud general de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n (150)	%
▪ Trastornos musculo-esqueléticos	85	57
▪ Lumbalgia	70	47
▪ Malestares durante el último año		
Dolor muscular en brazos y piernas	128	85
Dolor en articulaciones, huesos o espalda	127	85
Dolor de cabeza	67	45
Dolor de oídos	45	30
▪ Enfermedades diagnosticadas por un médico		
Hipertensión	94	63
Diabetes	49	33
Hernia hiatal, umbilical o inguinal	35	23
Enfermedad coronaria	16	11
Cáncer de cualquier tipo	3	2
▪ Dificultad en la realización de actividades cotidianas		
Leve	82	55
Moderada	24	16
Severa	19	13
Extrema / no puede hacerlo	4	3
▪ Presencia de síntomas depresivos	49	33
▪ Tiempo libre activo	77	51

n= Población

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

La tabla 6 muestra que realizar trabajo a destajo, una tarea minuciosa y un esfuerzo físico pesado, genera mayor prevalencia de desgaste laboral en los trabajadores ($p < 0.05$). Además, se observa que las personas con desgaste laboral tienen 51% más prevalencia de discapacidad comparadas con las que no tienen desgaste laboral, lo cual puede afectar su entorno familiar y laboral.

Tabla 6

Cruce de variable desgaste laboral con daños a la salud, riesgos y exigencias, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	Desgaste laboral						
	NO n	Sí n	RP	p	IC 95%	RP _a	pa ^{**}
Trabajo a destajo	37	70	1.89	<.0001*	1.35 – 2.62	1.88	0.0001*
Tarea minuciosa	61	43	1.41	0.0369*	1.02 – 2.05	1.38	0.0216*
Esfuerzo físico pesado	46	64	1.38	0.0345*	1.03 – 1.85	1.39	0.0397*
Discapacidad	47	71	1.51	0.0113*	1.13 – 1.99	1.51	0.1339

n=Población

RP= Razón de Prevalencia

P= Significancia estadística (Pearson)

a**= valores ajustados por Sexo y Edad

RP_a= Razón de prevalencia ajustada

IC=Intervalo de confianza

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Conclusiones

La precariedad del trabajo en adultos mayores es algo frecuente, de aquellos que continúan laborando, el 45% lo hace sin contrato, privándose de una seguridad social, mientras que el 65% cuenta con algún tipo de convenio laboral (planta/base, honorario o eventualidad). Las principales actividades que realizan están relacionadas con el sector formal e informal.

Por otro lado, el desgaste laboral entre las personas que tuvieron trabajos formales y aquellos que laboraron en el sector informal fue poco específica. A través la reconstrucción laboral se pudo observar que una las principales características para determinar si la persona tiene un mayor desgaste es el tipo de actividad que desarrolló en la realización de su tarea.

Aunque más del 60% de los adultos mayores tuvo un empleo formal, solo el 35% se desempeñó en algún puesto administrativo. La mayor proporción de adultos realizó actividades manuales con jornadas mayores a 8 horas. Sin embargo, las condiciones laborales, los riesgos y las exigencias a los que se sometieron en sus centros de trabajo fueron también factores determinantes en su relación salud-trabajo, y por ende, la determinación de su condición de vida actual.

Con respecto al estado general de salud, los adultos mayores reportaron que en el último año fueron diagnosticados por un médico con: hipertensión, diabetes, algún tipo de hernias (hiatal-umbilical o inguinal), enfermedades coronarias y cáncer de cualquier tipo, padecimientos que son congruentes con el perfil patológico reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015)

A través de la reconstrucción laboral se pudo observar que el lugar de trabajo, la antigüedad, la jornada laboral, el tipo de contrato, el sueldo y el tipo de prestaciones son fundamentales para conformar el efecto del desgaste laboral sobre la salud de los individuos. Otro factor que contribuye significativamente en el desgaste de los trabajadores son las exigencias que los puestos de trabajo requieren como son trabajo a destajo, realizar tareas minuciosas y esfuerzos físicos muy pesados.

Conocer el desgaste laboral, así como el estado de salud actual que los adultos mayores presentan, pueden prever la situación de las personas que hoy día son parte del sector económicamente activo, ya que como se observó en los datos, tener buenas condiciones laborales facilita una calidad de vida satisfactoria.

Referencias

Aguirre, Q. J. P (febrero, 2011). El acceso al empleo de los adultos mayores. *Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública*. Recuperado de http://www3.diputados.gob.mx/camara/.../Acceso_empleo_adultos_mayores_documento105.pdf

Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2016, ENOE. (febrero,2017). *INEGI*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enoe_ie/enoe_ie2017_02.pdf

Enciso, L. A. (21 de mayo de 2012). Difícil para adultos mayores obtener un empleo: informe. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2012/05/21/sociedad/035n1soc>

Fernández, B.R. (1997) Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*. Barcelona: Universidad de Barcelona-Facultad de Psicología. Recuperado de <http://docplayer.es/30919200-Calidad-de-vida-en-la-vejez-condiciones-diferenciales.html>

Noriega, M., Franco, G., Martínez, S., Villegas, J., Alvear, G. & López, J. (2001). Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores, México: UAM-X, Serie académicos CBS, 34.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). Medición de la Salud y la Discapacidad: Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS, WHODAS 2.0. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Pedrero, N. M. (enero-marzo, 1999). Situación económica en la tercera edad. *Papeles de Población*, 5(19). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201906.pdf>

The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised, CESD-R. (2017). *CESD-R Explicación*. Recuperado de <http://cesd-r.com/cesdr/>

Vera, M. (febrero, 2013). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3). Recuperado de doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v68i3.1218>.

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Resumen

El objetivo de esta investigación fue reconstruir la trayectoria laboral de adultos mayores con la finalidad de conocer las condiciones laborales, así como los principales riesgos y exigencias a los que se expusieron durante sus jornadas y asociarlos a su calidad de vida y estado de salud actual.

La realización del estudio fue de tipo descriptivo/retrospectivo en adultos mayores (60 años y más). Para la obtención de los datos se realizó una encuesta de autollenado mediante la adaptación de la Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT) -la cual permite conocer los principales riesgos y exigencias laborales-, el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0. y la escala de depresión -Instrumento del centro de estudios epidemiológicos- (CESD-R, por sus siglas en inglés). Los datos se procesaron con JMP V.10 y se calcularon X^2 e intervalos de confianza al 95%.

Se obtuvo una muestra de 150 adultos mayores entre hombres y mujeres de los cuales el 28% continua inserto en el mercado laboral pese a su estado de salud. Al realizar las asociaciones de los riesgos y exigencias laborales con el estado de salud, mostraron prevalencias significativas ($p < .05$) como, por ejemplo, las exigencias laborales, tales como: la realización de tareas, esfuerzos físicos pesados, así como levantar, cargar, empujar o jalar objetos desde nivel de piso. Por otro lado, la realización de un trabajo a destajo, una tarea minuciosa y un esfuerzo físico pesado; generó prevalencias significativas con la variable de desgaste laboral ($p < 0.05$). Las personas con trabajo a destajo tuvieron 89% más prevalencia de desgaste laboral.

Es pertinente mencionar que a través de la reconstrucción laboral se obtuvo el índice de desgaste laboral que presentaron los sujetos en sus centros de trabajo, situación que muestra que las personas que laboran en trabajos informales que no cuentan con contratos ni prestaciones de ley, sin acceso a servicios de salud, percibiendo sueldos variables o a destajo y con jornadas mayores de 8 horas; presentan repercusiones en su salud y por ende en su calidad de vida actual.

Palabras clave: Reconstrucción laboral, Salud y Calidad de Vida en Adultos Mayores, Desgaste Laboral.

Abstract

The research's goal was to reconstruct the work trajectory of senior citizens in order to know the working conditions, as well as the main risks and demands to which they were exposed during their working days associated with their life quality and current health level.

The study type was descriptive / retrospective in senior citizens (60 years and older). For data collection, a self-completed survey was carried out by adapting the Individual Survey for the Evaluation of the Health of Workers (PROESSAT) -which allows to know the main risks and labor demands-, the Evaluation Questionnaire of the WHODAS 2.0 disability. and the depression scale - Tool by the Center for Epidemiological Studies - (CESD-R, for its acronym in English). The data were processed with JMP V.10 and X2 and 95% confidence intervals were calculated.

A sample of 150 senior citizens between men and women was obtained, in which 28% of them continue in the labor market despite their health status. Crossing the risks and work demand's associations with the state of health, they showed significant prevalence's ($p < .05$) such as work demands including performing tasks, heavy physical efforts, as well as lifting, load, push or pull objects from ground level. On the other hand, the piecework performance, as meticulous task and heavy physical effort; was origin of significant prevalence's with work wear variable ($p < 0.05$). People with piecework had an 89% higher prevalence of work fatigue.

It is pertinent to mention that through job reconstruction, the work fatigue index that the subjects presented in their work centers was obtained, situation that shows people who work in informal jobs without contracts or legal benefits, or even access to services of health, receiving variable or piece-rate salaries and working days longer than 8 hours; They have health repercussions and therefore their current life quality.

Keywords: Labor reconstruction, Health and Quality of Life in Senior Citizens, Labor Wear.

“Cuando llegues a la cabecera de tu paciente, pregúntale en que trabaja, para ver si en la búsqueda de su sustento, no radica la causa de su mal”.

Bernardo Ramazzini.

Introducción

El envejecimiento¹ es un fenómeno que se da de manera natural en todo ser vivo durante el ciclo vital, es decir desde su nacimiento hasta su muerte. En los últimos años, los avances tecnológicos han generado que la tasa de mortalidad² descienda considerablemente y la esperanza de vida³ aumente cada vez más. Se prevé que en poco tiempo la población de *60 años y más* representará el mayor porcentaje de la población mundial.

En 2015, a nivel mundial había aproximadamente 901 millones de personas de más de 60 años, lo cual representó el 12% de la población, según las perspectivas globales de envejecimiento. Para el año 2030 se prevé que aumentará a 1.400 millones lo que representará el 16,5%, y en 2050 se estima habrá 2.100 millones; es decir 21,5% de la población global (AgeWatch, 2015).

El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2015a) reportó que en México durante el periodo de 1990 a 2010 el grupo de adultos mayores⁴ se incrementó hasta 31% de la población total. De igual manera, los resultados obtenidos en la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b) mostraron un crecimiento poblacional de adultos mayores de 6.2% a 7.2% entre 2010 y 2015,

¹ La definición dada para el concepto de envejecimiento y vejez se aborda de manera amplia en el Capítulo 1. Sin embargo, es importante precisar que se está entendiendo por estos dos conceptos utilizados constantemente. El envejecimiento es solo el proceso que todo ser vivo posee desde el nacimiento hasta la muerte. La vejez de acuerdo con Erikson (en Delahanty, 1987) es la etapa de la vida en la que se ubican los sujetos a partir de los 60 años y más, las cuales dejan de ser productivas laboralmente, autosuficientes y están en la espera de su muerte.

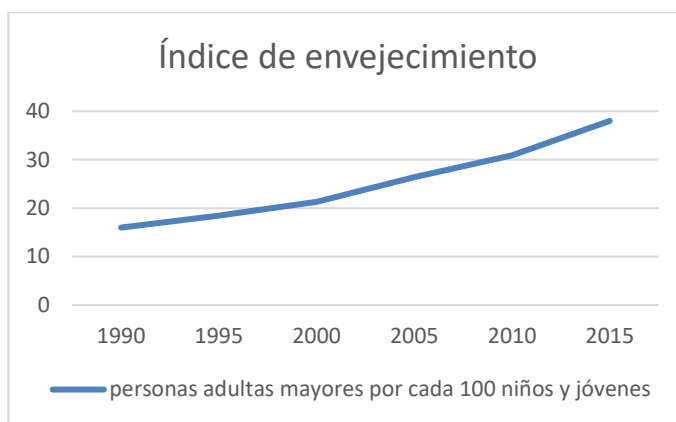
² Expresan la relación en general entre las defunciones y la población expuesta al riesgo de muerte.

³ Es el número de años en promedio que puede llegar a vivir una persona. Se obtiene del índice de natalidad / índice de mortalidad

⁴ Cabe mencionar que al hablar de adulto mayor se está refiriendo a las personas de 60 años y más.

respectivamente, de tal forma que para 2015 por cada 100 niños y jóvenes había 38 personas de 65 años y más (ver Gráfica1).

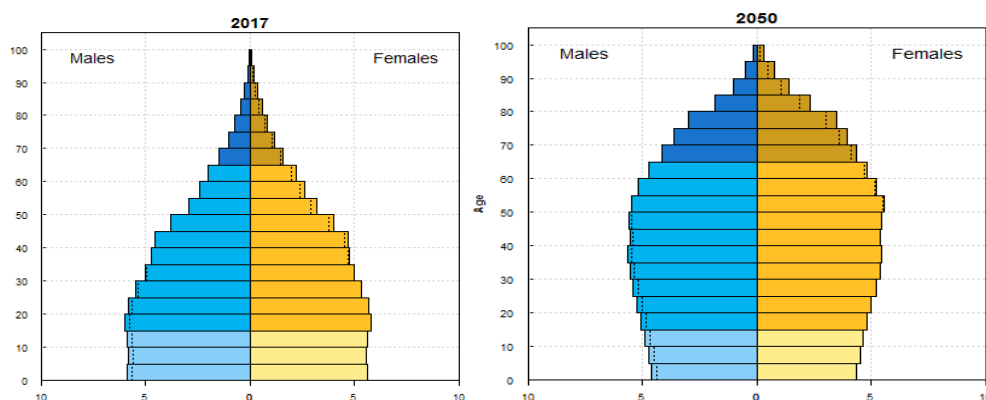
Gráfica 1. Incremento poblacional de adultos mayores en México 1990-2015



Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda

Durante los años treinta y cuarenta la expectativa de vida en México oscilaba entre 40 y 45 años de edad, actualmente es de 75 años (Aguilar, 2016). El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012) estima que en el 2020 la esperanza de vida en la Ciudad de México alcance los 76 años y llegue hasta 80 en el año 2050 (ver Gráfica 2). El cambio demográfico ocasionará una serie de exigencias, tales como, el aumento de la demanda de los servicios de salud y la insuficiencia de recursos para cubrir las pensiones, para los cuales la sociedad actual no está preparada de enfrentar.

Gráfica 2. Pirámide Poblacional de México 2017-2050*



*Población en millones

Fuente: World Population Prospects: The 2017 revision.

Según El Índice Global de Envejecimiento,⁵ de los 96 países evaluados a nivel mundial, México (posición 33) es uno de los países de América Latina y del Caribe con indicadores por arriba del promedio general en cuanto a seguridad de ingresos, estado de salud y entornos favorables para los adultos mayores (ver Cuadro 1), asimismo se ha mostrado un avance en políticas públicas para atender la salud en la vejez, con el programa de cuidados domiciliarios para personas con enfermedades crónicas y personas con discapacidad, lanzada en la Ciudad de México en 2008 (AgeWatch, 2015).

Cuadro 1. Clasificaciones y valores de América Latina y el Caribe

País	Índice general	Seguridad de ingresos		Estado de salud		Competencias		Entornos favorables	
	Clasificación	Clasificación	Valor	Clasificación	Valor	Clasificación	Valor	Clasificación	Valor
Panamá	20	40	52	31	40	16	48	48	52
Chile	21	43	45	14	35	22	49	49	50
Uruguay	27	8	45	37	40	38	57	57	57
Costa Rica	28	52	45	15	35	60	29	29	45
Argentina	31	20	45	40	40	34	66	66	45
México	33	36	45	35	40	62	46	46	45
Colombia	36	69	45	18	35	47	42	42	45
Ecuador	44	56	45	28	35	72	58	58	45
Perú	48	68	45	32	35	30	79	79	45
El Salvador	54	77	45	34	35	59	53	53	45
Bolivia	55	55	45	59	45	37	78	78	45
Brasil	56	13	45	43	45	58	87	87	45
Nicaragua	57	76	45	45	45	68	33	33	45
Guatemala	59	74	45	44	45	81	34	34	45
República Dominicana	62	80	45	39	45	57	43	43	45
Paraguay	69	79	45	50	45	54	77	77	45
Venezuela	76	66	45	29	45	51	93	93	45
Honduras	82	85	45	46	45	73	65	65	45
			Promedios regionales		Promedios regionales		Promedios regionales		Promedios regionales

Fuente: Tomado de AgeWatch, 2015

Considerando la posición en la que se encuentra el país, podría pensarse que la situación económica, social y de salud de la población etaria son prosperas. Sin embargo, dichos aspectos no son lineales ni uniformes entre los países ni aun entre los individuos, por ello deben de considerarse las condiciones socioeconómicas, laborales, genéticas, entre otras, de forma independiente. El panorama actual de los adultos mayores y aquellos que llegarán a pertenecer a este grupo etario es desfavorable, ya que conforme avanzan los años, sus principales afectaciones son aquellas relacionadas con el sector económico y de salud, lo que impactará en su calidad de vida.

⁵ Mide el bienestar de las personas, adultos mayores, de 96 países, evaluando aquellos factores que determinan el bienestar social como la seguridad económica, el estado de salud, las competencias en políticas públicas y los entornos favorables que los países brindan a esta población.

En el aspecto social, los adultos mayores, al igual que los demás grupos poblacionales, están definidos por una serie de estereotipos sociales, lo que impide alcanzar una visión más precisa de las diversas problemáticas que cada sector enfrenta (Bruno & Acevedo,2016).

Por su parte, La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015a) considera que el envejecimiento está constituido por cambios muy complejos; por ejemplo, en el aspecto biológico se asocia con la acumulación de daños moleculares y celulares, los cuales impactan gradualmente el nivel fisiológico de los sujetos, disminuyendo su capacidad personal y aumentando el riesgo de una multimorbilidad. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), dicha problemática se muestra en los resultados obtenidos en 2012, donde se evaluó el estado de salud y dependencia de 8,874 hombres y mujeres de 60 años, los cuales representaban el 9.2% de la población de adultos mayores del país. La encuesta mostró que el 26.9% presentó algún grado de discapacidad en la realización de actividades cotidianas como caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse; el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2013) refirió que las enfermedades que más afectaban a esta población eran las crónicas como: hipertensión arterial, diabetes y artritis, seguidas de afecciones pulmonares, infartos, embolias y cáncer.

Con respecto a la situación económica de los adultos mayores, la ENASEM (2013) mostró que no contar con un ingreso fijo les resulta complicado cubrir necesidades básicas de alimentación, vestido, sustento y tener acceso a servicios de salud, situación que según la encuesta puede estar asociada con despidos por edad avanzada, retiros laborales, jubilaciones o problemas de salud. Para el 2012, la cantidad de adultos mayores (hombres) que trabajaban por una compensación en alguna ocupación formal o informal disminuyó en 1.2% comparado con el año 2001 (68.5% y 69.7%, respectivamente) y en el caso de las mujeres con algún empleo, hubo una reducción en 6.5% (57.4% y 50.9%) durante el mismo periodo.

Por otro lado, los bajos ingresos que perciben los adultos mayores llevan a que cada vez más ellos se incorporen a laborar en sectores informales. En agosto de 2016, *La Jornada* publicó que el grupo de adultos mayores activos laboralmente se incrementó en 10.5% en comparación al 2013, representando el 9.8% de la población ocupada del país, donde más de la mitad del total de este grupo poblacional gana menos de dos salarios mínimos o no percibe ningún tipo de ingreso, pese a la labor que desempeñaron (González, 2016).

De acuerdo con Muñoz (2015), la crisis y la falta de empleo formal promueve que la población trabajadora inicie negocios en sus domicilios, ofreciendo diversos servicios por cuenta propia con la finalidad de obtener ingresos extras para resolver sus necesidades básicas. Aquellos que optan por esta alternativa cuentan con un sueldo variable, no tienen afiliación a instituciones de seguridad social y la mayoría trabajan por comisiones.

La inestabilidad económica que viven es un factor que disminuye su independencia, obligándolos a buscar el apoyo de familiares, instituciones o asociaciones que les brinden protección y cuidado. Sin embargo, el apoyo proporcionado no es suficiente para cubrir sus necesidades y ellos deben continuar trabajando a pesar de sus limitaciones.

En la actualidad, se observa a miles de adultos mayores trabajando en condiciones desfavorables, situación que lleva a reflexionar sobre las condiciones que tuvieron estas personas en sus centros laborales, el tipo de trabajo, la forma de pago, el acceso a servicios de salud y prestaciones de ley, elementos que no permiten a los trabajadores generar un ahorro para esta etapa de su vida y con ello evitar continuar laborando en la vejez.

Para tales propósitos, la presente investigación tiene como objetivo principal reconstruir la trayectoria laboral,⁶ de las personas de 60 años y más, con la finalidad

⁶ El concepto de trayectoria laboral se expone con mayor detalle en el Capítulo 1. Sin embargo, dicho concepto se retoma de la definición propuesta por Dombois (1998) el cual menciona que las trayectorias laborales son percibidas como la secuencia de experiencias laborales en donde el mercado de trabajo se ubica como un proceso en el tiempo biográfico e histórico.

de conocer el tipo de exposición, los riesgos y exigencias a los que estuvieron sometidos durante sus jornadas laborales, asimismo conocer el estado de salud y calidad de vida que presenta el adulto mayor actualmente.

¿Cómo se puede asociar el estado de salud y calidad de vida a través de la trayectoria laboral? De acuerdo con Noriega (1989), Laurell (1978), Alvear y Villegas (1989), las actividades laborales tienen una estrecha relación con la salud de las personas; por ejemplo, tener una actividad intensa acelera gradualmente el envejecimiento y con ello la aparición de diversas enfermedades como hipoacusia por una constante exposición a ruido, dermatitis por uso frecuente de contaminantes químicos, entre otras. Padecimientos que, según los autores, son derivados de la exposición que las personas han tenido durante sus jornadas laborales, así como las exigencias que sus puestos de trabajo les requirieron durante su trayectoria laboral, no propios de la edad.

La reconstrucción laboral, como propuesta metodológica, puede responder también a la necesidad que los adultos mayores enfrentan en su vida actual desde aspectos sociales, familiares, económicos y de salud. Dicha propuesta contiene reactivos que pueden utilizarse de manera cuantitativa y cualitativa para su estudio, como, por ejemplo, la descripción de la actividad que realizan en sus centros de trabajo.

El trabajo aquí presentado se encuentra dividido en seis capítulos, donde cada uno contiene la siguiente información:

Capítulo 1. Marco Teórico. – Comprende la descripción de los conceptos envejecimiento, vejez, salud, calidad de vida y trayectoria laboral. Esta última se aborda como un elemento derivado del concepto *Trabajo*, por ello antes de definir lo que es trayectoria laboral se describe que es Trabajo, cuáles son sus principales componentes, así como los riesgos y las exigencias a los que se somete un trabajador dentro de su empleo y los efectos que éstos causan en su salud.

Capítulo 2. Marco Histórico. - Tiene como objetivo realizar una breve descripción histórica sobre las condiciones de trabajo, salud y el sistema de pensión con el que contaba la población trabajadora durante el Siglo XX. Posteriormente, se muestra el panorama actual del sistema de pensiones, así como las condiciones actuales que enfrentan los adultos mayores y los principales apoyos gubernamentales para este sector de la población.

Capítulo 3. Metodología. - Se describen los instrumentos que permitieron recabar información para realizar la reconstrucción laboral de los adultos mayores, así como las variables y los criterios de inclusión/exclusión de la población estudiada. Asimismo, se expone una propuesta metodológica para conocer la salud y la calidad de vida de los adultos mayores a través de su reconstrucción laboral.

Capítulo 4. Resultados. - Se presentan los resultados obtenidos de la encuesta: en las tablas se muestran los datos demográficos, el estado de salud actual y la reconstrucción laboral de los adultos mayores encuestados. Además, se muestran gráficos sobre las exposiciones más frecuentes y las principales exigencias que sus puestos de trabajo les requirieron en su etapa laboral activa.

Capítulo 5. Discusión. - Se muestran los resultados obtenidos que dan respuesta a la pregunta de investigación, asimismo se realiza un análisis con la literatura obtenida en el marco teórico y diversas investigaciones afines a la población de estudio con la finalidad de identificar asociaciones o discrepancias de esta investigación.

Capítulo 6.- Conclusión

Por último, se encuentran los anexos y las referencias bibliográficas ordenadas alfabéticamente cuya finalidad es facilitar la identificación de las fuentes citadas durante el desarrollo del texto.

“Y si fuego es lo que arde en los ojos de los jóvenes,
luz es lo que vemos en los ojos del anciano”

Víctor Hugo

Capítulo 1. Marco Teórico

El presente capítulo describe los conceptos centrales de dicha investigación, como son: vejez, envejecimiento, salud, calidad de vida y trayectoria laboral.

1.1 ¿Vejez o Envejecimiento?

El envejecimiento es un proceso normal y diferente en todos los seres vivos, que comienza desde el nacimiento y se acentúa en la última etapa del desarrollo humano. Sin embargo, este proceso no es de manera uniforme, debido a que cada parte u órgano del cuerpo envejece de manera distinta (García y Peñaranda, 2011).

Alvarado y Salazar (2014) consideran que el envejecimiento, además de ser un proceso inherente a la vida humana, constituye una experiencia única, heterogénea y su significado depende de cada cultura. Las autoras entienden el concepto como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana. De igual forma, mencionan que se han propuesto varias teorías y conceptos sobre cómo abordar el envejecimiento hasta la vejez, desde el enfoque biológico, psicológico y social.

En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la pérdida de peso, talla, masa muscular; disminución de la visión y audición (García y Peñaranda, 2011). La pérdida de la capacidad funcional es otra condición que debe considerarse al conceptualizar la vejez. Con respecto a ello, Gómez, Curcio y Gómez (citado en Giraldo y Franco, 2008) la definen como:

La facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad (párr.24).

De acuerdo con estos autores, la capacidad funcional se encuentra estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como “el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo” (párr. 24). Lo anterior implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones.

Asimismo, la disminución progresiva en la realización de actividades diarias (caminar, bañarse, vestirse, comer) y el aislamiento familiar -social son factores que afectan principalmente la salud física y biológica, lo cual implica una disminución en la independencia durante su vejez.

El envejecimiento psicológico está centrado en los aspectos cognitivos como la dificultad para retener información, aumento de problemas emocionales (depresión, tristeza, melancolía) o para relacionarse en su entorno social y familiar (García y Peñaranda, 2011). Al respecto La Teoría del Desarrollo, propuesta por Erikson (en Delahanty, 1987), plantea que a partir de los 60 años las personas enfrentan la última etapa del desarrollo.- la vejez, periodo en el cual los sujetos comienzan su jubilación, dejan de ser productivos, son dependientes y padecen diversas enfermedades como: artritis, diabetes, problemas cardíacos y cáncer.

Otro de los aspectos que sobresale durante esta etapa es la edad cronológica del ser humano, está representa los años de vida de una persona.⁷ Sin embargo, al ser de carácter social no suele presentarse de forma homogénea, situación que lleva a cada país a establecer el límite de edad para considerar a un sujeto como anciano. Con respecto a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017)

⁷ La edad cronológica de una persona se obtiene restando al año actual el año de nacimiento de está. Ejemplo, actualmente estamos en el año 2017 y la persona nació en 1957. A 2017 le restamos 1957 y nos da como resultado 60. Por lo tanto, se podría decir que la persona cumplirá o cumplió 60 años cronológicos en el año 2017.

considera que la edad para determinar a un individuo como adulto mayor es a partir de los 60 años y en los países desarrollados es a los 65 años. En México, la edad establecida para pertenecer a este grupo etario según el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM, 2017) es de 60 años.

Al concepto de envejecimiento se le han atribuido una serie de apelativos, los cuales dependen de las ideas, valores, creencias y expectativas de cada individuo, familia y sociedad, como son: vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad y adultos mayores. Sin embargo, los apelativos hacen referencia a la última etapa de la vida del ser humano que inicia aproximadamente a los 60 años (Alvarado y Salazar, 2014).

Por ello, cuando se abordan las diversas problemáticas que enfrentan los adultos mayores durante su envejecimiento, deben considerarse aspectos desde el nivel físico, social, económico, biológico y psicológico de cada sujeto y no solo por su edad cronológica o por el nivel de desgaste físico que presentan (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

De tal manera y para fines de esta investigación, la vejez es entendida como la etapa del ser humano que inicia a partir de los 60 años hasta la muerte, donde existe una mayor disminución de las capacidades físicas, biológicas, psicológicas, sociales y económicas, las cuales dependen del contexto de cada persona.

1.2 La Salud del Adulto Mayor

Definir el concepto “salud” resulta bastante complejo y más aún cuando se trata de una población en específico; sin embargo, para hablar de salud hay que considerar la enfermedad como dos procesos conjuntos. De acuerdo con García y Noriega (2012), la salud y la enfermedad deben abordarse desde tres niveles: el biológico, el individual y el colectivo, ya que cada uno explica distintas problemáticas de los individuos.

Nivel Biológico

El desgaste físico y biológico, acumulado a través de los años, produce numerosos cambios en la salud del ser humano; por ejemplo, una mayor vulnerabilidad a factores del medio ambiente aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas y una disminución en la capacidad funcional. Esta última está determinada no solo por capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones con los entornos que la persona tiene a lo largo de su vida- la situación económica, las redes sociales y los entornos naturales (OMS, 2015a).

García y Peñaranda (2011) consideran que el deterioro progresivo de los sistemas físicos y biológicos del ser humano puede ocasionar enfermedades como: vista cansada (presbicia), miopía, cataratas, hipoacusia, osteoporosis, artritis reumatoide, hipertensión arterial, trastornos musculoesqueléticos, entre otras enfermedades.

Durante la vejez, además del deterioro físico y biológico, tienen a manifestarse con mayor prevalencia afectaciones psicológicas como disminuciones en los procesos cognitivos, encargados de la capacidad para percibir, atender, recordar, resolver problemas, realizar cálculos matemáticos y orientarse en el espacio, entre otras, además de una sensibilización mayor en el proceso afectivo-emotivo, dado que las situaciones o vivencias son frecuentemente asociadas a sentimientos de alegría, pena, ansiedad, depresión, miedo y optimismo (García y Peñaranda, 2011). No todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad, por ejemplo, las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario, en particular, se mantienen estables durante toda la vida. (OMS, 2015a).

La Organización Mundial de la Salud (2015a), en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, publicado en 2015, refirió que en los países con ingresos bajos y medio bajos, las deficiencias sensoriales, los trastornos musculares, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, así como los trastornos depresivos, caídas, diabetes, demencia y artrosis son enfermedades que con

mayor frecuencia afectan a los adultos mayores y generan mayor discapacidad en comparación con países de mayor ingreso. Esto es debido a una manifestación de diversos factores, como la mayor exposición al ruido, a contaminantes atmosféricos en ambientes interiores y exteriores a lo largo de la vida, entre otros.

Algunos adultos mayores se enfrentan a la multimorbilidad, es decir, la presencia de más de una enfermedad crónica, además de cuadros clínicos complejos que no son categorizados aun como enfermedades específicas, sino como enfermedades geriátricas o síndromes geriátricos como la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, el síndrome confusional y las úlceras por presión, las cuales al igual que las enfermedades crónicas, afectan comúnmente la salud y la calidad de vida durante la vejez (Fernández y Bustos, 2016).

Sin embargo, para la Organización Mundial de la Salud (2015a) las afectaciones físicas que pueden llegar a tener los adultos mayores en su productividad laboral no necesariamente tienen efectos negativos “porque hasta cierto punto pueden compensarse con la experiencia de vida y de trabajo de las personas mayores” (p.55).

Las enfermedades son procesos conjuntos y vitales del ser humano, los cuales están íntimamente relacionados al trabajo, las formas de consumo, organización, cultura y recreación en la sociedad (Noriega, 1993). Conocer el estado de salud de las personas permite darse cuenta de la calidad de vida que ellos pueden llegar a tener.

Durante el envejecimiento, algunas enfermedades se manifiestan de manera crónica, y aunque éstas pueden presentarse a cualquier edad, con el paso del tiempo la morbilidad se acentúa por la constante exposición a cambios biológicos, sociales, políticos, económicos y laborales, que las personas tienen a lo largo de su vida, afectando principalmente su salud.

Castro, Gómez, Negrete y Tapia (1996) explican que las personas de la tercera edad pueden padecer enfermedades que son dependientes de la edad, es decir,

que su patogénesis está directamente relacionada con el proceso de envejecimiento; entre ellas destacan las enfermedades cerebrovasculares, alzheimer, parkinson y osteoporosis. El riesgo de padecer dichas enfermedades se incrementa directamente con la edad, además, se observa una clara preponderancia femenina debido a la mayor longevidad.

Estos autores mencionan también que los adultos mayores pueden padecer enfermedades que no necesariamente están relacionadas con la edad, como las neurológicas, la esclerosis múltiple, esquizofrenia, úlcera péptica, gota, colitis ulcerativa, hemorroides, enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, influenza y neumonía.

Por otro lado, las principales causas de mortalidad en México han cambiado con el tiempo. En 1940, la principal causa de muerte en México era por infecciones gastrointestinales; sin embargo, actualmente estos padecimientos ya no constituyen una causa importante de defunción en la población general. A partir de 1990, la diabetes mellitus apareció dentro del cuadro de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011).

La Secretaria de Salud (S.S, 2007) reportó que en México más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres adultos mayores se debieron a enfermedades relacionadas con la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. De igual forma, se refirió que la diabetes incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal. Además, la diabetes mellitus es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera en la población que la padece.

INEGI (2015c) reportó que las principales causas de mortalidad en los adultos mayores son las relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas, entre las cuales se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus,

tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Principales causas de mortalidad en Adultos Mayores

Causas de mortalidad		Hombres	Mujeres
1	Enfermedades isquémicas del corazón	26.8%	53.1%
2	Diabetes mellitus	9.4%	16.5%
3	Tumores malignos: de próstata, mama, estómago, tráquea, bronquios, pulmón, hígado y de las vías biliares intrahepáticas	10.1%	14.1%
4	Enfermedades cerebrovasculares	3.1%	7.2%
5	Influenza y neumonía	2.6%	4.3%

Fuente: Elaboración propia. Adaptada de INEGI, consulta de tabulados básicos, año de registro 2015.

Laurell (1978) menciona que las principales causas de muerte en las personas tienen una relación con el proceso de trabajo. Por ejemplo, las enfermedades infecciosas y nutricionales como paludismo, diarreas, pulmonía, anemias y deficiencias nutricionales pueden ser el resultado de una situación de trabajo excesivo y una mala alimentación. “La muerte por enfermedades isquémicas y arterioescleróticas del corazón, están relacionadas al estrés producido por la alta productividad e intensidad en el proceso de trabajo” (p.44).

Nivel individual

García y Noriega (2012) mencionan que conocer la salud y la enfermedad desde el nivel individual es difícil si se utilizan solo criterios médicos. Para los autores es de suma importancia conocer de manera particular como se expresa y se siente cada sujeto, con la finalidad de tener una imagen integral de éste. Las personas suelen comprender la salud como sinónimo de sentirse bien, mientras que la enfermedad la relacionan con un conjunto de problemas (molestias y síntomas).

Nivel colectivo

Dicho nivel se analiza desde un enfoque colectivo, partiendo del entendimiento de que la salud y la enfermedad, son un efecto o una consecuencia que tienen los grupos sociales. Por eso las condiciones en que viven, trabajan y consumen los sujetos determina su perfil salud-enfermedad (García y Noriega, 2012)

Laurell (1982) al igual que García y Noriega (2012), considera que la salud y la enfermedad son un proceso biológico y social que se da en los grupos sociales. Esta relación no solo se verifica en el caso clínico, sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos, y va a depender del estilo de vida, contexto social y ambiente laboral, entre otros (p.2).

Por ello, Laurell (1978) considera que para demostrar el carácter social de la morbilidad es necesario estudiar el tipo de enfermedad, la frecuencia y la distribución de los padecimientos entre los distintos grupos sociales, que componen la sociedad, además de considerar los roles establecidos socialmente a los individuos.

1.3 Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto que usualmente se asocia con tener buena salud, ser autosuficiente, gozar de un buen ingreso económico, mantener una relación estable con familiares y amigos, además de mantenerse activos (física, social, laboral y culturalmente), tener acceso a servicios sociales y sanitarios, una vivienda cómoda y de calidad, sentirse satisfecho con la vida y tener la posibilidad de aprender nuevas cosas (Fernández, 1997).

De acuerdo con Vera (2013), la calidad de vida que los sujetos tendrán durante la vejez, es el resultado de la interacción de diversos factores como son: el lugar de residencia, alimentación, el acceso a la educación y el tipo de redes sociales que estos tuvieron durante su juventud. Por ello, algunos factores fundamentales en la calidad de vida del adulto mayor son:

1.- Ser independientes,

2.- Contar con ingresos suficientes que les permitan satisfacer sus necesidades básicas, lo cual se convierte en sinónimo de una buena calidad de vida y;

3.- Tener una familia que los trate con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, apoyo para lograr sus metas, así como ejercer su derecho de libre expresión, decisión y comunicación. Sin embargo, para la familia la calidad de vida del adulto mayor está encaminada a proporcionarle únicamente alimentación, vestido, vivienda e higiene (Vera, 2013).

Por otro lado, cabe destacar que la calidad de vida en la vejez está ligada a la trayectoria laboral del adulto mayor. Los bienes materiales que las personas adquieren durante su etapa laboral productiva, la vivienda y el ingreso económico les permite satisfacer necesidades básicas como la alimentación y el acceso a salud, lo que promueve condiciones de envejecimiento de mejor calidad y contribuye a vivir dignamente su envejecimiento (Montoya y Montes de Oca, 2009).

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2016a) considera que, aunque México ha avanzado en gran medida en los últimos años en la mejora de la calidad de vida de sus ciudadanos, aún está por debajo del promedio en los temas de empleo y remuneración, estado de la salud, calidad medioambiental, vivienda, ingresos y patrimonio, sentido de comunidad, balance vida-trabajo, seguridad personal, satisfacción, educación y competencias.

Según datos estimados por la OCDE (2016b) en México, las familias tienen egresos mayores al ingreso económico que perciben, el mantenimiento de su vivienda les consume una gran proporción del presupuesto familiar. Asimismo,

refirió que los trabajadores económicamente activos perciben los salarios más bajos y que el desempleo a largo plazo puede tener un gran efecto negativo en los sentimientos de bienestar y autoestima, además de generar pérdidas en capacidades debido a la inactividad, reduciendo así las posibilidades de conseguir empleo (OCDE, s.f.).

En este sentido, se plantea que otro factor esencial es la seguridad laboral, debido a que quedarse desempleado no solo conlleva a una pérdida económica, sino que trae mayor vulnerabilidad y sistemas de seguridad reducidos.

Desafortunadamente en algunos empleos sobre todo en los informales los empleadores no tienen la concientización de ofrecer seguridad e higiene a sus trabajadores, sin embargo, debería ser una prioridad brindar trabajos en los que se garantice la seguridad y protección a la salud de los trabajadores, así como la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas a sus actividades laborales durante toda su vida laboral activa.

1.4 Trayectoria Laboral

Para poder definir que es la trayectoria laboral es importante describir como primer punto que es el trabajo y cuáles son sus principales componentes, ya que dichos conceptos se relacionan entre sí.

¿Qué es trabajo?

La palabra trabajo se ha definido desde diversas perspectivas. La Real Academia Española (2017) define el trabajo como la acción o efecto de trabajar, así como el resultado de la actividad humana de la cual se percibe una retribución económica; o simplemente como aquella operación de la máquina, pieza, herramienta o utensilio que se emplea para algún fin.

En el tesoro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) esta actividad es definida como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos (Levaggi, 2004). Asimismo, en la OIT se señala que el empleo es aquella función que el ser humano realiza a cambio de algún pago, sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo).

La Ley Federal del Trabajo (2006) en México, en su Título Segundo Relaciones Individuales de Trabajo, establece que el “trabajo es cualquier actividad que se realice de la cual se obtenga un salario” (p. 4).

Sin embargo, para Noriega (1989), el trabajo no solo satisface necesidades, sino también crea y reproduce al hombre y éste, a su vez, crea los elementos necesarios para su goce y disfrute. No obstante, para que el hombre se reproduzca son necesarios dos procesos- la producción y el consumo.

El proceso de producción, dentro del capitalismo, determina las características del proceso técnico del trabajo y la manera específica en que éste se organiza, es llamado también proceso de valorización, cuyo objetivo principal es la mayor producción al menor costo, sin importar el efecto que éste tendrá en los trabajadores. Toda modificación en el proceso de valorización modifica el proceso de trabajo (Noriega, 1989).

Elementos principales del *Proceso del Trabajo*

De acuerdo con Noriega (1989), el proceso de trabajo se compone de elementos tales como: a) objetos, b) medios y c) trabajo o la actividad en sí misma. Con la entrada del capitalismo se integra como nuevo componente la d) organización y división del trabajo con el cual, el Capitalismo arrebató al hombre el control de su propia actividad.

Los objetos son los materiales que se utilizan y transforman para obtener un producto final. Estos se obtienen de la materia bruta y son extraídos de la naturaleza

como rocas, minerales, plantas, frutos, entre otros; o bien son materia prima que surge como producto de otra actividad, por ejemplo, las telas, tinturas, plásticos, madera, algodón, petróleo, cuero y solventes, entre otros.

Los medios o instrumentos de trabajo se refieren a las herramientas que utiliza el trabajador para manipular los objetos. Estos instrumentos pueden ser manejados físicamente a través de martillos, palas, cinceles; mecánicamente a través de taladros, excavadoras y hornos; o a través de equipos computarizados. Las instalaciones del centro laboral, incluyendo el mobiliario, pisos, techos, paredes y escaleras, entre otros, son considerados parte de los medios de trabajo.

El trabajo es una actividad humana y es fundamental en el proceso laboral debido a que sin él no se genera la riqueza. El trabajador requiere de esfuerzo físico y/o mental: cargar, mover cosas, accionar palancas, soldar, caminar, agacharse, concentrarse para realizar una o varias cohortes, vigilar algún tablero, maquinaria o producto. Cada una de estas actividades le exige al trabajador un aprendizaje y las capacidades o habilidades necesarias para realizarlo.

La organización y división del trabajo se produce al interior del centro laboral, en que se sistematizan las actividades de los trabajadores y se regula el funcionamiento de los objetos y medios de trabajo. La división del trabajo permite la fragmentación del trabajo por áreas, departamentos, secciones y servicios. Además, se establecen las condiciones laborales, tales como duración de la jornada, supervisión y control de los procesos de producción, control de calidad, creatividad y nivel de producción.

Sin embargo, para el capitalismo el objetivo principal del proceso de trabajo es la generación de ganancias y no la satisfacción de las necesidades de la persona; es decir, controla el proceso de trabajo, e incrementa la producción de mercancías para obtener mayores ganancias, aunque en este proceso la persona se encuentre expuesta a altos niveles de riesgos y exigencias que afectan directa o indirectamente su salud (Noriega, 1989).

Riesgos y Exigencias Laborales

En todo proceso de trabajo, las personas son expuestas a diversas actividades físicas, mentales o ambas, las cuales implican ciertos riesgos y exigencias, que en su mayoría son ajenos a ellos. La necesidad de las personas por satisfacer sus necesidades pasa a segundo término y no se toma en cuenta los efectos que podría tener el trabajo en la salud.

Alvear y Villegas (1989) señalan que los riesgos son derivados de los objetos y medios del proceso de trabajo y se dividen en tres grupos: riesgos físicos, químicos y mecánicos

Primer Grupo: riesgos derivados de la utilización de los instrumentos de trabajo que modifican características del medio ambiente, llamados también “riesgos físicos” (ver Cuadro 3).

Cuadro 3.- Riesgos Físicos

Exposición	Daños a la Salud
a) Temperatura, ventilación y humedad	a) La ventilación y la humedad influyen en la regulación térmica de los trabajadores. Trabajar a altas temperaturas ocasiona alteraciones en la piel como erupciones y quemaduras, deficiencias en la circulación de la sangre, deshidratación, calambres por calor, golpe de calor, tensión nerviosa, fatiga y un sobreesfuerzo en el desarrollo de actividades. Las bajas temperaturas producen trastornos circulatorios a largo plazo y enfermedades en las articulaciones, huesos y músculos.

Exposición	Daños a la Salud
b) Iluminación: natural, artificial (focos o lámparas)	b) La variación en la iluminación ocasiona daños visuales, los cuales se manifiestan por irritaciones dolorosas de los párpados y ojos, diplopía (percepción de imagen duplicada), disminución de la capacidad visual, dolores de cabeza, fatiga nerviosa que puede ser provocada por una demanda intensa o permanente de la percepción visual, provocando vértigos, insomnio y una disminución en la reacción de movimientos.
c) Ruido	c) La sordera o hipoacusia es consecuencia de la exposición a altos niveles de ruido. Sin embargo, también se puede ocasionar daños en el sistema nervioso, produciendo efectos como disminución en la concentración, rapidez, sobre esfuerzo en actividades y cambios en el carácter del trabajador como ansiedad y agresividad.
d) Vibraciones: vehículos en movimiento, maquinaria pesada instalada en las fábricas y las herramientas vibrantes utilizadas por el trabajador (perforadoras, pulidoras, sierras de mano, etc.)	d) Las vibraciones a muy baja frecuencia producen molestias como vómitos, mareos y náuseas; y éstas pueden desaparecer al cesar la vibración. Las frecuencias altas pueden producir dificultades para mantener el equilibrio, trastornos visuales, del comportamiento y de la circulación. La vibración al nivel de la mano ocasiona dolor y malestar en mano, brazo, hombro e incluso otras partes del cuerpo, microtraumatismos. Además, las vibraciones también pueden ocasionar disminución de la audición.

Fuente: Elaboración propia, Riesgos y Daños a la Salud. Adaptado de Alvear y Villegas, 1989.

Segundo Grupo: riesgos derivados de los objetos y de su transformación de trabajo, llamados también “riesgos químicos”.

Alvear y Villegas (1989) mencionan que, en este grupo, la nocividad de riesgo está determinada por el tiempo de exposición, la forma de contacto y las características del centro de trabajo. Además, los efectos que ocasionan pueden ser crónicos (su aparición es después de varios meses o años) o agudos (aparecen en cuestión de minutos u horas) (ver Cuadro 4).

Cuadro 4.- Riesgos Químicos

Exposición	Daños a la Salud
<p>a) Contaminantes químicos como: polvos, gases, humos, vapores y líquidos (ácidos o disolventes)</p>	<p>a) Los efectos que se producen son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irritantes de las vías respiratorias altas: nariz, garganta. - Irritantes de las vías respiratorias inferiores: bronquios y pulmones - Neumoconióticos: sustancias que se acumulan en los pulmones produciendo lesiones progresivas. - Tóxicos sistémicos: sustancias que producen efectos en varios órganos. - Anestésicos y narcóticos: agentes que ocasionan somnolencia o entumecimiento de alguna parte del cuerpo. - Cancerígenos: sustancias que actúan en las células, produciendo alteraciones irreversibles en su estructura y formas anormales del crecimiento. - Alergénicos: producen alergias a la exposición.

Exposición	Daños a la Salud
	<ul style="list-style-type: none"> - Asfixiantes: dificultan la entrada de oxígeno. - Dermatitis: agentes que producen irritación en la piel. <p>Los trabajadores pueden exponerse a más de uno de estos efectos.</p>

Fuente: Elaboración propia, Riesgos y Daños a la Salud. Adaptado de Alvear y Villegas,1989.

Tercer Grupo: riesgos que los medios de trabajo representan en sí mismos, llamados “riesgos mecánicos”, los cuales se derivan de: el espacio laboral, ubicación de materiales para la realización de las actividades, instalación de servicios básicos (luz, agua, drenaje) (ver Cuadro 5).

Cuadro 5.- Riesgos Mecánicos

Riesgo	Derivado de
a) La construcción del espacio de trabajo	Pisos, techos, paredes, escaleras, salidas de emergencia, adecuados al tipo de actividad.
b) Instalaciones	Energía eléctrica, gas, agua, drenajes, entre otros.
c) Colocación de señalamientos	Extintores, ventilación y precaución en la manipulación de sustancias inflamables.
d) Manipulación de maquinaria	Tipo de maquinaria y herramienta utilizadas en el proceso de trabajo, por lo que es importante proporcionar el equipo necesario dependiendo de las actividades que realiza el trabajador.

Fuente: Elaboración propia, Riesgos y Daños a la Salud. Adaptado de Alvear y Villegas,1989.

La falta de mantenimiento e identificación de riesgos mecánicos pueden ocasionar daños físicos en los trabajadores como: accidentes, caídas, heridas, contusiones, amputaciones fracturas, quemaduras, electrocuciones, entre otros.

De acuerdo con Alvear, Franco, López, Martínez, Noriega y Villegas (2005) para realizar un estudio sistemático de los diferentes riesgos a los que se exponen los trabajadores, es necesario un cuarto grupo el cual se enfoque a los *Riesgos asociados a las condiciones insalubres o a la falta de higiene* como son: sanitarios, comedores, bebederos con agua potable, botiquín de primeros auxilios y servicio médico.

Noriega (1993) menciona que las exigencias surgen de la división y organización del trabajo y son requerimientos que se les impone a los trabajadores afectándolos física- y mentalmente, agrupándose en función de:

- 1) Tiempo de trabajo: duración de la jornada diaria y semanal, horas extra, doble turno, guardias, tiempo de turno, rotación de turnos, trabajo nocturno y las pausas realizadas en el proceso.
- 2) Cantidad e intensidad del trabajo: grados de atención, tiempos y movimientos (ritmo de las maquinas, rapidez de ejecución de la tarea), repetitividad de la tarea, prima de producción, pago a destajo, pago por horas y la posibilidad de fijar el ritmo de trabajo.
- 3) Vigilancia del trabajo: supervisión estricta, supervisión con maltrato y control de calidad.
- 4) Tiempo de actividad: dificultad de comunicación y desplazamiento, características del esfuerzo físico, posiciones incómodas y/o forzadas, sedentarismo, minuciosidad en las tareas y monotonía.
- 5) Calidad del trabajo: calificación para el desempeño del trabajo, posibilidad de iniciativa, dirección y decisión en la actividad, grado de conjunción entre concepción y ejecución, así como intereses de los trabajadores en su actividad. En este punto Martínez (1997) propone otras exigencias complementarias tales como: la claridad del contenido de la tarea, oposición

entre diferentes exigencias laborales, responsabilidad de la seguridad de terceros (del producto y del equipo), relación entre trabajadores - superiores y subordinados, seguridad de mantener el empleo.

Martínez (1997) considera que, con la incorporación de nuevos avances tecnológicos en los centros laborales, se han presentado cambios importantes en los procesos de trabajo y por ende en las condiciones de salud de los trabajadores. Para la autora, las exigencias han pasado de requerimientos de gasto calórico alto por esfuerzo físico intenso, a exigencias que tienen mayor repercusión en la esfera mental. Asimismo, Martínez (1997) plantea que con el desarrollo tecnológico se han incorporado paulatinamente las potencialidades de los trabajadores, tanto físicas como mentales, eliminando los componentes humanizantes del trabajo.

Los componentes humanizantes surgen de la relación entre el proceso de trabajo y la persona misma, como son: la relación entre la idea y la ejecución de la tarea, el equilibrio entre actividades físicas y mentales, la calidad y contenido del trabajo, desarrollo de capacidades y habilidades, control sobre el organismo, interés y satisfacción en el trabajo. Dichos elementos pueden tornarse negativos bajo ciertas condiciones, repercutiendo en la salud de los trabajadores ocasionando; por ejemplo, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, estrés, entre otros (Martínez, 1997).

Noriega (1993) refiere, que la interacción entre la ausencia o presencia de los componentes humanizantes, así como de la exposición a riesgos y exigencias a los que es sometido el trabajador determinan el estado de salud-enfermedad.

En cuanto a la actividad laboral, los adultos mayores además de experimentar cambios físicos y cognitivos, representan para los empleadores un mayor riesgo de accidentes y enfermedades, situación que los coloca en desventaja ante la población más joven (Hermosilla, Paravic y Valenzuela, 2015).

Sin embargo, en la actualidad, muchas personas en edad mayor se identifican aún con el trabajo asalariado y el sustento del hogar, sometidas a

medidas de carácter pasivo y asistencial, con contratos de relevo y pocas iniciativas de formación. También se evidencian bajas contrataciones en personas adultas, aunque sean igual de calificados que los más jóvenes, y esto se basa en que la presión y estrés laboral pudiesen traer a la persona efectos negativos en la capacidad de trabajo, más aún si el trabajo trae consigo posiciones incómodas, cargas pesadas, largas horas en turno, ruidos, etc. que pudieran decantar en una futura jubilación por discapacidad (Hermosilla et al., 2015, pp. 167-168).

Con el aumento de la esperanza de vida en la población y el incremento en la edad para el retiro, las condiciones físico-ambientales, así como las condiciones de seguridad laboral (económicas) de los centros de trabajo deben de ajustarse a las necesidades de los trabajadores adultos mayores, con la finalidad de crear “ambientes de trabajo saludables destinados a la promoción y prevención de la salud durante toda la vida laboral”, así como a las “acciones destinadas a la seguridad en el trabajo y la pesquisa de factores de riesgo de accidentes o enfermedad ocupacional” (Hermosilla et al., 2015, p.168).

¿Qué es Trayectoria Laboral?

Según Dombois (1998), el trabajo y la actividad que realizan los sujetos en sus centros laborales, representa situaciones de su vida laboral, en la cual se involucran sus relaciones sociales pasadas, presentes y futuras. El autor considera que la trayectoria laboral es la secuencia de la experiencia laboral en donde “las personas se encuentran en diferentes fases o ciclos de su vida laboral: unas, de mayor edad, ya han pasado por trayectorias largas de formación y de trabajos, otras apenas se han integrado al mundo del trabajo” (párr.8), sin embargo, no por ser pequeñas dejan de ser significativas e importantes.

Uno de los objetivos de las trayectorias laborales es la reconstrucción de los procesos relacionados con el tiempo de vida de las personas, en el cual se pueden analizar la diferenciación social, los cambios, los procesos y las posiciones laborales en el transcurso de su vida. Para el análisis de la trayectoria laboral, según

Dombois (1998) es importante enfocarse desde dos procesos - biográfico e histórico. En el primero “se establecen secuencias típicas según los ciclos de vida” y en el segundo “se dan diferentes limitaciones y oportunidades, que definen espacios diferentes para trabajos y empleos de generaciones o cohortes distintas” (párr.10).

Por otra parte, Comas, Cicciari y Rubio (2016) mencionan que por medio de las trayectorias laborales se pueden obtener datos que muestren la relación de la estructura socioeconómica dentro de un mismo contexto. De igual forma, los autores consideran que independientemente de los cortes temporales que se puedan realizar durante las entrevistas/encuestas, los resultados dan cuenta de su situación laboral presente planteada desde una continuidad con él pasado.

Aunque el estudio y el análisis de la trayectoria laboral se ha abordado metodológicamente desde las perspectivas cuantitativa y cualitativa, el único objetivo de ambas es dar cuenta de los cambios en la vida de los trabajadores. Sin embargo, para Bruno y Acevedo (2016) el investigador debe de interesarse también por cómo influyen los cambios del entorno de los trabajadores en su vida.

Ahora bien, la reconstrucción de la trayectoria laboral del adulto mayor permitirá conocer cuáles fueron sus condiciones laborales que no les permitieron ahorrar para esta etapa de su vida; por lo que continúan insertos en el mercado, a pesar de su estado de salud.

“Aquellos que piensan que no tienen tiempo para el ejercicio, tarde o temprano tendrán tiempo para la enfermedad”.

Edward Stanley

Capítulo 2. Marco Histórico

El presente capítulo contiene una breve descripción histórica sobre las condiciones de salud, trabajo y sistema de pensión con el que la población trabajadora contaba durante el Siglo XX, asimismo se muestra el panorama actual para esta población, enfocándose principalmente en el grupo de los adultos mayores.

2.1 Salud y Trabajo en los 70's, 80's y 90's

El aumento en la esperanza de vida y los cambios tecnológicos, sociales y económicos que se implementaron con el paso de los años, reconfiguraron la manera en cómo la sociedad considera y trata a las personas longevas (Ham y González, 2008).

Antes del siglo XX, pocas personas llegaban a los 65 años y quienes alcanzaban esta edad eran consideradas como las más sabias de la comunidad, ya que no se contaban con medidas de prevención de los riesgos de enfermedad y muerte presentes en esa época. Posterior a ello y con la implementación de las nuevas tecnologías, principalmente el uso de los antibióticos y el acceso a servicios de salud, las personas pudieron incrementar su esperanza de vida y formar parte del este grupo etario (Ham y González, 2008).

Durante el siglo XX, las familias eran muy numerosas y los ingresos de un solo trabajador comenzaron a ser insuficientes para cubrir las necesidades de todos sus integrantes, ocasionando que algunos sujetos comenzaran a laborar desde su infancia. Conocer el contexto político y económico de esa época resulta importante

para identificar las condiciones en que se desarrollaron los adultos mayores en ese tiempo y así poder entender el impacto que hubo en su salud actual.

En periodo de 1870-1960, la situación de la salud pública en México era una situación crítica, ya que el 91% de los habitantes pertenecía al sector más pobre de la población. Los trabajadores percibían salarios muy bajos con jornadas extensas y agotadoras, los peones iniciaban sus labores a las 4 a.m., trabajando hasta la puesta del sol, mientras que, en la Ciudad de México, los obreros y los dependientes de las casas comerciales iniciaban sus actividades a las 7 a.m. para terminar unas 13 horas más tarde. Por otro lado, el trabajo doméstico era una labor que no ameritaba salario, tampoco tenía horario fijo como se refiere en los demás empleos (Rivera, 2003).

Rivera (2003) señala que, para 1960 la pobreza aumentaba cada vez más para los campesinos y las tiendas de raya desaparecieron.⁸ Con el surgimiento de las leyes laborales, se prohibió la explotación de los trabajadores y las extensas jornadas de trabajo, se avanzó en la legislación de los descansos semanales, vacaciones obligatorias, prestaciones médicas forzosas y en la obligación de los patrones a dar justa indemnización al trabajador, en caso de accidente o de enfermedad profesional. En este periodo, las campañas sanitarias tuvieron auge; sin embargo, ante la situación de pobreza y desnutrición en las que vivían las familias no hubo un cambio favorable en la salud de las personas.

Durante el periodo de 1970, México atravesaba por una grave crisis económica, la cual condujo a un aumento de desempleo, generado por desequilibrios comerciales, financieros y una inflación cada vez mayor. El panorama de la década se caracterizó por un modelo de crecimiento económico agotado, una distribución distorsionada del ingreso, una industria ineficiente, incapaz de crear empleos y de incursionar con éxito en el mercado externo; una agricultura en declive, que se

⁸ Las tiendas de raya eran lugares ubicados cerca de las haciendas o fábricas en las cuales los trabajadores eran obligados a realizaban sus compras, generalmente se compraban alimentos. Las tiendas eran propiedad de los mismos patrones los cuales les pagaban a sus empleados con vales o monedas canjeables únicamente en estos establecimientos.

encontraba inhabilitada para apoyar el crecimiento económico, una insuficiencia fiscal y un sector financiero débil (Peña, 1979).

Sin embargo, a pesar de la crisis económica que pasaba México durante 1970, las mujeres tuvieron una creciente participación en el mercado laboral, principalmente en el sector dedicado al comercio y servicios; sin embargo, ellas percibían salarios deficientes (Zabludovsky, 2007), situación que no ha cambiado mucho hasta la actualidad.

Córdoba, Leal y Martínez (1989) mencionan que durante los 80's, la población rural trabajadora en México se concentraba en áreas urbanas, realizando labores poco productivas y mal remuneradas, con altos índices de desocupación. El acceso e ingreso a los bienes y servicio de salud variaban en la población debido a que ésta dependía del estrato sociocultural al que pertenecían. Además, el salario que percibían no los trabajadores les alcanzaba para cubrir sus principales necesidades, ocasionando problemáticas en su alimentación, vivienda, educación y salud.

Los autores concluyen que la población trabajadora presentaba una distribución laboral diversa, con un contexto salarial bajo, y sus efectos sobre la salud estaban ligados a la relación que existía entre los riesgos que se originaban en los espacios laborales y extralaborales.

2.2 Servicios de Salud Actual

La seguridad social, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, s.f.), es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, particularmente, en la vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.

En México, el sistema de salud comprende dos sectores, el público (ver Cuadro 6) y el privado. “El primero integra a sujetos con y sin seguridad social; y el segundo, comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa” (Gómez, et al., 2011, p. S224).

Cuadro 6. Instituciones de seguridad social: sector público

Con seguridad social	Sin seguridad social
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Secretaría de Salud (SSa)
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Servicios Estatales de Salud (SESA)
Petróleos Mexicanos (PEMEX)	IMSS-Oportunidades (IMSS-O)
Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR).	Seguro Popular de Salud (SPS)

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Gómez et. al., 2011

El servicio de salud público en México, se concentra en dos subsistemas primordialmente. Uno de ellos es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual cuenta con el mayor número de trabajadores afiliados. Este instituto proporciona seguro y servicios de atención médica, pensiones y otros beneficios a personas empleadas en el sector privado. El segundo es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual brinda seguridad social similar únicamente a los trabajadores del gobierno federal (Gómez et. al., 2011).

Sin embargo, estas dos instituciones han resultado insuficientes para dar cobertura a la creciente población en los últimos años, por lo que, en el 2004, se llevó a cabo la apertura del Seguro Popular, el cual brinda seguridad a la población que no se encuentra afiliada a ninguno de estos subsistemas o que cuentan con un empleo informal (OCDE, 2016a).

Si bien el acceso a servicios de salud resulta completamente necesario para preservar la calidad de vida de los adultos mayores y elevar su esperanza de vida, lo cierto es que no es suficiente, ya que también se requiere de asegurar una solidez

económica para que estas personas puedan solventar sus necesidades básicas y las relacionadas con su edad.

En este sentido, Ham, Velarde, Hernández y Murguía (2014) consideran que el aumento de adultos mayores implicará una mayor demanda de empleo, lo cual requiere una revisión de las políticas actuales, las cuales están vinculadas a la pensión laboral, al retiro jubilatorio e implementación de fondos económicos para brindar seguridad social y estabilidad económica durante la vejez.

Así mismo, la seguridad social radica en propiciar un envejecimiento activo que permita conservar la independencia, mantener y ampliar la participación social y prevenir la discapacidad. También requiere garantizar el acceso a bienes y servicios esenciales, incluyendo alimentos, vivienda y atención de la salud; esto último es crucial en la vejez, sobre todo para las mujeres, teniendo en cuenta, que su esperanza de vida es más alta que la de los hombres (Villegas y Montoya, 2014).

La creación de instituciones de seguridad social en México planteó como uno de sus objetivos, administrar la transferencia de servicios y recursos para la población trabajadora, sus familias y para aquellas personas que han cumplido su trayectoria laboral o han tenido la posibilidad de desempeñar algún trabajo formal, retribuyéndoles una parte de lo que ahorraron para su retiro, es decir, el goce de una jubilación (Villegas y Montoya, 2014). Desafortunadamente, la población de adultos mayores que se encuentra dentro del sector laboral informal no cuenta con esta prestación, lo que repercute en la falta de recursos, comida, acceso a servicios, educación y empleo, entre otras.

2.3 Otros aspectos significativos en la vejez

Dependencia por deterioro de la salud

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) evaluó el estado de salud y dependencia del adulto mayor. El 27% de los adultos mayores a nivel

nacional presentó algún grado de discapacidad en la realización de actividades cotidianas como caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse; así como el 25% tenía dificultad para realizar preparación y compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero.

El 9.5% de los adultos mayores informó padecer algún tipo de deterioro auditivo y 11.5% algún grado de deterioro visual, mientras que el 3.7% padecía ambos. Es importante señalar que el deterioro sensorial es uno de los principales contribuyentes en la limitación de la capacidad funcional en los adultos mayores.

La demencia se ha convertido en otro padecimiento crónico y progresivo, que altera la estructura y funcionamiento cerebral, principalmente afecta la memoria, funciones cognitivas, conducta, vínculos afectivos, pensamiento y funcionalidad. Durante el 2003, la demencia no era considerada una enfermedad que originara alguna dependencia, sin embargo, para el año 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) estimó que cerca de 36 millones de personas vivían con demencia y que cada año surgían 7.7 millones de casos nuevos.

En 2012 en México, aumentó significativamente la prevalencia de demencia y deterioro cognitivo en el grupo de la tercera edad. La primera aumentó 0.5%, comparada con el año 2008 (de 7.4% a 7.9% entre 2008 y 2012); la segunda creció 4.5% en el mismo periodo (de 2.8% a 7.3%, respectivamente) incrementando el grado de discapacidad y una mayor dependencia en el adulto mayor (ENSANUT, 2012).

Otro factor importante que contribuye a la limitación de la independencia y genera mayor discapacidad en la realización de actividades de la vida diaria según la ENSANUT (2012) son las caídas. Con respecto a ello se menciona que uno de cada 3 adultos había sufrido al menos una caída durante el último año, de los cuales el 40% tuvieron que recibir atención médica.

Las enfermedades crónico-degenerativas también contribuyen en la dependencia del adulto mayor, para algunas personas la realización de actividades

cotidianas como bañarse, vestirse, preparar y comprar alimentos o salir solos de sus hogares, les resulta complicado. El aumento proyectado de personas longevas en el país incrementará las necesidades de salud para este sector de la población, así como prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores (ENASEM, 2013).

La pobreza: condición que afecta la salud del adulto mayor

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2018) considera que una persona está en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social,⁹ además de un ingreso económico insuficiente para obtener bienes y servicios que satisfagan sus necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, acceso a la seguridad social y servicios de salud).

A pesar de que la esperanza de vida constituye un efecto positivo, una alta proporción de la población que envejece lo hace en condiciones de pobreza. Villagómez (2013) considera que esta condición está ligada principalmente a dos tipos de carencias; sociales y económicas.

El último reporte, realizado por el Coneval (2018), mostró que en 2016 el 41% de la población de más de 65 años se encontraba en pobreza, el 35% en pobreza moderada y menos del 10% en pobreza extrema con 3.5 carencias en promedio. Cabe mencionar que el 27% de los adultos mayores tienen carencias sociales, y casi el 8% está en vulnerabilidad por ingresos económicos (ver tabla 1. CONEVAL).

En este sentido, se ha identificado que los adultos mayores que viven en las zonas rurales son especialmente vulnerables, ya que suelen carecer de ingresos laborales y de la cobertura del sistema de seguridad social, en comparación con los adultos mayores que viven en la ciudad (Águila, Díaz, Maqing, Kapteyn y Pierson, 2011).

⁹ Carencia social está integrada por: rezago educativo, falta de acceso a servicios de salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos (luz, agua potable, drenaje) y acceso a la alimentación.

Salgado y Wong (2007) refieren que, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares realizada en el 2004, la población enfrenta diversos problemas, entre los que se encuentra la pobreza de patrimonio, la cual se refiere a los hogares cuyo ingreso por persona es insuficiente para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público, educación y otros bienes. La falta de empleo y la baja cobertura en el sistema de pensiones hace más vulnerable a la población de adultos mayores.

Además, el Banco Mundial (BM, 2011) publicó que el aumento de los precios ha contribuido al incremento de la pobreza en millones de personas y representa una enorme carga para los sectores más vulnerables, que gastan más de la mitad de sus ingresos en alimentos. Asimismo, de acuerdo con *Food Price Watch*, el aumento de la pobreza extrema en la población depende de los bajos ingresos económicos y de una mayor desnutrición en los individuos dado que las personas más pobres comen menos y se ven obligadas a comprar alimentos menos costosos y menos nutritivos, afectando su calidad de vida, así como la capacidad de ser autosuficientes.

Tabla 1 Coneval

Incidencias, porcentajes, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza en la población de adultos mayores. Estados Unidos Mexicanos, 2016.

Indicadores de incidencias	Población de 65 años o más		
	Porcentaje	Millones de personas	Carencias promedio
Pobreza			
Población en situación de pobreza	41.1	3.9	2.0
Población en situación de pobreza moderada	34.6	3.3	1.7
Población en situación de pobreza extrema	6.6	0.6	3.5
Población vulnerable por carencias sociales	27.3	2.6	1.5
Población vulnerable por ingresos	7.9	0.8	0.0
Población no pobre y no vulnerable	23.7	2.3	0.0
Privación social			
Población con al menos una carencia social	68.4	6.6	1.8
Población con al menos tres carencias sociales	14.8	1.4	3.4
Indicadores de carencia social			
Rezago educativo	57.1	5.5	1.9
Carencia por acceso a los servicios de salud	9.5	0.9	2.7
Carencia por acceso a la seguridad social	14.4	1.4	2.7
Carencia por la calidad y espacios de la vivienda	6.9	0.7	3.2
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	18.4	2.0	2.8
Carencia por acceso a la alimentación	17.4	1.8	2.6
Bienestar			
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	17.6	1.9	2.2
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	49.0	4.9	1.7

Fuente: Elaboración propia, adaptada de estimaciones del CONEVAL con base en el MEC 2016 del IMCS-ENIGH

El Apoyo Social durante la vejez

Para los adultos mayores más desfavorecidos, contar con el apoyo social de familiares y amigos se convierte en una estrategia de afrontamiento para sobrellevar esta etapa, ya que mediante ellos se les brinda contención y apoyo. A este tipo de relaciones Montes de Oca (2004) las define como redes sociales o redes de apoyo. La autora menciona que estas redes son estrategias que utilizan los adultos mayores para obtener o mantener ciertos beneficios en su calidad de

vida y con ello evitar caer en depresión o aislarse completamente de su entorno sociocultural.

Papalia, et al. (2009) mencionan que, además de las redes sociales, para la mayoría de los adultos, el trabajo es también una fuente de contacto social y puede ser una fuente de apoyo económico, especialmente en la vejez. Por lo tanto, detallar la relación salud-trabajo resulta relevante para comprender la situación actual de los adultos mayores.

El Género: ¿una desventaja en la vejez?

Según INEGI (2015b), en el último censo realizado en México, la mayor proporción de adultos mayores son mujeres (47.3% hombres y 52.6% mujeres), datos que resultan relevantes, puesto que el género ha desempeñado un papel importante con respecto al envejecimiento, proceso que es distinto tanto en forma física, como biológica, psicológica y social.

Sánchez (2011) menciona que, aunque estadísticamente las mujeres vivan más años, esto no significa que lo hagan en las mejores condiciones, ya que el género femenino presenta mayor vulnerabilidad en comparación con los hombres, debido a la falta de recursos económicos y el acceso a los servicios de salud.

En este sentido Salgado, González, Jáuregui y Bonilla (2005) describen que el nivel de bienestar de las mujeres y los hombres en la vejez es resultado de la trayectoria de vida que siguieron, así como del contexto social, económico e institucional que los rodeó. Considerando que en décadas anteriores la ocupación principal del género femenino era el hogar, un tipo de empleo no remunerado.

Mujeres

En el grupo de personas de la tercera edad, las mujeres en comparación con los hombres, han tenido menor participación en actividades remuneradas a lo largo de su vida. La mayoría de los trabajos que han desempeñado se caracterizan por pertenecer al sector informal, sin acceso a los sistemas de pensiones

institucionales. Aunque las mujeres están más familiarizadas con los servicios de salud, se enfrentan con dificultades para ingresar a estos sistemas debido a su poca o nula trayectoria laboral (Sánchez, 2011).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en más de 45 países se han realizado previsiones sobre la esperanza de vida saludable, y se ha llegado a la conclusión de que, por lo general, las mujeres pueden pasar más años de su vida con ciertas limitaciones funcionales que los hombres. No obstante, algunas condiciones asociadas a los roles tradicionalmente femeninos parecen dar a las mujeres ciertas ventajas frente a los varones en esta etapa. Por ejemplo, se ha sugerido que las mujeres cuentan con redes familiares más sólidas y que al tener que estar siempre pendientes de su salud reproductiva, están más familiarizadas con su cuerpo, y pueden identificar con mayor facilidad los problemas de salud (Sánchez, 2011, p.51).

Hombres

Los hombres llegan a la vejez con más recursos económicos debido al tipo de actividad, generalmente se incorporan en sectores formales y con todo tipo de prestaciones, tienen acceso a servicios de salud debido a que durante su trayectoria laboral activa desarrollaron sus actividades en instituciones que les brindaban sistemas de jubilación y pensión (Sánchez, 2011). Sin embargo, su poca participación en redes sociales y familiares ha causado situaciones de riesgo y vulnerabilidad en este sector, ya que su rol se reduce a ser proveedores familiares y tener una poca participación en los sistemas de salud (Salgado y Wong, 2007)

Hoy en día, los adultos mayores enfrentan principalmente problemas económicos debido a los roles de género tradicionales: antes del siglo XXI las mujeres tenían menos probabilidad de realizar actividades remuneradas, generar ingresos y ahorros que les permitieran solventar sus necesidades económicas en la vejez. Por ello, la ayuda familiar era necesaria y obligatoria durante esta última

etapa de la vida, situación que fue cambiando con el paso de los años. Actualmente, las mujeres se han insertado en mayor número al ámbito laboral y han gozado de los beneficios que este les ofrece por su participación económica en el gasto familiar.

La discriminación en la vejez

Anteriormente se hablaba de la disminución de capacidad funcional en el ser humano, concepto que se ha utilizado de manera errónea y como justificación para excluir o remplazar a los adultos mayores tanto en sus centros laborales como en sus roles sociales, dado que se ha concebido que durante la vejez las personas pierden cierta capacidad en la realización de actividades cotidianas y/o laborales, las cuales impiden que sean personas autónomas e independientes, convirtiéndose en una responsabilidad mayor dentro y fuera de sus contextos. Dicha acción no conlleva más que a un acto discriminatorio para los adultos mayores (Huenchua, 2011).

Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México en 2010 mostraron que los adultos mayores sufren discriminación y entre las situaciones que los afectan particularmente están aquellas que manifiestan las dificultades para encontrar un empleo o mantenerlo por su edad. De igual forma, la encuesta refiere otras formas de discriminación cometidas por las y los integrantes de sus familias que se reflejan en abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que ponen en riesgo su persona, bienes y derechos (CONAPRED, 2011).

Hoy en día, la Norma Mexicana 025 de no discriminación (NMX-R-025-SCFI-2015) establece que los centros de trabajo públicos, privados y sociales deben integrar, implementar y ejecutar dentro de sus procesos de gestión y de recursos humanos, prácticas para la igualdad laboral y la de no discriminación que favorezcan el desarrollo integral de las y los trabajadores, lo cual fue definido como:

...se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin

ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo... (CONAPRED, 2015).

Asimismo, se deberá garantizar que las personas adultas mayores activas laboralmente o con interés de reincorporarse al sector laboral tengan acceso a los servicios de atención médica, seguridad social y asesoría jurídica gratuita (CONAPRED, 2011).

2.4 Sistema de Pensiones

El principal objetivo de los sistemas de pensiones es resguardar los ingresos del trabajador y su familia para que estos puedan ser utilizados en diferentes contingencias y eventos naturales que ocurren en la vida como: vejez, cesantía en edad avanzada, muerte prematura, accidentes y enfermedades que conducen a la invalidez. Estos ingresos son protegidos mediante programas de ahorro para el retiro a través de una captación aproximada del 15% del sueldo del trabajador.

A finales de los años ochenta, el sistema de pensiones en México era administrado, principalmente por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que este contaba con el mayor porcentaje de afiliados, basado en un esquema de reparto y beneficio definido para sus trabajadores, en el cual los trabajadores activos contribuían con el mayor porcentaje del pago de jubilación de los

trabajadores retirados. Sin embargo, con el paso del tiempo y los cambios demográficos en la población, los egresos económicos provenientes de las aportaciones eran mayores comparados con las aportaciones que se hacían al sistema, ocasionando un problema administrativo y financiero para el IMSS (Asociación Mexicana de Afores, 2016).

A inicio de los años noventa se comenzaron a realizar modificaciones al sistema, durante 1992 se creó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), programa complementario al sistema de pensión que involucraba una aportación de 2% del salario base de cotización para retiro y 5% para vivienda, recursos que se registraban de manera individual y se acumulaban en el Banco de México. En 1997 se sustituyó el esquema de reparto y beneficios definidos por uno de capitalización total, basado en cuentas individuales. Éstas posteriormente fueron administradas por entidades especializadas llamadas: Administradoras de Fondo para el Retiro (AFORES) (Villagómez y Hernández, 2010).

Actualmente el sistema mexicano de pensiones se compone en cuatro dimensiones (OCDE 2016b).

1. Los esquemas de pensiones sociales (pilar cero),
2. El Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) de contribución definida obligatoria,
3. Los esquemas de pensiones especiales para ciertos empleados estatales y para universidades públicas, y
4. Los planes voluntarios de pensiones individuales y ocupacionales.

Sin embargo, el principal componente del sistema mexicano de pensiones es el SAR, caracterizado por ser un sistema fondeado de contribución definida obligatorio para trabajadores, empleadores y gobierno, integrado por cuentas individuales. Las contribuciones se depositan en estas cuentas, “las cuales se invierten en fondos de pensiones conocidos como Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro (SIEFORE), manejadas por

administradoras privadas especializadas llamadas Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE)” (OCDE, 2016b, p. 30).

Una de las deficiencias en el pago de las pensiones que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social es que llegan sólo al 75% del salario y difícilmente se alcanza el porcentaje total del último salario del trabajador. Por lo tanto, éste tendrá que seguir realizando aportaciones para poder percibir una jubilación con él 100%, y aun así será complicado que este acumule dinero suficiente para retirarse con la totalidad de su último salario. Además, la situación económica de los mexicanos no ayuda a tener un sistema de ahorro para el retiro firme (Medina, 2016).

Sin embargo, para los trabajadores de gobiernos locales, municipios, universidades públicas y empresas estatales no es el mismo ya que estos sistemas tienen sus propios esquemas de pensiones para sus trabajadores; de igual forma para aquellos empleados que contribuyen al SAR se les permite realizar contribuciones voluntarias a las cuentas individuales (OCDE, 2016b).

Uno de cada cinco mexicanos con empleo gana un salario mínimo (2 mil 191 pesos mensuales), además de que en los últimos 20 años han perdido más de un 70% su poder adquisitivo, lo que limita el ahorro voluntario que haría crecer la bolsa de recursos de la cual saldrá la pensión (Medina, 2016 párr.8).

Águila et al., (2011) consideran que hay una gran diferencia entre el número de personas dadas de alta y de aquellos que hacen aportaciones. Esto es debido a que la participación intermitente, o la no contribución, influyen sobre la acumulación de fondos de pensiones. Los trabajadores de bajos ingresos en general muestran periodos más frecuentes y duraderos de desempleo y de participación en el sector informal. Esta situación los pone en mayor riesgo de pobreza en la vejez, ya que tienen menos probabilidades de acumular suficientes fondos económicos para su manutención en esa etapa de su vida.

La creación de las Pensiones no contributivas para Adultos Mayores se instauró para aquellas personas de 65 años y más que no reciben una pensión de vejez o beneficios de discapacidad. Sin embargo, al ser un programa de protección social, sujeto a comprobación de recursos, financiado con presupuesto federal, no es un programa fijo y estable en la vejez. Sin embargo, otra opción para los trabajadores independientes y para los trabajadores informales son los que ofrecen las aseguradoras así como los grupos financieros a través de programas de pensiones privadas con diversas modalidades (OCDE, 2016b).

Retiro Laboral: Jubilación y/o Pensión

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) la edad normal de jubilación es a partir de los 65 años de edad cumplidos. Para acceder a la pensión es necesario que aquellas personas que cotizaron antes de la reforma de 1997 cumplan con 500 semanas laborales y para los trabajadores afiliados después de este año deben de cumplir con 1,250 semanas lo que equivale aproximadamente a 24 años de servicio. Cabe mencionar que “según la Ley de 1973, las contribuciones hechas durante menos de 500 semanas no dan derecho a la pensión y, por lo tanto, el trabajador las pierde” (OCDE, 2016b, p. 43). Existe la opción de retiro anticipado que es a la edad de 60 años, se puede realizar mediante la cuenta individual, siempre y cuando la persona tenga las semanas de cotización y no este activo laboralmente (Pérez, 2015).

El retiro laboral frecuentemente se relaciona con la percepción económica que las personas obtienen durante la vejez, producto de una jubilación o una pensión; sin embargo, son dos conceptos diferentes:

1. La jubilación es definida como el momento en el cual las personas se retiran de sus centros laborales para disfrutar de su tiempo libre, recibiendo un ingreso económico, producto de su trabajo.

2. La pensión es un apoyo económico que no necesariamente se percibe por el retiro laboral, también puede ser producto de la viudez, orfandad, enfermedad y vejez, entre otras.

Antes de las modificaciones al sistema de ahorro para el retiro, no todas las personas tenían la oportunidad de gozar de una jubilación o recibir una pensión, ya que estas prestaciones dependen de las condiciones en la que las personas hayan trabajado a lo largo de su vida laboral activa, así como de la institución a la que se encuentren afiliadas.

Por ejemplo, aquellos individuos insertos en sectores informales (mercados, trabajadores por cuenta propia, trabajadores de la construcción), que no cuentan con contratos o instituciones que les brinden un programa de ahorro económico a largo plazo, muy probablemente no podían gozar de este beneficio; en comparación con los que trabajaron en sectores formales y que contaban con todo tipo de prestaciones, afiliaciones a servicios de salud, además de un sueldo fijo (Muñoz, 2015). Con el cambio en el sistema de pensiones los trabajadores independientes y del sector informal pueden realizar aportaciones voluntarias mediante cuentas individuales en cualquier AFORE y con ello estar preparado cuando decidan retirarse del sector laboral (CONSAR, 2018).

Por tal motivo, los trabajadores además de recibir aportaciones de sus empleadores, cuentan con dos subcuentas adicionales: la Subcuenta de Aportaciones Voluntarias y la de Vivienda. En la primera, los sujetos pueden incrementar el monto de sus recursos disponibles, una vez llegada la edad de retiro; en la segunda, los patrones realizan aportaciones a instituciones encargadas de los recursos de vivienda, como INFONAVIT para el caso de los cotizantes al IMSS y FOVISSSTE para el de los cotizantes al ISSSTE (AMAFORE, 2016).

Es importante mencionar que se estima que el grupo de adultos en edad de retiro se duplicará, ocasionando un reto demográfico para las políticas públicas en dos principales vertientes: por un lado, la consideración del incremento del sistema

de pensiones, y por el otro, la generación de espacios de trabajo para quienes continúen en el mercado laboral ya sea formal o informalmente (Muñoz, 2015).

2.5 Condiciones de Trabajo Actuales de los Adultos Mayores

En el contexto actual, la vulnerabilidad laboral conlleva a un mayor empobrecimiento socioeconómico, el desempleo conduce a los jóvenes al desaliento y la inactividad lo que obliga a los adultos mayores continuar trabajando aún en edades avanzadas, con el fin de garantizar su subsistencia y la de su familia (Escobar,2012).

Pedrero (1999) menciona que el cambio tecnológico y la concentración del capital han desplazado en gran medida a los trabajadores, lo que ha permitido obtener mayor productividad, pero al mismo tiempo ha contribuido a que las personas tengan menos posibilidad de ingresar a un empleo formal y estable. A esto se suma que, a mayor edad, mayor es la dificultad para encontrar empleo, así como de permanecer en el mismo. Por ello la mayoría de los adultos mayores optan por un trabajo informal o de autoempleo.

El trabajo informal se ha convertido en el primer sector de actividad económica para este grupo etario; sin embargo, al ser un trabajo irregular los trabajadores no cuentan con prestaciones ni con seguridad social (Aguirre, 2011).

Las principales ocupaciones de las personas de 60 años y más según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2017) son: el comercio, trabajos independientes, construcción, industria manufacturera, transportes, servicios profesionales, financieros, corporativos, trabajos de limpieza y de ayudante general.

Enciso (2012) enfatiza la problemática que enfrentan los adultos mayores para ingresar al mercado laboral y obtener un empleo de calidad o un retiro digno, situación que se agudizará con el tiempo. La baja calidad de los empleos no permitirá que las personas puedan ahorrar y, de esta manera, lograr alcanzar un nivel de vida apropiado fuera del mercado laboral.

Al respecto, Papalia et. al. (2009) refieren que, en un estudio, en el cual participaron personas de diferentes edades y sin experiencia, se les pidió a los participantes aprender y desarrollar una tarea de búsqueda de información. Al finalizar el trabajo, se encontró que la única diferencia fue la rapidez física, condición que fue mejorando al paso de los días, por lo que se concluyó que, aunque los trabajadores ancianos aprenden más lentamente, las diferencias en desempeño disminuyen y pueden desaparecer con el tiempo.

Escobar (2012) menciona que dentro del mercado laboral, los hombres se encuentran en las mejores condiciones en comparación con el género femenino. Tal desigualdad se deriva en la trayectoria laboral de las mujeres, ya que está centrada principalmente en actividades relacionadas con el sector informal, situación que les genera mayor vulnerabilidad de dependencia y pobreza en esta etapa de su vida.

Barragán (2018) menciona que pese que a que algunos adultos mayores trabajaron y cotizaron a alguna institución, no cumplieron con las 500 semanas cotizadas para ser acreedores a su pensión. Situación que los obliga a buscar un trabajo formal para completar sus semanas y con ello retirarse del mercado laboral.

Después de trabajar más de 40 años, principalmente como secretaria y vendedor en el sector químico, Carmen y Sergio comienzan en un nuevo trabajo en la cadena de cafeterías. Delante y detrás de la barra reciben con una sonrisa a los clientes y se esmeran en demostrar que su edad no les impide hacer el trabajo igual que cualquier compañero (Barragán, 2018, párr.2)

Ante esta problemática en la Ciudad de México se han implementado programas de reinserción laboral para adultos mayores, así como capacitaciones para el trabajo que les ayuden a percibir un ingreso económico.

2.6 Programas de inserción laboral para adultos mayores

El programa Abriendo Espacios (2017) fue creado por el Gobierno Federal a través de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), con el objetivo de resolver la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los adultos mayores y las personas con discapacidad en la búsqueda de un empleo formal. Este programa tiene como finalidad proporcionar atención personalizada para vincular a la persona, que está en búsqueda de trabajo. La selección se realiza mediante la evaluación de las habilidades y competencias, con la finalidad de que el adulto que sea reinsertado pueda cubrir adecuadamente el puesto solicitado por el empleador.

Por otra parte, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) ofrece capacitación para el trabajo, ocupación del tiempo libre e inclusión social para el impulso y desarrollo de los adultos mayores con el objetivo que las personas durante la vejez tengan un ingreso económico. Dentro de las capacitaciones que el INAPAM ofrece a los individuos están manualidades y el manejo de programas de computación como editores de texto y navegadores de Internet, que son herramientas de utilidad para la actualización de las capacidades laborales y el acceso a una actividad remunerada (Secretaría de Desarrollo Social, 2016).

El Programa de Vinculación Laboral del INAPAM mantiene una relación con prestadores de servicios y empresas que desean incorporar a personas de 60 años y más al mercado laboral otorgándoles sueldo base, prestaciones de ley o contrataciones por hora, jornadas, proyecto y/o servicios. Todo ello con la finalidad de ofrecerles mayores oportunidades y ocupaciones con retribuciones justas, así como asistencia para mejorar su calidad de vida (SEDESOL, 2016).

Asimismo se han promovido algunos apoyos en beneficio a este grupo poblacional, entre los cuales se encuentran:

- El programa de pensión para adultos mayores que atiende a la población adulta mayor de 65 años en adelante y tiene cobertura a nivel nacional, recibiendo apoyos económicos con entregas de 1,160 pesos cada dos meses, brindado por la Secretaría de Desarrollo Social, SEDESOL.
- Acciones para aminorar el deterioro de la salud física y mental, como la promoción de los derechos humanos, desarrollo personal, cuidados de la salud, cuidado del medio ambiente, constitución y desarrollo de comités comunitarios (SEDESOL, 2016).
- Pensión alimentaria para personas mayores de 68 años que residen en la Ciudad de México, a través del otorgamiento de una pensión mensual, de acuerdo a la Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para adultos mayores de 68 años residentes en el Distrito Federal y su reglamento. Programa dirigido por el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México, IAAM. Los servicios que se obtienen del apoyo son visitas domiciliarias para el control, entrega y seguimiento de la tarjeta del adulto mayor y visitas médicas para el cuidado de su salud.

En México, una proporción muy alta depende de los ingresos de jubilaciones y pensiones, que muchas veces no resultan suficientes para cubrir sus necesidades de salud y vivienda, creando una dependencia hacia sus familiares o aquellas personas que cuiden de ellos (Paz, 2010). Sin embargo, es importante destacar que la situación económica, así como el estado de salud actual de los adultos mayores depende de su historia laboral y de las condiciones y posibilidades de acceso a trabajo presentes. Por ello el objetivo de este trabajo es reconstruir la trayectoria laboral de los adultos mayores y asociarla con su estado de salud actual, mediante la realización de un análisis retrospectivo.

“La soledad era independencia, yo me la había deseado y la había conseguido al cabo de largos años. Era fría, es cierto, pero también era tranquila, maravillosamente tranquila.”

Hermann Hesse, *El lobo estepario*.

Capítulo 3. Metodología

Para la realización de esta investigación se optó por un diseño de tipo descriptivo/retrospectivo en adultos mayores (60 años y más) con la finalidad de conocer la trayectoria laboral y el estado de salud actual. Para la obtención de los datos se realizó una encuesta de autollenado mediante la adaptación de la *Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores* (PROESSAT), el *Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0*. y *la escala de depresión, Instrumento del centro de estudios epidemiológicos* (CESD-R, por sus siglas en inglés).

3.1 Criterios de selección

Inclusión

- Adultos mayores de 60 años y más,
- Aquellos que firmaron el consentimiento informado, y
- Aquellos que trabajaron de manera remunerada al menos el 75% de su vida laboral activa.¹⁰.

¹⁰ Para calcular el porcentaje que estuvieron activos, se realizó una regla de tres considerando el resultado de la resta entre la edad en que se retiró y la edad en que inició a trabajar. Por ejemplo, una persona comenzó a trabajar a los 15 años y se retiró a los 65 años, laboró 50 años que es igual al 76% de su vida laboral activa.

Formula:

a) $65 - 15 = 50$ años activos

b) $65 \div 100 = 76\%$

Exclusión

- Personas que tuvieran algún problema de lenguaje o con algún problema de salud que les impidiera responder la encuesta con veracidad.

3.2 Población y muestra

El proceso de selección se realizó por conveniencia, en 4 de las 18 Casas de Adulto Mayor (CAM) ubicadas en áreas de la Delegación Iztapalapa (ahora Alcaldía Iztapalapa):

1. Yoloxochitl
2. Ángeles Divinos
3. Leyes de Reforma
4. Jardines de San Lorenzo

Se obtuvo una muestra de 150 adultos mayores que asistían a realizar diversas actividades recreativas dentro de las CAM. Los espacios asignados brindan servicios gratuitos o a bajo costo para los adultos mayores y personas con alguna discapacidad.

3.3 Aspectos éticos de la investigación

De acuerdo con Ezequiel (2003) y Rueda (2004) toda investigación en la que participen seres humanos como objeto de estudio debe contener aspectos éticos basados en la protección de los derechos humanos.

En la presente investigación se consideraron como aspectos éticos:

50-----X
c) $50(100) / 65 = 76.92\%$

1. El consentimiento informado
2. La privacidad, intimidad y confidencialidad de la información
3. Libertad del sujeto en la participación (retirarse en el momento que dese)

3.4 Variables e instrumentos de recolección

Para la recolección de información se elaboró una encuesta de autollenado en la cual se obtuvieran datos personales como edad, sexo, escolaridad, estado civil; así como su estado de salud general y la reconstrucción de su vida laboral (riesgos, exigencias y condiciones laborales).

VARIABLES DEPENDIENTES

Enfermedades crónico-degenerativas

Se midió a través de una adaptación de la *Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores* (PROESSAT), encuesta de tipo epidemiológico y de autollenado, que permite obtener información demográfica, del proceso de trabajo, uso del tiempo libre, exposición a riesgos y exigencias, así como la valoración del trabajo. Además de ser flexible, la encuesta puede adaptarse a las necesidades específicas de la investigación (Noriega et al., 2001).

La encuesta indaga sobre la presencia de padecimientos que fueron diagnosticados en el último año por algún médico como son: hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, hernias y cáncer de cualquier tipo. Esta variable abarca de las preguntas 5-9 del apartado IV de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo).

Trastornos musculoesqueléticos

Esta variable se construyó por la suma de 4 preguntas que fueron una adaptación de la *Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los*

Trabajadores (PROESSAT), las cuales permitieron identificar a las personas que han padecido lesiones o molestias que les impiden realizar sus actividades cotidianas en cuello, hombros, espalda, músculos y piernas, preguntas 10-13 del apartado IV de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo). Para determinar si la persona tenía trastorno musculoesquelético, se utilizó el percentil 75 (valor 1).

Lumbalgia

Esta variable se construyó por la suma de 2 preguntas que fueron una adaptación de la *Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores* (PROESSAT), las cuales permitieron identificar a las personas con dolores frecuentes en la parte baja de la espalda, preguntas 14 -15 del apartado IV de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo), utilizando una respuesta positiva como punto de corte para determinar si tenía o no lumbalgia.

Discapacidad

La variable se construyó a través del *Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad WHODAS 2.0.*, instrumento de evaluación genérico y práctico, que mide salud y discapacidad en los últimos 30 días, valorando la dificultad en la realización de actividades de la vida cotidiana como: caminar, bañarse, vestirse y realizar actividades domésticas, entre otras. En esta investigación se utilizó la versión abreviada de 12 reactivos con 5 opciones de respuesta (OMS, 2015b).

Para la realización del diagnóstico de discapacidad, se calificó con 0 = Ninguna, 1 =Leve, 2 = Moderada, 3 = Severa y 4 = Extrema / no puede hacerlo. Posteriormente, se generó una variable continua con la sumatoria de las preguntas 16-25 del apartado IV de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo), y como punto de corte se utilizó el percentil 75 (12 respuestas positivas) para determinar si el adulto mayor

presentaba algún grado de discapacidad en la realización de sus actividades cotidianas.

Cabe mencionar que, para la asociación de variables, se creó una variable de tipo nominal, considerando la suma de reactivos, se utilizó como punto de corte el percentil 75 para determinar si tenía discapacidad de cualquier tipo.

Calidad de Vida

Se obtuvo mediante las características sociodemográficas de los adultos mayores, variable que comprendió de la pregunta 1-27 del apartado I, de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo).

Depresión en el adulto mayor

Se midió a través del *Instrumento CESD-R*, escala que detecta probables síntomas de depresión grave, creada por Radloff (en 1977). En la actualidad, es una de las más utilizadas para evaluar la sintomatología depresiva en ámbitos clínicos y poblacionales. Está compuesta por 20 reactivos que permiten indagar diversas características presentes en depresión en la última semana como son: tristeza, pérdida de interés, falta de apetito, sueño, falta de concentración, cansancio, agitación, ideas suicidas y culpabilidad (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, 2017).

Los principales síntomas que generan depresión en el adulto mayor se evaluaron mediante las preguntas 26-45 del apartado IV de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo). Para la codificación se utilizaron los siguientes valores de respuesta para cada pregunta: 0= no es en absoluto o menos de un día, 1= 1-2 días, 2= 3-4 días, 3= 5-7 días y 3= casi todos los días durante 2 semanas.

Sin embargo, para el análisis se creó una variable por cada reactivo llamada "*respuesta positiva*", en la cual aquellas personas que respondieron 1,2,3 o 4 se

consideraron como respuestas positivas asignándoles el **valor 1** y las respuestas negativas un **valor de 0**.

Posteriormente, se realizó la agrupación de las 20 preguntas en nueve grupos sintomatológicos como se establece en el instrumento (con una respuesta positiva los sujetos presentan el síntoma):

1. Tristeza (disforia): pregunta 27+29+31
2. Pérdida de interés (anhedonia): pregunta 33+35
3. Falta o disminución de apetito: pregunta 26+43
4. Sueño: pregunta 30+36+44
5. Dificultad para concentrarse: pregunta 28+45
6. Culpabilidad (inutilidad): pregunta 34+42
7. Cansancio (fatiga): pregunta 32+41
8. Movimiento (agitación): pregunta 37+38
9. Idea suicida: pregunta 39+40

Seguido de los nueve grupos, se sumaron los resultados dando como un máximo 9 respuestas positivas, por lo cual al realizar la distribución correspondiente se consideró como punto de corte a partir del percentil 75 (6 respuestas positivas) para determinar aquellas personas con síntomas depresivos mayores.

Variables independientes

Se midieron a través de una adaptación de la *Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores* (PROESSAT), la cual tiene por finalidad captar características demográficas, sociales, así como riesgos y exigencias presentes en el proceso de trabajo y principales problemas de salud.

Las variables de exposición se dividieron entre el trabajo actual y la reconstrucción laboral.

Situación Laboral Actual

Variable que mostró la situación y la condición laboral de aquellas personas que continúan laborando, así como el acceso a servicios de seguridad social, riesgos y exigencias que enfrentan los adultos mayores en sus empleos actuales, preguntas 4-24 del apartado II de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo).

-Riesgos y Exigencias Actuales: se obtuvieron a través de las preguntas 1-33 (Actual) del apartado III de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo), las cuales indagan sobre los riesgos: físicos, químicos y mecánicos, así como las exigencias a los que se exponen los adultos mayores que continúan trabajando.

La variable se codificó con **valor** de **1** para aquellos que respondieron **Sí** a la pregunta, *¿En sus puestos de trabajo estuvo expuesto(a) de manera excesiva o constante a...?* y aquellos que respondieron **No**, se asignó el **valor** de **0**. Posteriormente, se realizó la distribución de cada exposición para identificar cuáles son los riesgos y exigencias a los que se someten con más frecuencia los adultos mayores.

Reconstrucción laboral del adulto mayor (inactivos)

Se analizó a través de la reconstrucción laboral de los adultos mayores, indagando en los últimos 5 trabajos, variable que abarca de la pregunta 1-3 y 15-24, incluyendo el Cuadro 1 del apartado II de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo).

-Reconstrucción de Riesgos y Exigencias: dicha variable se creó a través de una reconstrucción sobre los riesgos: físicos, químicos y mecánicos, así como las exigencias a los que se expuso el trabajador durante su vida laboral activa. Esta

variable abarca las preguntas 1-33 del apartado III de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo).

La variable se codificó con **valor** de **1** para aquellas personas que respondieron **Si** a la pregunta, *¿En sus puestos de trabajo estuvo expuesto(a) de manera excesiva o constante a...?* y un **valor** de **0** para los que respondieron negativamente (**No**). Posteriormente, se realizó la suma de riesgos y exigencias de los 5 trabajos con la finalidad de obtener la distribución y el porcentaje de exposición que los adultos mayores tuvieron en su trayectoria laboral activa. Se obtuvo una variable dicotómica, en la cual se utilizó como punto de corte el percentil 75 por cada suma de riesgos y exigencias.

Desgaste Laboral

Se obtuvo por medio del conjunto de preguntas que conforman el Cuadro 1: trayectoria laboral, más la descripción breve de la actividad laboral, ambas contenidas en la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo).

Cuadro 1

Valores de respuesta para cada una de las variables del Cuadro 1: Trayectoria Laboral, CAM-Iztapalapa

Cuadro N° 1: Trayectoria Laboral						
Trabajo	Tipo de trabajo (formal, informal o auto empleo)	Antigüedad (años)	Horarios de trabajo	Que puesto desempeñaba	Tipo de contrato	Sueldo (fijo / destajo)
1.	*Formal = 1 *Informal/auto empleo = 2	*0-10=1 *11-20=2 *21-30=3 *>31= 4	*4 horas=1 *8 horas=2 *>8 horas=3 *24 horas=4	*Administrativo=1 *Manual =2	*Base/planta =1 *Eventual/honorarios =2 *Sin contrato=3	*Fijo =1 *Variable=2 *Destajo =3
2.						
3.						
4.						
5.						

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017

Como se observa en el Cuadro 1, se otorgaron diferentes valores de respuesta para cada una de las variables. Los valores más altos se consideraron para aquellas personas que en sus centros laborales tuvieron mayor antigüedad, así como ambientes de mayor impacto sobre la salud, codificándose de la siguiente manera:

- Tipo de trabajo: las personas que laboraron en trabajos formales se les asignó el **valor** de **1**, mientras que aquellas que trabajaron en lugares informales o de autoempleo un **valor** de **2**.
- Antigüedad: en esta variable se realizaron cuatro grupos de antigüedades, el primero corresponde a los sujetos que permanecieron entre 0-10 años (**valor 1**), el segundo grupo concentró aquellos individuos con 11-20 años (**valor 2**), posteriormente se ubicaron las personas que trabajaron entre 21-30 años en su mismo empleo (**valor 3**) y, por último, se ubicaron los sujetos con una antigüedad >31 años (**valor 4**).
- Horarios de trabajo: se establecieron cuatro grupos sobre las jornadas laborales, a las personas que trabajaron hasta 4 horas se les asignó el **valor** de **1**, si su horario era por 8 horas un **valor** de **2**, así mismo a sujetos con horarios mayores a 8 horas un **valor** de **3** y, por último, a personas con un horario hasta 24 horas se les asignó el **valor** de **4**.
- Puesto que desempeñaba: de acuerdo con las respuestas, se determinó que a las personas que en sus puestos de trabajo se les exigía mayor esfuerzo físico (por ejemplo: limpieza, oficios, maquinistas, entre otros) se les asignó un **valor** de **2**, y a personas que en sus puestos se les requería realizar un esfuerzo físico menor (por ejemplo: secretarías, profesores, médicos, entre otros) se les asignó un **valor** de **1** (Administrativo).
- Tipo de contrato: se establecieron tres opciones de respuesta, las personas que obtuvieron una base o planta (**valor 1**), posteriormente, los sujetos que trabajaron por honorarios o con eventualidad (**valor 2**), y finalmente, aquellos que no tuvieron contrato alguno (**valor 3**).
- Sueldo: se identificaron tres formas en que las personas percibían su salario: forma estable, es decir, con un salario fijo (**valor 1**), otra con salarios variables (**valor 2**) y, por último, trabajo por destajo (**valor 3**).
- Prestaciones de ley, seguro social: a las personas con prestaciones y seguro social se les asignó un **valor** de **1**, mientras que los sujetos sin prestaciones y seguro social se identificaron con **valor** de **2**.

Una vez asignados los valores de codificación, se obtuvo el desgaste promedio de cada trabajador. Para ello, se realizó la suma del lugar de trabajo, la antigüedad del puesto, el tipo de contrato, el sueldo y si contaba con prestaciones de ley/seguro social de los cinco trabajos. Posteriormente, se dividió el resultado de la suma entre el número de trabajos (ver ejemplo 1).

Ejemplo 1

Para obtener un desgaste promedio por trabajador

Trabajador	Suma T1	Suma T2	Suma T3	Suma T4	Suma T5	Suma total	S-t / #T	DP
1	5	15	14	21	13	68	68/5	13.6
2	12	20	-	-	-	32	32/2	16
3	24	-	-	-	-	24	24/1	24
4	11	16	13	-	-	40	40/3	13.33

T= Trabajo

- = No hay dato

S-t = Suma total

#T= Número de Trabajos

DP = Desgaste Promedio

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos de la Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Después de obtener el desgaste promedio de cada sujeto y de realizar las distribuciones correspondientes, se creó una variable dicotómica para determinar si los sujetos tenían o no desgaste laboral. Para ello, se consideró como punto de corte la media de la distribución, y de este modo, se determinó que las personas con una suma mayor a 16 puntos se considerarían con desgaste laboral.

Además, se identificaron cinco actividades económicas, los cuales se relacionaron con las actividades,¹¹ que realizaron los adultos mayores a lo largo de su trayectoria laboral activa, en los que se encuentran:

1. Agricultura/Construcción/ Manufacturera/ Minera/ Industrial
2. Trabajo doméstico/ Intendencia

¹¹ El tipo de actividades que realizan o realizaban los adultos mayores encuestados se aborda de manera más amplia en el capítulo de resultados generales.

3. Oficina / Actividades profesionales
4. Comercio/ Mantenimiento/ Servicios

Cabe mencionar que la división de las actividades económicas, así como la asignación de valores para la descripción breve de la actividad laboral se establecieron con base a las preguntas sobre trabajo y actividad laboral de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, ENASEM 2015 (INEGI, 2015).

Otras variables

Consumo de sustancias nocivas

Se evaluó de manera breve el consumo de cigarros y bebidas alcohólicas, que pueden influir en algún padecimiento crónico que no está precisamente relacionado con la actividad laboral, preguntas 28-35 del apartado I de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo).

Tiempo libre activo

Se creó una variable dicotómica la cual permitió conocer si los adultos mayores tienen uso del tiempo libre activo, respetando los parámetros establecidos en el PROESSAT (Noriega et al., 2001). Se realizó la sumatoria de las preguntas 21-27 del apartado I de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (ver anexo), se dividió entre siete y se multiplicó por 100 para obtener la distribución. Posteriormente, se consideró que los participantes con porcentajes mayores del 50% tenían uso del tiempo libre activo.

3.5 Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis descriptivo/ retrospectivo, se creó una base de datos, misma que fue cuidadosamente analizada con el objetivo de verificar probables errores en la captura. Utilizando el paquete estadístico JMP V.10

De manera descriptiva, se estimó el tipo de distribución en las variables y el tipo de estadística a utilizar, se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables continuas y proporciones para las variables categóricas.

Se calcularon razones de prevalencia para determinar asociaciones mediante χ^2 y modelos logísticos, se ajustó el efecto de variables confusoras como edad y sexo. Se consideraron significativos los valores de $p < .05$ y los intervalos de confianza del 95%.

“El misterio de la vida no es un problema a resolver, sino una realidad a experimentar”.

Duna de Frank Herbert

Capítulo 4. Resultados

4.1 Descripción del escenario de recolección de información

Las Casas de Adulto Mayor (CAM) son áreas ubicadas en la Zona Oriente de la Ciudad de México, recuperados por la Delegación Iztapalapa (ahora Alcaldía Iztapalapa) para uso exclusivo de las personas de 60 años y más. Las CAM Yoloxochitl, Ángeles Divinos, Leyes de Reforma y Jardines de San Lorenzo en donde se llevó a cabo la recolección de información cuentan con todos los servicios básicos (luz, agua, drenaje).

Yoloxochitl tiene una infraestructura de 180 x 90 m² aproximadamente, construido de tabique, cemento y loza, cuenta con vigilancia las 24 horas los 365 días del año, con cinco cuartos para la realización de sus actividades, entrada con rampa para discapacitados, dos patios laterales para eventos y un salón de usos múltiples. Atiende alrededor de 150 personas en todo el día, en horarios distintos (esto depende de las actividades que realizan).

Ángeles Divinos tiene una infraestructura de 200 x 80 m² aproximadamente, se construyó de un solo nivel con paredes de tabique y techo de lámina, cocina y jardín. Se ubica dentro de un deportivo que abre de 7:00 am a 8:00 pm y no cuenta con ningún tipo de vigilancia. Atiende alrededor de 90 personas en todo el día, en horarios distintos (esto depende de las actividades que realizan).

Leyes de Reforma tiene una infraestructura de 80 x 100 m² aproximadamente, está construida de tabique y loza en un camellón entre una escuela media superior y viviendas privadas, al igual que Yoloxochitl, tiene vigilancia las 24 horas de lunes a domingo, entrada con rampa para discapacitados y cocina. Atiende alrededor de

86 personas en todo el día, en horarios distintos (esto depende de las actividades que realizan).

Por último, Jardines de San Lorenzo se construyó en un espacio destinado al centro de salud, cuenta con vigilancia todo el año, tiene 8 cuartos distribuidos en dos pisos para las actividades, un cuarto para la administración, un salón de usos múltiples, sala de espera y rampa para discapacitados a la entrada. Atiende alrededor de 67 personas en todo el día, en horarios distintos (esto depende de las actividades que realizan).

Imagen 1



Fuente: Imagen propia, preparándose para la clase de cocina, CAM 2017.

Imagen 2



Fuente: Imagen propia, florero y servilletero con material reciclable, CAM 2017.

Las CAM son estancias de día, abiertos en un horario de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes, administrados por trabajadores de la delegación, los cuales mensualmente entregan una relación del total de personas adultas mayores que asistieron a las actividades y/o solicitaron algún servicio (las relaciones se entregan directamente en el Área de Desarrollo Social de la Alcaldía).

En cuanto a las actividades o servicios que se le brinda a la población mayor de 60 años, (algunas con costo de recuperación, sin embargo, en su mayoría de manera gratuita) se encuentran: activación física, costura, cocina, corte de cabello y arreglo personal, atención psicológica, dental, asesoría nutricional, manualidades con material reciclable, baile, entre otras, es importante señalar que algunas actividades son realizadas por personal de la delegación y otras por adultos mayores.

Imagen 3



Fuente: Imagen propia, servicio de corte de cabello y arreglo personal, CAM 2017.

Imagen 4



Fuente: Imagen propia, taller de lectura y reflexión, después de la activación física CAM 2017.

Imagen 5



Fuente: Imagen propia, clase de danzón, CAM 2017.

Como se puede observar en las imágenes los adultos mayores que acuden a realizar actividades en las CAM son, en general, personas que pueden valerse por sí mismas y desplazarse sin mayor dificultad. Dentro de las Casas de Adulto Mayor los mismos sujetos comienzan a formar grupos y en ocasiones se reúnen en un solo horario, con el objetivo de conversar, escuchar música o realizar convivios celebrando algunas fechas conmemorativas (10 mayo, 15 septiembre, el día de su aniversario de grupo o cuando se inauguró la CAM, fiestas decembrinas).

Imagen 6



Fuente: Imagen propia, convivio aniversario de grupo "estrella", CAM 2017.

Imagen 7

ACTIVIDADES Y/O SERVICIOS	COSTO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	DESAFÍOS
...
...
...
...
...

Fuente: Imagen propia, lona en donde se colocan los costos, horarios, actividades y servicios semanales, CAM 2017.

4.2 Datos generales

En esta sección se exponen las características sociodemográficas de los participantes en el estudio, tales como: edad, sexo, escolaridad, estado civil y su condición de vida.

Como se muestra en la Tabla 1, de los 150 adultos mayores encuestados, el 37% fueron hombres y el 63% mujeres, con una edad media de 70 años (D.E.=7.8). En cuanto a la escolaridad, se observa que el 46% estudió únicamente la primaria, el 24% secundaria, 15% hasta preparatoria o carrera técnica, el 7% tuvo un nivel superior de estudios, mientras el 8% no contó con estudios. Al analizar el estado civil, se encontró que el 53% de los participantes tienen pareja, mientras que el 47% de los adultos mayores señalaron que actualmente no tienen pareja (viudo, soltero, divorciado).

Tabla 1
Datos generales de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n	%
▪ Edad Media (D.E), (Mínima-Máxima)	150	70(7.8), (60-92)
▪ Sexo		
Mujeres	94	63
Hombres	56	37
▪ Escolaridad		
Primaria	69	46
Secundaria	36	24
Preparatoria / Carrera técnica	22	15
No estudió	12	8
Licenciatura / Posgrado	11	7
▪ Estado civil		
Casado(a) / Unión libre	80	53
Viudo (a)	39	26
Soltero(a)	21	14
Divorciado(a)	10	7

n= Población

D.E= Desviación Estándar

CAM= Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

El núcleo familiar es una parte fundamental para algunas personas, dado que en algunos casos se les brinda apoyo y estabilidad emocional durante la vejez. Con respecto a ello, en la Tabla 2 se muestra que el 95 % de los adultos mayores tienen hijos; así mismo el 43% refirió que vive con sus hijos y que en promedio el número de integrantes por vivienda es de 3 personas.

El 22% del total de los entrevistados refirió que cuida de otra persona (el 58% de estas son sus nietos y/o nietas) y la frecuencia con la que cuidan de sus familiares es más de 5 días por semana (ver Tabla 2).

Tabla 2
Datos sociodemográficos de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n	%
▪ Total, de integrantes en su vivienda <i>Media (D.E)</i>	150	3.04 (2.6)
▪ Tiene hijos	142	95
▪ Vive con sus hijos(as)	61	43
▪ Cuida de otra persona	33	22
▪ Parentesco		
Nieto(a)	19	58
Esposo(a)	5	15
Otro (no es familiar directo)	4	12
Hijo(a)	3	9
Padre / Madre	2	6
▪ Tiempo que cuida de la persona		
Todos los días	21	64
3-5 días	10	30
Menos de 3 días	2	6
▪ Recibe pago por el cuidado	1	3

n= Población

D.E= Desviación Estándar

CAM= Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Más del 30% de los adultos mayores refirió que ellos solventan la mayor cantidad de gastos en sus hogares; mientras que menos del 24% mencionó que quienes aportan mayores ingresos económicos son sus hijos o su pareja; y un 19% indicó que toda la familia contribuye con los gastos. Con respecto a las viviendas, el 90% refirió que son de su propiedad; el 48% mencionó que las condiciones actuales de éstas son mejores en comparación a cuando trabajaban activamente;

construidas en su mayoría de concreto, tabique y loza; además el 100% cuenta con todos los servicios básicos como son: luz, agua intubada y drenaje (ver Tabla 3).

Tabla 3

Datos sociodemográficos de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n	%
▪ Quien solventa los gastos del hogar		
Usted	54	36
Hijos	35	23
Toda la familia	29	19
Pareja	20	13
Otro(s)	12	8
▪ Vivienda propia	135	90
▪ Condiciones actuales de la vivienda		
Mejores	72	48
Iguales	59	39
Peores	19	13
▪ Construcción de concreto/ tabique/ loza	142	95
▪ Cuenta con todos los servicios	150	100

n= Población

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

a) Actividades en el tiempo libre

Las actividades que realizan las personas durante su tiempo libre es un indicador del estado de salud o discapacidad que puede llegar a tener el adulto mayor.

En la Tabla 4, se observa que el 51% de los adultos mayores encuestados consideró utilizan su tiempo libre activamente. Sin embargo, más del 80% ven televisión la mayor parte de su tiempo libre; mientras que el 70% practica algún deporte o hace ejercicio con regularidad. En relación con sus redes sociales, se observa que más del 50% de los adultos mayores salen a pasear frecuentemente o tienen convivencias con familiares y amigos; así como tienen el hábito de la lectura, ya sea de libros, periódicos o revistas.

Tabla 4*Actividades durante el tiempo libre de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017*

Variable	n	%
▪ Tiempo libre activo	77	51
▪ Ven televisión la mayor parte de su tiempo libre	123	82
▪ Practica regularmente algún deporte o hace ejercicio	105	70
▪ Sale a pasear frecuentemente	94	63
▪ Reuniones con amigos y/o familiares	88	59
▪ Lee diariamente	80	53
▪ Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio	24	16
▪ Realiza con regularidad actividades académicas	21	14

n= Población

CAM=Casa de Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

b) Consumo de sustancias

La Tabla 5 muestra que poco más de la tercera parte de los adultos mayores fumaban en promedio 9 cigarros durante el día; y el 58% de los encuestados refirió que cuando bebe o bebía lo hacían muy frecuentemente. Sin embargo, al momento de realizar la entrevista, la proporción de adultos que actualmente fumaban o bebían fue menor al 12%.

Tabla 5*Consumo de sustancias de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017*

Variable	n	%
▪ Consumió bebidas alcohólicas en alguna época de su vida	64	43
▪ Número de cigarros fuma o fumaba al día <i>Media (D.E)</i>	61	9(13.4)
▪ Fumó en alguna época de su vida	45	33
▪ Consume bebidas alcohólicas actualmente	16	11
▪ Fuma actualmente	15	10
▪ Tipo de bebedores según su consumo semanal		
Frecuente	38	58
Ocasional	23	35
Moderado	4	6

n= Población

CAM=Casa de Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

4.3 Trayectoria Laboral

Los adultos mayores encuestados refirieron que la edad promedio en la que comenzaron a trabajar a cambio de un salario fue de 17 años, con una media de 3 trabajos durante su vida laboral activa (ver Tabla 6).

a) Trabajadores activos

Del total de adultos mayores encuestados (n=150), el 28% continua inserto en el mercado laboral; el 52% del género masculino y el 48% femenino. Con respecto a las condiciones de trabajo el 52% de los sujetos cuenta con seguro social y prestaciones de ley; el 45% no cuenta con ningún tipo de contrato, el 40% tiene contrato de planta o base y un 15% trabaja por honorarios, eventualidad o temporalidad. Las jornadas laborales estas concentradas principalmente durante el turno matutino (45%), el 17% dijo estar en horario vespertino, el 38% indicó tener un horario mixto, mientras que el 12% rola turno.

Los adultos mayores activos, se encuentran laborando en diversos sectores económicos, por ejemplo, el 40% realiza actividades de oficina o profesionales como son: profesores, administradores, redactores, empleados de gobierno, encargados de archivos, secretarías, laboratorista; y otro porcentaje similar se dedica al Comercio, Mantenimiento y/o Servicios: herrería, taxista, vendedores (dulces, tamales), comerciantes, heladerías, papelerías, carnicerías ayudantes generales en locales de comida. El 14% que labora en Construcción /Manufacturera/ Minera/Industrial, realiza principalmente actividades de albañilería en alguna constructora (ver Tabla 6).

El 55% de los adultos refirió que el sueldo que percibe es suficiente para cubrir sus gastos, sin embargo, solo un 33% mencionó que dejaría de trabajar si tuviera el dinero suficiente para cubrir sus necesidades; mientras que el 59% señaló que su principal motivo para continuar trabajando es por falta de recursos, además de que les gusta su trabajo. Del total de las personas activas laboralmente solo el 17% mencionó que recibe pensión, producto de algún trabajo (ver Tabla 6).

Tabla 6

Trayectoria laboral y condición laboral actual de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n	Media (D.E)/ %
▪ Edad (años) en la que comenzó a laborar	150	17(4.6)
▪ Numero de trabajos que tuvo a lo largo de su vida	150	3(1.7)
<i>Adultos Mayores que continúan trabajando</i>	42	28*
▪ Hombres	22	52
▪ Mujeres	20	48
▪ Prestaciones de ley	22	52*
▪ Turnos de trabajo		
Matutino	19	45
Vespertino	7	17
Mixto	16	38
▪ Años en su empleo	42	23 (13.8)
▪ Rola turnos	5	12*
▪ Tipo de contrato		
Ninguno	19	45
Base / Planta	17	40
Por honorarios	4	10
Eventual / Temporal	2	5
▪ Seguridad social	24	58*
▪ Su sueldo es suficiente para cubrir sus gastos	23	55*
▪ Percibe pensión por algún trabajo	7	17*
▪ Principal motivo para continuar trabajando		
Le gusta su trabajo	13	31
Falta de recursos	4	9
Ambos	25	59
▪ Si tuviera el ingreso suficiente dejaría de trabajar	14	33*
▪ Actividades económicas		
Oficina/ Actividades profesionales	17	40
Comercio/ Mantenimiento/ Servicios	17	40
Construcción /Manufacturera/ Minera/Industrial	6	14
Trabajo doméstico/ limpieza	2	5

n= Población

*= Los valores muestran únicamente las respuestas afirmativas

D.E= Desviación Estándar

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

b) Valoración del trabajo: *trabajadores activos*

En la Tabla 7 se describen los adultos mayores que continúan trabajando, se indagó sobre elementos positivos en sus centros laborales, mostrando que el 100% de los adultos mayores que cuentan con algún empleo tienen interés sobre el mismo; el 90% siente satisfacción en la realización de sus actividades laborales; sin embargo, cuando se les preguntó *¿le gustaría que sus hijos trabajaran en lo mismo que usted?*, solo el 30% respondió positivamente.

Con respecto al control del trabajo, se observa que el 88% refirió que su trabajo le permite desarrollar habilidades y destrezas, creatividad e iniciativa y aprender cosas nuevas; el 83% puede fijar su ritmo de trabajo en la realización de sus actividades. Por último, el 66% refirió que recibe apoyo por parte de sus compañeros de trabajo, además el 79 % considera que su trabajo es importante para sus jefes.

Tabla 7

Valoración, control y apoyo social laboral de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	n (42)	%
▪ Valoración del trabajo		
Le interesa su trabajo	42	100
Le da satisfacción su trabajo	38	90
Le gustaría que sus hijos trabajaran en lo mismo que usted	12	30
▪ Control del trabajo		
Desarrolla habilidades y destrezas	37	88
Desarrolla creatividad e iniciativa	35	83
Aprende cosas nuevas	35	83
Fija su ritmo de trabajo	35	83
Decide como realizar su trabajo	34	80
▪ Apoyo social		
Su trabajo es importante para sus jefes	33	79
Sus compañeros son solidarios con usted	28	66

n= Población

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

c) Reconstrucción de la trayectoria laboral: *trabajadores inactivos*

En la Tabla 8-a, se observa que solo el 13% de las personas encuestadas tuvo hasta 5 empleos. Se observa que el 67% de las personas tuvieron trabajos formales; con respecto a la antigüedad, el 56% trabajó en promedio hasta 10 años por cada trabajo y el 80% tuvo jornadas laborales de 8 horas. Los puestos de trabajo que desempeñaron con mayor frecuencia en sus centros laborales fueron de esfuerzo físico (actividades manuales) y solo una tercera parte (35%) ejerció en puestos con menor esfuerzo físico (administrativos).

Tabla 8- a

Reconstrucción de la trayectoria laboral de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	T5		T4		T3		T2		T1
	n (19)	% (13)	n (32)	% (21)	n (82)	% (55)	n (120)	% (80)	n (146)
▪ Tipo de trabajo									
Formal	13	68	25	78	51	62	81	67	91
Informal / auto empleo	6	32	7	22	31	38	39	33	55
▪ Antigüedad									
0-10 años	10	53	23	72	43	53	66	55	68
11- 20 años	6	32	5	16	20	24	36	30	30
>31 años	2	10	-	-	6	7	6	5	32
21-30 años	1	5	4	12	13	16	12	10	16
▪ Jornada de trabajo									
8 horas	9	47	9	28	26	32	36	30	51
Más de 8 horas	9	47	19	60	48	58	74	62	82
4 horas	1	6	2	6	4	5	7	6	6
24 horas	-	-	2	6	4	5	3	2	7
▪ Puesto que desempeñó									
Activ. Manuales	11	58	18	56	55	67	84	70	110
Administrativo	8	42	14	44	27	33	36	30	36

n= Población

T= Trabajo

- = No hay dato

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

La Tabla 8-b muestra que del total de los encuestados el 48% fueron trabajadores de base, 14% de forma eventual o por honorarios y el 38% ejercieron sin contrato en sus centros laborales. Con estos percibían, solo un pequeño número de encuestados indicó que su sueldo era a destajo, como mencionaron tener sueldos fijos. En relación con las prestaciones de ley y seguro social, los resultados indican que el 63% tuvo acceso a ambos.

Tabla 8 - b

Reconstrucción laboral de los adultos encuestados, CAM-Iztapalapa 2017

Variable	T5		T4		T3		T2		T1
	n (19)	% (13)	n (32)	% (21)	n (82)	% (55)	n (120)	% (80)	n (146)
▪ Tipo de trabajo									
Base	12	63	17	53	35	43	48	40	60
Eventual / honorarios	2	11	5	16	9	11	20	17	20
Sin contrato	5	26	10	31	38	46	52	43	66
▪ Sueldo									
Fijo	16	84	27	84	67	82	89	74	114
Destajo	3	16	5	16	14	17	25	21	30
Variable	-	-	-	-	1	1	6	5	2
▪ Prestaciones de ley y seguro social									
	15	79	23	72	48	58	66	55	73

n= Población

T= Trabajo

- = No hay dato

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

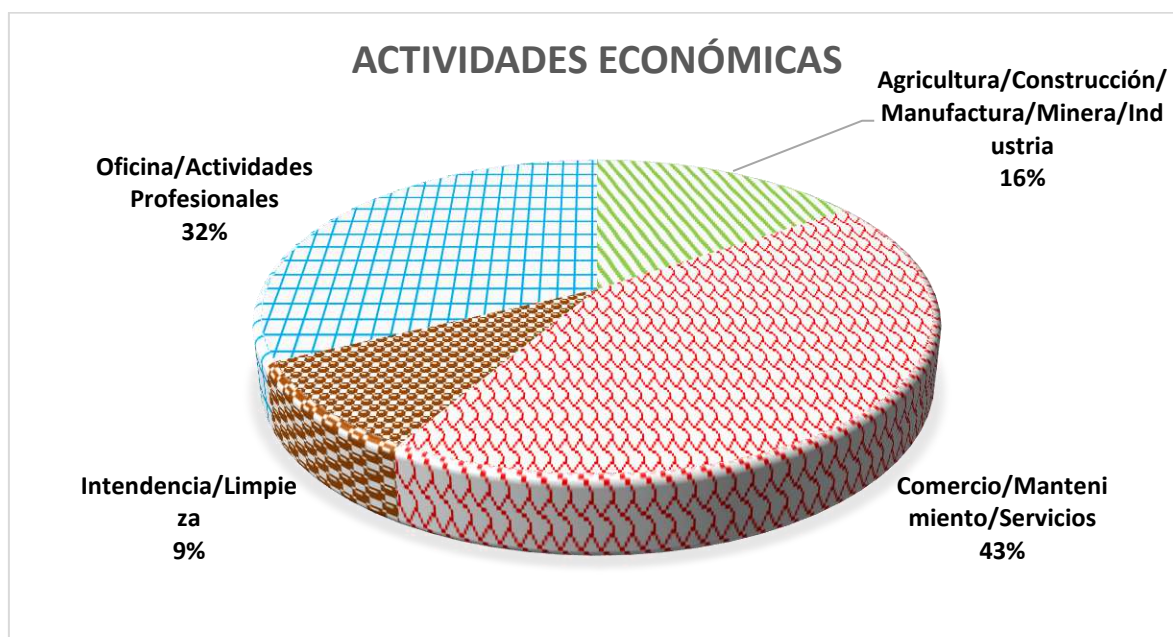
c) Reconstrucción de las actividades económicas

La Gráfica 1 muestra que las actividades económicas¹² en las que trabajaron con mayor frecuencia los adultos mayores durante su etapa laboral activa estaban relacionadas con actividades afines al comercio, mantenimiento y servicios (de maquinaria industrial); mientras que el 32% desempeñaba puestos administrativos, de oficina o actividades profesionales.¹³

Por otro lado, el 16% de los encuestados realizaron actividades relacionadas con la construcción, industrias mineras, manufactureras y automotrices; entretanto, el 9% se dedicó a la realización de trabajo doméstico y limpieza de inmuebles.

Gráfica 1

Principales actividades de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017



Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

¹² Cabe mencionar que la división de las actividades económicas se estableció en base a las preguntas sobre trabajo y actividad laboral de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, ENASEM 2015 (INEGI, 2015).

¹³ Las actividades profesionales fueron determinadas para personas que no realizaban trabajos manuales o que requerían un esfuerzo físico menor, por ejemplo: docentes, secretarías, administrativos, puestos gerenciales.

4.4 Riesgos y Exigencias Laborales

Las siguientes gráficas muestran los porcentajes de riesgos y exigencias a los que estuvieron sometidos los adultos mayores en su historia laboral, incluyendo las exposiciones de los sujetos que aún están insertos en el mercado laboral.¹⁴

En la Gráfica 2 se observa que aquellas personas que realizaron trabajos relacionados con el comercio, mantenimiento y servicios se exponen con mayor frecuencia a calor (39%), frío (30%), cambios bruscos de temperatura (30%), humedad (33%) y ruido (37%).

En cuanto a los trabajadores que realizan actividades profesionales o de oficina, se observa que sus principales exposiciones están relacionadas con frío (22%), cambios bruscos de temperatura (22%), humedad (24%), ruido (18%).

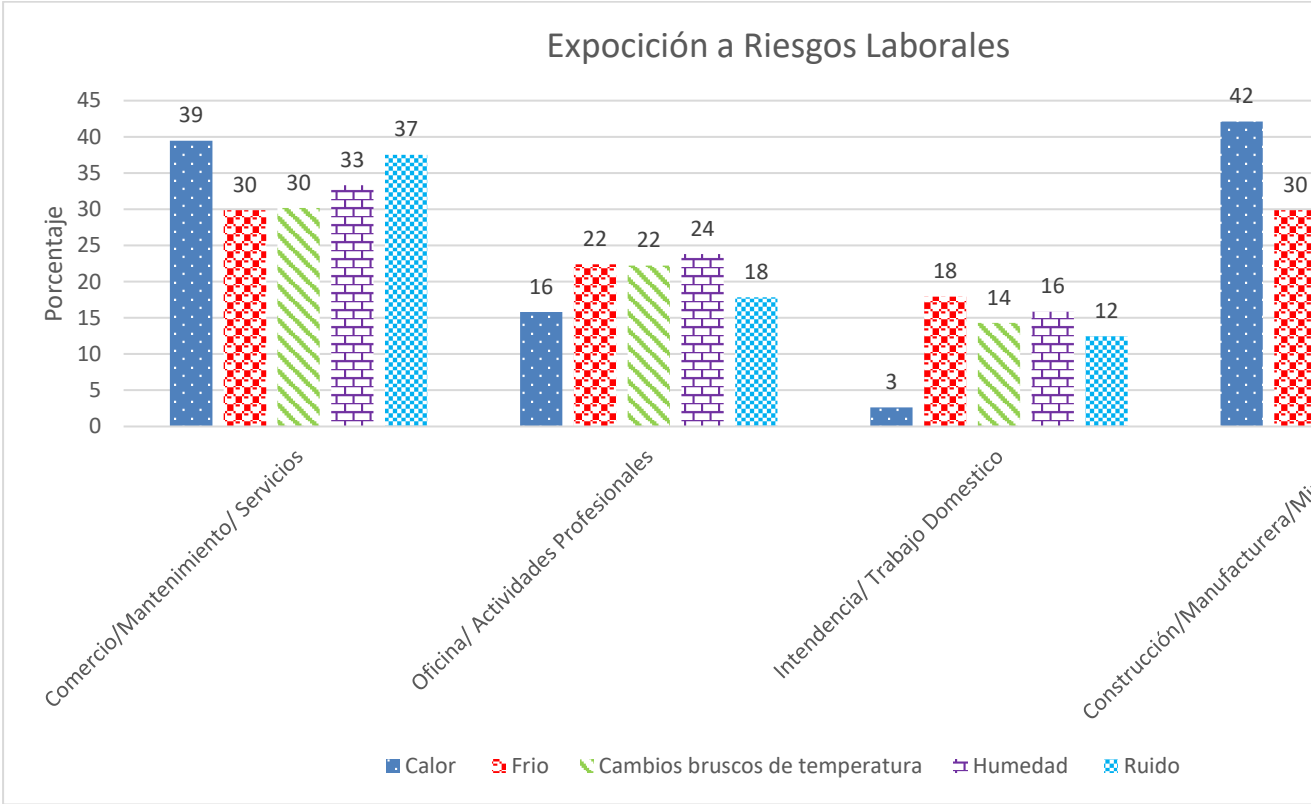
Las personas que realizan trabajo doméstico se exponen primordialmente a frío (18%), humedad (16%), cambios bruscos de temperatura (14%), ruido (12%). Sin embargo, para los trabajadores con actividades relacionadas a la construcción, manufactura, minería e industria sus exposiciones al calor (42%), frío (30%), cambios bruscos de temperatura (33%), humedad (27%) y ruido (32%) son mayores en sus espacios de trabajo en comparación con las actividades de oficina y trabajo doméstico.

Cabe mencionar que ante una mayor exposición las repercusiones en la salud de los trabajadores adquieren una significancia importante durante la vejez.

¹⁴ Para obtener las principales exposiciones a riesgos y exigencias se consideró la actividad con mayor antigüedad. Es decir, si laboró en 2 lugares, pero en uno permaneció 10 años y en otro solo 2 años se consideró el primer empleo.

Gráfica 2

Riesgos a los que se expusieron con mayor frecuencia los adultos mayores en su historia laboral, CAM-Iztapalapa 2017



%= Porcentaje de las personas con mayor exposición

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Otro tipo de riesgos son los derivados de la modificación de los objetos de trabajo (riesgos químicos), los cuales se muestran en la Gráfica 3.

Las personas que realizaron actividades relacionadas con el comercio, mantenimiento y servicios mencionaron que sus exposiciones más frecuentes fueron a polvo (30%), humo (34%), gases o vapores (40%) además, el 36% estuvo en contacto con algún tipo de disolvente o ácido.

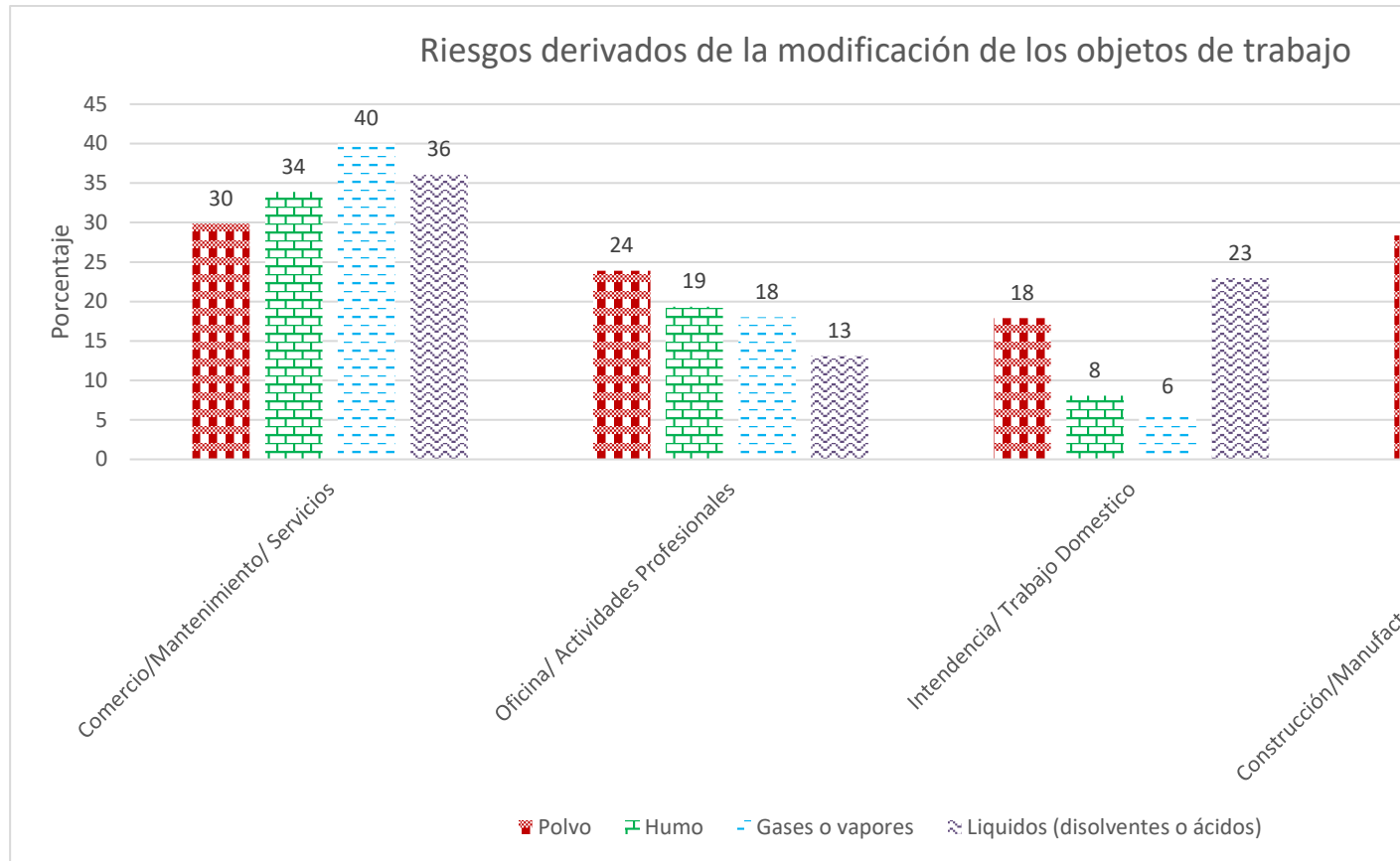
Mientras que aquellos participantes que desempeñaron puestos de oficina, administrativos o profesionistas, mencionaron que su mayor exposición estuvo relacionada con polvo (24%), humo (19%), gases o vapores (18%) y en algunas ocasiones, con algún tipo de líquido (13%).

Por su parte, las personas dedicadas al trabajo doméstico o alguna actividad relacionada con la limpieza, consideraron que su mayor exposición fue el uso de líquidos (disolventes o ácidos, 23%), gases o vapores (23%) seguido de polvo (18%) y de humo (8%).

Los sujetos con tareas afines a la construcción, manufactura, minería e industria, consideraron que, de acuerdo a la realización de sus actividades laborales, su mayor exposición estuvo relacionada con humo (39%), gases o vapores (36%), polvo (28%), mientras que el 27% tuvo interacción con algún tipo de líquido, disolvente o ácido.

Gráfica 3

Riesgos a los que se expusieron los adultos mayores en sus centros laborales, CAM-Iztapalapa 2017



%= Porcentaje de las personas con mayor exposición

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Con respecto a las exigencias laborales, las cuales se muestran en la Gráfica 4. Se observa que los trabajadores que se dedicaban al comercio, mantenimiento y servicios, realizaban principalmente trabajos a destajo (41%), tenían que ejecutar trabajos peligrosos (40%), necesitaban mucha concentración para no accidentarse (36%), mientras que una tercera parte (30%) tenía que soportar supervisiones estrictas y realizar tareas minuciosas.

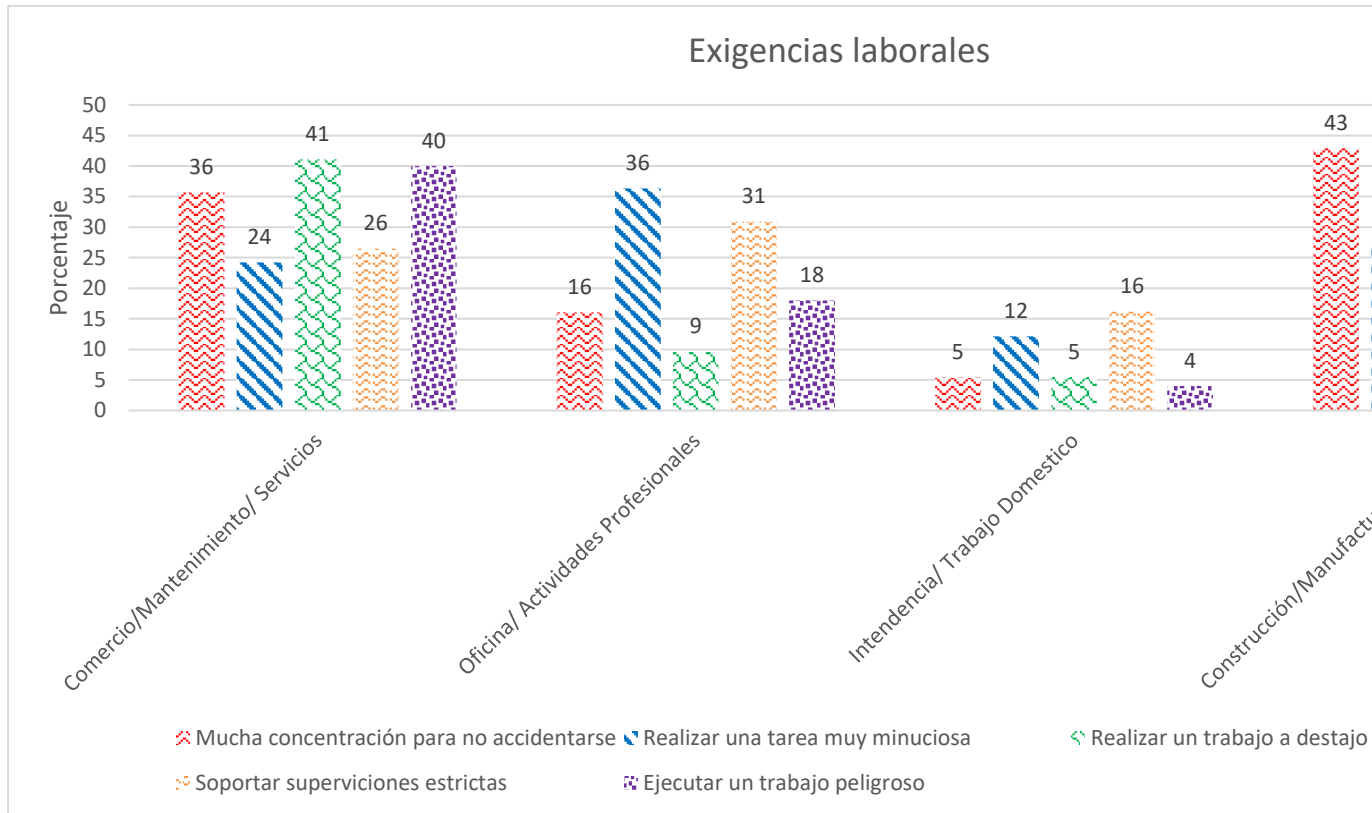
Los adultos mayores que asumieron puestos de oficina, administrativos o son profesionistas, consideraron que tuvieron que realizar tareas minuciosas (36%), soportar supervisiones estrictas (31%) y aproximadamente el 20% consideró realizar trabajos a destajo, ejecutar trabajos peligrosos, así como necesitar de mucha concentración para no accidentarse.

Las personas con actividades domesticas o de limpieza tuvieron que soportar supervisiones estrictas (16%), realizaron tareas muy minuciosas (12%), sus actividades se enfocaban en la realización de trabajos a destajo (5%), necesitaban de mucha concentración para no accidentarse (5%) y solo un 4% considero tener un trabajo peligroso.

Sin embargo, las personas que trabajaron en construcción, manufactura, minería e industria, tuvieron que realizar trabajos a destajo (44%), requirieron de mucha concentración para no accidentarse (43%), realizaban tareas minuciosas (27%), soportar supervisiones estrictas (26%), además consideraron que tuvieron que realizar trabajos peligrosos.

Gráfica 4

Exigencias relacionadas con la cantidad, intensidad, vigilancia y calidad laboral de los adultos mayores



%= Porcentaje de las personas con mayor exposición

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

En lo que concierne a las exigencias por la actividad física, se observa que los trabajadores que se dedicaron al comercio, mantenimiento y servicios gran parte de su jornada laboral tenían que levantar, cargar, empujar o jalar objetos desde nivel de piso (39%), permanecía de pie (36%), realizaban movimientos que requerían fuerza de hombros, brazos o manos (34%), esfuerzo físico muy pesado (33%), el 30% señaló realizar primordialmente movimientos con las piernas y un porcentaje similar realizaba sus actividades sentado (ver Gráfica 5).

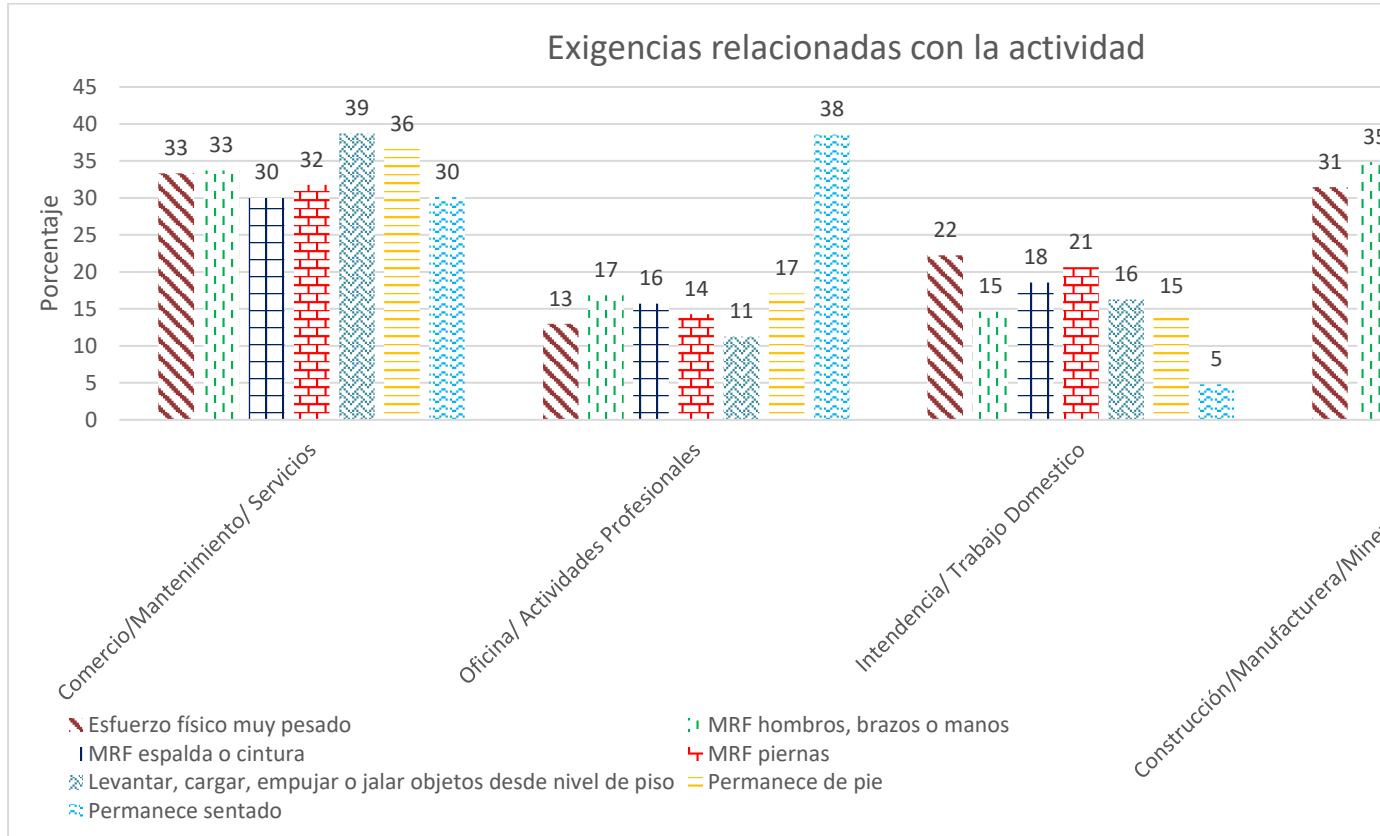
Con respecto a los trabajadores de actividades profesionales, de oficina o con puestos administrativos, mencionaron permanecer sentados por más de 2 horas seguidas durante sus jornadas laborales. El 13% consideró realizaba esfuerzo físico muy pesado, 16% de las personas levantaron, cargaron, empujaron y/o jalaban objetos desde nivel de piso. El 17% mencionó que permanecía de pie por más de 2 horas seguidas, realizaron pocas actividades que requirieron mucha fuerza de hombros, brazos o manos, espalda, cintura o espalda y piernas (ver Gráfica 5).

Los adultos mayores que laboraron en actividades relacionadas con trabajo doméstico consideraron que de acuerdo a sus actividades, sus principales exigencias fueron relacionadas con movimientos que requerían fuerza con hombros, brazos, manos, espalda y cintura. El 22% realizaba esfuerzo físico muy pesado, 16% levantaba, jalaba o empuja objetos desde nivel de piso, mientras el 4% permanecía sentado la mayor parte de su jornada laboral.

La tercera parte de los trabajadores que realizaron actividades en centros dedicados a la construcción, manufactura, minería e industrias las principales exigencias fueron relacionadas con movimientos que requerían mucha fuerza de espalda o cintura (36%), hombros, brazos o manos (35%), piernas (33%), esfuerzo físico muy pesado (31%); una proporción considerable tuvo que levantar, cargar, empujar o jalar objetos desde nivel de piso (34%). El 31% mencionó estar de pie la mayor parte de su jornada laboral, mientras que el 26% permanecían sentados por más de 2 horas seguidas.

Gráfica 5

Exigencias relacionadas con la actividad física dinámica o estática y la posición que adoptaban en los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017



MRF= Movimientos que requieren fuerza

%= Porcentaje de las personas con mayor exposición

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

4.5 Estado de Salud General

En la Tabla 9 se observa que en el último año las enfermedades con mayor diagnóstico por un médico fueron la hipertensión (63%) y diabetes (33%). Con respecto a los malestares que los adultos mayores han padecido durante los últimos 12 meses, fueron los dolores musculares en brazos, piernas, dolor en articulaciones huesos y espalda, molestias que pueden estar relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos que padecieron el 57% de los adultos mayores, seguido por el dolor lumbar (47%), ya que sus actividades estuvieron relacionadas con albañilería, mecánica, herrería, comercio, intendencia, repartidores de alimentos.

El deterioro físico en que se encuentra la persona es una de las problemáticas con mayor impacto durante el envejecimiento. Con respecto a ello, la Tabla 9 muestra que el 55% de los adultos encuestados tuvieron una dificultad leve en la realización de sus actividades cotidianas como caminar, bañarse, vestirse o preparar alimentos; y una minoría (3%) tuvo la dificultad severa (no pudieron valerse por sí mismos).

La depresión se ha convertido en otra de las problemáticas que afectan la salud mental de los adultos mayores, los cambios en su vida laboral y familiar son aspectos que pueden incrementar el riesgo de este padecimiento, situación que se refleja en la Tabla 9. En esta se observa que el 33% de los adultos mayores encuestados presentaron sentimientos depresivos graves como: tristeza, pérdida de interés, falta o disminución del apetito, sueño, dificultad para concentrarse, culpabilidad, cansancio, sensación de sentirse agitado en la realización de sus actividades, ideas suicidas durante las últimas dos semanas.

Tabla 9*Estado de salud general de los adultos mayores encuestados, CAM-Iztapalapa 2017*

Variable	n (150)	%
▪ Trastornos musculoesqueléticos	85	57
▪ Lumbalgia	70	47
▪ Malestares durante el último año		
Dolor muscular en brazos y piernas	128	85
Dolor en articulaciones, huesos o espalda	127	85
Dolor de cabeza	67	45
Dolor de oídos	45	30
▪ Enfermedades diagnosticadas por un médico		
Hipertensión	94	63
Diabetes	49	33
Hernia hiatal, umbilical o inguinal	35	23
Enfermedad coronaria	16	11
Cáncer de cualquier tipo	3	2
▪ Dificultad en la realización de actividades cotidianas		
Leve	82	55
Moderada	24	16
Severa	19	13
Extrema / no puede hacerlo	4	3
▪ Presencia de síntomas depresivos	49	33
▪ Tiempo libre activo	77	51

n= Población

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

4.6 Asociación de daños a la salud vs riesgos y exigencias

La Tabla 10 señala que las personas que se expusieron a humedad tuvieron 34% más prevalencia de trastornos musculoesqueléticos, mientras que aquellas que se expusieron al frío tuvieron 32% más prevalencia de trastornos musculoesqueléticos.

Las personas que realizaron trabajos que les requería esfuerzo físico pesado, movimientos de hombros, brazos espalda y piernas tuvieron más prevalencia de trastornos musculoesqueléticos en comparación con aquellos sujetos que no fueron

expuestos a este tipo de trabajos. Además, las personas con discapacidad tuvieron 2.09 veces más prevalencia de trastornos musculoesqueléticos.

Al ajustar por edad y sexo, las variables mantuvieron una significancia estadística ($p < .05$), excepto esfuerzo físico pesado ($p_a = .0960$) y movimientos de espalda ($p_a = .0999$).

Tabla 10

Asociación entre trastornos musculo esqueléticos con daños a la salud, riesgos y exigencias laborales, CAM-Iztapalapa 2017

Trastornos Musculoesqueléticos							
	NO n	Sí n	RP	p	IC 95%	RP _a	p _a **
Humedad	49	66	1.34	0.0354*	1.02 – 1.77	1.34	0.0267*
Frío	49	65	1.32	0.0455*	1.00 – 1.75	1.32	0.0424*
Esfuerzo físico pesado	50	68	1.37	0.0280*	1.04 – 1.79	1.37	0.0960
Movimientos (hombros y brazos)	44	65	1.47	0.0111*	1.06 – 2.02	1.47	0.0329*
Movimientos espalda	48	65	1.34	0.0365*	1.01 – 1.78	1.34	0.0999
Movimiento piernas	49	66	1.34	0.0354*	1.02 – 1.77	1.34	0.0453*
Discapacidad	44	92	2.09	<.0001*	1.64 – 2.58	2.06	0.0001*

n= Población

RP= Razón de Prevalencia

P= Significancia estadística (Pearson)

a**= valores ajustados por Sexo y Edad

RP_a= Razón de prevalencia ajustada

IC=Intervalo de confianza

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

En la Tabla 11 se observa que la presencia de lumbalgia es más prevalente por las exigencias laborales, tales como: la realización de tareas, esfuerzos físicos pesados, así como levantar, cargar, empujar o jalar objetos desde nivel de piso; con significancia estadística de $p < .05$.

Asimismo, se muestra que las personas que presentaron depresión tuvieron 55% más prevalencia de lumbalgia comparadas con aquellas que no tuvieron este padecimiento. Los sujetos con lumbalgia tuvieron 86% más prevalencia de discapacidad que las que no tuvieron lumbalgia. Además, los individuos sin tiempo libre activo tuvieron 65% más prevalencia de lumbalgia.

Tabla 11

Asociación de Lumbalgia con daños a la salud, riesgos y exigencias laborales, CAM-Iztapalapa 2017

Lumbalgia

	NO n	Sí n	RP	p	IC 95%	RP _a	p _a **
Tarea minuciosa	39	56	1.43	0.0409*	1.01 – 2.00	1.42	0.0416*
Esfuerzo físico pesado	36	64	1.77	0.0008*	1.27 – 2.47	1.78	0.0015*
Levantar, cargar, empujar o jalar objetos desde nivel de piso	37	55	1.48	0.0287*	1.02 – 2.12	1.48	0.0136*
Depresión	40	62	1.55	0.0191*	1.09 – 2.12	1.52	0.0221*
Discapacidad	38	71	1.86	0.0005*	1.35 – 2.52	1.85	0.0033*
Tiempo libre activo	58	35	1.65	0.0034*	1.17 -2.40	1.68	0.0034*

n= Población

RP= Razón de Prevalencia

P= Significancia estadística (Pearson)

a**= valores ajustados por Sexo y Edad

RP_a= Razón de prevalencia ajustada

IC=Intervalo de confianza

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

La Tabla 12 muestra que la presencia de trastornos musculoesqueléticos, lumbalgia, desgaste laboral y depresión se asociaron significativamente ($p < .05$) con la discapacidad que tuvieron los adultos mayores en la realización de actividades cotidianas.

Los adultos con trastornos musculoesqueléticos tuvieron 8.2 veces más prevalencia de discapacidad comparados con los que no tuvieron trastornos musculoesqueléticos.

Los sujetos con lumbalgia tuvieron 2.92 veces más prevalencia de discapacidad comparados con aquellos que no padecieron lumbalgia y las personas con depresión tuvieron 2.47 veces más prevalencia de discapacidad.

La significancia estadística se mantuvo en los modelos ajustados. Sin embargo, el desgaste laboral y la discapacidad ($p = .0113^*$) al ser ajustada por edad y sexo, perdió significancia estadística ($p_a = .1526$).

Tabla 12

Asociación de discapacidad con daños a la salud, riesgos y exigencias laborales, CAM-Iztapalapa 2017

	Discapacidad						
	NO n	Sí n	RP	p	IC 95%	RP _a	p _a **
Trastornos Musculoesqueléticos	5	41	8.2	<.0001*	2.87 – 27.72	8.93	0.0001*
Lumbalgia	13	38	2.92	0.0005*	1.50 – 5.23	2.81	0.0030*
Depresión	18	45	2.47	0.0008*	1.46 – 4.17	2.48	0.0007*
Desgaste laboral	16	34	2.12	0.0113*	1.14 – 3.98	2.14	0.1526

n= Población

RP= Razón de Prevalencia

P= Significancia estadística (Pearson)

a**= valores ajustados por Sexo y Edad

RP_a= Razón de prevalencia ajustada

IC=Intervalo de confianza

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

En la Tabla 13 se muestra que las personas que tuvieron actividades que requirieron esfuerzos físicos pesados tuvieron 77% más prevalencia de depresión en comparación con las que no realizaron esfuerzos físicos pesados (p=.0255*).

La variable discapacidad tuvo una asociación significativa con la presencia de depresión (p_a=.0008*).

Asimismo, se observa que las personas sin tiempo libre activo tuvieron 94% más prevalencia de depresión en comparación con los que tuvieron tiempo libre activo (p_a=.0155*).

Tabla 13

Asociación de depresión con daños a la salud, riesgos y exigencias, CAM-Iztapalapa 2017

	Depresión						
	NO n	Sí n	RP	p	IC 95%	RP _a	p _a **
Esfuerzo físico pesado	21	37	1.77	0.0312*	1.05 – 2.99	1.77	0.0255*
Discapacidad	19	47	2.47	0.0008*	1.45 – 3.98	2.41	0.0008*
Tiempo libre	35	18	1.94	0.0158*	1.11 – 3.44	1.96	0.0155*

n=Población

RP= Razón de Prevalencia

P= Significancia estadística (Pearson)

a**= valores ajustados por Sexo y Edad

RP_a= Razón de prevalencia ajustada

IC=Intervalo de confianza

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

La Tabla 14 muestra que realizar trabajo a destajo, una tarea minuciosa y un esfuerzo físico pesado, genera prevalencias significativas de desgaste laboral ($p < 0.05$). Por ejemplo, las personas con trabajo a destajo tuvieron 89% más prevalencia de desgaste laboral.

Las personas que no realizaron tareas minuciosas tuvieron 41% menos prevalencia de desgaste laboral. Los sujetos que realizaron esfuerzos físicos pesados tuvieron 38% más prevalencia de desgaste laboral. A pesar de que existe asociación entre discapacidad y desgaste laboral ($p = 0.0113^*$), al ser ajustada por edad y sexo, esta pierde su significancia estadística ($p_a = 0.1339$).

Tabla 14

Asociación de desgaste laboral con daños a la salud, riesgos y exigencias, CAM-Iztapalapa 2017

	Desgaste laboral						
	NO n	Sí n	RP	p	IC 95%	RP_a	p_a**
Trabajo a destajo	37	70	1.89	<.0001*	1.35 – 2.62	1.88	0.0001*
Tarea minuciosa	61	43	1.41	0.0369*	1.02 – 2.05	1.38	0.0216*
Esfuerzo físico pesado	46	64	1.38	0.0345*	1.03 – 1.85	1.39	0.0397*
Discapacidad	47	71	1.51	0.0113*	1.13 – 1.99	1.51	0.1339

n=Población

RP= Razón de Prevalencia

P= Significancia estadística (Pearson)

a**= valores ajustados por Sexo y Edad

RP_a= Razón de prevalencia ajustada

IC=Intervalo de confianza

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

La Tabla 15 muestra que el uso de tiempo libre activo es un factor fundamental en la salud de los individuos. Los adultos mayores que mencionaron no tener uso del tiempo libre activo tuvieron 63% más prevalencia de lumbalgia ($p < .05$). Las personas sin tiempo libre activo tuvieron más prevalencia de depresión comparados con los que tuvieron uso de tiempo libre activo ($p_a = 0.0154^*$).

Tabla 15

Asociación de tiempo libre activo con daños a la salud, riesgos y exigencias, CAM-Iztapalapa 2017
Tiempo libre activo

	NO n	Sí n	RP	p	IC 95%	RP_a	p_a**
Lumbalgia	62	38	1.63	0.0034*	1.16 – 2.29	1.62	0.0034*
Depresión	57	35	1.62	0.0158*	1.01 – 2.57	1.63	0.0154*

n=Población

RP= Razón de Prevalencia

P= Significancia estadística (Pearson)

a**= valores ajustados por Sexo y Edad

RP_a= Razón de prevalencia ajustada

IC=Intervalo de confianza

CAM=Casa del Adulto Mayor

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

En general, los resultados expuestos indican que el estado de salud actual de los adultos mayores está muy asociado a su trayectoria laboral. El ingreso económico, el tipo de contrato y las prestaciones que éstos percibieron durante su etapa laboral activa son los principales factores para gozar de una buena calidad de vida en la vejez.

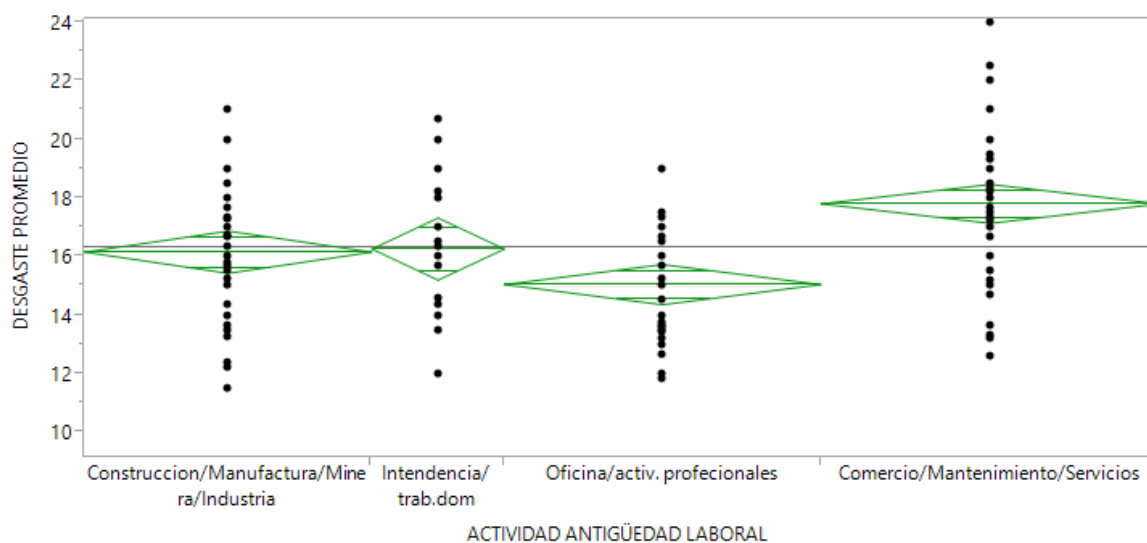
Asimismo, las asociaciones del estado de salud con los riesgos y exigencias mostraron significancias estadísticas, principalmente con las actividades que los participantes realizaron en sus puestos de trabajo.

4.7 Desgaste laboral según la actividad realizada

Es importante recordar que el desgaste laboral se obtuvo con las condiciones desfavorables a las que se enfrentaron los trabajadores como son: trabajos informales, sin contrato ni prestaciones de ley, sin acceso a servicios de salud, con sueldos variables o a destajo y jornadas por más de 8 horas. La Gráfica 6 muestra que aquellas personas que realizaron actividades relacionadas al comercio, mantenimiento y servicios, tuvieron un desgaste mayor con respecto a los sujetos que tuvieron trabajos de oficina o profesional.

Gráfica 6

Anova de Desgaste promedio con respecto a la actividad económica según la antigüedad laboral, CAM-Iztapalapa 2017

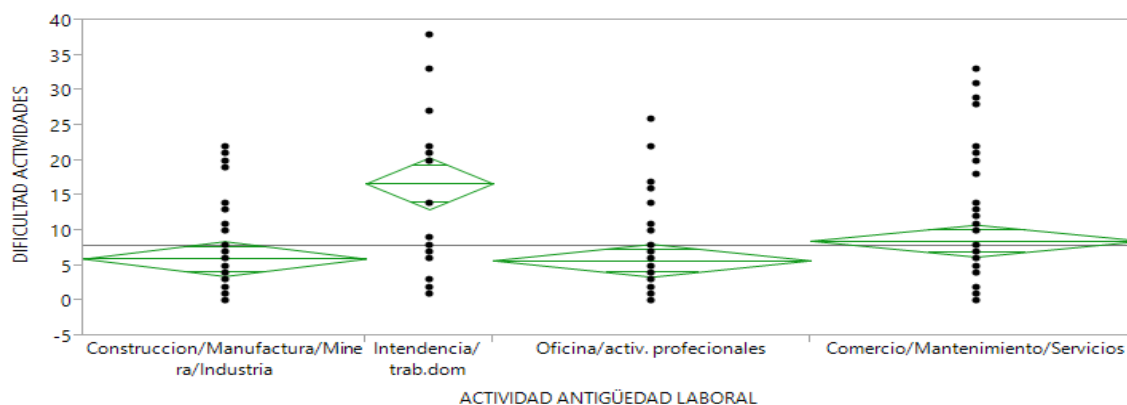


Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

Con respecto al desgaste físico, la gráfica 7 muestra que las personas con actividades de limpieza o trabajo doméstico tuvieron mayor dificultad en la realización de sus actividades ($p < .0001^*$), en segundo lugar, se encuentran los trabajadores de comercio, mantenimiento y servicios.

Gráfica 7

Anova de Dificultad en la realización de actividades diarias con respecto al sector económico según la antigüedad laboral, CAM-Iztapalapa 2017



Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción laboral, CAM-Iztapalapa 2017.

“Observa detenidamente tu entorno y comprenderás mejor el funcionamiento de las cosas”.

Albert Einstein.

Capítulo 5. Discusión

Estudios previos han señalado la importancia del aumento en la esperanza de vida, condición que ha permitido que las personas tengan mayor probabilidad de llegar a la senectud. La Ciudad de México es considerada una de las metrópolis con la mayor concentración de personas longevas, principalmente del género femenino (INEGI, 2016), datos que coinciden con la presente investigación, ya que del total de participantes el 63% fueron mujeres y el 37% hombres.

Es importante destacar que a pesar de la situación sociocultural que se vivía a principios del siglo XX con respecto a la desigualdad de género en educación, el 70% de los adultos mayores encuestados obtuvieron un nivel de estudios básico (entre primaria 46% y secundaria 24%), factor que según Guevara (2002) les permite tener movilidad social, reconocimiento personal, además de ser una alternativa de cambio para muchas familias.

El apoyo familiar con el que cuenta este grupo etario es proporcionado regularmente por sus hijos, sin embargo, el 36% tiene que solventar la mayor cantidad de gastos en el hogar, además de cuidar de otra u otras personas (nietos y/o pareja) todos los días, sin retribución económica, motivo por el cual casi una tercera parte de los adultos encuestados tienen que continuar laborando.

La precariedad del trabajo en adultos mayores es algo frecuente, de aquellos que continúan laborando, el 45% lo hace sin contrato, privándose de una seguridad social, mientras que el 55% cuenta con algún tipo de convenio laboral (planta/base, honorario o eventualidad), los cuales a diferencia de los que laboran sin acuerdos, cuentan con prestaciones de ley y seguridad social. Las principales actividades que realizan están relacionadas con el sector formal e informal: venta de alimentos

(tamales, tortas, jugos), papelerías, puestos en mercados, venta de periódicos, ayuda general en puestos de comida.

Los resultados de este estudio indican que el 67% de los adultos mayores tuvieron un empleo formal, solo el 35% se desempeñó en algún puesto administrativo, lo cual mostró que el mayor porcentaje de adultos realizó actividades que requirieron mayor fuerza física (cocer a mano y con máquina, troquelar, cargar y descargar material) con jornadas mayores a 8 horas. Sin embargo, las condiciones laborales, los riesgos y las exigencias a los que se sometieron en sus centros de trabajo fueron también factores determinantes en la relación salud-trabajo y, por ende, en la determinación de su condición de vida actual. Al respecto, Noriega (1993) menciona que en todo proceso de trabajo se encuentran implícitos factores de riesgo susceptibles de generar enfermedades específicas. Dichos factores fueron identificados por Alvear y Villegas (1989) en tres grupos: físicos, químicos y mecánicos, además de las exigencias que se demandan a los trabajadores.

Aunado a ello, los resultados mostraron que la exposición a riesgos y exigencias que tuvieron los adultos mayores de acuerdo a su antigüedad son factores que se relacionan con el proceso salud-enfermedad. Existe una diferencia de los riesgos y exigencias a los que se expusieron los participantes de esta investigación, los sujetos que realizaron actividades en construcción, manufactura, minerías, industrias, comercios, mantenimiento y servicios reportaron que en sus áreas de trabajo estuvieron constantemente expuestos al calor, en primer lugar, seguido por el frío, cambios bruscos de la temperatura, la humedad y ruido. Alvear y Villegas, (1989) mencionan al respecto que la exposición constante a riesgos físicos como: cambios bruscos de temperatura, falta de ventilación, humedad, falta o exceso de iluminación, ruido y vibraciones causadas por el uso de maquinaria u herramientas utilizadas por el trabajador (perforadoras, sierras de mano, etc.) pueden causar diversos daños en la salud como hipoacusias, microtraumatismos, problemas visuales, fatigas y trastornos circulares. De acuerdo con Alvear y Villegas (1989), laborar en tales condiciones se asocia al desarrollo de

enfermedades articulares, situación que se ve reflejada en la dificultad que tienen los adultos mayores para realizar actividades cotidianas.

Los resultados obtenidos concuerdan Noriega (1993 a), el cual menciona que la realización de tareas minuciosas, jornadas excesivas, supervisiones estrictas, posiciones incómodas, entre otras, afectan a los trabajadores física- y mentalmente. Otras exigencias, según Noriega (1993 b), son aquellas relacionadas con el tipo de actividad, cantidad e intensidad de la tarea, las cuales generan en los sujetos malestares musculoesqueléticos y lumbalgias, debido a los esfuerzos físicos pesados, repetitivos y monótonos que se realizan durante los procesos de trabajo.

En esta investigación, las actividades que realizaron los adultos mayores fueron trabajo a destajo, trabajo bajo supervisión estricta, realizaron tareas minuciosas, además requerían de mucha concentración en la realización de sus actividades, condiciones que al relacionarse con daños a la salud mostraron significancia estadística, lo que sugiere que trabajar bajo estas condiciones aumenta la probabilidad de padecer lumbalgias y tener desgaste laboral.

Con respecto a las exigencias laborales, en el presente estudio se encontró que más del 30% de los adultos mayores encuestados, tuvieron exigencias relacionadas con permanecer de pie por más de 2 horas seguidas y movimientos que requerían mucha fuerza de hombros, espalda, cintura o piernas. Estas condiciones al ser relacionadas con daños a la salud, mostraron una asociación con trastornos musculoesqueléticos, a causa del esfuerzo físico pesado que realizaron.

Tomando en cuenta el estado general de salud, los adultos mayores reportaron que en el último año fueron diagnosticados por un médico con hipertensión, diabetes, algún tipo de hernias (hiatal-umbilical o inguinal), enfermedades coronarias y cáncer de cualquier tipo. Esta información es acorde a lo publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2017, donde se reportó que las principales causas de mortalidad en la población de 60 y más años fueron: diabetes

mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e infartos (INEGI, 2017).

Sin embargo, cuando se habla de diversos padecimientos presentes en la etapa de la vejez, estos no deben considerarse solo como un efecto por la edad, sino como derivados también de su trayectoria laboral, estilo de vida, situación económica, estabilidad socio-familiar o redes de apoyo, los cuales repercuten en la salud de los sujetos (Escobar,2012).

Es importante resaltar que el estado de salud de los adultos mayores está fuertemente influenciado por las actividades laborales. Por ello, la creación de la variable desgaste laboral, en la que se incluyeron: lugar de trabajo, antigüedad, horarios de trabajo, puesto desempeñado, tipo de contrato, sueldo, prestaciones y seguro social, permitió generar una escala que cuantificaría el efecto que una actividad laboral puede tener sobre la salud de un individuo. El desgaste laboral entre las personas que tuvieron trabajos formales y aquellos que laboraron en el sector informal fue poco específica. A través de la reconstrucción laboral se pudo observar que una de las principales características para determinar si la persona tiene un mayor desgaste es el tipo de actividad que desarrolló en la realización de su tarea.

Este estudio confirma que el desgaste laboral se asocia significativamente con algunas exigencias como: trabajo a destajo, tareas minuciosas y esfuerzos físicos pesados. Según los resultados, más del 50% de los encuestados refirió haber trabajado jornadas mayores a 8 horas, información que concuerda con Noriega (1993), quien menciona que el desgaste puede derivarse de la duración de las jornadas, horas extra, guardias, rotación de turnos, trabajos nocturnos y las pausas realizadas en el proceso. De igual forma, Muedano (2015) considera que los excesos en el horario de trabajo ocasionan alteraciones del ritmo cardiaco, de sueño, disminución del estado de alerta, bajo rendimiento, estrés, ansiedad y aislamiento. Otro estudio que coincide con esta información fue publicado por la revista *The Lancet*, en donde, según López (2015), después de realizar una revisión

de más de 40 investigaciones, se confirmó el daño que produce el exceso de horas laborales sobre el sistema cardiovascular. Galve y Janlert (Galve citado en López, 2015) mencionaron que las personas que pasan muchas horas en su trabajo tienden a cuidarse menos. "Tienen menos tiempo para hacer deporte y comen peor porque, entre otras cosas, el estrés te hace comer más y alimentos de menos calidad" (párr.13).

La prevención de las enfermedades cardiovasculares casi siempre se enfoca exclusivamente con medidas preventivas médicas y personales [...] Las condiciones de trabajo son importantes determinantes sobre la salud. El tiempo que se pasa trabajando al día es una decisión humana. Esencialmente, si trabajar mucho genera un daño en la salud, debería ser posible cambiarlo, algo que no es posible modificar en el caso de otras circunstancias laborales (Janlert citado en López, 2015, párr.15)

Respecto a jornadas de trabajo, la Ley Federal del Trabajo (2006) en su artículo 61, menciona que "la duración máxima de la jornada tiene que ser de ocho horas la diurna, siete la nocturna y siete horas y media la mixta" (pág.13); sin embargo, se observa claramente que este no se cumple. Tiempo atrás, la jornada laboral era de sol a sol, posteriormente se estableció que los empleados y empleadores decidieran la jornada siempre y cuando se respetara los parámetros establecidos en la Ley Federal del Trabajo. A ello se suma el desgaste físico y mental que los trabajadores tienen en sus actividades.

En la presente investigación, una de las características que se destacó de las personas que asisten a las Casas de Adulto Mayor fue que en su tiempo libre ellos realizan actividades físicas, leen, ven televisión, pasean frecuentemente con familiares y amigos (51%), lo cual según la Organización Mundial de la Salud (2018) disminuye la posibilidad de sufrir deterioro cognitivo, además de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y motoras, debido a la estimulación activa. Además, se corroboró el efecto positivo que tienen las actividades físicas o recreativas, así como el entorno (familiares y amigos) en los participantes. Al realizar la asociación de los principales daños a la salud con el uso del tiempo libre activo, en el presente

estudio se muestra que las personas que realizaron alguna actividad tuvieron menor probabilidad de malestares que las personas pasivas. Dos ejemplos de ello fueron: 1. las personas que realizaron actividades activas, tuvieron menor probabilidad de tener lumbalgias comparadas con las que no realizaron actividades. 2. En relación del tiempo libre activo y la depresión, se pudo observar que en los sujetos que tuvieron mayor tiempo libre activo, se redujo la posibilidad de tener depresión. Ambos resultados fueron estadísticamente significativos.

Diversos estudios muestran que cualquier actividad social y recreativa en los adultos mayores previene el desarrollo de discapacidad y deterioro cognitivo. Por ejemplo, Carmona y Ribeiro (2010) realizaron un estudio el cual consistió en distinguir el papel que juegan las actividades sociales en el bienestar personal de los adultos mayores en la ciudad de Monterrey y de México. Su muestra estuvo constituida por 1057 personas, entre hombres y mujeres de 65 y más años. Posteriormente a la recolección de información, se elaboraron dos escalas en donde se asociaron la actividad social y el bienestar personal. Los resultados mostraron que existe una relación positiva entre las actividades sociales y la escolaridad con el bienestar personal de los adultos mayores.

Asimismo, Carmona y Ribeiro (2010) plantean que las actividades sociales ofrecen innumerables beneficios tanto físicos como psicológicos y sociales, entre los que se encuentran buena salud mental y física, mejor funcionamiento cognitivo, promoción de hábitos de vida saludables, además de ser factores benéficos en la reducción de costos de salud física y mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1989), las personas de mayor edad consumen proporcionalmente más servicios de atención sanitaria que los grupos más jóvenes, debido a la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a este grupo de población, lo cual representa elevados costos económicos en cuanto a la atención en la salud. En consecuencia, si participar en actividades sociales mejora la salud física y mental, la actividad social representa un

mecanismo clave para reducir el gasto en salud, ya que se reducirán el número de consultas y tratamientos específicos dirigidos a los adultos mayores (Citado en Carmona y Ribeiro, 2010 p.165)

Otros estudios con los que concuerda la presente investigación son aquellos que abordan la situación económica de los adultos mayores, en los cuales se concluye que además de que los ingresos que perciben son insuficientes, ellos son en gran mayoría los principales proveedores en sus hogares. Grijalva, Zúñiga y Zupo (2007) en su estudio titulado *Adultas y adultos mayores en Sonora: ¿dependientes, autosuficientes o proveedores?* analizaron las principales fuentes y montos de sus ingresos, así como su participación económica. Los resultados obtenidos del análisis mostraron que los adultos mayores fueron los principales proveedores en el hogar, y que las mujeres, pese a su edad, fueron las que se dedicaron con mayor frecuencia a las labores domésticas, además de ser cuidadoras de otras personas.

Es importante señalar que en la presente investigación el 22% del total de los entrevistados refirió cuidar de otra persona; situación que puede impactar en la calidad de vida de los adultos mayores. De estos, el 58% cuida de sus nietos por más de 5 días a la semana, implicando que las personas dupliquen sus fuerzas para el cuidado de sus familiares.

Por otro lado, las nuevas reformas aplicadas en los sistemas de pensiones no permitirán que los sujetos puedan percibir alguna retribución económica, producto de sus años laborales activos, ya que tanto las condiciones laborales como los bajos salarios no permiten que los trabajadores generen un ahorro para el futuro. Pérez (2018), en un artículo publicado en la revista *Forbes*, mencionó que:

La generación que terminará pagando el mayor costo de esta transición será la de los *millennials*, que, además de recibir una pensión mucho más baja, tendrá que aportar a la de sus padres y abuelos, a través de impuestos. “Van

a tener una carga fiscal importante porque los recursos públicos que hoy se están destinando a las pensiones son inexistentes” (párr. 37).

Por otro lado, el porcentaje de adultos mayores que continúa trabajando (28%) según el presente estudio, lo hace principalmente por la falta de recursos, resultados que concuerdan con el estudio realizado por Montoya y Montes (2009) sobre la situación laboral de la población adulta mayor en Estado de México. Los datos arrojados de su encuesta mostraron que en 36.88% de los adultos mayores que permanecen trabajando lo hacen debido a la falta de cobertura de seguridad económica en su vejez y por qué no cuenta con pensión. Asimismo, la investigación concuerda con el análisis de la jornada laboral del adulto mayor, pues los participantes trabajan en promedio más de siete horas diarias.

Las asociaciones que se obtuvieron en la presente investigación, fueron la asociación entre la trayectoria laboral y el estado de salud actual del adulto mayor, mediante la creación de la variable desgaste laboral, la cual permitió identificar el nivel de desgaste causado por las actividades profesionales y no solo por su situación socio-económica. La asociación de desgaste laboral con el trabajo a destajo, la realización de una tarea minuciosa, el esfuerzo físico pesado que realizan los adultos mayores tuvo significancias estadísticas $p < .05$.

Cabe mencionar que la mayoría de las investigaciones que abordan la trayectoria laboral de adultos mayores solo enfatizan la situación económica que estos adquieren cuando se retiran del mercado laboral. Algunos trabajos, como el de Mauro y Yáñez (2005), Grijalva, Zúñiga y Zupo, (2007), Undurraga (2018) se centralizan en lo económico, social, familiar, psicológico, pero no ahondan en la relación salud-trabajo como factores determinantes en el estado de salud.

Los resultados de la presente investigación concuerdan con los estudios antes mencionados, pero no apoyan las conclusiones obtenidas por Castellanos (2014), quién considera que el apoyo social, el estado anímico y las actitudes que toman los adultos mayores durante su envejecimiento facilitan protección y promoción a

la salud del adulto mayor cuando este decide retirarse del sector laboral. En la presente investigación, se observó que la exposición a diversos riesgos, así como las exigencias laborales fueron factores determinantes de la salud física de los adultos mayores.

Entre variables: la falta de asociación de daños a la salud se puede derivar del sesgo de selección, del tamaño de la muestra y del proceso de selección (por conveniencia). Cabe mencionar que los participantes fueron de una misma población (de las Casas de Adulto Mayor). Se obtuvo una muestra con un modelo homogéneo,¹⁵ y una de sus principales características es que son adultos mayores activos y viven en óptimas condiciones.

¿Qué se obtuvo con el análisis de la trayectoria laboral?

Los resultados obtenidos de la reconstrucción laboral del adulto mayor, permitieron conocer sus condiciones laborales, así como los riesgos y exigencias a los que estuvo sometido en su espacio de trabajo. Por lo anterior, se puede analizar que, aunque una gran proporción tuvo un trabajo estable, con contrato y prestaciones de ley, estos no alcanzaron a cubrir el monto requerido para su jubilación y, por ende, los participantes tienen que seguir en el mercado.

Al respecto, Undurraga (2018) en su artículo sobre *El trabajo y la vejez: trayectorias laborales de mujeres en Chile*, muestra a través de un estudio cualitativo la relación que tiene la trayectoria laboral y las pensiones con la vejez. Aunque la autora se enfoca en mujeres, la precarización de la trayectoria laboral no es exclusiva del género. En dicho estudio se estableció que la vida laboral entre profesionistas y trabajadores informales es determinante durante la vejez. Laborar en condiciones precarias como inestabilidad, bajos salarios, informalidad, entre otros, durante su etapa activa tienen repercusiones sobre la vejez, cuando el escenario sería aún más arduo, con pensiones insuficientes y una calidad de vida

¹⁵ Se entiende por homogéneo, aquellos adultos mayores que durante su vida laboral activa tuvieron trabajos formales, con buena calidad de vida. En general, se ubicaron personas que pueden valerse por sí mismas y sin deterioros cognitivos evidentes.

relativa. Sin embargo, aunque las condiciones laborales de los trabajos informales suelen ser precarios, contar con una profesión no garantiza que los trabajadores formales cuenten con seguridad social o condiciones contractuales estables.

Otro aspecto relevante es la precariedad en la que los adultos mayores laboran; sin embargo, es solo el reflejo de la situación laboral del país. Según datos de la Organización Internacional del Trabajo (2017), el bajo crecimiento económico mostrado por los países de América Latina y el Caribe en los últimos años seguía afectando el desempeño de los mercados laborales de la región, ocasionando que las personas opten por empleos por cuenta propia.

La obtención del desgaste laboral promedio de los trabajadores en este estudio, mostró un panorama general de la situación que viven los adultos mayores. El 45% que continua activo, no cuenta con ningún tipo de contrato, lo cual muestra que su actividad está enfocada al sector informal o de autoempleo. Otro factor determinante para la concurrencia de los adultos mayores a la actividad económica es el nivel socioeconómico y la escolaridad.

Según Escobar (2012), a mayor nivel socioeconómico, la probabilidad de que las personas sigan trabajando es más alta, ya sea por su mayor nivel educativo, la estabilidad de su trayectoria laboral o por su mayor disponibilidad de recursos para desarrollar actividades por su cuenta. En cambio, aquellos con un nivel socioeconómico muy bajo, medio y medio alto tienen menores recursos; los primeros debido a su menor grado de escolaridad y la falta de recursos para trabajar por su cuenta, lo que repercute en la pobreza de sus hogares. Los segundos, por su mayor acceso a una pensión jubilatoria o, al menos, a un cierto apoyo familiar que les permite permanecer inactivos (p.24).

A diferencia de Escobar (2012), en el presente estudio se obtuvo que los adultos mayores continúan trabajando por la precariedad de las condiciones laborales que tuvieron en su trayectoria y no tanto por el nivel de estudios, ni por su nivel

socioeconómico, a pesar de que, la recolección de información se realizó en la zona oriente de la Ciudad de México la cual presenta un grado alto de marginalidad.

Limitaciones y Fortalezas del Estudio

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, es necesario considerar en primer lugar, las dificultades que se presentaron en la asociación con el estado de salud del adulto mayor derivadas del sesgo del *trabajador sano*,¹⁶. En la presente investigación, los participantes contaban con buen estado de salud, con ingresos económicos estables y acceso a servicios de salud, por lo que muestran un ejemplo claro de una vejez activa y con buena calidad de vida. En segundo lugar, estuvo presente *el sesgo de memoria*, debido a la información obtenida retrospectivamente, ya que una de sus principales características es que las personas suelen recordar con mayor detalle los sucesos relacionados con la enfermedad, porque pasaron por un suceso traumático, por ejemplo, la exposición a ciertos riesgos y exigencias, los cuales le hayan ocasionado algún accidente de trabajo o enfermedad.

Además, es importante mencionar que existe la posibilidad de que las personas encuestadas no contestarán con veracidad a la pregunta *¿recibe pensión por algún trabajo?*, ya que la Delegación Iztapalapa a través de diversos programas otorga ciertos beneficios (económicos o en especie) a las personas de la tercera edad y a aquellas que asisten a las Casas del Adulto Mayor, tomando en cuenta sus ingresos y derechohabencia.

Cabe mencionar que, para una mejor asociación de riesgos y exigencias laborales con daños a la salud, es necesario agregar reactivos que plasmen más la

¹⁶ Se define sesgo del trabajador sano, a aquella población que se encuentran bien de salud en el campo de estudio. Por ejemplo: se quiere estudiar cuales son los principales daños a la salud por la exposición a los solventes, pero si los trabajadores consideran que trabajar con solventes tiene repercusiones en su salud, estos decidirán abandonar sus centros laborales y por tanto, la población en estudio no presentará los efectos nocivos que causan los solventes en la salud de los individuos (García, Guillén y Orejas, 1999).

morbilidad de los trabajadores, como son: hipoacusia, dermatitis irritativa de contacto, bronquitis, conjuntivitis o accidentes de trabajo.

Por otro lado, una de las fortalezas del presente estudio es que muestra una aproximación que genera el desgaste de los adultos mayores, causado por las condiciones laborales, los cuales no son determinantes causados por la edad. Tener una vida digna y de calidad está fuertemente influenciada por el tipo de trabajo y el ingreso económico que este percibe.

“Es la vejez, en lugar de la muerte, que es contrastada con la vida. La vejez es la parodia de la vida, mientras que la muerte transforma la vida en destino: en cierto modo, la conserva, dándole la dimensión absoluta. La muerte acaba con el tiempo”.

Simone de Beauvoir.

Capítulo 6. Conclusión

La presente investigación tuvo como finalidad de presentar una propuesta metodológica mediante la reconstrucción de la trayectoria laboral de los adultos mayores, cuyo objetivo principal fue identificar las condiciones laborales, así como los principales riesgos y exigencias a los que ellos se expusieron. De igual manera, se pretendió conocer su estado de salud actual con el objetivo de identificar ¿si la salud del adulto mayor está más determinada por su trayectoria laboral y por una condición degenerativa de la edad?

A través de la reconstrucción laboral, se pudo observar que el lugar de trabajo, la antigüedad, la jornada laboral, el tipo de contrato y el tipo de prestaciones pueden generar desgaste laboral. Algunas asociaciones de desgaste laboral con daños a la salud en la población participativa, resultaron significativas. Por lo anterior, se puede sugerir que las exigencias que los puestos de trabajo requieren como trabajo a destajo, realizar tareas minuciosas y esfuerzos físicos muy pesados, son factores fundamentales del desgaste laboral en los trabajadores.

La calidad de vida actual de los participantes se considera satisfactoria por tener ingresos económicos, vivienda propia, así como por realizar actividades comunitarias y participativas. Sin embargo, los adultos muestran una leve dificultad en la realización de actividades cotidianas tales como: barrer, sacudir, limpiar o bañarse. Una de las condiciones que puede contribuir al deterioro emocional es la presencia de síntomas depresivos.

Es pertinente mencionar que a pesar de que los adultos tuvieron trabajos estables y que pudieron contar con algún tipo de prestación que les retribuye de

manera económica su retiro laboral, éstos no fueron suficientes para cubrir sus necesidades, lo que obliga a algunos continuar trabajando.

A través de la reconstrucción laboral se muestra la situación actual, y así mismo se puede prever la situación de las personas que hoy en día son parte del sector económicamente activo. En la actualidad, con las diversas reformas en los sistemas de pensiones, los trabajadores solo podrán recibir retribuciones económicas de acuerdo a las aportaciones que cada uno pueda contribuir, situación que conlleva una problemática social.

Referencias

- Abriendo Espacios. (2017). Portal de empleo para personas con discapacidad y adultos mayores. *Gobierno Federal*. Recuperado de <https://abriendoespacios.gob.mx/>
- Aguirre, Q. J. P (febrero, 2011). El acceso al empleo de los adultos mayores. *Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, (105), 1-57.
- Águila, E., Díaz, C., Maqing F.M., Kapteyn, A. y Pierson, A. (octubre, 2011). *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*. México: Copyright AARP, RAND Corporation, Centro Fox. 1-128
- Aguilar, R. (27 de diciembre de 2016). La problemática de los adultos mayores en México. *Animal Político*. Recuperado de <http://www.animalpolitico.com>
- Alvear, G. & Villegas, J. (1989). IV. Los Riesgos y sus Efectos en la Salud, V. Las Exigencias y sus Efectos en la salud. En Noriega M. (ed.), *En defensa de la salud en el trabajo* (pp. 35-60). México: SITUAM.
- Alvear, G., Franco, J., López, A., Martínez, S., Noriega, M. y Villegas, J. (2005). *Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores*. México: Serie de Académicos.
- Asociación Mexicana de Afores, Amafore. (15 de noviembre de 2016). Cómo funciona el sistema de pensiones en México. *El Economista*. Recuperado de <http://eleconomista.com.mx>
- Asociación Mexicana de Afores, Amafore. (2017). *Antecedentes: la reforma de 1997*. Recuperado <http://www.amafore.org>
- Alvarado, G.A. y Salazar, M.A. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Revisiones GEROKOMOS. Recuperado de INSS:2014;25(2):57-62
- AgeWatch. (2015). Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2015: Resumen ejecutivo. *HelpAge International, 2015*. Recuperado de www.globalagewatch.org
- Barragán, A. (18 de septiembre de 2018). Estoy jubilado, pero tengo que trabajar en Starbucks. *Verne, El País*. Recuperado de <https://verne.elpais.com/>
- Bórquez, A. P. (2016). *Influencia de la Ocupación en el Deterioro Cognitivo de los Adultos Mayores Mexicanos* (Tesis de maestría). El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana Baja California, México.

- Bruno F. y Acevedo A. J. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. Fórum Sociológico [En línea]. DOI :10.4000/sociologico.1453
- Banco Mundial, BM. (15 de febrero de 2011). El aumento del precio de los alimentos lleva a 44 millones de personas a la pobreza. *Banco Mundial*. Recuperado de <http://www.bancomundial.org>
- Campos, N. R., Torrez, D. y Arganis, J. E. (septiembre/octubre, 2002). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cad. Salud Pública*, 18(5), 1271-1279.
- Castro, V., Gómez, H., Negrete, J. y Tapia, R. (noviembre,1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Publica*, 38(6), 438-447. ISSN 1606-7916
- Carmona, V. S. y Ribeiro, R. M. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de Población*, 16 (65), 163-185.
- Castellanos, F. C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Córdova, A., Leal, G. y Martínez, C. (1989). *El ingreso y el daño: políticas de salud en los ochenta*. México: UAM- Xochimilco
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Coneval. (2018). *Medición de la Pobreza a nivel nacional, 2016*. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (noviembre,2012). *Ley Federal del Trabajo*. Recuperado de <https://www.personal.unam.mx/dgpe/docs/leyFedTrabajo.pdf>
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, CONSAR. (19 de junio de 2018). Trabajadores independientes: es tiempo de ahorrar para el retiro [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.gob.mx/consar/articulos/trabajadores-independientes-es-tiempo-de-ahorrar-para-el-retiro?idiom=es>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, CONAPRED. (junio,2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, ENADIS 2010. *SEGOB*. Recuperado de http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=424&id_opcion=436&op=436

- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, CONAPRED. (2015). Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación. *SEGOB*. Recuperado de http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=543&id_opcion=686&op=686
- Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2012) Estimaciones y Proyecciones de la Población por Entidad Federativa 2010-2050: Documento Metodológico. *SEGOB*, México. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx>
- Comas, G., Cicciari, M. R. y Rubio, M. B. (invierno,2016). Porque yo trabajo, trabajo bien”: trayectorias laborales y percepciones sobre el trabajo en los relatos de los trabajadores residentes en el Conurbano Bonaerense. *Trabajo y Sociedad*, (27), 233-254. ISSN 1514-6871
- Delahanty, G. (1987). *Modelo psicoanalítico-social de Eric Erikson en Secuencia: ciclo vital, imaginación y crisis.*, UAM- Azcapozalco/SEP, México. Cap. II, 23-54.
- Dombois, R. (1998). Trayectorias laborales en la perspectiva comparativa de obreros en la industria colombiana y la industria alemana. En Lulle, T., Vargas, P., y Zamudio, L. (Eds.), *Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales. II* (171-212). ISBN 84-7658-536-5
- Emanuel, E. (2003) ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolas, S. F. y Quezada, S. Á (Eds.), *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas*. OPS/OMS Serie Publicaciones (pp. 83-96). ISBN 956-7938-04-0
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2012: Resultados Nacionales, síntesis ejecutiva. (octubre, 2012). *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx>
- Enciso, L. A. (21 de mayo de 2012). Difícil para adultos mayores obtener un empleo: informe. *La Jornada*, p35.
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, ENEO. (14 de febrero de 2017). Resultados De La Encuesta Nacional De Ocupación Y Empleo, Cifras Durante El Cuarto Trimestre De 2016. *INEGI*, (66), 1-18. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
- Escóbar, S. (2012). *Los adultos mayores en el mundo del trabajo urbano*. Recuperado de <http://www.helpagela.org>

- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, ENASEM. (septiembre, 2013). Estudio Nacional de Salud Y Envejecimiento en México Nota Técnica. Recuperado de <http://www.reporteepidemiologico.com/wp-content/uploads/2014/04/Estudio-Nacional-de-Salud-y-Envejecimiento-en-M%C3%A9xico-Sep-2013.pdf>
- Fernández, B.R. (1997). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*. Barcelona: Universidad de Barcelona-Facultad de Psicología.
- Fernández, J. y Bustos, E. (junio,2016). Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. *Biomédica*, 36(2), 188-203.
- Flores, V. M., Cervantes, C. G., Cruz, Á. M. y Cerquera, C. A. (2011). V Concepto de la calidad de vida en relación con el adulto mayor. En Flores, V. M., Vega, L. M. y Gonzalez, P. G. (Eds.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia* (pp.87-98). Guadalajara: UDG
- García, S. J. y Peñaranda, O. M. (2011). *Envejecimiento saludable: aportaciones desde la psicología*. España: Universidad de Murcia.
- García, M. y Noriega, M. (2012). *Una Epidemia Silenciosa Enfermedades Respiratorias Adquiridas en el Trabajo Investigación, Prevención y Manejo*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- García, M. L., Guillén, P. J., y Orejas, R.G. (1999). Epidemiología y metodología aplicada a la pediatría (V): Sesgos. En *Anales Españoles de Pediatría*, 50(5), 519-524.
- Giraldo, C. y Franco, G. (febrero, 2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 26(1), 43-58. Recuperado de ISSN: 2346-0261
- Gómez, D.O., Sesma, S., Becerril, V.M., Knaul, F.M. Arreola, H. y Frenk, J. (enero,2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública*, 53(2), S220-S232.
- González, S. (29 de agosto de 2016). Aumentan 10.5% los adultos mayores que todavía trabajan, reporta el INEGI. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx>
- Guevara G. R. I. (2002). *La educación en México. Siglo XX*. México: Miguel Ángel Porrúa. ISBN 970-701-263-3

- Grijalva, M. G., Zúñiga E. M., y Zupo J. M. J. (2007). Adultas y adultos mayores en Sonora: ¿dependientes, autosuficientes o proveedores? *Región y sociedad*, 19(spe), 117-145.
- Ham, C. R. (marzo, 1999). El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades. *Papeles de Población*, 5(19). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201902.pdf>
- Ham, F.P., Velarde V. S. I., Hernández L. M. F. y Murguía S. M.V. (2014). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. Distrito Federal: Consejo Nacional de Población (Conapo).
- Ham, C.R. y González, C. (marzo,2008). Discriminación en las edades avanzadas en México. *Papeles de Población*, 14(55), 35-58.
- Hermosilla, A., Paravic, T. y Valenzuela, S. (septiembre, 2015). Fuerza Laboral que Envejece, ¿Qué Hacer ante esta Tendencia?. *Ciencia & Trabajo* 17(54), 166-170.
- Huenchua, S. (junio, 2011). Los derechos de las personas mayores, Módulo 1 - Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. CEPAL. Recuperado de <http://www.cepal.org/celade/envejecimiento>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2015). *Manual del Entrevistador (Manejo de cuestionarios) para la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México ENASEM 2015*. Recuperado de [http://mhasweb.org/Resources/DOCUMENTS/2015/Manual del Entrevistador 2015.pdf](http://mhasweb.org/Resources/DOCUMENTS/2015/Manual_del_Entrevistador_2015.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2015a). *Población: Distribución por edad y sexo*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (diciembre,2015b). *Resultados Definitivos de la Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_12_3.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2015c). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2016). *Población: Esperanza de vida*. Recuperado de <http://www.cuéntame.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (30 de octubre de 2017). Estadísticas A Propósito Del Día De Muertos (2 de noviembre), Datos Nacionales. 1-11. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México, IAAM (2017). (portal electrónico). Programas sociales. CDMX. Recuperado de <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx>
- Laurell, A.C. (julio/septiembre,1978). Proceso de Trabajo y Salud. *Cuadernos Políticos*, (17), 59-79. Recuperado de <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx>
- Laurell, A.C. (1982). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. México: Cuadernos Médico Sociales N°19.
- Ley Federal Del Trabajo (2006). Ley Federal del Trabajo, Última Reforma DOF 17-01-2006. JUSTIA México. Recuperado de <http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-federal-del-trabajo/gdoc/>
- Levaggi, V. (9 de agosto de 2004). ¿Qué es el trabajo decente? *Organización Internacional del Trabajo, OIT: Sala de prensa*. Recuperado de <http://www.ilo.org>
- López, A. (20 de agosto de 2015). El riesgo de trabajar mucho. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es>
- Martínez, A. S. (1997). *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. México: Serie de Académicos CBS.
- Mauro, A. y Yáñez S. (2005). *Trayectorias laborales y previsión social en Chile en un contexto de flexibilidad. Resultados de una investigación longitudinal*. Santiago de Chile: Centro de estudios de la mujer. ISSN 0718-1787 Inscripción N° 146.285.
- Medina, L. (18 de agosto de 2016). El Sistema de Pensiones en México/ Punto crítico. *La Jornada Aguascalientes*. Recuperado de <http://www.lja.mx>

- Montes de Oca, Z. V. (2004). *Redes Comunitarias, Genero Y Envejecimiento*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Montoya, J. y Montes de Oca, H. (2009). Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México. *Papeles de población*, 15(59), 193-238.
- Muñoz, R. P. (23 de febrero de 2015). Crisis económica y desempleo elevan la informalidad en México. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx>
- Muedano, M. (8 de abril de 2015). Ven riesgos por jornadas excesivas de los policías. *El Universal*. Recuperado de <http://archivo.eluniversal.com.mx/>
- Noriega, M. (1989). El trabajo, sus riesgos y la salud. *En defensa de la salud en el trabajo*. México: SITUAM.
- Noriega, M. (1993a). Organización laboral, exigencias y enfermedad. En Laurell, A.C. (ed.), *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (pp.167-187). Washington: Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000.
- Noriega, M. (1993b). Algunos procedimientos y técnicas de la salud laboral. En Laurell, A.C. (ed.), *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (pp.37-61). Washington: Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000.
- Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J., Alvear, G. y López, J. (2001). *Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores*, México, UAM-X, Serie de académicos CBS, No. 34.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Demencia una prioridad de la Salud Publica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de ISBN 978-92-75-31825-6
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015a). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015b). Medición de la Salud y la Discapacidad: *Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS, WHODAS*

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE. (2016a). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*. París: OECD Publishing. Recuperado de DOI:[10.1787/9789264265523-es](https://doi.org/10.1787/9789264265523-es)

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE. (2016b). Estudio de la OCDE sobre los sistemas de pensiones: México. CONSAR Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264250017.es>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2017). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Recuperado de <http://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2018). La actividad física en los adultos mayores. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE. (s.f.). México: ¿Cómo es la vida?. Recuperado de <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/mexico-es/>

Organización Internacional del Trabajo, OIT. (s.f.). *Hechos Concretos Sobre La Seguridad Social*. ILO. DOI: [wcms_067592.pdf](https://www.ilo.org/wcms/067592.pdf)

Organización Internacional del Trabajo. (19 de octubre de 2017). Desempleo urbano seguiría aumentando en América Latina y el Caribe y llegaría a 9,4% en 2017. ILO. <https://www.ilo.org>

Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: Mc Graw Hill.

Paz, J.A. (2010). *Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe*. Suiza: ILO.

Pedrero, N. M. (enero-marzo, 1999). Situación económica en la tercera edad. *Papeles de Población*, 5(19), 77-101.

Peña, A.R. (abril, 1979). La política económica mexicana 1970-1976. Ensayo de interpretación bibliográfica. *Nexos*. Recuperado de <http://www.nexos.com.mx/?p=3321>

- Peñalosa, J.A. (26 de febrero de 2008). Vejez y Trabajo [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://yoreme.wordpress.com/2008/02/26/vejez-y-trabajo/>
- Pérez, M. L. (24 de enero de 2018). A los jóvenes no les alcanzará la vida para obtener una pensión. *Forbes Staff*. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx>
- Pérez S. F. (2015). *La administración de los fondos de pensiones de capitalización individual en el contexto mexicano*. Universidad Autónoma de Querétaro, México: Fontamara.
- Real Academia Española, RAE. (2017). Diccionario de la lengua española. Recuperado de <http://www.rae.es/>
- Rivera, T. J. (enero-abril 2003). La situación de salud pública en México (1870-1960). *Hosp Gral Dr. M Gea González*, 6(1), 40-44.
- Rueda, C. L. (noviembre 2004). Consideraciones Éticas en el desarrollo de investigaciones que involucran a seres humano como sujetos de investigación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* (4). ISSN 0717-6767
- Salgado, S.N., González, V.T., Jáuregui O.B. y Bonilla F.P. (julio-agosto, 2005). No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*, 47(4), 294-302.
- Salgado, V. y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(4), S515-S521.
- Sánchez, G. M. (enero-marzo 2011). Género y Vejez: una mirada distinta a un problema común. *Ciencia*, 62(1), 48-53.
- Secretaria de Salud, S.S. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaria de Salud.
- Secretaria de Desarrollo Social, SEDESOL. (9 de febrero de 2016). El Inapam facilita oportunidades de empleo e inclusión a los adultos mayores [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.gob.mx>
- The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised, CESD-R. (2017). *CESD-R Explicación*. Recuperado de <http://cesd-r.com/cesdr/>
- Undurruga, R. (2018). El trabajo y la vejez: trayectorias laborales de mujeres en Chile. LASA.

- Üstün, TB., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Rehm, J. (2010). Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization. Recuperado de <http://apps.who.int>
- Vera, M. (febrero, 2013). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290. ISSN 1609-9419
- Villegas, V. K. G. y Montoya, A. B. J. (enero-marzo, 2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de Población*, 20(79), 133-167.
- Villagómez, V. G. (2013). *No es pecado envejecer, pobreza y desigualdad social del adulto mayor*. Universidad Autónoma de Yucatán, México: Porrúa.
- Villagómez, A. F. y Hernández, I. J. (junio, 2010). Impacto de la reforma al sistema de pensiones en México sobre el ahorro. *Economía mexicana Nueva Época*, XIX (2), 271-310.
- Zabludovsky, G. (otoño, 2007). Las mujeres en México: trabajo, educación superior y esferas de poder. *Política y Cultura*, (28), 9-41.

ANEXO

ENCUESTA INDIVIDUAL
PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA
TRAYECTORIA LABORAL DE LOS ADULTOS

1. Esta encuesta es un instrumento para recolección de información, basada en lineamientos propuestos por la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. Con el objetivo de reconstruir la trayectoria laboral de los Adultos Mayores.
2. Este cuestionario que usted llenará a continuación trata de las condiciones de vida, trabajo y las repercusiones en su salud.
3. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines epidemiológicos y estadísticos.
4. Es muy importante contestar con veracidad y precisión cada pregunta, porque eso va a permitir conocer los problemas más frecuentes en su salud y en la de los Adultos Mayores.
5. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia ni de habilidades y tampoco es un examen de conocimientos, así es que no hay respuestas buenas o malas.
6. No escriba en las casillas del margen derecho cuando así se indique en la encuesta. Conteste sobre los renglones.
7. Si tiene alguna duda puede consultar con el encuestador.

Gracias por su colaboración.

Firma: _____

**ENCUESTA INDIVIDUAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN LABORAL
DE LOS ADULTOS MAYORES**

Nombre: _____

**NO INVADA
ESTE ESPACIO**

I. DATOS GENERALES

1. Edad (en años cumplidos) _____

 1

2. Sexo: 1. Masculino _____ 2. Femenino _____

 2

3. Marque con una **X** cuál es su nivel de escolaridad

- | | |
|---------------------|---------------------------------------|
| 1. No estudió _____ | 4. Preparatoria/carrera técnica _____ |
| 2. Primaria _____ | 5. Licenciatura/Posgrado _____ |
| 3. Secundaria _____ | |

 3

4. Marque con una **X** cuál es su estado civil actual

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Soltero (a) _____ |
| 2. Casado (a) / unión libre _____ |
| 3. Divorciado (a) _____ |
| 4. Viudo (a) _____ |

 4

5. ¿Usted tiene hijos?

1. Sí _____ 2. NO _____

 5

(SI SU RESPUESTA FUE NO PASE A LA PREGUNTA 9)

6. ¿Cuántos hijos tuvo? _____

 6

7. ¿Cuántos hijos viven aún? _____

 7

8. ¿Sus hijos viven con usted?

1. Sí _____ 2. NO _____

 8

9. ¿Cuántas personas viven con usted? _____

 9

10. ¿Usted cuida de algún familiar (es)?

1. Sí _____ 2. NO _____

 10

I SU RESPUESTA FUE NO PASE A LA PREGUNTA 15)

11. ¿Cuál es el parentesco que tiene con usted la persona (as) que está a su cuidado? _____

- | | |
|------------------|--------------|
| a) Esposo (a) | d) Nieto (a) |
| b) Hijo (a) | e) Otro |
| c) Madre / Padre | |

 11

NO INVADA ESTE ESPACIO

12. ¿Cuál es la edad de las personas que están a su cuidado? _____

 12

13. ¿Cuántos días a la semana cuida de ellos (ellas)?

 13

1. Todos los días
2. 3 - 5 días a la semana
3. Menos de 3 días

14. ¿Recibe algún pago por el cuidado de la persona (as)?

 14

1. Sí _____
2. NO _____

15. Marque con una X quién o quiénes, solventan la mayor cantidad los gastos en el hogar.

 15

1. Usted _____
2. Pareja _____
3. Hijos(as) _____
4. Toda la familia _____
5. Otro (especifique) _____

16. Su vivienda es:

 16

1. De su propiedad _____
2. Alquilada / rentada _____
3. Prestada _____
4. Otra (especifique) _____

17. Las condiciones actuales de su vivienda en relación a cuando trabajaba activamente son:

 17

1. Mejores _____
2. Iguales _____
3. Peores _____

18. Su vivienda en su mayoría es de:

 18

1. Concreto, tabique, loza _____
2. Cartón, madera, lamina _____

19. ¿Su vivienda cuenta con todos los servicios: drenaje, luz, agua intubada?

 19

1. Sí _____
2. NO _____

20. ¿Cuántos dormitorios tiene la casa? _____

20

Marque con una X una sola opción para cada pregunta	SÍ	NO	
21. ¿Realiza con regularidad actividades académicas como: estudiar, asistir o dar clases, etc. (más de 5 horas, en promedio, ¿a la semana)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
22. ¿Practica regularmente algún deporte o hace ejercicio (tres o más veces a la semana, en promedio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
23. ¿Se junta frecuentemente con amigos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
24. ¿Sale a pasear frecuentemente con su pareja, sus hijos o algún familiar o amigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24

25. ¿Lee diariamente el periódico, revistas o libros?			25
26. ¿Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio?			26
27. ¿Ve televisión la mayor parte del tiempo libre?			27

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Marque con una X una sola opción para cada pregunta	SÍ	NO	
28. ¿Fuma cigarrillos actualmente?			28
29. ¿Fumó cigarrillos en alguna época de su vida? (si contesto que NO pase a la pregunta 32)			29
30. ¿Cuántos años ha fumado o fumó?			30
31. ¿En promedio cuantos cigarrillos fuma o fumó al día?			31
32. ¿Consume bebidas alcohólicas actualmente?			32
33. ¿En alguna época de su vida consumió bebidas alcohólicas? (si contesto que NO pase al apartado II. Trayectoria Laboral)			33
34. ¿Cuántos días a la semana bebe o bebía alcohol?			34
35. ¿En promedio cuantos vasos o copas de alcohol consume o consumía a la semana?			35

II. TRAYECTORIA LABORAL

- ¿A que edad comenzó a trabajar a cambio de un salario? _____
- ¿A lo largo de su vida cuántos trabajos ha tenido? _____
(Pasar al cuadro N° 1)
- ¿Tiene algún empleo actualmente? _____
(Si actualmente NO tiene ningún empleo pase al apartado III. Riesgos y Exigencias Laborales)
- ¿Su empleo cuenta con prestaciones de ley? _____
Si _____ NO _____
- ¿Cuál es el puesto que desempeña? _____
- ¿Cuál es su turno de trabajo? _____
 - Matutino
 - Vespertino
 - Nocturno
- ¿Rola turnos?
SI _____ NO _____
- ¿Cuánto tiempo lleva en su empleo? (en años cumplidos) _____
(si es menos de un año ponga 0)
- Qué tipo de contrato tiene:
 - Eventual o temporal _____

NO INVADA ESTE ESPACIO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

- 2. De base o de planta _____
- 3. Por honorarios _____

10. ¿Además de su salario, percibe una pensión producto de un trabajo formal?

 10

- 1. SI _____
- 2. NO _____

11. ¿El sueldo que percibe es suficiente para cubrir sus gastos?

 11

- 1. SI _____
- 2. NO _____

12. ¿Cuenta con seguridad social?

 12

- 1. SI _____
- 2. NO _____

13. ¿Cuál es su principal motivo para continuar trabajando? _____

 13

- 1. Le gusta su trabajo
- 2. Falta de recursos
- 3. Ambos _____

14. ¿Si usted tuviera el dinero suficiente para cubrir sus gastos, dejaría de trabajar?

 14

- 1. SI _____
- 2. NO _____

(Marque con una X una sola opción en cada pregunta)	SÍ	NO	
15. ¿Le gustaría que sus hijos(as) trabajaran en lo mismo que usted?			15
16. ¿Le da satisfacción la realización de sus actividades?			16
17. ¿Está interesado(a) en su trabajo?			17
18. ¿Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas?			18
19. ¿Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa?			19
20. ¿Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos?			20
21. ¿Puede usted decidir sobre cómo realizar su trabajo?			21
22. ¿Puede usted fijar el ritmo de trabajo?			22
23. ¿Sus compañeros(as) son solidarios(as) con usted y valoran o valoraban su trabajo?			23
24. ¿Su trabajo es importante para sus jefes(as)?			24

III. RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES

A continuación, conteste **Sí** sólo cuando haya estado **excesiva o constantemente** expuesto(a) a alguna de las causas que se mencionan. Por ejemplo, si estaba expuesto a calor la mayor parte de su jornada, pero no era muy frecuente, ni era muy fuerte deberá contestar que **NO**, ya que interesa conocer si la exposición fué constante o excesiva.

En sus trabajos estuvo expuesto(a) de manera excesiva o constante a:	SI / NO 1	SI / NO 2	SI / NO 3	SI / NO 4	SI / NO 5	SI / NO Actual

1. Calor							1
2. Frío							2
3. Cambios bruscos de temperatura							3
4. Falta de ventilación							4
5. Humedad							5
6. Poca iluminación							6
7. Mucha iluminación (deslumbramiento)							7
8. Ruido							8
9. Vibraciones							9
10. Radiaciones de soldar							10
11. Rayos X							11
12. Otras radiaciones							12

En el lugar donde trabajó estuvo <u>constantemente</u> en contacto con:	SI / NO 1	SI / NO 2	SI / NO 3	SI / NO 4	SI / NO 5	SI / NO Actual	
13. Contaminantes biológicos infecciosos (virus, bacterias, hongos)							13
14. Animales ponzoñosos (víboras, alacranes, abejas)							14
15. Palomas u otras aves							15
16. Polvos							16
17. Humos							17
18. Gases o vapores							18
19. Líquidos (disolventes o ácidos)							19

Su puesto de trabajo le exigía:	SI / NO 1	SI / NO 2	SI / NO 3	SI / NO 4	SI / NO 5	SI / NO Actual	
20. Mucha concentración para no accidentarse							20
21. Realizar una tarea muy minuciosa							21
22. Realizar un trabajo a destajo							22
23. Soportar una supervisión estricta							23

Su puesto de trabajo le exigía:	SI / NO 1	SI / NO 2	SI / NO 3	SI / NO 4	SI / NO 5	SI / NO Actual	
24. Realizar un trabajo aburrido							24
25. Ejecutar un trabajo peligroso							25
26. Realizar un trabajo que le puede ocasionar algún daño a su salud							26
27. Realizar esfuerzo físico muy pesado							27

Las siguientes preguntas se refieren a una actividad física constante. Sólo conteste que **SÍ**, si lo que se pregunta lo llevaba a cabo por **2 o más horas seguidas durante la jornada.**

Su puesto de trabajo le obligaba a realizar movimientos que requerían fuerza con alguna de las siguientes partes del cuerpo:	SI / NO 1	SI / NO 2	SI / NO 3	SI / NO 4	SI / NO 5	SI / NO Actual

28. Hombros, brazos o manos							28
29. Espalda o cintura							29
30. Piernas							30
31. Levantar, cargar, empujar o jalar objetos desde el nivel del piso							31

Las siguientes preguntas se refieren a las posiciones que usted adoptaba para trabajar. Sólo conteste que **SÍ** si lo que se pregunta lo llevaba a cabo por **2 o más horas seguidas durante la jornada**.

Su puesto de trabajo le exigía:	SI / NO 1	SI / NO 2	SI / NO 3	SI / NO 4	SI / NO 5	SI / NO Actual	
32. ¿Permanecía de pie para trabajar?							32
33. ¿Para trabajar permanecía sentado(a)?							33

IV. ESTADO DE SALUD GENERAL ACTUAL

Las siguientes preguntas (exceptuando las que se aclaran expresamente) se refieren a las molestias, enfermedades y accidentes que ha padecido usted **DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, o sea, los últimos doce meses:

Durante el último año ha padecido alguno de estos malestares:	SÍ	NO	
1. Dolores musculares: brazos y piernas			1
2. Dolores de cabeza			2
3. Dolor en las articulaciones, huesos o espalda			3
4. Dolor de oídos			4

Durante el último año le ha diagnosticado un médico alguna de las siguientes enfermedades:	SÍ	NO	
5. Hipertensión arterial (presión alta)			5
6. Enfermedad coronaria (infarto, angina de pecho)			6
7. Hernia hiatal, umbilical o inguinal			7
8. Diabetes			8
9. Cáncer de cualquier tipo			9
¿Ha padecido en el último año alguna lesión en alguna de las siguientes partes del cuerpo QUE LE DIFICULTE O IMPIDA REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS?	SÍ	NO	
10. Cuello			10
11. Hombros, codos, muñecas o manos			11
12. Espalda, cintura, caderas o asentaderas			12
13. Muslos, rodillas, tobillos o pies			13
14. ¿Ha tenido mucho dolor en la parte baja de la espalda?			14
15. ¿En caso afirmativo el dolor se corre a la pierna?			15

Las siguientes preguntas se refieren la dificultad que ha tenido para realizar movimientos y actividades cotidianas en los **últimos 30 días**.

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / no puede hacerlo	
16. Estar de pie por largos periodos como por ejemplo 30 minutos.	1	2	3	4	5	16
17. Realizar actividades acordes al hogar (barrer, sacudir, limpiar)	1	2	3	4	5	17
18. Aprender una nueva tarea, por ejemplo, ¿aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	1	2	3	4	5	18
19. Concentrarse en hacer algo durante diez minutos	1	2	3	4	5	19
20. Caminar una larga distancia como un kilómetro aprox.	1	2	3	4	5	20
21. Lavarse todo el cuerpo (bañarse) y vestirse	1	2	3	4	5	21
22. Pararse luego de estar sentado	1	2	3	4	5	22
23. Moverse adentro de su hogar	1	2	3	4	5	23
24. Salir de su hogar	1	2	3	4	5	24
25. Quedarse solo (a) durante unos días	1	2	3	4	5	25

Elija la opción con la que está más de acuerdo	No es en absoluto o menos de un día	1-2 días	3-4 días	5-7 días	Casi todos los días durante 2 semanas	
26. ¿Su apetito ha disminuido?	0	1	2	3	4	26
27. ¿Escucha canciones tristes?	0	1	2	3	4	27
28. ¿Tuvo problemas para concentrarse en lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	4	28
29. ¿Se ha sentido deprimido (a)?	0	1	2	3	4	29
30. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	0	1	2	3	4	30
31. ¿Se ha sentido triste?	0	1	2	3	4	31
32. ¿No tiene ánimos para salir?	0	1	2	3	4	32
33. ¿Nada lo (a) hace feliz?	0	1	2	3	4	33
34. ¿se ha sentido como una mala persona?	0	1	2	3	4	34
35. ¿Ha perdido interés en sus actividades habituales?	0	1	2	3	4	35
36. ¿Duerme más de lo habitual?	0	1	2	3	4	36
37. ¿Siente que sus actividades las realiza más lento de lo habitual?	0	1	2	3	4	37
38. ¿Se ha sentido inquieto (a)?	0	1	2	3	4	38
39. ¿ha deseado estar muerto?	0	1	2	3	4	39
40. ¿ha querido hacerse daño usted mismo?	0	1	2	3	4	40
41. ¿Se ha sentido cansado todo el tiempo?	0	1	2	3	4	41
42. ¿Está a disgusto consigo mismo?	0	1	2	3	4	42
43. ¿Ha perdido peso sin hacer algún tipo de dieta o ejercicio?	0	1	2	3	4	43
44. ¿ha tenido problemas para conciliar el sueño?	0	1	2	3	4	44
45. ¿No puede concentrarse en cosas importantes?	0	1	2	3	4	45

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Cuadro N° 1 : Trayectoria Laboral

<i>Trabajo</i>	<i>Lugar de trabajo (formal, informal o auto empleo)</i>	<i>Antigüedad (años)</i>	<i>Horarios de trabajo</i>	<i>Que puesto desempeñaba</i>	<i>Tipo de contrato</i>	<i>Sueldo (f. destajo)</i>
1.						
2						

Trabajo	Lugar de trabajo (formal, informal o auto empleo)	Antigüedad (años)	Horarios de trabajo	Que puesto desempeñaba	Tipo de contrato	Sueldo (fi destajo)
3.						
4.						
5.						

Trabajo	Descripción breve de la actividad laboral
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Regresar a la pregunta 2 del apartado II TRAYECTORIA LABORAL