



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Deterioro cognitivo, síntomas depresivos y aislamiento asociados a la trayectoria laboral en personas adultas mayores que acuden a los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

MAESTRÍA:

TRABAJO Y SALUD

ALUMNO

URIEL NAHUM HERNÁNDEZ PUEBLA

DIRECTORA DE ICR

MIREYA ZAMORA MACORRA

FECHA: 1 DE DICIEMBRE DE 2025

Índice

Introducción.....	1
1. Marco teórico	6
1.1. El trabajo y su conceptualización	6
1.2. Proceso de valorización y plusvalor.....	9
1.3. Procesos de producción y su evolución a través del tiempo	11
1.4. El proceso de trabajo y sus elementos	14
1.5. Riesgos, exigencias y componentes humanizantes	16
1.5.1. Tipología de riesgos y exigencias.....	16
1.6. Concepciones del proceso de salud enfermedad	18
1.6.1. El trabajo como un determinante social del proceso salud-enfermedad	21
1.6.2. Modelos Multicausales Salud-Enfermedad	22
2. Marco Contextual.....	23
2.1. Contexto político y económico en México	23
2.2. Precariedad e informalidad laboral	32
2.3. Características sociodemográficas de las personas adultas mayores	36
2.4. Proceso salud-enfermedad en las personas adultas mayores	36
2.5. Situación económica y laboral de las personas adultas mayores en México.....	40
2.6. Trayectoria laboral	43
2.7. Panorama epidemiológico de la depresión y deterioro cognitivo en personas adultas mayores.....	47
2.7.1. Depresión en personas adultas mayores: un problema actual de salud pública	47
2.7.2. Definición y panorama epidemiológico de las alteraciones cognitivas en adultos mayores	49
2.8. Actividad laboral y su asociación con el deterioro cognitivo, síntomas depresivos y aislamiento social	52
2.8.1. Actividad laboral y su asociación con el deterioro cognitivo	52
2.8.2. Actividad laboral y su asociación con síntomas depresivos.....	53
2.8.3. Actividad laboral y su asociación con el aislamiento social	56
2.9. Redes de apoyo social y su importancia en la adultez mayor.....	57
3. Justificación y planteamiento del problema	59

4.	Objetivos.....	61
4.1.	Objetivo general	61
4.2.	Objetivos específicos	61
5.	Hipótesis.....	62
6.	Metodología.....	62
6.1.	Tipo de estudio.....	62
6.2.	Población y muestra	62
6.2.1.	Población blanco	62
6.2.2.	Criterios de inclusión	62
6.2.3.	Criterios de exclusión	63
6.2.4.	Definición de la muestra	63
6.3.	Procedimiento general	63
6.3.1.	Recolección de datos e infraestructura	63
6.4.	Variables de estudio e instrumentos de recolección de datos	64
6.4.1.	Variables dependientes	64
6.4.2.	Variables independientes	66
6.5.	Análisis estadístico.....	69
6.6.	Consideraciones éticas.....	69
7.	Resultados.....	70
7.1.	Análisis descriptivo de las variables de estudio	70
7.1.1.	Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.....	70
7.1.2.	Análisis descriptivo de las variables referentes a la salud	72
7.1.3.	Análisis descriptivo de las variables referentes a la actividad laboral.....	73
7.1.4.	Análisis descriptivo del deterioro cognitivo, depresión y aislamiento social	74
7.1.5.	Análisis descriptivo de las variables referentes a la trayectoria laboral	75
7.2.	Análisis de asociación.....	77
7.3.	Análisis bivariado	77
7.3.1.	Deterioro Cognitivo	77
7.3.2.	Depresión.....	79

7.3.3.	Aislamiento	81
7.3.4.	Índice de Desgaste Laboral y categorías de análisis de la Trayectoria Laboral	82
7.4.	Análisis multivariado	84
7.4.1.	Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral y deterioro cognitivo en personas adultas mayores	84
7.4.2.	Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral y depresión en personas adultas mayores	85
7.4.3.	Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral y posible aislamiento en personas adultas mayores	86
8.	Discusión	87
8.1.	Análisis descriptivo	87
8.1.1.	Variables sociodemográficas	87
8.1.2.	Condiciones de salud	89
8.1.3.	Actividad laboral	90
8.1.4.	Deterioro cognitivo, depresión y aislamiento	92
8.2.	Deterioro cognitivo: Análisis de asociación	93
8.2.1.	Variables sociodemográficas	93
8.2.2.	Variables de salud	95
8.3.	Depresión: Análisis de asociación	98
8.3.1.	Variables sociodemográficas	98
8.3.2.	Variables de salud	100
8.4.	Aislamiento: Análisis de asociación	101
8.4.1.	Variables sociodemográficas	101
8.5.	Trayectoria laboral: Análisis de asociación	102
8.6.	Vejez y trabajo en el contexto capitalista neoliberal	105
9.	Fortalezas y limitaciones de la investigación	108
10.	Conclusiones	109
11.	Recomendaciones	111
	Bibliografía	114

ANEXOS..... 155

Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral y para la Evaluación de Deterioro Cognitivo, Síntomas Depresivos y Aislamiento..... 156

I. Datos generales..... 156

II. Trayectoria laboral 159

III. Estado de salud 162

Resumen

Objetivo: Analizar la asociación entre la presencia de deterioro cognitivo, síntomas depresivos o aislamiento social con la trayectoria laboral de las personas adultas mayores que acuden a los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal. La población de estudio se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por criterio, conformado por individuos que acudieron a los programas de vinculación productiva a las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en la Ciudad de México. Para obtener los datos relacionados con las condiciones sociodemográficas, la autopercepción de la salud y la trayectoria laboral, se aplicó la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores. Los datos referentes a las variables dependientes se obtuvieron mediante la aplicación del Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems de Yesavage (GDS-15) y la Escala Lubben de Red Social de 6 ítems LSNS-6). Se emplearon métodos de estadística descriptiva e inferencial para explorar asociaciones entre las variables de estudio, mediante el cálculo de razones de prevalencia (RP), suma de rangos y odds ratios (OR), tomando un nivel de significancia estadístico de 0.05 e intervalos de confianza del 95%. El análisis de los datos realizó con el paquete estadístico JMP 11 Software (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Resultados: La muestra de estudio estuvo conformada por 252 personas de entre 60 y 88 años; el 56% correspondió al sexo masculino, el 32% contaba con estudios a nivel preparatoria, el 76.6% tenía pareja, el 87% consideraba que su situación económica era mala o regular y solo el 50% tenía acceso a una pensión contributiva. Se obtuvieron prevalencias de deterioro cognitivo del 25%; de síntomas depresivos del 25.4% y de aislamiento social del 35.3%. En cuanto al Índice de Desgaste Laboral, los análisis bivariados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los puntajes en personas mayores con aislamiento ($p=0.02$) y diferencias marginalmente significativas en aquellas con deterioro cognitivo ($p=0.06$), en comparación con sus pares sin alteración. Así mismo, se observó que quienes presentaron una trayectoria laboral desfavorable tuvieron un 50% de probabilidades de aislarse socialmente (RP 1.52, $p=0.016$). En los análisis de regresión logística, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en función de la trayectoria laboral.

Palabras clave: Deterioro cognitivo; Depresión; Aislamiento social; Trayectoria laboral; Personas mayores.

Abstract

Objective: To analyze the association between the presence of cognitive impairment, depressive symptoms, or social isolation and the work trajectory of older adults participating in the productive linkage programs of the Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) in Mexico City.

Methods: A quantitative cross-sectional study was conducted. The study population was selected through non-probabilistic criterion sampling, consisting of individuals who attended INAPAM's productive linkage programs in Mexico City. Data on sociodemographic characteristics, self-perceived health, and work trajectory were obtained using the Individual Survey for the Reconstruction of the Work Trajectory of Older Adults. Data related to the dependent variables were collected using the Mini-Mental State Examination (MMSE), the 15-item Geriatric Depression Scale by Yesavage (GDS-15), and the 6-item Lubben Social Network Scale (LSNS-6). Descriptive and inferential statistics were applied to explore associations between study variables through the calculation of prevalence ratios (PR), rank-sum tests, and odds ratios (OR), using a statistical significance level of 0.05 and 95% confidence intervals. Data analysis was performed using JMP 11 Software (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Results: The study sample consisted of 252 participants aged between 60 and 88 years; 56% were male, 32% had completed high school, 76.6% had a partner, 87% rated their economic situation as poor or fair, and only 50% had access to a contributory pension. The prevalence of cognitive impairment was 25%, depressive symptoms 25.4%, and social isolation 35.3%. Regarding the Work Strain Index, bivariate analyses showed statistically significant differences in score distribution among older adults with social isolation ($p=0.02$) and marginally significant differences among those with cognitive impairment ($p=0.06$), compared to their peers without these conditions. Likewise, it was observed that those who presented an unfavorable work trajectory had a 50% higher likelihood of experiencing social isolation (PR 1.52, $p=0.016$). Logistic regression analyses did not show statistically significant associations according to work trajectory.

Keywords: Cognitive Impairment; Depression; Social Isolation; Work History; Aged.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de este trabajo.

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), por el apoyo económico brindado a través del programa de Becas Nacionales para Estudios de Posgrado 2023-2, indispensable para la realización de mis estudios de maestría y para el desarrollo de la presente investigación.

Al personal administrativo del INAPAM Benito Juárez (CAI Universidad), por permitir la recolección de datos en el espacio donde se ofrece el Servicio de Vinculación Productiva. A Carmelita, Vero y Lidia, por su gran apoyo, por propiciar un ambiente ameno y facilitar ampliamente el cumplimiento de mis actividades. A todas las personas mayores que se tomaron el tiempo de contestar la encuestas, mi profundo agradecimiento.

A la Dra. Mireya Zamora Macorra, mi directora de tesis, por su guía, su paciencia y por el acompañamiento cercano que enriqueció profundamente cada etapa de este trabajo. Su experiencia y apoyo constante fueron fundamentales para la culminación de esta investigación, así como para el fortalecimiento de mis capacidades profesionales.

A mis lectoras, la Dra. María Adriana Cecilia Cruz Flores, la Dra. Gabriela Ríos Cazares y la Dra. Claudia Iveth Astudillo García, por su disposición, sus valiosas observaciones y el tiempo dedicado a revisar este trabajo. Sus sugerencias y recomendaciones contribuyeron de manera significativa a mejorar este estudio.

A mis padres, Rosa y Uriel, por su ejemplo, cariño y apoyo incondicional a lo largo de toda mi formación. Gracias por acompañarme en esta etapa y por brindarme palabras de aliento y ánimo cuando más las necesité. Los quiero infinitamente; ustedes siempre han sido mi inspiración.

A mi hermano Emmanuel, por su apoyo constante, no sólo en esta etapa, sino a lo largo de mi vida. Gracias por siempre saber que decir para sacarme una risa y hacer mi vida más divertida, más feliz. Te quiero, hermanolo.

Y, de manera especial, a Miguel, la persona que ha estado conmigo desde el inicio este proceso, gracias por tu compañía, por tu paciencia y por el gran apoyo que me brindaste en los momentos más desafiantes.

A todas y todos, mi más profundo agradecimiento.

Introducción

El trabajo es un fenómeno complejo cuya conceptualización depende tanto del contexto histórico-social en que se inscribe como del enfoque desde el cual es abordado. En su definición más básica puede entenderse como aquellas formas en las que el ser humano modifica su entorno con la finalidad de producir bienes, además de representar una actividad esencial para el ser humano ya que posibilita dar sentido a la propia vida. Sin embargo, los procesos de producción actuales se han centrado en la acumulación del capital, despojando a los trabajadores del control sobre su actividad al convertirla en un proceso enajenante capaz de alterar significativamente los procesos vitales (Noriega y Villegas, 1989; De la Garza, 2009; Da Rosa, et al., 2011).

En ese sentido, el abordaje y comprensión de los procesos salud-enfermedad se ha modificado con el tiempo, llevando al planteamiento de modelos explicativos cada vez más complejos, entre los que destaca el modelo histórico social propuesto por Laurell (1982), quien tomó en consideración el riesgo que implican ciertos factores sociales tales como la dimensión histórica, la reproducción de la fuerza de trabajo y el desgaste laboral en la etiología de la enfermedad (Arredondo, 1992).

En México, la introducción del neoliberalismo modificó los modos de producción capitalista y las prácticas laborales, así como los riesgos y las exigencias a las que era expuesta la población trabajadora. Dicho fenómeno, caracterizado por el aumento en las tasas de desempleo, la flexibilización en los contratos, inestabilidad en el puesto de trabajo, prestaciones limitadas o nulas y salarios reducidos se le denominó precariedad laboral (Martínez, et al., 2019; Robles y Martínez, 2023).

En ese contexto, gran parte de los empleos en el país se encuentran enmarcados en la precariedad, tanto en el sector formal como en el informal, dificultando la cobertura de las necesidades básicas de la población trabajadora y sus familias, situación que tiende a repercutir negativamente en etapas avanzadas de la vida (Martínez, et al., 2019).

De tal forma que el haber mantenido una trayectoria laboral caracterizada por condiciones precarias, independientemente del tipo de ocupación desempeñada,

representa un factor que incrementa significativamente la posibilidad de experimentar situaciones de vulnerabilidad en la vejez. Tanto una trayectoria marcada por la inestabilidad y/o con bajos ingresos económicos en el ámbito formal, como aquella desarrollada predominantemente en el sector informal, repercutirán de manera negativa en el monto acumulado para el retiro y en el acceso a una pensión derivada del trabajo, respectivamente (Flores y Salas, 2018).

Referente al envejecimiento, aunque es un proceso natural, universal, continuo, gradual y heterogéneo del ciclo vital humano, los estigmas en torno a la vejez han representado un problema de salud pública debido a la normalización de los estereotipos negativos en el imaginario colectivo, los cuales suponen erróneamente que la enfermedad y la fragilidad son parte natural de esta etapa, resultando en una detección, diagnóstico y atención tardía de patologías, síndromes y/o trastornos geriátricos (López y Chipia, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) señala que las alteraciones de las funciones cognitivas representan una de las principales causas de discapacidad y dependencia en personas adultas mayores, estimando que entre el 5% y 8% de la población mundial de 60 años o más sufre algún tipo de alteración de las capacidades cognitivas (López, et al., 2021).

El deterioro cognitivo se define como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida de habilidades cognitivas y emocionales que interfiere con el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida de quien lo padece. La clasificación de estas alteraciones se establece en función del grado de severidad, duración de los síntomas, impacto sobre las funciones y la causa subyacente. Se trata de una condición de etiología heterogénea y mixta, asociada a diversas variables de origen patológico, de soporte social, presencia de síndromes geriátricos y el estado anímico (Díaz, 2017; Benavidez, 2017).

Por otro lado, los trastornos de tipo depresivo representan una condición frecuente que afecta alrededor del 6% de la población mundial de adultos mayores, cuya prevalencia es mayor en países de medianos o bajos ingresos. Se caracterizan por la alteración del estado psicoafectivo, manifestado por una disminución del ánimo que se

acompaña de síntomas como pérdida de interés, dificultad para el disfrute de actividades y la pérdida de la energía o vitalidad, que de no ser diagnosticados oportunamente puede implicar discapacidad, dependencia o muerte durante la vejez (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]; OMS, 2023a; OMS, 2023b).

La depresión, es por lo tanto una condición patológica provocada por la interacción multidireccional compleja de diversos factores de índole biopsicosocial, tales como la pérdida de seres queridos, retiro laboral obligado, la presencia de síntomas de estrés o ansiedad, ingresos económicos limitados y/o aislamiento social (Negrete, 2021).

Las interacciones y relaciones que las población de adultos mayores mantiene con otras personas constituyen un factor determinante para su desarrollo integral y preservación de la calidad de vida, en la medida en que favorecen la participación e integración activa en diversos ámbitos sociales. No obstante, este grupo etario se encuentra expuesto a condiciones de vulnerabilidad derivadas de los estereotipos negativos asociados a la vejez, la pérdida de seres queridos, el estado general de salud, así como los cambios físicos y psicológicos propios del proceso de envejecimiento, entre otros factores, los cuales limitan el mantenimiento y/o establecimiento de redes de apoyo social. Dicha situación puede derivar en aislamiento social, lo que a su vez incrementa las probabilidades de desarrollar discapacidades, enfermedades y/o trastornos afectivos (Lubben, et al., 2006; Carmona, 2015).

Conforme lo antes mencionado, de acuerdo con la literatura, la actividad laboral se ha asociado con el estado de salud, ya que el tipo de tareas desempeñadas a lo largo de la trayectoria constituye un factor relevante que puede favorecer u obstaculizar el alcance de un envejecimiento exitoso (OMS, 2019). En ese sentido, la presente investigación plantea la hipótesis de que aquellas personas adultas mayores cuya trayectoria laboral se caracterizó por un mayor desgaste tendrán posibilidades más altas de presentar deterioro cognitivo, síntomas depresivos o aislamiento social.

Resulta fundamental investigar en torno a las trayectorias laborales, dado que existen pocos estudios al respecto en América Latina. Asimismo, se ha prestado escasa atención

al recorrido laboral de las personas adultas mayores en el transcurso de su historia individual (Orejuela y Correa, 2007).

Por lo tanto, en la presente investigación se plantea analizar la asociación entre la presencia de deterioro cognitivo, síntomas depresivos o aislamiento social con la trayectoria laboral de las personas adultas mayores que acuden a los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México.

En el primer capítulo, el trabajo se conceptualiza como un fenómeno complejo cuya comprensión varía según el contexto histórico-social. Asimismo, se destaca la importancia del trabajo como una actividad que, además de posibilitar el acceso a bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los individuos, también genera significados y sentidos.

De igual forma, se expone la forma en que el capitalismo ha establecido sus bases en la compraventa de la fuerza de trabajo, la cual se intercambia por un salario inferior al valor de la productividad. Además, se describe el proceso de trabajo y su evolución a través del tiempo; se abordan los elementos que lo configuran, se definen los conceptos de riesgo y exigencia, así como los componentes humanizantes y se profundiza en torno a los procesos de salud enfermedad y cómo la actividad laboral constituye un determinante fundamental en dichos procesos.

El segundo capítulo permite profundizar en torno al contexto político, económico y social de México, así como en los cambios ocurridos en el transcurso del siglo XX. Con la implementación de políticas neoliberales en la década de los ochenta, se produjeron una serie de transformaciones en los modos de producción y en las prácticas laborales, caracterizadas por la flexibilidad de los contratos, los bajos salarios, y el surgimiento de nuevos riesgos y exigencias a los que se sometió a la población trabajadora del país.

Asimismo, se examina la situación económica y laboral de las personas adultas mayores, se delimita el concepto de trayectoria laboral, y se presenta el panorama epidemiológico de la depresión y del deterioro cognitivo. De igual forma, se muestra la asociación de dichos padecimientos, así como del aislamiento social, en relación con la

actividad laboral. Finalmente, se exploran las asociaciones entre la presencia o ausencia de redes de apoyo social en la adultez mayor con diversas variables sociodemográficas y de salud.

En el tercer capítulo se presenta la justificación y planteamiento del problema; en el cuarto y quinto, se exponen los objetivos y las hipótesis respectivamente. El sexto capítulo corresponde a la metodología empleada: se describe el tipo de estudio, la población y muestra, el procedimiento general y las variables de estudio e instrumentos utilizados para la recolección de datos.

El séptimo capítulo contiene los resultados obtenidos, los cuales se presentan a través de análisis descriptivos, bivariados y multivariados. En el octavo capítulo, se desarrolla la discusión, organizada en torno al análisis descriptivo de las variables y a los análisis de asociación para deterioro cognitivo, depresión, aislamiento y trayectoria laboral. Finalmente, los últimos tres capítulos abordan las fortalezas y limitaciones de la investigación, así como las conclusiones y las recomendaciones derivadas del estudio.

1. Marco teórico

1.1. El trabajo y su conceptualización

Al ser un fenómeno complejo, el concepto de trabajo se ha entendido de distintas formas conforme al contexto histórico-social y según el enfoque desde el que es abordado. En su definición más básica, se refiere a aquellas formas en que el ser humano transforma su entorno haciendo uso de medios de producción específicos que posibiliten generar productos con valor de uso y en algunos casos, con valor de cambio (De la Garza, 2009).

Así mismo, el trabajo posibilita el acceso a diversos bienes y servicios con la finalidad de satisfacer las necesidades del individuo, y a su vez, genera sentimientos placenteros o aversivos hacía su labor. Es decir, el trabajo representa una actividad productora de significados y sentidos para quien lo desempeña, ya que los sujetos se encuentran insertos en un contexto social, político y económico del cual participan y construyen una realidad colectiva (Da Rosa, et al., 2011).

En la antigüedad el trabajo manual era concebido como una actividad exclusiva de esclavos y campesinos, por lo tanto, se despreciaban las actividades físicas ya que eran vistas como una restricción de la libertad, y por lo tanto se les asociaba con penurias, esfuerzo, castigo e incluso con la tortura. El cristianismo le dotó de un significado relacionado al pecado original. Dada la influencia de la Iglesia Católica, durante la Edad Media, la percepción respecto al trabajo físico cambia, otorgándole un valor moral en función a la idea del sacrificio y el esfuerzo (Cristancho, 2022; Da Rosa, 2011).

El Renacimiento supuso un periodo de transición, que surge entre los siglos XV y XVI como un movimiento cultural en Europa Occidental, el cual coincidió con el descubrimiento de América. En esta época, los empresarios o financistas dueños de los bancos obtuvieron poder económico y social, redefiniendo así los conceptos de ética y virtud, por lo tanto, se consideró que el trabajo y la riqueza eran el resultado de una vida virtuosa bendecida por Dios (Guerra, 2011).

Durante el desarrollo de la Edad Moderna entre los siglos XV y XVIII, el concepto de riqueza se orientó a la obtención de ganancias monetarias en lugar de la posesión de tierras. Los gremios de artesanos y los comerciantes se convirtieron en una clase social influyente y reconocida en las nuevas sociedades urbanas, dando paso al surgimiento de los primeros modos de producción capitalista, la propiedad privada, el trabajo asalariado y el aumento del mercado (Cristancho, 2022). John Locke, filósofo de la época, afirmó que el trabajo otorgaba un derecho y un sello personal a la labor, planteando la unificación entre el sujeto trabajador y el objeto trabajado, ya que el producto resultante era el fruto de la creatividad humana aplicada a los recursos obtenidos de la naturaleza (Varnagy, 2000).

La Revolución Industrial representó una etapa que impulsó la manufactura y las fábricas, provocando un cambio en la estructura social debido al surgimiento de la burguesía industrial y la clase obrera (Neffa, 2003). El trabajo asalariado de la sociedad moderna dio paso a dos concepciones teóricas: 1) En la visión neoclásica se consideró que el único trabajo a tomarse en cuenta es aquel que se compra y se vende por un salario, 2) Mientras que la visión marxista igualmente tomó en consideración el trabajo asalariado, pero reconoció a aquellas actividades ligadas a la riqueza material de la sociedad, más allá del valor de cambio, pues la clase obrera había surgido con el objetivo de llevar a cabo una acción histórica (De la Garza, 2006).

En lo que respecta a la producción capitalista del siglo XIX, se puso mayor énfasis en las teorías referentes al trabajo en la gran industria, respecto a los sectores agrícolas o de servicios, debido a la gran cantidad de obreros laborando en las fábricas, ya que se consideró que los modos de producción y empleo modernos evolucionarían a esta forma de trabajo (De la Garza, 2009).

Marx definió el trabajo como aquella actividad exclusiva del ser humano que lo diferencia de las bestias, haciendo una distinción entre las tareas cualitativas y abstractas. Así mismo, consideró que el trabajar representa una forma de relacionarse con los otros y con la naturaleza, lo cual permitió evidenciar la despersonalización de la actividad laboral en la sociedad capitalista, así como la apropiación y explotación de la

fuerza de trabajo por parte de la burguesía a través de la plusvalía (Castilla, 2001; Cristancho, 2022).

El trabajo industrial se caracterizó por la división de labores, donde la actividad es principalmente abstracta y el trabajador forma parte de un proceso que hace posible observar el resultado de su labor y reconocer la importancia del trabajo colectivo. Así mismo, se incluye a la mujer como mano de obra asalariada en las fábricas debido al aumento en la producción de bienes. Sin embargo, la calidad de vida de la clase trabajadora resultó afectada negativamente al tener horarios laborales de hasta dieciocho horas al día, incluir fuerza de trabajo infantil, mantener vigilancia estricta del trabajo, entre otros abusos fuertemente criticados por los marxistas (Cristancho, 2022).

Durante la primera mitad del siglo XX, los países desarrollados se convirtieron en sociedades de asalariados industriales, posibilitando el reconocimiento de los derechos de la clase trabajadora, tomando en consideración el esfuerzo realizado por encima de los productos obtenidos a través de este. Se reconoció al trabajo como una actividad de vital importancia para generar riqueza en las naciones, así como la compraventa de la mano de obra por medio de un salario como pago por la labor realizada, además de días de descanso, vacaciones remuneradas y la estructuración de los derechos humanos y el trabajo (De la Garza, 2009; Cristancho, 2022).

En el transcurso del siglo XX Latinoamérica se integró al mercado mundial, desarrollando un capitalismo dependiente, subordinado al crecimiento y expansión de los países desarrollados, consecuencia de las crisis económicas, políticas y sociales, expresadas por la deuda externa, la disminución en las tasas de crecimiento, así como los altos índices de pobreza en la población. La dependencia económica llevó a una situación de rezago y explotación de los países de América Latina por parte de las naciones con economías dominantes (Rada, 2014; Marini, 1991).

En dicho contexto, los países latinoamericanos se encontraron en la necesidad de desarrollar marcos institucionales enfocados en la regulación y el equilibrio de las relaciones laborales entre patrones y obreros (Fernández, 2008). Con el surgimiento de

organismos legales vinculados al Derecho del trabajo se buscó dar respuesta a los nuevos desafíos que supuso el sistema capitalista global.

En México, mediante el Decreto del 18 de diciembre de 1911 se creó el Departamento de Trabajo, con el objetivo de poner solución a los conflictos laborales a través de diversos acuerdos. En el año 1915, dicho organismo se incorporó a la Secretaría de Gobernación, sin embargo, en México se legitimó como derecho con la Constitución de Querétaro en 1917, influenciada por su legislación internacional, la cual salvaguardó las relaciones individuales a la vez que tomaba un rol controlador respecto a los derechos colectivos. La codificación de dicho derecho se llevó a cabo mediante la Ley Federal del trabajo en 1931 (Villasmil, 2015).

Actualmente, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2023) en el artículo 123 señala que “Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.” (p.367). Dicho artículo contempla aquellos derechos a los que la clase trabajadora debe tener acceso, resaltando la importancia de establecer leyes que protejan a los sujetos insertos en la actividad laboral, bajo un marco de justicia equidad y dignidad.

El trabajo es esencial para el ser humano ya que posibilita a las personas alcanzar el total del potencial en sus capacidades, habilidades y aprendizajes, permitiendo dar sentido a la propia vida. Sin embargo, como actividad económica se ha orientado a aquellos procesos de producción enfocados en la acumulación del capital, transformando el ciclo vital humano en un proceso enajenante, es decir, despoja a los trabajadores del control sobre su actividad laboral y en consecuencia de sus propios procesos vitales (Noriega y Villegas, 1989).

1.2. Proceso de valorización y plusvalor

El proceso de producción capitalista está compuesto por dos aspectos, el social (proceso de valorización) y el técnico, donde el primero, establece las formas en que el

aspecto técnico se organizará, por ende, cualquier modificación al proceso de trabajo repercutirá directamente en el proceso de valorización (Noriega y Villegas, 1989).

El proceso de valorización inicialmente supone que el poseedor de los medios de producción invierta su capital en materias primas, y que a través del proceso de trabajo se produzcan mercancías, para finalmente agregar un valor mayor al capital que se invirtió. Lo anterior resulta paradójico, ya que la teoría del valor-trabajo está basada por un lado en la mejora continua de los procesos de producción, y por el otro, las condiciones laborales se tornan desfavorables como resultado de la explotación de las capacidades de la fuerza de trabajo (Pagura, 2010).

Así mismo, se desarrolla a través de factores objetivos, como son los medios de producción representados por aquellas herramientas propias del proceso de trabajo; y de factores subjetivos, es decir, la fuerza de trabajo humana por medio de la cual se producen valores de uso. El proceso de valorización concluye cuando el valor producido circula en el mercado y el dinero pasa a convertirse en capital (Sztulwark y Miguez, 2012).

Para Marx (1975), el capitalista tiene por objetivos la producción de valores de uso y de cambio materializados en la producción de la mercancía, así como lograr que dicha mercancía cubra y sobrepase el total de los medios de producción y la fuerza de trabajo invertidos, para así generar más ganancias, porque entre más bajos sean los costos de producción, se obtiene una mayor plusvalía.

El plusvalor representa la fuente de la ganancia del capitalista y se refiere a la compra y venta de la fuerza de trabajo. Es la condición necesaria que sostiene al proceso de producción en el capitalismo, expresado a través de la explotación de la fuerza laboral, ya que el salario real se intercambia por una tasa menor al de la productividad (Boundi, 2017).

La explotación de la fuerza de trabajo estará dada en función de las debilidades y fortalezas de los trabajadores, lo cual supone dos mecanismos que pueden aumentar el plusvalor para el capitalista: El plusvalor absoluto, se obtiene alargando la jornada, manteniendo las labores necesarias constantes a su vez que aumenta el trabajo

excedente; y el plusvalor relativo, consiste en el incremento de la intensidad de la actividad laboral, al reducir el tiempo necesario para la producción (Boundi, 2017).

Marx (1975) sostenía que el obrero quedaba relegado a ser una mercancía dado que consideró que el trabajo representa una actividad que se produce a sí misma a la par que al trabajador, por lo tanto, que cuanto más produce es mayor el sometimiento de este a su producto y, por ende, su actividad se convierte en propiedad del capitalista, haciéndolo ajeno a su actividad y despojándolo del control de sus actos.

Cuando la actividad laboral le resulta ajena al trabajador, al ser arrebatado de su ser y de su esencia, se producen sentimientos de frustración e infelicidad. En los procesos de producción capitalista, el trabajo regulado por la máquina genera en el individuo la sensación de que su cuerpo y su mente ya no le pertenecen, reduciendo su labor a solo la forma, un requisito para la supervivencia (Marx, 1987).

1.3. Procesos de producción y su evolución a través del tiempo

Los procesos de producción capitalistas se han transformado a través del tiempo, cada uno se caracteriza conforme a las necesidades de la época en que se inscribe, las cuales definen los modos en que el trabajador realiza sus actividades y a aquellas formas a través de las cuales se busca la obtención de mayores ganancias. Entre los más importantes, se pueden mencionar: la cooperación simple, la manufactura, el maquinismo, el Taylorismo-Fordismo, y la automatización-robotización del proceso de trabajo.

I.- Cooperación simple

La cooperación simple aparece como una primera forma de capitalismo, donde el pago que los trabajadores percibían estaba definido por el producto, no por el tiempo invertido en su producción. Se caracterizó por el uso de herramientas simples y rudimentarias, principalmente de uso manual.

Este proceso dependía en su totalidad de las habilidades del trabajador, al ser aquel que tiene los conocimientos necesarios para llevar a cabo la producción de las mercancías. Así mismo, se introdujo la división del trabajo y el esfuerzo físico era intenso

debido a las largas jornadas (Palacios et al. 2014; Fineschi, 2019). Sin embargo, este modo de producción no era suficiente para obtener un mayor plusvalor.

II.- Manufactura

Es una forma de producción capitalista que parte de la cooperación simple, pero se distingue de ésta al descomponer las actividades artesanales en partes, el trabajador ya no produce una mercancía en su totalidad, sino que se convierte en parte del proceso al realizar una labor más especializada. Se caracteriza por la fabricación de productos a gran escala, la parcialización de la actividad y el uso de máquinas simples (Fineschi, 2019).

Este proceso supone una fase de transición, debido que las actividades laborales en la manufactura estaban limitadas por la repetitividad y la monotonía, expresadas en la aceptación o resignación de los trabajadores, aunada a las condiciones estructurales de inseguridad, desprotección e injusticia (Albanesi, 2015).

III.- Maquinismo

Se caracterizó por el ritmo de trabajo subordinado a las máquinas de motor, donde la función del trabajador pasa a ser de vigilancia del correcto funcionamiento de la maquinaria, surtir los materiales necesarios, y la captación del producto. Este proceso tuvo como ventaja el requerir poco esfuerzo físico, no obstante, supuso una limitación en la movilidad, así como la necesidad de realizar movimientos repetitivos, además trajo como consecuencia el despido de una gran cantidad de personal (Palacios et al. 2014).

Con la inclusión de las máquinas en el centro del proceso, se hizo evidente la presencia de enfermedades y molestias ocasionadas por la dificultad para separarse del puesto de trabajo, tales como las intoxicaciones, hipoacusias, trastornos gastrointestinales y el surgimiento del estrés laboral y la fatiga patológica (Palacios et al. 2014).

IV.- Taylorismo-Fordismo

El proceso de producción taylorista, basado en la llamada administración científica del trabajo, tiene como finalidad de exponer las pérdidas que se producían dada la poca

o nula eficiencia en los procesos productivos; proponer una dirección sistemática como solución a tal problema; y finalmente, demostrar que la dirección de las empresas no es diferente a una ciencia. Sostiene que existe una base regida por leyes y principios bien definidos igualmente aplicables a otras actividades humanas (Díaz, 1998).

Este modo de producción tiene sus bases en la identificación de los movimientos improductivos y los tiempos muertos, con el propósito de optimizar al máximo la forma de realizar el trabajo. Las tareas se asignaban individualmente, y eran supervisadas por capataces. Así mismo, se establecieron tiempos de reposo, así como pausas para la maquinaria (Palacios et al. 2014).

Por su parte, aunque el proceso de producción fordista se basó en las estrategias del taylorismo, innovó al integrar un alto grado de mecanización en la línea de montaje, una reducción del tiempo en el proceso, la eliminación del manejo indirecto de los materiales y un gran volumen de producción (Rodríguez et al., 2007). Estos procesos se caracterizaron por revolucionar el proceso de trabajo capitalista y aumentar la plusvalía a la vez que despojaron al trabajador de la posibilidad de regular su actividad laboral.

V.- Automatización-robotización

La producción automatizada se asocia al uso de maquinarias y equipos programables los cuales suponen un sistema de producción flexible que le permite adaptarse a aquellos requerimientos del mercado, teniendo como finalidad desarrollar y lanzar una gran cantidad de productos nuevos en un menor tiempo (González, 2003). Así mismo, este tipo de producción es continua ya que las máquinas se encargan de gran parte del proceso, por lo tanto, no requiere que el trabajador tenga conocimiento respecto a las mercancías.

La robotización se basa en el uso de maquinaria autónoma reprogramable diseñada para manipular los materiales, herramientas, piezas o dispositivos especializados. Un robot industrial tiene como finalidad el poder desempeñar diversas tareas por medio de movimientos programados y variables durante el proceso de producción (McCloy y Harris, 1993).

En resumen, los avances en la tecnología se han adecuado conforme a los procesos de producción y las relaciones en el capitalismo, lo cual ha complejizado considerablemente el estudio de los procesos de trabajo, exponiendo a los trabajadores a nuevos riesgos y exigencias. Por lo cual resulta necesaria una mirada integral para abordar el proceso de trabajo, ya que es un determinante en el perfil patológico de un grupo de trabajadores.

1.4. El proceso de trabajo y sus elementos

Se puede entender como **proceso de trabajo** a aquellas formas en que los seres humanos se relacionan con la naturaleza y los materiales que obtienen de esta, por medio de determinados instrumentos con la finalidad de generar productos y bienes. De acuerdo con Noriega y Villegas (1989), este proceso está integrado por cuatro elementos constitutivos: el objeto; los medios; el trabajo como actividad en sí misma; y las formas de organización y división del trabajo.

El **objeto de trabajo** refiere a los materiales sobre los cuales se actúa con la finalidad de transformarlos en un producto que cubra una necesidad. Cuando el objeto es producto de un trabajo previo, se le denomina materia prima, por otro lado, cuando este no ha sido intervenido con anterioridad, se le conoce como materia bruta. El objeto cuenta con características físicas, químicas y/o biológicas, que pueden suponer un riesgo a la salud de los trabajadores debido a los polvos, gases o vapores que pueden liberarse durante sus transformaciones (Noriega et al. 2001).

Los **medios de trabajo** son elementos utilizados durante el proceso para transformar el objeto en un producto y son el vehículo por medio del cual se lleva a cabo la actividad laboral. Estos pueden ser rudimentarios o herramientas tecnológicamente desarrolladas según el sector económico y tipo de objeto a transformar. Es necesario señalar que los medios de también abarcan a las instalaciones de cada centro de trabajo y sus características. Los medios en conjunto con el objeto, se les conoce como medios de producción (Noriega et al. 2001).

El trabajo como actividad en sí misma, es fundamental y refiere a la acción humana que el trabajador lleva a cabo con la finalidad de producir valores de uso. Requiere de una serie de aprendizajes y conlleva un esfuerzo fisiológico y/o mental acorde al tipo de proceso de trabajo, el cual a su vez depende de aspectos técnicos, la organización y división del trabajo (Noriega y Villegas, 1989; Noriega et al. 2001).

La **organización y división del trabajo** constituye otro elemento importante que refiere a las formas en que se sistematizan las actividades de los trabajadores, posibilitando que se especialicen en actividades concretas del proceso a la vez que regulan la duración de las jornadas laborales, el ritmo de producción, los mecanismos de vigilancia a los trabajadores, la repetitividad, creatividad, complejidad, peligrosidad de la tarea, entre otras. Así mismo, la organización del trabajo determina las características de la actividad física y/o mental a la que el trabajador se somete, tales como cuotas de producción, operaciones breves, monótonas y repetitivas, horarios nocturnos, sueldo a destajo, etc. (Noriega y Villegas, 1989; Noriega et al. 2001).

Los procesos de trabajo son heterogéneos, ya que los objetos, los medios o el producto no siempre tienen las mismas características aún en el sector industrial. Por su parte, en sectores enfocados al ofrecimiento de servicios, el objeto de trabajo resulta menos tangible. No obstante, la actividad de los trabajadores, así como la organización y división del trabajo son elementos que se encuentran presentes en todo proceso laboral.

Es importante señalar que, sin importar los modos de producción implementados, siempre es requerido un proceso de trabajo que permita la generación de bienes y servicios materiales o inmateriales, los cuales son imprescindibles para la producción y reproducción del ser humano. Así mismo, aunque inicialmente el análisis del proceso de trabajo se enfocó en el sector industrial, ha sido posible adaptarlo a otros sectores productivos, así como a las actividades terciarias y de servicio (Neffa, 2015).

1.5. Riesgos, exigencias y componentes humanizantes

Los riesgos y las exigencias de trabajo, de acuerdo con Noriega y Villegas (1989), son resultado de aquellas características particulares de aquellos elementos presentes durante el proceso laboral, que pueden presentarse en los trabajadores en la esfera física o psicosocial y tienen la potencialidad de dañar su salud.

Los riesgos son los elementos surgidos a partir de los medios de producción, es decir, de la combinación entre el objeto y medios de trabajo. Por su parte, las exigencias son aquellas necesidades específicas a las que el proceso laboral somete a los trabajadores de conformidad al trabajo como actividad y las formas de organización presentes en el centro laboral. Así mismo, el concepto de exigencia pretende ser más preciso respecto a aquellos elementos conocidos como factores psicosociales (Noriega y Villegas, 1989; Noriega et al, 2001).

No obstante, también existen componentes humanizantes del proceso de trabajo, los cuales pueden tener un impacto positivo en la salud del trabajador, tales como el equilibrio entre las actividades físicas y mentales, la calidad y contenido de la actividad, control sobre el organismo, interés y satisfacción laboral, entre otros (Noriega y Villegas, 1989).

Resultado de la interacción entre los riesgos, exigencias y componentes humanizantes, el individuo desarrolla sentimientos positivos y/o negativos respecto al proceso de trabajo en el cual está inserto, que a su vez se ven reflejados en su calidad de vida.

1.5.1. Tipología de riesgos y exigencias

Para poder estudiar de forma sistemática los riesgos y las exigencias del proceso de trabajo, Noriega y colaboradores (2001) los han agrupado de tal forma que toman en consideración sus características comunes y se precise en su origen.

Los riesgos se clasificaron en cuatro rubros:

I.- Riesgos derivados de la utilización de los medios de trabajo

Este grupo abarca aquellos riesgos relacionados con los niveles de ruido, la iluminación excesiva o deficiente, cambios en la temperatura, vibraciones constantes, humedad presente en el ambiente, de una ventilación adecuada y los distintos tipos de radiaciones; estos riesgos están presentes en el ambiente laboral, se pueden medir y existe una reglamentación respecto a los niveles permitidos. Se corresponden con aquellos que la medicina ocupacional considera como agentes físicos.

II.- Riesgos derivados de la modificación de los objetos de trabajo

En este rubro se encuentran riesgos químicos y biológicos, derivados de polvos, gases, humos, vapores y ácidos; así mismo, se incluyen los contaminantes químicos y el manejo de animales que puedan provocar daños a la salud.

III.- Riesgos derivados de los medios de trabajo en sí mismos

Se incluyen los riesgos referentes a la falta de orden y limpieza; deficiencias en las instalaciones del centro de trabajo; equipo de protección personal en malas condiciones o la falta de éste; el uso de maquinaria o herramientas eléctricas, neumáticas o de mano; el uso y mantenimiento de maquinaria o equipos.

IV.- Riesgos asociados con las condiciones insalubres o la falta de higiene

Este apartado se enfoca en la identificación de aquellas condiciones insalubres en relación con la limpieza en regaderas, vestidores y baños, así como en las áreas destinadas al consumo de alimentos y bebidas de los centros de trabajo.

En lo que respecta a las exigencias, se les clasificó en cinco grupos:

I.- Exigencias relacionadas con el tiempo de trabajo

Como su nombre lo indica, este grupo incluye la prolongación de la jornada de trabajo, los horarios nocturnos, la rotación de turnos, los días de descanso y los días de vacaciones.

II.- Exigencias relacionadas con la cantidad e intensidad del trabajo

Refiere a aquellas características del proceso de trabajo tales como la repetitividad, la minuciosidad y los ritmos que la maquinaria impone al trabajador, así como el trabajo

bajo presión, derivado de la necesidad de cubrir cuotas de producción o el trabajo a destajo.

III.- Exigencias relacionadas con la vigilancia en el trabajo

En este grupo se considera la presión a la que es sometido el trabajador en el ejercicio de su labor al existir un estricto control de calidad, así como supervisión estricta de la actividad.

IV.- Exigencias relacionadas con la calidad o el contenido del trabajo

Implican el conocimiento de las posibilidades que el individuo tiene en cuanto a la comunicación en el trabajo; variedad y claridad de las tareas que realiza; así como la valoración respecto a la peligrosidad de su actividad laboral.

V.- Exigencias relacionadas con el tipo de actividad en el puesto de trabajo

Este apartado agrupa las exigencias referentes al esfuerzo físico, tales como cargar, jalar, empujar o levantar objetos continuamente, el uso de herramientas manuales y realizar movimientos que requieren aplicar fuerza; así como adoptar posturas forzadas o incómodas por periodos de tiempo prolongados, debido al uso de asientos incómodos, trabajar en espacios reducidos, mantener los hombros tensos, entre otras.

En suma, el proceso de trabajo y sus cuatro elementos definirán las características de los riesgos y exigencias a las que el individuo es sometido, los cuales junto a los componentes humanizantes, es decir, aquellos elementos que posibilitan el desarrollo de las potencialidades, así como la creatividad o el control sobre la actividad laboral, tendrán repercusiones en el perfil salud-enfermedad del colectivo de trabajadores (Noriega, 1993). Sin embargo, los riesgos y exigencias que producen enfermedad darán pie al perfil patológico propio de un grupo de obreros.

1.6. Concepciones del proceso de salud enfermedad

La comprensión de los procesos salud-enfermedad ha ido en constante cambio, puesto que el interés por dar explicación al desarrollo de patologías en el ser humano ha

estado presente desde culturas antiguas y ha sido abordado desde diversos paradigmas que se modifican conforme al contexto histórico-cultural.

En la antigüedad, las explicaciones predominantes en torno a la salud y el desarrollo de las enfermedades estaban sustentadas bajo pensamientos mágico-religiosos, los cuales teorizaban que eran producto de la existencia de fuerzas divinas o espíritus quienes podían curar o provocar malestares en el ser humano, asumiéndose al hombre como un ser pasivo dentro del proceso (Cardona, 2015).

Con el auge de la filosofía en Grecia, la visión mágico-religiosa de la salud-enfermedad fue revalorada, dando aproximaciones con una visión más naturalista y racionalista, considerándolas ya no el resultado de causas divinas o sobrenaturales, sino un desequilibrio entre los componentes del hombre y la naturaleza, los cuales podían ser identificables y prevenibles (Aguilar, 2015).

En este sentido Empédocles de Agrigento (475-435 a.C.), plantea la existencia de cuatro elementos que componen a los seres vivos: agua, tierra, aire y fuego, los cuales se encontraban en distintas proporciones y poseían diversas cualidades asociadas a la humedad, calor, frío y sequedad respectivamente; donde su desequilibrio orgánico conllevaba al desarrollo de enfermedades (Quintero, 2018; Bohórquez, 2020).

Con base en la teoría de los cuatro componentes, Hipócrates de Cos (460-380 a.C.) desarrolló la teoría humoral, la cual proponía que los aspectos humorales a través de los cuales se generaban las enfermedades eran: la flema, la sangre, la bilis amarilla y la bilis negra. Estos planteamientos hipocráticos dieron paso al establecimiento de que cada enfermedad tenía una causa centrada en lo natural con influencia del medio externo (alimentación, higiene y ejercicio) y de las características personales (Campohermoso, et al., 2014).

No obstante, durante la Edad Media, la expansión e influencia del cristianismo sobre la cultura marcó un desplazamiento de los conocimientos desarrollados hasta la época, volviendo a paradigmas centrados en la religión, donde la enfermedad, el bienestar y la

felicidad del hombre estaban determinados por designio divino (Moreno, 2007; Vega, 2002).

Estos acontecimientos supusieron un avance lento respecto a la investigación en torno a los fenómenos de salud-enfermedad, debido que diversos procedimientos utilizados para conocer la anatomía humana y dar un sentido natural al origen de la enfermedad, se realizaban de forma confidencial, pues eran vistos como una profanación del cuerpo (García, 2015).

El Renacimiento, trajo consigo nuevos planteamientos referentes a la enfermedad, los cuales se relacionaban con la alquimia y buscan explicar los mecanismos patogénicos a través de reacciones químicas en concordancia con los pensamientos teológicos de la época medieval (Vega, 2002).

En la Edad Moderna, la investigación en el ámbito de la salud fue replanteada bajo premisas filosóficas humanistas, antropocentristas y racionalistas, las cuales se fundamentaron sobre los conocimientos hipocráticos, dando pauta a un periodo de mayor avance en la generación de modelos explicativos de los procesos patológicos (García, 2012).

Así mismo, avances científicos como el microscopio, dieron origen a la microbiología, sentando las bases para la construcción de un modelo biomédico unicausal, donde el estado salud-enfermedad estaba determinado por la presencia o ausencia de agentes etiológicos externos, de modo que la enfermedad era comprendida como toda aquella dolencia que el médico pudiera observar, diagnosticar, reconocer, clasificar y curar (Arredondo, 1992; Moreno, 2007). Esta noción respecto a la enfermedad dejaba de lado todos aquellos aspectos de salud relacionados con la esfera psicológica y social del individuo.

Este modelo, aunque no explica por qué un mismo agente no siempre produce enfermedad, hizo posible investigar algunas medidas de control y de fármacos que innovaron el tratamiento individual del enfermo (Arredondo, 1992).

1.6.1. El trabajo como un determinante social del proceso salud-enfermedad

A finales de la Edad Moderna, comenzaron a surgir en Italia, Alemania y Austria, movimientos que tomaban en consideración los determinantes sociales de la salud, al ubicar al ser humano conforme a su contexto social (Quintero 2018). Esto marcó el inicio de la formación de modelos sociales, en los cuales la salud-enfermedad se generaba en función de las condiciones de trabajo y de la vida del hombre, centrando la salud no solo en el campo biomédico, sino también como una problemática de abordaje social (Arredondo, 1992).

Ramazzini, uno de los principales investigadores en la salud de la época, dio los primeros esbozos sobre la investigación de las enfermedades laborales, tras la observación y estudio de las patologías que se presentaban con mayor frecuencia en trabajadores de talleres, relacionándolas con las condiciones laborales y los materiales de trabajo (Garfias, 2022; Parafita, 2010).

La Revolución Industrial, fue otro de los precedentes importantes sobre los cuales se evidenció la relación que guardaban las condiciones económicas, sociales y laborales de la época con la salud poblacional, debido que la masiva migración de las personas del campo a la ciudad, trajo consigo condiciones de desigualdad, donde la clase trabajadora vivía en pobreza extrema, que aunado a los efectos de los contaminantes de las fábricas y las precarias condiciones laborales, llevaron a un panorama devastador de salud pública, pues las enfermedades como, la viruela, neumonía y sarampión, crecían de forma exponencial (Moreno, 2010; García y Puche, 2016).

El panorama descrito anteriormente y los movimientos de salud pública surgidos durante la época, llevaron al fortalecimiento de la medicina social como un paradigma innovador para aproximarse y dar respuesta a los problemas de salud (Maldonado et al., 2019).

Si bien el abordaje en salud desde el enfoque de la medicina social se consolidó y expandió durante la Edad Contemporánea, los modelos biomédicos unicausales seguían predominando en la comunidad científica, con avances en el área de fisiopatología

(Quintero,2018). Este acercamiento desde distintos paradigmas al estudio en torno a los procesos de salud-enfermedad, conllevó a una diversificación de los conocimientos.

1.6.2. Modelos Multicausales Salud-Enfermedad

Con el avance de las ciencias y un mayor intercambio de información entre las áreas de la salud, la simpleza desde la que era abordada el proceso salud-enfermedad mediante los modelos unicausales biomédicos y sociales de la época, resultaron insuficientes para brindar explicaciones del por qué no todas las personas expuestas a factor de riesgo o infectadas con un agente patógeno desarrollaban una enfermedad (García, 2015)

Esta incapacidad explicativa de los modelos simples llevó al planteamiento de nuevos modelos complejos de índole multicausal, en los que la salud-enfermedad son resultado de la exposición a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en el ambiente y con los mecanismos adaptativos del ser humano, llevando al mantenimiento o pérdida del estado de homeostasis corporal (García, 2015; Quintero, 2018).

Entre los modelos multicausales más relevantes del proceso salud-enfermedad, se encuentra el modelo de Red Causal de Brian Mc. Mahon, el cual sentó bases en el desarrollo de la investigación epidemiológica, dando relevancia al concepto de “factores de riesgo” (López, et al., 2000).

Sobre esta línea de investigación el modelo multicausal de Bradford Hill propone estudiar la relación entre los factores de riesgo y el desarrollo de enfermedad empleando los criterios de: fuerza de asociación, consistencia o constancia, especificidad de la asociación, secuencia temporal de los eventos, relación dosis-respuesta, plausibilidad biológica, coherencia, evidencia experimental y razonamiento por analogía (Álvarez y Pérez, 2004; Gómez y Delgado, 2006).

Así mismo, otro de los modelos que tomaron relevancia en la investigación fue el propuesto por Rothman, el cual consideraba que la enfermedad se desarrollaba por la concentración de un conjunto de causas que conformaban un “mecanismo causal”

(Martín, Rivera y Lardelli, 2020). Cada una de las partes de este mecanismo se denominaban causas componentes o contribuyentes, de manera que una única enfermedad podía ser resultado de mecanismos causales múltiples o alternativos (causa suficiente). Si una causa componente forma parte de todas las causas suficientes para una enfermedad, esta se designaba como una causa necesaria (Martín, Rivera y Lardelli, 2020; Bizouarn, 2012).

Por su parte, Laurell (1982), abordó el proceso salud-enfermedad a través de un modelo histórico social, ya que consideró que este fenómeno debía estudiarse a nivel colectivo y no solo desde la perspectiva de la medicina clínica, en la cual los factores sociales se analizan como un riesgo, partiendo del supuesto de que actúan como cualquier otro factor de riesgo biológico, en ocasiones desestimando el carácter social en la etiología de la enfermedad.

Por ello, el modelo histórico social surge como una propuesta en la que los factores determinantes del proceso salud-enfermedad están permeados por la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo (Arredondo, 1992).

Este avance de los modelos explicativos de la dualidad salud-enfermedad, continuaron ampliándose y desarrollándose bajo el contexto de que el ser humano era un ente de complejidad biopsicosocial, por lo que su abordaje y estudio debía darse desde la interdisciplinariedad, conjuntando los avances de la medicina social y la epidemiología, así como de las nuevas disciplinas emergentes en salud pública tales como, la psicología social e individual, sociología y antropología, las cuales buscaban comprender el comportamiento humano a nivel individual, colectivo y organizacional (Quintero, 2018).

2. Marco Contextual

2.1. Contexto político y económico en México

Durante el transcurso del siglo XX, México experimentó una serie de cambios a nivel económico relacionados con transformaciones políticas, demográficas, sociales y

culturales que dieron paso a un periodo de crecimiento macroeconómico prolongado y satisfactorio respecto a épocas anteriores.

La Segunda Guerra Mundial causó que los países europeos y norteamericanos se encontraran con la necesidad de importar bienes primarios y manufacturas, situación que representó una oportunidad de crecimiento para México al incrementar y prolongar las exportaciones del país hasta el fin del conflicto armado en 1945 (Aparicio, 2010).

El modelo conocido como “Desarrollo Estabilizador”, trajo consigo un aumento en las capacidades industriales y, en consecuencia, el inicio de una etapa de crecimiento económico sostenido que duraría hasta finales de los años sesenta. Fue una etapa necesaria para alcanzar la modernización del país, pues alrededor de la década de los años cuarenta, el aumento de la población supuso el desplazamiento desde el campo a las grandes ciudades, propiciando que en un periodo de veinte años el país pasara a ser principalmente urbano (Ortíz, 1998). Esta estrategia se caracterizó por elaborar diversas políticas en los campos fiscal, monetario, comercial, salarial, agropecuario y de fomento a la inversión externa, enfocadas en apoyar y fortalecer al sector industrial.

La implementación de este modelo económico posibilitó un incremento notable en el Producto Interno Bruto (PIB) entre 1950 y 1970, posicionando a México como la economía número 16 del mundo; el crecimiento se alcanzó con una tasa de inflación descendente de 16.7% en el año 1950 a 4.7% en 1970, la tasa promedio del periodo se ubicó en 4.9%; el empleo aumentó a una tasa promedio anual de 2.3%; los salarios mínimos en términos reales crecieron en 6.5% promedio anual en el periodo, triplicando su poder adquisitivo en la canasta básica; y un crecimiento promedio anual de la industria y de las manufacturas en tasas promedio anuales de 7.7% y 8.3% respectivamente, superando a los sectores de servicios y agropecuarios (Monserrat y Chávez, 2003).

La industrialización y la urbanización son fenómenos propios de este periodo, así mismo, mejoraron los indicadores de salud, ya que el Estado mexicano puso al alcance de la población antibióticos y vacunas, lo cual se reflejó en el aumento de la esperanza de vida y un descenso pronunciado de las tasas de mortalidad materno-infantil (Lomelí, 2012). Sin embargo, a pesar de los logros registrados en este periodo, esta estrategia

trajo consigo dos grandes problemas que frenaron el crecimiento del país: una desigualdad en la concentración del ingreso, así como un desequilibrio externo debido al proteccionismo gubernamental (Villareal, 2000).

El inicio de la década de los setenta marca el final del “Desarrollo estabilizador”, y con ello surgieron una serie de dificultades que repercutieron en la calidad de vida de los mexicanos, principalmente por el auge inflacionario provocado por la caída del sistema de Bretton Woods y la devaluación del dólar, así como el aumento del precio del petróleo provocado por el embargo petrolero árabe (Cárdenas, 2015).

Es durante este periodo de debilitamiento en la economía nacional que se pone en marcha el modelo de “Desarrollo Compartido”, el cual transformó la política fiscal y monetaria, teniendo por objetivo que el eje de la inversión nacional fuera manejado por el sector público. Así mismo, se promovieron programas de fomento, estímulos fiscales, subsidios, evasiones de impuestos, entre otros que pudieran garantizar la participación del sector privado en la industria nacional (Jiménez de Sandi, 2019).

En este periodo, la expansión económica se llevó a cabo a través del gasto público, sustentado por las reservas de petróleo en territorio mexicano las cuales posibilitaron el acceso a créditos en el mercado internacional, que a su vez fueron invertidos en infraestructura. No obstante, la situación económica del país empeoraba, el PIB disminuyó su tasa de crecimiento y la deuda externa creció a más del doble entre 1971 y 1975, por su parte la inflación acumulada alcanzó un 76% y el peso se encontraba sobrevaluado por más del 50%, lo cual supuso un desequilibrio que se estimaba en algún momento daría paso a una crisis cambiaria (Cárdenas, 2015).

En el periodo comprendido de 1971 a 1982, la tasa de inflación pasó de 5% a 98.8%, teniendo una tasa promedio del periodo igual a 25.4%; el empleo aumentó a una tasa promedio de 4.2%; los salarios mínimos reales, descontando la inflación cayeron en 0.6% promedio anual y, en consecuencia, el poder adquisitivo en términos de la canasta básica se redujo considerablemente respecto a la década de los años sesenta (Monserat y Chávez, 2003).

Los desequilibrios económicos del país se hicieron evidentes al momento que la bonanza petrolera llegaba a su fin, ya que el déficit externo, la reducción del ahorro interno, la excesiva deuda externa y el rezago productivo, provocaron un declive de la actividad económica, principalmente en el sector industrial, aumentando las tasas de desempleo. En 1982 se tomó la decisión de devaluar el peso un 121.6% respecto al dólar, no obstante, dicha estrategia fracasó, obligando al gobierno a decretar un aumento de hasta el 30% a los salarios, provocando que los precios se dispararan. Como última medida, el gobierno de México llevó a cabo una venta anticipada de petróleo, colocando al país al borde de la quiebra (Colmenares, 2008 Aparicio, 2010).

Ante un panorama de crisis, el presidente José López Portillo anunció la nacionalización de la banca el 1 de septiembre de 1982, medida que se percibió como una forma de oportunismo político que buscaba trasladar la responsabilidad de la situación económica a los banqueros de país, sin embargo, el pueblo se pronunció a favor de este movimiento de expropiación (Sánchez, 1982).

Esta estrategia trajo como consecuencia la pérdida de la confianza del sector privado hacia la clase política, puesto que diversas corporaciones trasnacionales se volvieron socios mayoritarios del gobierno, mientras que otras compañías pasaron a ser controladas principalmente por la administración gubernamental del país. Así mismo, la nacionalización dio paso a la inserción de los empresarios a través de la vía institucional en la política al ser acogidos por el Partido Acción Nacional, desatando una fuerza cívica que tiempo después provocaría un cambio en el régimen político, económico y social en México contemporáneo (Sánchez, 1982; Cárdenas, 2015).

Posterior a la crisis de 1982, México quedó en una posición difícil debido a los marcados desequilibrios macroeconómicos y una imperiosa situación política producto de la expropiación bancaria, la cual causó descontento en el sector privado. La actividad económica disminuyó, ya que el aumento de casi cinco veces más en el costo financiero de las empresas causó el descenso de la actividad industrial en el país (Tello, 2010).

En ese contexto, el gobierno adoptó una política macroeconómica de ajuste ortodoxo que disminuyó los subsidios, aumentó algunos impuestos, se redujeron gastos, e incluso

se renegoció la deuda externa con la finalidad de obtener plazos más amplios. Sin embargo, la economía no alcanzó a recuperarse y para 1987 el déficit estaba en niveles similares a los cinco años anteriores (Cordera, 2008).

La iniciativa privada permaneció desconfiada debido al ataque sufrido a los derechos de propiedad y en consecuencia no hubo retorno de capitales al país. Por su parte, hubo un deterioro de los salarios reales, se perdieron empleos y se dio un aumento marcado en la desigualdad social, incrementando los índices de pobreza respecto a decenios anteriores (Rueda, 1998).

En 1987, se firmó el Pacto de Solidaridad Económica (PSE), el cual tuvo como finalidad recuperar el crecimiento económico a la vez que reducía la inflación por medio de acuerdos entre el gobierno como árbitro, los empresarios responsabilizándose de los precios y los sectores asalariados siendo obligados a no solicitar aumentos de salario mayores a lo acordado. La firma del PSE representó un logro en la política económica de México, dado que los primeros resultados fueron muy favorables al disminuir la inflación anual de 159.2 % a 51.2% en el transcurso de un año (Salazar, 2004; Loaeza, 2010).

A finales de la década de los ochenta, la administración de Carlos Salinas de Gortari se enmarcó en un contexto de transformaciones internacionales caracterizado por cambios importantes en el sistema económico y político mundial, tales como el reformismo en Reino Unido encabezado por Margaret Thatcher, la toma de posesión del partido republicano con Ronald Reagan en los Estados Unidos, así como el proceso de unificación de la Unión Europea. Sin embargo, la caída del bloque soviético supuso la primacía de los mercados y la liberación de las economías de los países menos desarrollados (Cárdenas, 2015).

La crisis y el estancamiento económico hizo necesario que el Estado mexicano adoptara estrategias orientadas a propiciar un entorno favorable para impulsar el crecimiento de la economía del país. El nuevo modelo de “Crecimiento hacia afuera” o “Neoliberal”, tenía como objetivo aumentar la participación de la iniciativa privada a la vez que se integraba al mercado libre global, liberando y desregulando el sector industrial, comercial y financiero, priorizando y estimulando la inversión extranjera, aceptando las

directrices del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional (Espinoza y Rodríguez, 2022).

En 1989, el gobierno puso en marcha el Plan Brady, a través del cual fue posible renegociar la deuda externa a la vez que captó el interés y la confianza de los mercados, logrando que la inversión privada, nacional y extranjera volviera a activarse en el país. En este año el PIB aumentó un 2.9%, principalmente por la reducción del pago de intereses y el flujo de la inversión extranjera (Salazar, 2004).

El anuncio de la reprivatización de la banca en 1990 así como el interés de firmar un acuerdo de libre comercio con los Estados Unidos, terminó por recuperar la confianza de los inversionistas, logrando un nuevo ingreso de capitales al país. El crecimiento del PIB en este año fue de 4.5%, el más alto desde el inicio de la crisis. No obstante, la moneda mexicana todavía se encontraba sobrevaluada (Cárdenas, 2015).

Para México era prioridad reforzar el comercio con los Estados Unidos, con el objetivo de exportar bienes y fomentar la inversión, ya que su economía, al ser la más grande a nivel mundial haría posible la expansión y modernización de la planta productiva mexicana. Para ello, se realizó la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), el cual entró en vigor en enero de 1994, transformando completamente la economía del país al integrarla con la estadounidense, con sus respectivas ventajas y desventajas. Al abrir la economía al mundo, se esperaba aumentar el flujo de inversiones extranjeras que arreglaran los problemas económicos, políticos y sociales. No obstante, la apertura económica resultó abrupta y desigual, debido que, al ser Estados Unidos económicamente superior, casi siempre se impuso por encima de México (Montserrat y Chávez, 2003; Banda y Chacón, 2005).

La reprivatización de las paraestatales fue otra área de reformismo durante la administración de Salinas de Gortari. Se decretó la privatización de 191 empresas, entre ellas: Aeronaves de México y Mexicana de Aviación, Teléfonos de México, la Minera Cananea, algunas plantas de Conasupo y la reprivatización de la banca, entre otras. Otra reforma relevante fue la concesión de al menos 4 000 kilómetros de autopistas a la

iniciativa privada, área que siempre había quedado en manos del sector público (Medina, 2006).

En algunos casos, como el de las aerolíneas, la privatización resultó con éxito, pero en Telmex, por ejemplo, ha sido cuestionada debido al rumbo monopolizador que tomó la empresa. Por su parte, la reprivatización de la banca y la liberalización del sistema financiero fue criticada debido a que se considera que fue una de las principales causas de la crisis de 1994 (Cárdenas, 2015).

A finales de la administración de Salinas de Gortari y a la par de la entrada en vigor del TLCAN en 1994, se dio el levantamiento en armas del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), una organización política-militar la cual buscaba la defensa de los derechos colectivos e individuales de los pueblos indígenas mexicanos. Este suceso, aunque fue un movimiento local ubicado en Chiapas, sirvió para demostrar la desigualdad en el país además de evidenciar que las reformas económicas recientemente aplicadas no alcanzaban a cubrir a todos los grupos sociales (Hernández, 2007).

La crisis de 1994-1995 tuvo su origen en la liberación financiera y la reprivatización de la banca, así como en las políticas macroeconómicas enfocadas en mantener la estabilidad de los mercados financieros y cambiarios, sin embargo, los asesinatos políticos de 1994, el creciente déficit y el acceso a información privilegiada obtenida por algunos empresarios que vaciaron las reservas internacionales, fueron factores decisivos que llevaron a la devaluación de la moneda mexicana en diciembre de 1994 (Aparicio, 2010).

México sufrió una recesión económica en la que el mercado de valores perdió 40% de su valor en tan solo un mes, las tasas de interés subieron a más del 60%, aumentaron los índices de desempleo, cientos de pequeñas empresas se vieron en la necesidad de cerrar y el sector bancario estaba al borde de la quiebra. Dicha crisis se superó únicamente gracias al rescate financiero de 50 mil millones de dólares por parte del FMI y del Gobierno de Estados Unidos, sin embargo, se dieron una serie de restricciones crediticias y se impusieron límites a la expansión de crédito interno. En consecuencia, la economía nacional quedó detenida, lo cual supuso una crisis a nivel económico, social y

político. En marzo de 1995 el peso se había devaluado un 94.6% respecto al dólar y su precio se determinó por las condiciones del mercado al establecer un régimen cambiario de libre flotación (Salazar, 2004).

En ese contexto, la administración de Ernesto Zedillo tomó la decisión de rescatar los bancos de la quiebra a través del Fondo Bancario de Protección al Ahorro (Fobaproa), cuya paradoja recae en el hecho de que se utilizaron fondos estatales para salvar un pequeño grupo de banqueros del sector privado en abundancia al mismo tiempo que se endeudó por una cantidad que oscila entre 65 mil y 100 mil millones de dólares a por lo menos tres generaciones de mexicanos (Garrido, 2000).

Para la década del año 2000, el gobierno de alternancia encabezado por Vicente Fox trajo consigo grandes expectativas, no obstante, aunque se logró cierta estabilidad económica reflejada en una tasa de inflación menor al 10%, no fue posible lograr grandes reformas estructurales que permitieran alcanzar un crecimiento o desarrollo favorable para México. Así mismo, el ataque del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos provocó un estancamiento de las exportaciones nacionales a ese país, en consecuencia, la economía mexicana apenas mostró un crecimiento del 0.6% debido a la integración estrecha de ambas economías (Cárdenas, 2015).

Durante la administración de Felipe Calderón, resultó necesario realizar reformas fiscales y petroleras debido a la dependencia de la renta petrolera, sin embargo, su alcance fue limitado al no poder resolver los problemas subyacentes. Así mismo, se realizaron reformas al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) referentes a la problemática de los pasivos por pensiones de los trabajadores públicos, estableciendo como solución un sistema de cuentas individuales con bonos de reconocimiento (Ulloa, 2017).

En la segunda mitad de 2008, la crisis financiera consecuencia del colapso en el mercado hipotecario en los Estados Unidos impactó gravemente la economía mundial, trayendo consigo una serie de despidos masivos, cierres de empresas, y caídas en la actividad económica en diversos países. En México, el impacto más fuerte se dio en el sector industrial, viéndose reflejado en el mercado de exportaciones a territorio

estadounidense, situación que llevó a una devaluación de aproximadamente el 30% del peso respecto al dólar (Zurita, et al., 2009).

El sexenio de Enrique Peña Nieto (2012-2018) continuó cimentando sus políticas en acuerdos comerciales con Estados Unidos, teniendo como finalidad legitimar su gobierno y mostrar estabilidad económica que pudiera atraer inversionistas. Por lo tanto, ante la imposición de la renegociación del TLCAN por parte del gobierno de Donald Trump y la amenaza de abandonarlo en caso de no cumplir sus demandas, fue que se firmó un nuevo acuerdo a finales de 2018 (Puyana, 2020).

El Tratado comercial entre México, Estados Unidos y Canadá (T-MEC), tiene una vigencia de dieciséis años y su propósito es reforzar la economía a través del libre mercado, incorporando nuevas áreas de comercio, particularmente para México se abordan acuerdos relacionados a compromisos sobre temas laborales, las reglas de origen en la industria automotriz, el sector energético, sector agrícola, las inversiones provenientes del extranjero, medio ambiente, patentes en medicamentos y el comercio electrónico. Respecto a los acuerdos laborales, el T-MEC pone énfasis en respetar los compromisos con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), eliminar el trabajo forzado, la abolición del trabajo infantil, garantizar la libertad de asociación laboral y el derecho a la negociación colectiva, y eliminar todo tipo de discriminación laboral (Puyana, 2020).

Durante el cuarto trimestre de 2022 el PIB creció tan solo un 3.0%, mientras que la economía nacional mostró un aumento real anual de 3.6%, menor a las estimaciones de los Criterios Generales de Política Económica 2022 (CGPE), principalmente por la pérdida de la fortaleza de la actividad económica asociada a diversos factores tales como: altos niveles de inflación, endurecimiento de las condiciones monetarias y el debilitamiento de economía China derivada del confinamiento ante la pandemia del COVID-19, entre otras (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas [CEFP], 2023).

En el contexto actual, la situación de los mexicanos se encuentra enmarcada en condiciones de desigualdad económica y social, ocasionadas en gran medida por políticas neoliberales poco equitativas en la distribución de la riqueza, así como por

menores oportunidades de crecimiento intelectual. Aunque se ha logrado cierta estabilidad, no ha sido posible alcanzar niveles óptimos de bienestar para la mayoría de la población mexicana debido a la falta de protección al empleo, un bajo índice de salario mínimo y la creciente participación laboral en el sector informal.

2.2. Precariedad e informalidad laboral

La implementación de políticas neoliberales y de globalización alrededor de la década de los ochenta, trajo consigo una serie de cambios respecto a los modos de producción capitalista y las prácticas laborales, las cuales se caracterizaron por el incremento de los índices de desempleo, flexibilidad en los contratos laborales a favor de las empresas, salarios bajos, así como transformaciones en los riesgos y exigencias a los que eran expuestos los trabajadores. En este contexto, para dar significado a dicho fenómeno, se adoptó el término de precariedad laboral (Martínez, et al., 2019; Robles y Martínez, 2023).

Al ser un concepto relativamente nuevo, la precariedad laboral ha sido entendida como aquellas formas de trabajo incierto, inestable e inseguro, con prestaciones sociales y derechos laborales limitados o nulos, salarios inadecuados y donde el trabajador asume todos los riesgos en lugar del empleador (Montañez, et al., 2022).

Así mismo, se ha considerado que el empleo precario es un fenómeno multidimensional debido a que la inseguridad puede presentarse en al menos una de las siguientes dimensiones (Rodgers, 1989 como se citó en Covarrubias y Arana, 2023):

- I. La dimensión temporal: La cual refiere a la certidumbre respecto a la permanencia en el trabajo, así como su continuidad.
- II. La dimensión organizacional: Abarca la noción de control de las condiciones laborales, salario, horario e intensidad de la actividad.
- III. La dimensión social: Contiene aquellos aspectos respecto a la protección social.
- IV. La dimensión económica: Incluye las cuestiones salariales y los niveles de ingreso.

En las cuatro dimensiones, la precariedad está dada por diversas formas de empleo donde el trabajador se encuentra vulnerable ante la flexibilidad laboral, la cual se puede

definir como un proceso de cambio en el mercado, caracterizado por la reducción de los niveles de protección a los trabajadores y que transforma el contrato en un instrumento que se adapta a beneficio de las empresas, propiciando que las condiciones laborales se hayan deteriorado con jornadas más prolongadas, contratos que no permiten generar antigüedad, pérdida de prestaciones de trabajo, subcontratación (outsourcing), entre otras (Pérez y Ceballos, 2019).

La precariedad laboral representa una problemática a nivel mundial debido a un modelo económico que prioriza el aumento de la productividad y competitividad en el mercado, así como la necesidad de las empresas de fortalecerse ante situaciones económicas adversas a costa de los derechos y prestaciones de los trabajadores (Robles y Martínez, 2023).

En ese sentido, buena parte de los empleos que se ofrecen en el país son mal remunerados, ya que alrededor de una tercera parte de la fuerza de trabajo del país percibía ingresos cercanos o iguales al salario mínimo, lo cual afecta directamente la calidad de vida de los trabajadores y sus familias al no poder garantizar la cobertura de sus necesidades básicas (Martínez, et al., 2019; INEGI, 2022a). Conforme lo antes señalado, la inserción en el sector informal adquiere relevancia, puesto que las ofertas de empleo digno en el sector formal resultan ser insuficientes para absorber en su totalidad a la fuerza laboral.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el trabajo informal refiere a toda labor remunerada, el autoempleo, así como las labores asalariadas no reguladas o legalmente protegidas, incluyendo el trabajo no remunerado realizado en empresas que generan ingresos. Es importante señalar que las personas insertas en dicho sector lo hacen principalmente por la necesidad de contar con una fuente de ingresos que, aunque puede resultar irregular o más baja respecto a un empleo formal, representa la única forma de subsistencia (Pérez y Ceballos, 2019; Ovando, et al., 2021).

La precariedad laboral no está asociada únicamente al empleo informal, sino que se extiende al sector formal. Desde el marco legal, en el año 2012 el Estado Mexicano institucionalizó una reforma laboral que incluyó una serie de modificaciones a la Ley

Federal del Trabajo, cuyo propósito era generar empleos y promover el trabajo decente. Sin embargo, el mercado de trabajo se flexibilizó aún más, ya que se presentaron diversas modificaciones, principalmente en torno a las condiciones de trabajo (Robles, et al., 2020).

Dicha reforma respondió a la dinámica neoliberal al plantear una disminución de los costos referentes a la contratación. Según Anguiano y Ortiz (2013), los puntos más importantes que destacar son:

- I. Derechos individuales: En el cual se contempló la definición de trabajo decente con sus cuatro ejes: libertad sindical y contratación colectiva, igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, seguridad y diálogo social.
- II. Outsourcing: Se permite contratar personal bajo dicha modalidad siempre y cuando se limite la subcontratación para que no se cubra el total de las tareas realizadas en el centro de trabajo y la empresa que contrata; se debe justificar la necesidad de contratar trabajadores especializados a través de otra entidad; y la organización que contrata de esta forma deberá estar al tanto del cumplimiento de las obligaciones del subcontratista. Esta modalidad garantiza que los costos de contratación se reduzcan al deslindar de responsabilidades laborales a quienes solicitan dicho servicio a costa de la precariedad de los trabajadores subcontratados.
- III. Nuevas modalidades de contratación individual: Se establecen los contratos a prueba, de capacitación inicial, por temporada, así como contratos caracterizados por fijar un tiempo de duración determinado. Estas formas de contratación producen incertidumbre en los trabajadores, ya que dificultan la acumulación de cotizaciones de seguridad social y desechan la posibilidad de generar antigüedad en el trabajo.
- IV. Rescisión de las relaciones laborales: El aviso de despido podrá darse por vías diversas, desde el correo electrónico hasta el correo certificado. Sin embargo, en casos de despido injustificado se plantea un límite de un año de salarios caídos, el problema recae en la duración de los juicios los cuales pueden tardar hasta cinco años en resolverse. Lo anterior provoca que los pleitos legales favorezcan a los patrones al facilitar despidos arbitrarios a bajo costo.

- V. Trabajo a domicilio: Aunque se contempla el trabajo a distancia, a través del uso de tecnologías de la información y comunicación, no se definen las condiciones de trabajo ni las prestaciones laborales o el salario. Este apartado está principalmente dirigido a jóvenes y mujeres amas de casa a quienes se les ofrece la flexibilidad y la precariedad laboral en puestos sin algún tipo de protección legal.
- VI. Derechos colectivos: Aunque se plantea la posibilidad de convenir entre los trabajadores y el patrón cambios de horarios, turnos o vacaciones, esto deberá estar contemplado en el contrato colectivo. Sin embargo, este punto genera un debilitamiento de los sindicatos y provoca la pérdida de la bilateralidad en las negociaciones.
- VII. Riesgos de trabajo: Los cuales serán establecidos por un Consejo consultivo previo diagnóstico y justificación, sin embargo, la responsabilidad del patrón se ve reducida para intervenir en las normas de seguridad e higiene en el trabajo. Los trabajadores quedan expuestos a riesgos y accidentes en el trabajo, devaluando la calidad del trabajo.

Al aprobar la reforma laboral de 2012 se esperó que se generaran empleos de calidad, pero lo que en realidad sucedió es que se crearon trabajos en condiciones de mayor precariedad.

En el caso de la población de adultos mayores, el haber mantenido una trayectoria laboral bajo condiciones precarias, ya sea en el sector formal o el informal representa una situación de vulnerabilidad que incrementa al llegar a una edad en la que se esperaría la salida del mercado laboral, perpetuando un estado de marginación-pobreza. En el sector formal, una trayectoria inestable y/o con bajos salarios repercutirá negativamente en el número de semanas cotizadas y el monto acumulado al momento de la jubilación, mientras que aquellos cuya actividad laboral se desarrolló en su totalidad o predominantemente en el sector informal, carecerán de prestaciones que posibiliten el acceso a una pensión derivada de su trabajo (Flores y Salas, 2018).

Conforme lo antes mencionado, gran parte de la población de personas adultas mayores en México se encuentra en la necesidad de permanecer trabajando o

reinsertarse en el mercado laboral para garantizar su subsistencia, sin embargo, la poca oferta de trabajo formal, la discriminación y las crisis económicas son aspectos que han repercutido negativamente en la economía de este grupo etario.

2.3. Características sociodemográficas de las personas adultas mayores

De acuerdo con estimaciones de la OMS (2022), el proceso de transición demográfica hacia edades más avanzadas es un fenómeno global en acenso, impulsado por el aumento sostenido en la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad. Se prevé que para 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más, y que para 2050 aproximadamente el 65 % de este grupo etario estará ubicado en países de ingresos bajos y medianos.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022), advierte que en las últimas décadas la proporción de personas adultas mayores se ha incrementado en la región. En ese contexto, se prevé que el envejecimiento poblacional ocurra en todos los países de Latinoamérica, ya que se espera que en 2030 el 16.5% de la población total regional sean personas adultas mayores y que para 2060 la proporción de este grupo etario superará a la de Asia y Oceanía a la vez que sus valores se aproximen a los de Europa y Norteamérica.

En México, de acuerdo con datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022a) durante el segundo trimestre de 2022 aproximadamente el 14 % de la población total tenía 60 años o más. En ese sentido, el proceso de transición demográfica adquiere relevancia en el país, puesto que se intensificará durante el transcurso del siglo XXI, ya que las estimaciones señalan que para 2050, alrededor de 23% de la población mexicana serán personas adultas mayores y que aproximadamente el 30% de este grupo etario habitará la Ciudad de México (Kánter, 2021).

2.4. Proceso salud-enfermedad en las personas adultas mayores

El envejecimiento es un proceso natural, universal, continuo, gradual y heterogéneo presente a lo largo del ciclo vital humano, que se manifiesta a través de una serie de

cambios a nivel biológico, psicológico y social. Dicho proceso se encuentra determinado por factores intrínsecos (genes) y extrínsecos (estilo e historia de vida), mediante relaciones de modulación de tipo epigenético, que pueden acelerar o retardar su avance.

El estudio e investigación de este proceso humano desde diversas áreas como lo son la geriatría, medicina-genómica, psicología, antropología, sociología, etc., ha conllevado a la formulación de diversas teorías para explicar las causas y consecuencias del envejecimiento.

Dentro de las primeras teorías formuladas se encuentran las deterministas, fundamentadas sobre la premisa de que el envejecimiento es un proceso innato, programado en el genoma del individuo. Por su parte, las teorías estocásticas o ambientales proponen que este proceso se encuentra determinado por la acumulación y exposición a factores exógenos que implican variabilidad y requieren la utilización de cálculos de probabilidad para su estudio (Hernando, 2006; Rico et al., 2018;).

Por su parte, las teorías psicosociales, más allá de buscar las causas del envejecimiento brindan aproximaciones para la identificación de cómo los factores sociales y psicológicos del adulto mayor producen cambios sobre los estilos de vida, considerando que el proceso de envejecimiento no solo es un hecho biológico, sino que también es un suceso de índole psicológico, social y cultural (Sánchez, 2017).

Si bien el proceso de envejecimiento inicia desde el nacimiento, los cambios a nivel biológico, psicológico y social se hacen más evidentes después de alcanzar la madurez física, aproximadamente entre los 18 a 22 años, con el inicio de la etapa adulta, y se intensifican durante la vejez, periodo en el que los seres humanos experimentan un declive gradual de sus capacidades orgánicas y funcionales (Mecohisa, 2011).

En este sentido, la vejez puede ser definida como una etapa del ciclo vital humano, que se encuentra relacionada con la edad y tiene diversos significados dependiendo del área desde la que se estudiada, ya que para definirla se pueden tomar parámetros de edad cronológica, biológica, psicológica o social (Secretaría de Inclusión y Bienestar Social [SIBISO], 2023).

En el ámbito de la salud pública, la edad cronológica ha sido empleada como un criterio fundamental para la delimitación conceptual de la vejez. En ese sentido, se considera como persona adulta mayor a todo individuo de 60 años o más; no obstante, en determinados contextos, también se incluye a aquellos mayores de 55 años, cuando sus condiciones de desgaste biológico, psicológico y social así lo determinen (Araujo, 2009; Abaunza et al., 2014).

Al respecto, la variabilidad interindividual observada durante el envejecimiento dependerá en gran medida de optimización de los recursos obtenidos por el sujeto durante la infancia y adolescencia (interacción, estimulación cognitiva, formación de hábitos de alimentación y actividad física); y de su consolidación y mantenimiento durante la vida adulta (establecimiento de redes sociales, actividad laboral, recursos económicos, estilo de vida), que delimitarán el nivel de declive orgánico y funcional en la vejez (Fernández, 2011).

En función a estos mecanismos de optimización y compensación de los recursos, se han descrito diversas formas de envejecimiento entre los que destacan, el envejecimiento exitoso, activo, usual y patológico, con base en tres componentes básicos: 1) probabilidad de enfermar o presentar discapacidad; 2) nivel de funcionamiento cognitivo y físico; y 3) grado de compromiso con la vida (Petretto et al., 2016).

Relacionado con lo anterior, en la investigación geriátrica, el concepto de capacidad funcional, definido por la OMS como el conjunto de atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que considera importante para esta, ha adquirido gran relevancia al permitir un análisis más profundo y multidisciplinario de la salud y calidad de vida durante la vejez, dando lugar al desarrollo de modelos explicativos y estrategias de intervención en salud pública orientadas a fomentar un envejecimiento exitoso (OPS, 2020).

Uno de los modelos en salud pública propuestos a nivel mundial por OMS en el marco de cumplir con el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS3), que estipula garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, es el Modelo de Atención Integrada para Personas Mayores (ICOPE).

Este Modelo propone que la atención del adulto mayor debe estar fundamentada en: una evaluación de las necesidades, preferencias y objetivos de cada persona; la elaboración de un plan de atención individualizado; y la acción coordinada de los servicios de atención primaria y comunitaria, con la finalidad de preservar la capacidad intrínseca y funcional durante la vejez (OPS, 2020).

En este sentido, la vejez ha sido conceptualizada de diversas maneras en función al contexto histórico y cultural. No obstante, en la actualidad persisten los estigmas y formas de discriminación en torno a esta etapa de la vida, situación que constituye un problema de salud pública, ya que la vulnerabilidad de este grupo etario frente al desarrollo de síndromes geriátricos tales como, sarcopenia, inmovilidad, fragilidad y dependencia, así como de trastornos y patologías, como la depresión, deterioro cognitivo, desnutrición, diabetes e hipertensión, han contribuido a su normalización social, promoviendo la percepción errónea de que la enfermedad y la fragilidad son características inherentes al envejecimiento (López y Chipia, 2022).

Dichos estereotipos negativos sobre la salud durante la vejez, presentes en el imaginario social, pueden resultar en una detección, diagnóstico y atención tardía de síndromes y patologías geriátricas, que de contar con una detección oportuna habrían podido ser retrasadas o prevenidas. En ese contexto, resulta relevante considerar aquellos modelos teóricos que abordan los procesos de enfermedad en población adulta mayor. De acuerdo con Ocampo (2017), entre dichos modelos se encuentran:

- I.-Modelo médico clásico: en la cual el conjunto de signos y síntomas en un paciente permiten el diagnóstico directo, con base en la ley de la parsimonia o navaja de Ockham.
- II.-Modelo de morbilidad sinérgica: donde la comorbilidad puede afectar diversos aspectos de la vida humana, aumentando el riesgo de presentar otra enfermedad y la combinación de dos o más condiciones tienen un efecto sinérgico sobre otros aspectos de la salud. Cuando los efectos de deterioro no son tolerables el paciente busca atención médica.

III.-Modelo de cadena causal: Un padecimiento da lugar a otro, que a su vez genera otros, observándose como una serie de procesos en cadena, en los cuales los primeros eslabones pueden no ser evidentes.

IV.-Evento que desenmascara: Existe uno o más sucesos estresantes físicos, psicológicos o sociales los cuales descompensa al paciente y lo pone en riesgo de desarrollar una o más enfermedades.

En función a lo anterior, dado el declive funcional y los cambios generados en las esferas biológica, psicológica y social, las personas adultas mayores son consideradas un grupo etario vulnerable, en donde la investigación en materia de salud pública es de vital importancia, dado que posibilita la generación de modelos explicativos, acciones y programas interdisciplinarios enfocados al mejoramiento de las condiciones generales y calidad de vida durante esta etapa, que se verá reflejada en una mejora de la situación, económica, laboral y social del país.

2.5. Situación económica y laboral de las personas adultas mayores en México

La situación económica de las personas adultas mayores en México es principalmente desfavorable, puesto que la cobertura de los sistemas de protección social es limitada y su participación en el mercado laboral es menor respecto a la población más joven, en parte debido a los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento, así como por la dificultad para adaptarse a los cambios tecnológicos.

Según el INEGI (2022a), se calcula que aproximadamente 33 de cada 100 personas de sesenta años y más son Población Económicamente Activa (PEA), sin embargo, conforme la edad aumenta, las cifras de la PEA tienden a disminuir, pasando de 43% para el grupo etario de 60 a 69 años a 24% entre aquellos con 70 a 79 años y finalmente al 9% de adultos de 80 años y más. Así mismo, resulta necesario destacar que hay más hombres que mujeres económicamente activas en todos los rangos de edad.

La PEA de adultos mayores se encuentra conformada por población ocupada y desocupada, donde la primera representa el 99% del total. Conforme la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (INEGI, 2022b) de la PEA ocupada de

adultos con 60 años y más, el 49% se encontraban laborando por cuenta propia, el 38% estaban insertos en trabajos remunerados (de las cuales el 44% no contaba con prestaciones), tan sólo un 10% como empleadores y finalmente el 3% no recibía remuneración por su labor. De acuerdo con la CEPAL (2018), las actividades laborales realizadas por cuenta propia están principalmente caracterizadas por condiciones laborales más precarias al ser comparadas con aquella población integrada a un trabajo formal.

Respecto a la Población No Económicamente Activa (PNEA), 67 de cada 100 adultos mayores pertenece a esta categoría; donde aproximadamente la mitad se dedica a los quehaceres del hogar, y tan solo un 31% cuenta con jubilación y/o pensión. En cuanto al sexo, hay un porcentaje del 70% de mujeres que realizan quehaceres domésticos respecto a los hombres los cuales solo representan el 14%, no obstante, en el caso de pensionados y/o jubilados el 50% son hombres y el 17% mujeres (INEGI, 2022a).

Por su parte el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2020) estimaba que durante el año 2018 el 38% de adultos mayores que percibían ingresos por pensión estaban en situación de pobreza, mientras que aproximadamente el 48% se encontraba con vulnerabilidad económica.

La vulnerabilidad económica en la población de adultos mayores se manifiesta de distintas formas, tales como las escasas oportunidades laborales en el sector formal, los bajos salarios, la discriminación, la falta de acceso a pensiones y los limitados programas de apoyo por parte de las entidades gubernamentales, así como las fluctuaciones económicas. (Orozco y González, 2021)

A pesar de que la etapa de la adultez mayor debería suponer el retiro del mercado laboral, el trabajo es la principal fuente de ingresos para la población de las personas adultas mayores; seguida por las pensiones contributivas o jubilaciones; y finalmente las pensiones no contributivas derivadas de los programas de apoyo gubernamental (Montoya y Montes de Oca, 2009).

En ese contexto, al no ser suficientes los ingresos percibidos por las personas de sesenta años y más para mantener una vida digna, una parte de esta población ha optado por mantenerse laborando o decide reintegrarse al mercado laboral. Al respecto el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ([INAPAM], 2023) ha instrumentado programas encaminados a la promoción de empleos remunerados y actividades voluntarias que permitan generar ingresos a los adultos mayores a través de las estrategias señaladas a continuación:

- I.- Capacitación al sector empresarial: Tiene como finalidad sensibilizar al interior de las empresas la inclusión de personas adultas mayores.
- II.- Servicio de vinculación productiva: El INAPAM en conjunto con algunas empresas (principalmente Cinépolis y Starbucks) ofrecen la posibilidad de incorporar adultos mayores al mercado laboral, ofreciendo un sueldo base, prestaciones de ley, contratación por hora, por jornada o por proyecto y/o servicios.
- III.- Sistema de empaque voluntario de mercancías: Este programa ofrece servir como emparador voluntario en alguna cadena de tiendas de autoservicio, así mismo, se busca promover la inclusión social de las personas adultas mayores.

Resulta importante señalar que las personas inscritas en el sistema de empaque voluntario de mercancías no están contratadas y, por lo tanto, sus ingresos dependen en su totalidad de la cantidad y generosidad de los clientes que sean capaces de atender en un rango de tiempo que oscila entre las cuatro y ocho horas de jornada laboral que les permiten los centros comerciales (Pérez y Venegas, 2021).

En suma, la falta de cobertura en materia de seguridad económica reflejada en montos bajos en las pensiones y/o jubilaciones para una gran proporción de la población mexicana de personas adultas mayores, hace necesaria su permanencia en el mercado laboral, evidenciando una situación de injusticia social para aquellas personas que con su trabajo sostuvieron la economía del país en décadas anteriores.

2.6. Trayectoria laboral

La trayectoria laboral puede definirse como aquellas etapas por las que un individuo atraviesa al terminar su formación profesional o al integrarse en algún oficio o actividad laboral (Jiménez, 2009). Sin embargo, resulta necesario tomar en cuenta el contexto histórico-social en que se inscribe el sujeto, ya que formar parte del mercado de trabajo depende igualmente de la oferta y la demanda en el circuito laboral (Cirami y Ferrari, 2018).

La construcción y estudio de las trayectorias laborales permite la comprensión de aquellos recorridos que siguieron los sujetos respecto a las actividades realizadas en sus puestos de trabajo y/o actividad profesional, los lugares donde laboraron, el tipo de contratación, el sector o actividad productiva ya sea formal o informal, la duración del trabajo, y en algunos casos, las instituciones a las que pertenecieron y su papel en el proceso de ingreso al mercado laboral (Jiménez, 2009).

La trayectoria laboral está conformada por posiciones sucesivas a las que el individuo tiene acceso durante el transcurso de su vida laboral, las cuales son subjetivas y son resultado de factores micro y macrosociales, tales como la formación profesional, el capital social, cultural y económico, las condiciones laborales, el contexto político y social, el mercado de trabajo, entre otros componentes (Chandia y Neira, 2023). Con la información obtenida, también es posible conocer los procesos de trabajo, así como los riesgos y/o exigencias a las que el sujeto se expuso durante su actividad laboral.

El estudio de las trayectorias laborales puede suponer algunas dificultades en cuanto a su evaluación, tipificación y operacionalización, debido a que son varios los ejes de investigación desde el que puede ser abordado los cuales dependerán del campo disciplinario, sus objetivos, metodología aplicada y la población estudiada. No obstante, la heterogeneidad de estos enfoques posibilita interpretaciones variadas desde perspectivas psicológicas, sociológicas, económicas, o multidisciplinarias respecto a las experiencias del sujeto inserto en el mercado laboral (Jiménez 2009).

Dada la complejidad del tema, son pocas las publicaciones que contienen información sistemática, al respecto se han desarrollado propuestas metodológicas cualitativas, cuantitativas y mixtas orientadas a la comprensión de las dimensiones múltiples que abarcan la realidad social de los trabajadores, así como su desarrollo temporal (Ariovich y Raffo, 2010).

Respecto a las técnicas de recolección de datos, las más utilizadas son los datos obtenidos a través de fuentes institucionales y las entrevistas. La primera estrategia, de tipo longitudinal cuantitativa, precisa del seguimiento sistemático de la muestra, haciendo uso de bases de datos que hayan registrado la información de encuestas masivas en distintos momentos en un periodo de tiempo. En cuanto a la segunda estrategia, la cual es reconstructiva a partir de relatos, es una opción viable para estudios de tipo cualitativo que tienen por objetivo dar visibilidad a la experiencia laboral de la muestra, representada y significada subjetivamente (Cirami y Ferrari, 2018).

Así mismo, puede hacerse uso de ambas estrategias al integrarlas en un mismo estudio con la finalidad de obtener un panorama más amplio del problema de investigación, aprovechando las potencialidades de cada método. Es importante señalar que las metodologías mixtas, son dependientes de la importancia que se le da a cada técnica de recolección de datos, así como de la implementación simultánea o secuencial de estas (Ariovich y Raffo, 2010).

En este sentido, Morales y colaboradores (2018), llevaron a cabo un análisis retrospectivo en el que se determinaron las condiciones laborales, así como los riesgos y exigencias a los que un grupo de 150 personas con una edad media de 70 años estuvieron expuestas durante su trayectoria laboral, la cual abarcaba cerca de tres cuartas partes de su vida. Este trabajo se realizó en casas del adulto mayor al oriente de la Ciudad de México.

Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos que permitieran medir los niveles de discapacidad, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y síntomas de depresión. Así mismo, a través de la reconstrucción de las trayectorias se indagó en los cinco trabajos ejercidos por mayor tiempo, los cual posibilitó ubicar que las

exigencias laborales a las que estuvieron expuestos fueron el trabajo a destajo, tareas minuciosas y esfuerzo físico pesado; mientras que los riesgos señalaban al ruido y los cambios de temperatura. Este estudio concluyó que las condiciones laborales desfavorables estaban relacionadas con repercusiones a la salud, tales como hipertensión, diabetes y trastornos musculoesqueléticos.

Por su parte, Medina y colaboradores (2018), realizaron una investigación con metodología cualitativa, fundamentada en la fenomenología y la teoría del significado, con el objetivo de describir e interpretar los significados que la muestra de adultos mayores otorga a su actividad laboral a través de la propia experiencia. Este estudio se realizó en el municipio de Guadalajara, Jalisco a cinco adultos de sesenta años y más que se encontraban económicamente activas.

Para la recolección de información realizaron entrevistas semiestructuradas, así como el posterior análisis de su contenido, obteniendo testimonios referentes a los antecedentes laborales. Los entrevistados señalaron que la mayoría comenzó a laborar durante su niñez a edades tempranas en condiciones principalmente precarias. Así mismo, dicho estudio contempló temáticas referentes a los roles de género impuestos socialmente, pues los entrevistados señalaron que las mujeres eran las encargadas de las tareas domésticas, agravando la situación de vulnerabilidad al alcanzar la vejez al no contar con ingresos por pensión o jubilación (Medina, et al., 2018).

Otro tema abordado, fue que el trabajo posibilitó la formación de vínculos y redes de apoyo, aportando un sentido de pertenencia y reconocimiento, otorgando así un significado positivo a su actividad. Respecto a la salud, los entrevistados señalaron que las personas con trabajo en el sector informal tenían acceso a los servicios sanitarios gracias a familiares cercanos (Medina, et al., 2018).

En el contexto actual, el estancamiento y bajo desempeño de la economía mexicana, ha limitado el acceso al mercado laboral formal, el cual se ha flexibilizado al punto de la precarización mediante prácticas tales como la subcontratación o la inestabilidad de las prestaciones, propiciando las condiciones para fortalecer el mercado informal, desdibujando cada vez más la línea entre ambos sectores (Román et al., 2019)

Así mismo, la población de personas adultas mayores se encuentra ante el dilema de abandonar la actividad laboral y depender principalmente de una pensión que probablemente no cubra sus necesidades básicas; de permanecer inserta en el mercado laboral y postergar su salida; o de reintegrarse en alguna actividad que le genere ingresos. Esta situación repercute negativamente tanto en aquellos que tuvieron un acceso limitado al empleo formal y cuyo monto por pensión es mínimo, como en quienes mantuvieron una trayectoria laboral insertos en la informalidad y sólo tienen acceso a una pensión no contributiva. En ambos casos, las condiciones de trabajo a las que se somete gran parte de las personas de 60 años y más resultan precarias, lo cual supone un panorama desolador respecto a las circunstancias en las que se desenvuelve esta población (Román et al., 2019).

Conforme a lo anterior, algunas de las principales determinantes de la participación en el mercado laboral de los adultos mayores están dadas por factores personales, de salud y la necesidad de generar ingresos económicos; al respecto, un estudio realizado en Estados Unidos demostró que el estado de salud influye directamente en la permanencia de un adulto mayor en el mercado laboral, especialmente después de los 70 años (Maldonado y Yanez, 2014).

En el Estado de México, Millán (2010) realizó una investigación en una muestra de 2434 personas con datos de la a Encuesta Sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (ESEDEM, 2008), con el objetivo de evaluar los factores determinantes de la participación en el mercado laboral de las personas adultas mayores. Encontrando que la permanencia en el ámbito laboral está determinada por el **estado de salud** y los **ingresos percibidos** por adultos de 60 años y más. Así mismo, la autora resalta que la salud y la estabilidad económica de las personas adultas mayores es también responsabilidad del Estado. En suma, resulta necesario fomentar políticas de inclusión y equidad social, se requieren acuerdos entre el Estado y el sector privado que garanticen retribuciones económicas justas para los adultos mayores que quieran o necesiten prolongar su trayectoria laboral más allá de la edad de retiro.

2.7. Panorama epidemiológico de la depresión y deterioro cognitivo en personas adultas mayores

2.7.1. Depresión en personas adultas mayores: un problema actual de salud pública

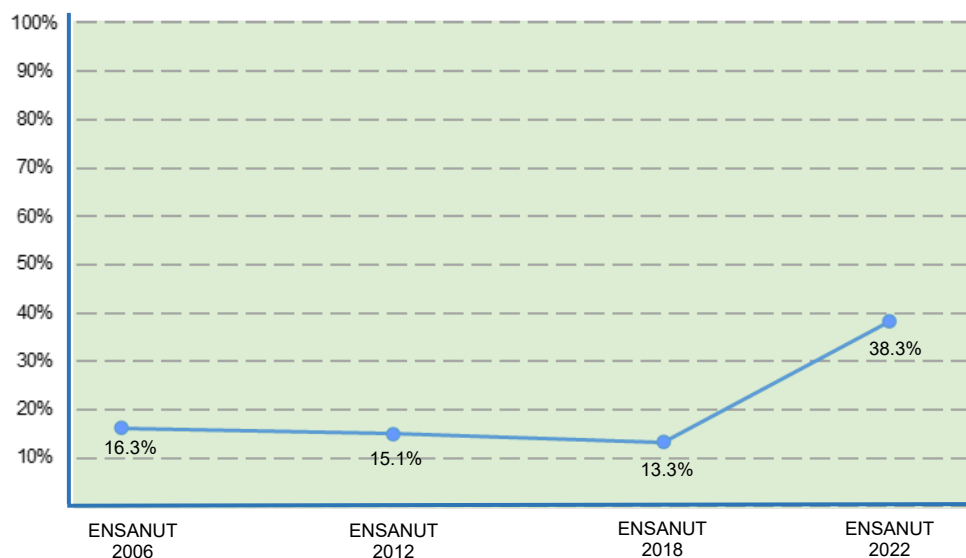
De acuerdo con estimaciones realizadas por la OMS en 2019, aproximadamente 14% de las personas adultas mayores vivían con algún tipo trastorno mental, lo que representaba el 10.6% de la carga total de discapacidad en este grupo etario (OMS, 2023a). En ese contexto, los trastornos de tipo depresivo destacan al ser una problemática a nivel mundial en materia de salud pública. Dichos trastornos se definen como alteraciones patológicas del estado de ánimo, caracterizadas por síntomas tales como pérdida de interés, dificultad para disfrutar actividades y disminución de la energía o vitalidad. Se estima que afectan aproximadamente al 5.7% de la población de 60 años o más, mostrando una alta prevalencia en países de ingresos bajos y medios (IMSS, 2015; OMS, 2023b).

En México, de acuerdo con los análisis realizados por Vázquez y colaboradores (2023) de los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022, la prevalencia de sintomatología depresiva en adultos mayores fue de 38.3%, existiendo diferencias significativas entre el sexo (mujeres 45.5% vs hombres 29.3%), área de residencia (rural 46.8% vs urbano 36.0%) e índice de bienestar (bajo 48.3% vs alto 31.7%).

De tal forma, los síntomas depresivos son una condición frecuente en adultos mayores mexicanos, que representa un problema de salud pública, al limitar el alcance de un envejecimiento óptimo y funcional que, de no contar con un diagnóstico y atención oportuna puede conllevar al desarrollo de discapacidad o dependencia durante la vejez (OMS, 2023a; OMS, 2023b; OPS; 2019).

En la Figura 1, se observa la prevalencia de síntomas depresivos en población adulta mayor mexicana de acuerdo con los datos reportados por la ENSANUT en los años 2006, 2012, 2018 y 2022.

Figura 1. Prevalencia de síntomas depresivos reportados por la ENSANUT 2006, 2012, 2018 y 2022 en adultos mayores mexicanos.



En la imagen se observa que tras mantener una tendencia de disminución en la prevalencia de síntomas depresivos de adultos mayores mexicanos entre los años 2006, 2012 y 2018, con una disminución acumulada de 3 puntos porcentuales, para el año 2022 se obtuvo un incremento significativo de la prevalencia, aumentando 25 puntos porcentuales entre los años 2018 y 2022.

Fuente: Adaptado de Vázquez et al., 2023 y Cerecero et al., 2020.

Si bien, la depresión es una condición patológica que tiene como causa una interacción multidireccional compleja de factores de riesgo de índole biopsicosocial, el panorama descrito con anterioridad, en el cual se observa un aumento marcado de la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores para el año 2022, puede encontrarse relacionada con la situación de emergencia sanitaria presentada en el año 2019 por el virus SARS-CoV-2.

Dicha situación representó un factor de riesgo psicológico, social y económico a nivel mundial, donde las personas de 60 años o más fueron uno de los grupos etarios más vulnerables, ya que las medidas de distanciamiento social implementadas durante la pandemia y las consecuencias en salud por el virus, fueron un detonante para el aumento de casos de aislamiento social, pérdida de seres queridos, jubilaciones obligadas, menores niveles de actividad física, presencia de síntomas de ansiedad y menores ingresos económicos en la población de adultos mayores (Negrete, 2021).

En relación con lo anterior, de acuerdo con los resultados obtenidos por la ENSANUT 2021 sobre Covid-19 a nivel nacional, en el que se entrevistó a 2,019 adultos mayores, el 26.4% reportaron vivir solos, el 39.7% y el 60.7% refirió no mantener contacto con ninguno de sus familiares y amigos respectivamente y el 20.4% reportó sentirse aislado. La situación descrita enmarca el estado de vulnerabilidad en el que los adultos mayores mexicanos vive respecto al aislamiento social y la formación de redes de apoyo. Por ello, los programas y políticas públicas deben promover la integración social de este grupo etario (Shamah et al.,2022).

En suma, la prevalencia de síntomas depresivos en población de 60 años o más es una problemática de relevancia actual que representa una de las principales causas de discapacidad en personas mayores, lo cual a su vez aumenta el riesgo de presentar enfermedades no transmisibles, trastornos o síndromes clínicos como el deterioro cognitivo (Barrutia et al., 2022). Por ello, debe ser abordada desde una visión multidisciplinaria e integral, libre de estigmas y discriminación, que permita promover el alcance de un envejecimiento óptimo y funcional.

2.7.2. Definición y panorama epidemiológico de las alteraciones cognitivas en adultos mayores

El deterioro cognitivo es definido como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida de habilidades cognitivas y emocionales que interfiere con el funcionamiento diario y calidad de vida de quien lo padece, con una etiología heterogénea y mixta, ligado a variables patológicas, de soporte social, estado anímico y presencia de síndromes geriátricos (Díaz, 2017; Benavidez, 2017).

Los dominios cognitivos que pueden verse afectados y son mayormente examinados por las pruebas de tamizaje y detección del trastorno cognitivo en el adulto mayor son: la atención compleja; funciones ejecutivas; aprendizaje/memoria, lenguaje; percepción motora; y cognición social (Díaz, 2017).

De acuerdo con la OMS las alteraciones de la función cognitiva han representado una limitante importante para lograr un envejecimiento óptimo, estimando que

aproximadamente entre el 5 y 8% de la población mayor de 60 años o más sufre algún tipo de deterioro cognitivo (López et al., 2021).

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un síndrome que se caracteriza por una disminución en las capacidades mentales mayor a lo esperado para la edad y el nivel educativo del individuo, que no afecta notablemente al desarrollo de actividades de la vida diaria de quien lo padece, ni lleva a la pérdida de independencia funcional (Ayala, 2020; Choreño, et al., 2020).

Aunque no existe un consenso que especifique las pruebas neuropsicológicas que deben utilizarse para el diagnóstico de deterioro cognitivo, resulta necesario examinar áreas tales como la memoria, las funciones ejecutivas, lenguaje, atención y habilidad visoespacial (Petersen, 2014).

En la actualidad se acepta la propuesta de Petersen y colaboradores (2014), la cual clasifica el DCL en cuatro subtipos de acuerdo con las áreas afectadas:

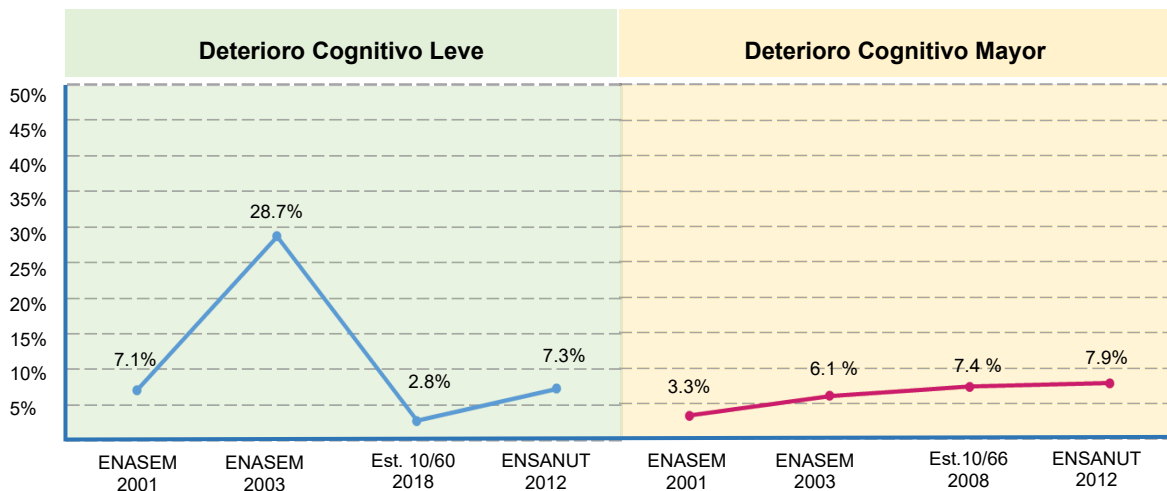
- I. DCL amnésico: Afecta principalmente la memoria episódica, la cual se relaciona con el almacenamiento y recolección de eventos autobiográficos.
- II. DCL amnésico multidominio: Además de la memoria, se presentan otras alteraciones, frecuentemente en las funciones ejecutivas y/o del lenguaje.
- III. DCL no amnésico: Únicamente se ve afectada un área cognitiva que no es la memoria.
- IV. DCL no amnésico multidominio: Se ven afectadas dos o más funciones distintas a la memoria.

Por su parte, el trastorno neurocognitivo mayor o demencia, ha sido señalado como una causa relevante de discapacidad y dependencia en adultos mayores, con afecciones a nivel social, familiar y económico, el cual es responsable de aproximadamente el 12% de los años vividos con discapacidad por enfermedades no transmisibles (OMS, 2016).

A pesar de lo anterior, en México los casos de deterioro cognitivo en población de adultos mayores no han llevado un seguimiento adecuado, complejizando la obtención de los datos de prevalencia e incidencia a nivel nacional. En este sentido, para el año

2012 la ENSANUT reportó una prevalencia del 7.3% de adultos mayores con deterioro cognitivo leve y 7.9% con deterioro cognitivo mayor, no obstante, en años posteriores los datos de deterioro cognitivo y demencia no fueron considerados dentro de los resultados presentados en la ENSANUT 2016, 2018 y 2022 (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012).

Figura 2. Casos reportados de deterioro cognitivo leve y mayor en población adulta mayor mexicana (2001-2012)



En la figura 2 se puede observar que la prevalencia de deterioro cognitivo leve en adultos mayores mexicanos ha mostrado una tendencia con aumentos y descensos pronunciados, lo cual puede deberse a la variabilidad metodológica de los instrumentos utilizados por cada encuesta para la detección de deterioro cognitivo, así como al tamaño de las muestras, resultando las prevalencias reportadas por la ENASEM 2001 y ENSANUT 2012 las que presentan una mayor aproximación a lo reportado a nivel mundial. En el caso del deterioro cognitivo mayor, se observa mayor congruencia de los datos reportados entre las encuestas, mostrando una ligera tendencia de incremento con un aumento acumulado de 4.6 puntos porcentuales

Fuente: Adaptado de Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012

El panorama señalado en la Figura 2, muestra la tendencia de casos reportados de deterioro cognitivo leve y demencia en población adulta mayor mexicana del año 2001 al 2012, el cual resalta la necesidad de contar con un mejor seguimiento epidemiológico de los casos de deterioro cognitivo en la población de adultos mayores mexicanos, que contemple la utilización de instrumentos validados y adaptados, que den mayor certeza de la prevalencia de deterioro cognitivo leve y demencia a nivel nacional. Sirviendo estos como punto de partida para la realización de investigación clínica y social que coadyuve

a la generación de programas y guías de prevención y atención temprana de los trastornos neurocognitivos en poblaciones vulnerables.

2.8. Actividad laboral y su asociación con el deterioro cognitivo, síntomas depresivos y aislamiento social

2.8.1. Actividad laboral y su asociación con el deterioro cognitivo

La investigación clínica y social en el área geriátrica ha tenido como uno de sus objetivos principales la búsqueda de factores que favorezcan el alcance de un envejecimiento óptimo en el cual se mantenga la capacidad funcional e intrínseca durante la vejez.

En este sentido, las trayectorias ocupacionales y estilos de vida con alta estimulación cognitiva han sido señalados como un factor protector en el desarrollo de trastornos cognitivos y demencia en edades avanzadas. Tal es el caso de un estudio que evaluó la asociación entre la complejidad del trabajo durante la historia laboral y el desarrollo de deterioro cognitivo mayor, a través de los datos recolectados por el Estudio Canadiense de Salud y Envejecimiento de 1991 al 2001, con una muestra total de 3,557 sujetos, en el cual la alta complejidad social (HR 0.66, IC95%: 0.44-0.98) e instrumental (HR 0.72, IC95%: 0.52-0.99) de las actividades laborales redujo el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo mayor (Kröger et al., 2008).

De manera similar, un estudio realizado por Valenzuela y colaboradores (2011), con datos una submuestra de 12,600 sujetos derivados del Estudio de Envejecimiento y Función Cognitiva del Consejo de Investigación Médica en población inglesa, con un seguimiento de 10 años, concluyó que un estilo de vida cognitivo alto, definido como una combinación de actividades cognitivas complejas durante la educación, ocupación y compromiso social, coadyuvó a la disminución de la posibilidad de desarrollar demencia (OR 0.6, IC95%: 0.4-0.9).

Por su parte, la investigación realizada por Marioni y colaboradores (2012) que tomó como base la población total de 13,004 personas de 65 años o más del estudio inglés antes mencionado, encontró que un estilo de vida cognitivo más activo se asoció con una

trayectoria cognitiva más favorable, representando menor posibilidad de desarrollar deterioro cognitivo leve (OR 0.58, IC95%: 0.45-0.74) y una mayor probabilidad de presentar trayectorias de recuperación del trastorno cognitivo leve (OR 2.93, IC95%: 1.35-6.38).

De igual forma, una investigación realizada por Marengoni y colaboradores (2011) en una muestra de 1,012 adultos mayores italianos de 60 a 98 años de edad, inscritos en el Estudio InChianti, con tres años de seguimiento, encontró una asociación estadísticamente significativa entre la actividad laboral y el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo libre de demencia, resultando que las ocupaciones manuales presentaban casi el doble de riesgo de desarrollar deterioro cognitivo en comparación con actividades de mayor exigencia mental (HR 1.9, IC95%: 1.0-3.6), mostrando esta relación aun al ser estratificados por alto (HR 2.2, IC95%: 1.2-4.3) y bajo nivel educativo (HR 1.4, IC95%: 0.2-10.4).

Estas asociaciones reportadas entre actividad laboral y el deterioro cognitivo leve y mayor, son un punto de partida a través del cual se pueden generar intervenciones tempranas dentro del área de salud pública a fin de promover trayectorias de envejecimiento óptimo, considerando la implementación de políticas encaminadas a la mejora de las condiciones laborales que favorezcan la participación social y el desarrollo y conservación de habilidades cognitivas.

Además, resulta necesario fomentar la investigación social de estos temas adaptándolos a la población mexicana, considerando no solo la actividad laboral como una variable de medición transversal, sino como un hecho longitudinal presente a lo largo de la vida del sujeto (trayectoria laboral), en cual los riesgos y exigencias presentes en la ocupación se modifican por periodos determinados conforme la permanencia o cambio de puesto o actividad laboral.

2.8.2. Actividad laboral y su asociación con síntomas depresivos

En lo referente al tema de síntomas depresivos, uno de los factores sociales que ha cobrado relevancia en la investigación ha sido la actividad laboral, dado que los riesgos

y exigencias a los que son expuestos los trabajadores a lo largo de su trayectoria ocupacional pueden actuar como desencadenantes de trastornos depresivos a través de una relación multidireccional compleja con otros factores de riesgo biopsicosocial.

Relacionado a lo anterior, en una investigación realizada por Burgard y colaboradores (2013), se observó una asociación entre condiciones laborales desfavorables, tales como, la falta de supervisión, inseguridad laboral, trabajar horas extra, conflictos trabajo-familia, escaso control y pocas recompensas con el desarrollo de síntomas depresivos, en una muestra representativa de la población trabajadora estadounidense seguida durante 15 años.

De manera similar, Wang y colaboradores (2009), encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las trayectorias de tensión laboral y el desarrollo de depresión mayor en una submuestra de 4,866 participantes de la Encuesta Nacional de Salud de la Población de Canadá, seguidos durante siete años, observándose que aquellas personas expuestas de forma continua a una trayectoria laboral con un alto índice de tensión presentaban 52% más posibilidad de trastornos depresivos en comparación con aquellos que mantuvieron bajos índices de tensión (OR 1.52, IC95%: 1.00-2.30). Así mismo, las trayectorias de cambio de bajos a altos niveles de tensión ocupacional presentaron 60% más posibilidades de presentar trastornos depresivos respecto al grupo que se mantuvo con bajos niveles de tensión (OR 1.60, IC95%: 1.00-2.54).

A pesar de que los estudios antes mencionados no fueron realizados específicamente en población de adultos mayores, estos pueden relacionarse con la salud y funcionalidad alcanzada en la vejez. Como se señala en diversas investigaciones, la presencia de síntomas depresivos en edades tempranas como la niñez, adolescencia y adultez, pueden repercutir significativamente en etapas posteriores de la vida, ya que limitan la formación vínculos, redes de apoyo y el alcance educacional, ocupacional y económico (Benjet et al., 2004; Gallego et al, 2020; Brüning, 2019).

Por su parte, los estudios que analizan la asociación entre la depresión y la actividad laboral en adultos mayores principalmente hacen comparaciones entre la población que

se desempeña en actividades laborales económicamente remuneradas respecto a los que realizan trabajos no remunerados o se encuentran sin actividad laboral.

Tal es el caso de la investigación realizada por Soria y colaboradores (2018) en población mexicana de 60 años y más, la cual encontró que la prevalencia de síntomas depresivos era mayor en el grupo de adultos mayores inactivos laboralmente respecto del grupo que se desempeñaba en alguna actividad laboral.

En concordancia con lo anterior, en el estudio realizado por Portellano y colaboradores (2018) en población española, se observó que el no mantener una actividad laboral remunerada durante la vejez estaba asociada significativamente con la presencia de depresión. El grupo de adultos mayores que se encontraba retirado del mercado laboral presentó más del doble de posibilidades de padecer depresión (OR 2.29, IC95%: 1.92-2.72); el grupo que realizaba tareas del hogar presentó tres veces más posibilidad de depresión (OR 4.18, IC95%: 3.46-5.06); y finalmente el grupo con incapacidad laboral presentó casi siete veces más probabilidad de presentar depresión (OR 7.45, IC95%: 5.48-10.13) al ser comparados con los adultos mayores que se mantenían económicamente activos.

De igual forma, en el estudio realizado por Castro y colaboradores (2006), en población mexicana, se encontró que el no desempeñar ninguna actividad remunerada durante la vejez aumentaba casi tres veces la probabilidad de presentar depresión (OR 3.96, IC95%: 1.34-11.71).

Lo descrito con anterioridad pone en evidencia la relación guardada entre las variables de actividad laboral y la presencia de trastornos depresivos, durante las diferentes etapas de la vida. Al respecto, la investigación de las trayectorias laborales y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores mexicanos resulta una propuesta innovadora, que puede coadyubar a la generación de nuevos conocimientos en salud pública y en la salud de los trabajadores.

2.8.3. Actividad laboral y su asociación con el aislamiento social

La relación entre la actividad laboral y el aislamiento social presenta un carácter complejo, dado que está mediada por diversos factores interrelacionados que, además, pueden ejercer una influencia bidireccional. Entre estos, se encuentran características propias del ámbito laboral, el estado emocional y de salud del individuo, así como el nivel de participación en actividades sociales dentro del entorno de trabajo. Al respecto, es importante señalar que algunos de estos factores pueden incrementar las posibilidades de sufrir aislamiento social, mientras que otros pueden actuar como elementos protectores (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine [NASEM], 2020).

En ese sentido, la percepción de aislamiento en la población trabajadora se encuentra determinada, en gran medida, por condiciones laborales precarias, caracterizadas por la falta de apoyo por parte de compañeros y superiores, así como por la escasez o ausencia de oportunidades para la interacción social y/o emocional con otros miembros del equipo de trabajo. En contraste, el desempeñarse en condiciones de trabajo predominantemente favorables facilita la formación de vínculos sociales y el fortalecimiento del sentimiento de pertenencia, lo cual incrementa la satisfacción laboral y, en consecuencia, se reduce significativamente la probabilidad de aislamiento (Marshall et al., 2007; American College of Sports Medicine et al., 2009).

Conforme lo antes mencionado, Jivraj y colaboradores (2016), a partir de datos obtenidos mediante el English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), realizado en población británica de 50 años o más, identificaron asociaciones estadísticamente significativas que mostraron que tanto hombres como mujeres que se mantenían laboralmente activos presentaban un 79% y 67% mayor riesgo de aislamiento social, respectivamente (RR 1.79, IC95%:1.10-2.92 y RR 1.67, IC95%: 1.01-2.78) en comparación con personas jubiladas.

Por otro lado, un estudio realizado por Repke e Ipsen (2019) en población chilena en edad laboral (entre 18 y 62 años) y con alguna discapacidad, reportó que las personas que empleadas presentaban niveles significativamente menores de aislamiento en

comparación con aquellas que no contaban con un empleo. Esta diferencia se atribuyó a que su actividad laboral brindó mayores oportunidades para establecer conexiones sociales fuera del entorno doméstico, al mismo tiempo que les permitía obtener una remuneración económica, lo cual contribuyó a reforzar su autoestima (Sugiura et al., 2024).

De este modo, el impacto de la actividad laboral sobre el aislamiento social no es uniforme, ya que depende de factores tales como la calidad de las condiciones de trabajo, el tipo de relaciones que se forman en el ámbito laboral, así como de los riesgos y exigencias a los que se encuentran expuestos los trabajadores.

2.9. Redes de apoyo social y su importancia en la adultez mayor

La vida social que comprende todas aquellas interacciones y relaciones que un individuo mantiene con otras personas, representa un factor importante en su desarrollo y calidad de vida, ya que a través de estas es posible integrarse activamente a una sociedad, la cual es resultado de complejos sistemas políticos, económicos, educativos, culturales y familiares (Carmona, 2015).

Los adultos mayores constituyen un grupo particularmente expuesto a condiciones que los colocan en situación de vulnerabilidad. Factores como la pérdida de seres queridos, el retiro de la actividad laboral, los cambios físicos y psicológicos propios de esta etapa del ciclo vital, así como los estereotipos asociados a la vejez, pueden representar obstáculos para la conservación y/o el establecimiento de redes de apoyo social durante un momento de la vida en el que las condiciones de salud y económicas pudieran estar comprometidas.

Al respecto diversos estudios han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre la autopercepción del estado de salud general y las redes de apoyo social. Tal es el caso del estudio realizado por Valdez y Álvarez (2018), en 368 adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del estado de Tabasco, México, el cual encontró que gran parte de los adultos mayores sin apoyo

familiar, tenían una autopercepción negativa de su calidad de vida (78%), en comparación con aquellos que contaban con redes de apoyo familiar (42%).

De forma similar, la investigación realizada por Rodón y colaboradores (2018), en una muestra de 2332 adultos españoles de 65 años o más, determinó que el vivir con pareja o hijos presentaban 42% y 47% menor probabilidad de percibir negativamente su estado de salud en comparación con los adultos mayores que vivían solos (OR= 0.58; IC95% 0.406-0.839 y OR=0.53, IC95% 0.357-0.773).

Así mismo, el no tener o contar con pocos miembros en las redes de apoyo social (1 a 2), representó más del doble de probabilidad de percibir negativamente su estado de salud (OR=2.65, IC95% 1.861-2.801 y OR=2.81, IC95% 1.861-2.801 respectivamente).

Referente a la frecuencia de interacciones sociales, se encontró que los adultos mayores que tenían solo una interacción presentaban el doble de probabilidad de percibir negativamente su estado de salud (OR=2.02, IC95% 1.2053-3.245), mientras que no mantener ningún contacto, aumentó casi al triple esta condición (OR=2.94, IC96% 1.888-4.569) en comparación con aquellos que mantenían contactos sociales de dos a seis veces por semana.

En relación con el retiro de la actividad laboral, diversos autores señalan dicho evento como uno de los factores que incrementan el riesgo de aislamiento social en las personas adultas mayores, debido a la pérdida de la red social asociada al entorno de trabajo. Esta situación impacta negativamente al reducir significativamente la frecuencia de las interacciones sociales cotidianas (Khalid et al., 2024; Ran et al., 2024; Wen et al., 2022).

Por su parte, Jiménez y colaboradores (2022), encontraron una asociación estadísticamente significativa ($p<0.01$), entre los niveles de depresión y el apoyo social percibido en una muestra de 71 adultos mayores residentes del estado de Hidalgo, México.

De tal forma, la disminución en actividades sociales, así como un debilitamiento de las redes de apoyo o vínculos deficientes, son factores que pueden conllevar a un aislamiento social, aumentando gravemente las probabilidades de padecer

discapacidades, enfermedades, alteraciones cognitivas y/o trastornos afectivos (Lubben, et al., 2006).

3. Justificación y planteamiento del problema

En México, de acuerdo con datos proporcionados por el INEGI (2022a) durante el segundo trimestre del 2022 aproximadamente el 14.0% de la población total contaba con 60 años o más, esta situación plantea una serie de desafíos sociales políticos, económicos, y culturales que requieren ser abordados desde un enfoque interdisciplinario e integral que coadyuve al fortalecimiento de políticas públicas en materia de desarrollo social para este grupo etario.

Debido al proceso de transición demográfica en que actualmente se encuentra el país, reflejada en el aumento de población mayor de 60 años y disminución en la población más joven (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2019) se han presentado desafíos socioeconómicos tales como la permanencia y la reinserción de las personas adultas mayores en el mercado laboral debido a la necesidad de contar con medios para generar ganancias de forma autónoma, ya que los ingresos por jubilación, pensión contributiva y/o programas sociales generalmente resultan insuficientes para mantener una vida digna.

En ese sentido, los bajos ingresos económicos percibidos por los adultos mayores aunado al contexto socioeconómico del país, caracterizado por desigualdades sociales y pobreza suponen que una parte de esta población continúe trabajando o se reinserte en el mercado laboral. Conforme la edad aumenta las posibilidades de generar ingresos disminuyen y a su vez los gastos tienden a incrementarse dadas las morbilidades más prevalentes en esta población, las cuales generalmente refieren a enfermedades no transmisibles (Orozco y González, 2021).

En este marco, puede afirmarse que la relación entre salud y las condiciones económicas en personas mayores es de carácter bidireccional. Por un lado, un estado de salud favorable puede facilitar la estabilidad financiera del individuo; por otro, una situación económica sólida posibilita el acceso a cuidados de salud adecuados. En

contraste, la presencia de enfermedades limita la capacidad para generar ingresos, mientras que la inestabilidad económica puede agudizar las alteraciones a la salud, exacerbando así los índices de vulnerabilidad en este grupo etario (Sieverding y Hassan, 2019; Srivastava, y Muhammad, 2017; Lima et al., 2003).

La actividad laboral además de ser una fuente de ingresos se relaciona con el estado de salud, ya que el tipo de actividad desempeñada puede favorecer u obstaculizar el alcance de un envejecimiento exitoso, de forma que óptimas condiciones de trabajo pueden brindar herramientas para la conservación de la capacidad funcional en edades más avanzadas, en sus cinco dominios fundamentales: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones; y contribuir a la sociedad (OMS, 2019).

Conforme a lo anterior, el haber desempeñado ocupaciones con mayores requerimientos intelectuales durante la trayectoria laboral puede actuar como un factor de protección en la prevención de alteraciones cognitivas en comparación con aquellos que realizaron labores de menor complejidad, principalmente manuales y/o repetitivas (Feldberg, et al., 2020).

Por su parte, el no realizar alguna actividad remunerada puede relacionarse con un aumento en los trastornos afectivos, los cuales pueden intensificarse al no contar con redes de apoyo, familia o al existir una falta de interacciones sociales, las cuales pueden devenir en aislamiento y, en consecuencia, en trastornos depresivos (Tello, et al., 2016; Portellano, et al., 2018).

En suma, resulta fundamental investigar la construcción de las trayectorias laborales, ya que existen pocos los estudios al respecto en América Latina. Este tipo de investigaciones permiten analizar las dinámicas presentes en el mercado laboral al mismo tiempo que expone los cambios presentes en el campo sociolaboral a lo largo de un periodo de tiempo. Así mismo, se considera que se ha prestado poca atención al recorrido laboral de las personas adultas mayores en el transcurso de su historia individual (Orejuela y Correa, 2007).

En este sentido, el estudio e investigación en población mexicana referente a las trayectorias laborales de los adultos mayores que deciden reintegrarse al mercado laboral mediante los programas de vinculación productiva (INAPAM) y su relación con la presencia de deterioro cognitivo, síntomas depresivos y aislamiento social, supone un precedente para la generación de modelos explicativos que contemplen la importancia del trabajo en el proceso de salud-enfermedad.

De tal forma, la presente investigación plantea analizar si existe relación entre la trayectoria laboral y la presencia de deterioro cognitivo, síntomas depresivos o aislamiento en personas adultas mayores que acuden a los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Analizar la asociación entre la presencia de deterioro cognitivo, síntomas depresivos o aislamiento con la trayectoria laboral de las personas adultas mayores que acuden a los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de deterioro cognitivo en personas adultas mayores que participan en los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México.
- Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en personas adultas mayores que acuden a los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México.
- Identificar la prevalencia de aislamiento social en personas adultas mayores que acuden a los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México.
- Analizar la asociación de deterioro cognitivo con variables sociodemográficas y de autopercepción de la salud.

- Examinar la asociación de síntomas depresivos con variables sociodemográficas y de autopercepción de la salud.
- Estudiar la asociación de aislamiento social con variables sociodemográficas y de autopercepción de la salud.

5. Hipótesis

Las personas adultas mayores clasificadas en una trayectoria laboral de mayor desgaste tendrán deterioro cognitivo.

Las personas adultas mayores clasificadas en una trayectoria laboral de mayor desgaste presentarán síntomas depresivos.

Las personas adultas mayores clasificadas en una trayectoria laboral de mayor desgaste se encontrarán en aislamiento social.

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de corte transversal que buscó identificar si existe asociación entre la reconstrucción de la trayectoria laboral y la presencia de deterioro cognitivo, síntomas depresivos o aislamiento en personas que acuden a los programas de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México.

6.2. Población y muestra

6.2.1. Población blanco

Personas adultas mayores (≥ 60 años) residentes de la Ciudad de México y área Metropolitana que buscan reinserirse en el mercado laboral.

6.2.2. Criterios de inclusión

- Ser personas adultas mayores (≥ 60 años)
- Acudir a algún programa de vinculación productiva en el INAPAM
- Ser residentes de la Ciudad de México o área Metropolitana
- Haber contado con al menos un trabajo remunerado

- Firmar el consentimiento informado

6.2.3. Criterios de exclusión

- Contar con algún diagnóstico médico o psiquiátrico evidente que dificulte o imposibilite la obtención de información confiable.

6.2.4. Definición de la muestra

La población de estudio fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por criterio de los individuos que acuden a los programas de vinculación productiva a las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en la Ciudad de México.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando datos de la ENSANUT 2012 referentes a la prevalencia nacional de deterioro cognitivo leve reportada a nivel nacional, la cual se estimó en un 7% en personas adultas mayores (INSP, 2012). Con base en estos datos y aplicando el método de estimación de una proporción (García et al., 2013), con un error delta de 0.05 y un nivel de confianza del 95% se determinó un tamaño muestral requerido de 232 personas. Considerando una tasa de no respuesta del 10%, se estableció una muestra final de 250 individuos.

6.3. Procedimiento general

6.3.1. Recolección de datos e infraestructura

La recolección de datos fue realizada en las instalaciones del Centro de Atención Integral (CAI) del INAPAM, ubicado en Av. Universidad, alcaldía Benito Juárez de la Ciudad de México, dentro de las oficinas de Vinculación Productiva, en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas, durante el periodo comprendido entre el 22 de abril y el 12 de julio de 2024.

Los instrumentos se respondieron con la asistencia de un investigador, Licenciado en Psicología y estudiante de la Maestría en Trabajo y Salud, quien fue responsable de la aplicación de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores, el Mini-Examen del Estado Mental, la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems de Yesavage y la Escala Lubben de Red Social de 6 ítems.

6.4. Variables de estudio e instrumentos de recolección de datos

6.4.1. Variables dependientes

6.4.1.1. Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se define como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida de habilidades cognitivas y emocionales, lo cual representa un obstáculo en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Díaz, 2017; Benavidez, 2017).

Para la determinación de la variable de deterioro cognitivo se aplicó el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), el cual ha sido adaptado y validado para población mexicana por Beaman y colaboradores (2004), tomando en cuenta las áreas que lo integran (Anexo III):

- **Orientación (C1):** Se hacen preguntas referentes a la fecha (día, mes y año), el día de la semana y la hora aproximada, con un rango de error de media hora (0 a 5 puntos). Así mismo, se realizan preguntas respecto al lugar en que nos encontremos al momento de aplicar el instrumento (0 a 5 puntos).
- **Registro (C2):** Se le solicita al adulto mayor que escuche con atención y repita las palabras “papel, bicicleta, cuchara” (0 a 3 puntos).
- **Atención y cálculo (C3):** El adulto mayor realiza actividades de cálculo mental mediante una resta de 7 en 7 a partir del 100, (0 a 5 puntos); y una resta de 3 en 3 a partir del 20 (0 a 5 puntos).
- **Lenguaje (C4):** Se dan tres instrucciones verbales a la persona evaluada, las cuales debe seguir en el orden que se le solicitan (0 a 3 puntos); se muestra una instrucción escrita la cual debe realizar (0 a 1 punto); se pide la escritura de una frase que diga un mensaje (0 a 1 punto).
- **Memoria diferida (C5):** Se le pide al adulto mayor que diga los tres objetos mencionados anteriormente (0 a 3 puntos); se solicita copiar un dibujo tal como está (0 a 1 punto); se muestra un reloj y se solicita que lo nombre, después se realiza la misma actividad utilizando un lápiz en lugar del reloj (0 a 2 puntos); se menciona una frase la cual deberá repetir después de escucharla con atención (0 a 1 punto).

Para su evaluación se otorga un punto por cada respuesta correcta, donde:

- Probable deterioro cognitivo: Puntaje ≤ 24 .
- Sin deterioro cognitivo: Puntaje > 24 .

Es una prueba en la que el puntaje está fuertemente influenciado por el nivel de escolaridad y la edad de los participantes, no obstante, en personas con tres o menos años de escolaridad formal se les asignaron ocho puntos al inicio de la prueba y no se aplicaron los reactivos de la resta de 7 en 7, leer la orden escrita “Cierre los ojos”, no copiar el dibujo de los pentágonos y escribir una frase o enunciado; lo anterior posibilita utilizar el mismo valor de corte para la identificación de posible deterioro cognitivo con un puntaje igual o menor a 24 (INGER, 2022).

6.4.1.2. Síntomas depresivos

Los trastornos de tipo depresivo se manifiestan como afecciones de tipo psicoafectivo que se caracterizan por un ánimo bajo acompañado de síntomas tales como pérdida de interés, dificultad para el disfrute de actividades y pérdida de la energía o vitalidad (OMS, 2023b).

La presencia de síntomas depresivos fue medida la Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems (GDS-15) de Yesavage (1988), la cual permite evaluar el estado afectivo de la persona mayor. Esta escala ha sido probada con personas adultas mayores sanas, enfermas, con deterioro cognitivo leve a moderado, y en contextos variados como el hospitalario o comunitario (INGER, 2022).

El instrumento (Anexo III) contiene diez preguntas (D2, D3, D4, D6, D8, D9, D10, D12, D14 y D15) que sirven para indicar la presencia de síntomas depresivos al ser respondidas afirmativamente, mientras que otras cinco preguntas (D1, D5, D7, D11 y D13) indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. El puntaje máximo es 15, y de acuerdo con la sumatoria obtenida por las respuestas de la persona adulta mayor, es posible interpretar que:

- Normal: Puntaje entre 0-4.
- Presencia de síntomas depresivos: Puntaje ≥ 5 .

6.4.1.3. Redes de apoyo social

La socialización comprende todas aquellas interacciones y relaciones que un individuo mantiene con otras personas, pues a través de estas es posible integrarse activamente a una sociedad (Carmona, 2015). Para evaluar las redes de apoyo social se hizo uso de la Escala Lubben de Red Social de 6 ítems (LSNS-6), la cual proporciona información cuantitativa sobre la percepción que el evaluado tiene respecto a sus vínculos con familiares y amigos al identificar a aquellas personas adultas mayores con alto riesgo de aislamiento social (Lubben, et al., 2006; Granero, et al., 2020).

La LSNS-6 (Anexo III) está conformada por dos conjuntos de preguntas, tres que evalúan los vínculos familiares (E1, E2, E3) y tres que evalúan los vínculos con amigos (E4, E5, E6), a cada respuesta se le otorga un valor de 0 a 5, lo cual da una puntuación total de 30. Lo cual se interpreta como:

- Posible aislamiento social: Puntaje ≤ 11
- Sin aislamiento social: Puntaje ≥ 12

6.4.2. Variables independientes

6.4.2.1. Trayectoria laboral

La trayectoria laboral se define como aquellas etapas por las que un individuo atraviesa al integrarse en alguna actividad laboral a lo largo de su vida, su estudio comprende aquellos recorridos que siguieron los sujetos respecto al sector o actividad productiva ya sea formal o informal, las actividades realizadas en sus puestos de trabajo y/o actividad profesional, el tipo de contratación, el sueldo percibido, así como si contaba con prestaciones de ley (Jiménez, 2009).

Para la reconstrucción de la trayectoria laboral se realizó una recopilación de información referente a los últimos cinco empleos en los que se desempeñaron las personas adultas mayores, haciendo uso de una versión modificada de la propuesta por Morales y colaboradores (2018) de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores, la cual cuenta con los siguientes elementos (Anexo II):

- I. Datos generales sobre la trayectoria laboral: Edad a la que comenzó a laborar, número de trabajos a lo largo de su vida, si cuenta con el apoyo de una pensión contributiva y si sufrió accidentes de trabajo (pregunta 1-4).
- II. Descripción general de las actividades desempeñadas en los últimos cinco empleos.
- III. Características de los lugares de trabajo (Tabla 1), en el cual se considera lo siguiente:

Tabla 1

Variables evaluadas por Encuesta Individual para la Reconstrucción Laboral de los Adultos Mayores

VARIABLE	CODIFICACIÓN/CATEGORÍA	PREGUNTA
Trabajo	1= Trabajo Formal 2= Trabajo Informal/Autoempleo	¿Tenía prestaciones de ley en cada uno de sus últimos cinco empleos?
Horas de trabajo	1= ≤ 8 horas 2= > 8 horas	¿Cuántas horas trabajaba al día en cada uno de sus últimos trabajos?
Tipo de actividad	1= Trabajo mental/Intelectual 2= Trabajo administrativo 3= Manual/Comerciante	¿Qué tipo de actividad desempeñaba en cada uno de los cinco trabajos?
Contrato	1= Base o planta 2= Eventual/ honorarios 3= Sin contrato	¿Qué tipo de contrato tuvo en cada uno de los últimos cinco empleos?
Sueldo	1= Fijo 2= Variable 3= Destajo	¿Cómo era el sueldo en cada uno de sus últimos cinco empleos?

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

Para su cálculo se otorgaron distintos valores de codificación por cada variable (Tabla 1), los cuales se sumaron para obtener un puntaje total que representa el desgaste laboral. Posteriormente, por medio de una división entre el número de empleos que el encuestado haya reportado (de uno a cinco) y el puntaje del desgaste laboral se calculó el **Índice de Desgaste Laboral (IDL)**, derivado de los últimos cinco trabajos (Morales et al., 2018). Los puntajes más altos refieren a condiciones laborales principalmente desfavorables en el transcurso de la trayectoria laboral (Tabla 2).

Tabla 2*Ejemplo del cálculo del Índice de Desgaste Laboral (IDL) de cada trabajador*

Trabajador	Suma T1	Suma T2	Suma T3	Suma T4	Suma T5	Desgaste Laboral	Desgaste Laboral / #trabajos	IDL
1	6	10	12	14	14	56	56/5	11.2
2	6	6	6	8	-	26	26/4	6.5
3	6	13	14	-	-	49	49/3	16.3
4	6	8	-	-	-	14	14/2	7
5	5	-	-	-	-	5	5/1	5

T= Trabajo

IDL= Desgaste Asociado a la Trayectoria Laboral

Fuente: Encuesta Individual para la reconstrucción de la trayectoria laboral en adultos mayores (2018).

Finalmente se realizó la categorización del IDL, **tomando como punto de corte el valor medio obtenido en dicha variable**, de tal forma que aquellos **valores menores a 8.5 puntos** fueron considerados como una **Trayectoria Laboral Favorable (TLF)** mientras que puntajes superiores o iguales a dicho valor se clasificaron como una **Trayectoria Laboral Desfavorable (TLD)**.

6.4.2.2. Características sociodemográficas

El instrumento toma en consideración las características sociodemográficas respecto a la edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico, autopercepción del estado de salud general, enfermedades crónicas, número de hijos, tipo de vivienda, número de acompañantes y gastos del hogar, seguridad social (Anexo I. “Datos generales”, preguntas 1-16).

El nivel socioeconómico se clasificó conforme la propuesta de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM, 2018), la cual evalúa la percepción individual referente a la condición económica en general, calificándola como: mala (1), regular (2) y buena/muy buena (3) (Anexo I. “Datos generales”, pregunta 5).

Finalmente, la autopercepción de la salud general se estudió haciendo uso de la propuesta de la ENASEM (2018) la cual permite evaluar la percepción de la persona

adulta mayor respecto a su estado de salud, calificándola como: mala (1), regular (2) y buena/muy buena (3) (Anexo I. “Datos generales”, pregunta 7).

6.5. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico JMP 11 Software (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) Se aplicaron métodos de estadística descriptiva e inferencial para explorar asociaciones entre las variables de estudio, mediante el cálculo de razones de prevalencia (RP), suma de rangos y odds ratios (OR), tomando un nivel de significancia estadístico de 0.05 e intervalos de confianza del 95%.

6.6. Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó de acuerdo con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) de 2005, la cual señala que se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, ya que los intereses y el bienestar de la persona tienen prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad (Artículos 3.1 y 3.2).

La aplicación y fomento del conocimiento científico se llevó a cabo con la finalidad de potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, reduciendo al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas (Artículo 4). En este sentido, se considera que los individuos y grupos especialmente vulnerables deben ser protegidos, respetando su integridad personal (Artículo 8).

Se contó con previo consentimiento libre, expreso e informado de las personas interesadas, con la posibilidad de revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto representara alguna desventaja o perjuicio alguno (Artículo 6.2). Así mismo, la privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información proporcionada ha sido respetada en todo momento (Artículo 9).

La presente Idónea Comunicación de Resultados parte del proyecto “Reconstrucción de la trayectoria laboral y su asociación con el estado de salud físico y cognitivo de

adultos mayores de la CDMX que continúan trabajando” con número de oficio DCBS.CD.355.19 y número de acuerdo 8/19.4.1, que fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.

7. Resultados

7.1. Análisis descriptivo de las variables de estudio

A partir de los datos recabados, se muestran los análisis descriptivos de la muestra de estudio conformada por adultos mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva INAPAM, la cual representa la totalidad de la muestra calculada inicialmente (n=252). Para la descripción de las variables cuantitativas se emplearon la mediana y el rango intercuartílico (RIC), mientras que las variables cualitativas se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas.

7.1.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

En la Tabla 3 se puede observar la distribución de la muestra por cada variable sociodemográfica analizada, donde el 56% de la muestra de estudio corresponde al sexo masculino. En cuanto a su escolaridad, el 32% cuenta con estudios a nivel preparatoria. El 41% de señaló estar casado/a, y casi el 90% reportó tener hijos, donde el valor central del número de hijos fue de 2, con un rango intercuartílico (RIC) de 2 a 3 (Tabla 3.1).

El 58% de las personas adultas mayores encuestadas dijo contar con vivienda propia, la cual cohabitan en promedio con 2 personas, según la mediana (RIC: 1–3) (Tabla 3.1). Así mismo, el 87% considera que su situación socioeconómica es mala y regular, ya que el 43% percibe ingresos mensuales menores a \$6,000 y el 58% es responsable de solventar la mayor cantidad de gastos del hogar, lo cual pone en evidencia lo complicado de la situación económica de los participantes.

Referente a las pensiones, el 50% cuenta con una pensión derivada de su actividad laboral, mientras que el 63%, recibe apoyo por parte del programa de pensiones del Bienestar. Así mismo, tan solo el 14% dijo recibir algún tipo de apoyo económico por medio de transferencias por parte de sus familiares u otros.

Finalmente, en la Tabla 3.1 se observa que la edad de las personas adultas mayores encuestadas presenta una mediana de 67 años (RIC: 63–71).

Tabla 3

Características sociodemográficas de las personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	n	%
Sexo		
Hombre	141	56.0
Mujer	111	44.0
Escolaridad		
Sin escolaridad	18	7.1
Primaria	42	16.7
Secundaria	59	23.4
Preparatoria	81	32.1
Licenciatura/Posgrado	52	20.6
Estado civil		
Soltero	72	28.6
Casado/Unión libre	121	48.0
Divorciado	31	12.3
Viudo	28	11.1
Situación socioeconómica		
Mala	57	22.6
Regular	163	64.7
Buena	30	11.9
Muy buena	2	0.8
Tiene hijos	226	89.7
Tipo de vivienda		
Propia	146	57.9
Rentada	76	30.2
Prestada	30	11.9
Pensión contributiva	127	50.4
Pensión Bienestar	158	62.7
Ingresos mensuales (\$MXN)		
Sin ingresos	8	3.2
1 a 5,999	108	42.8
6,000 a 9,999	84	33.3
10,000 a 13,999	33	13.1
14,000 a 21,999	11	4.4
≥22,000	8	3.2
Mayor aporte al gasto		
Uno mismo	145	57.5
Pareja	26	10.3
Hijos	28	11.1
Toda la familia	43	17.1
Otros	10	4.0

n=252; Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

Tabla 3.1

Características sociodemográficas de las personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024

Variable	X̄ (RIC)	Rango	
		Min	Max
Edad (años)	67 (63–71)	60	88
Cohabitación	2 (1–3)	0	10
Número de hijos	2 (2–3)	0	10
n=252; X̄= Mediana; RIC=Rango Intercuartílico			
Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores			

7.1.2. Análisis descriptivo de las variables referentes a la salud

Referente a las condiciones de salud de la muestra, el 50% reportó contar con algún diagnóstico de enfermedad crónica, de las cuales, la hipertensión arterial fue la condición más frecuente, con una prevalencia de 33%, seguido de la diabetes mellitus tipo 2 con 23% (Tabla 4).

A pesar de lo antes mencionado, 56% de los adultos mayores encuestados considera que su estado general de salud es bueno, el 66% reporta caminar 150 minutos o más a la semana y el 34% duerme 8 horas.

Por su parte, el 77% mencionó que contaba con algún servicio de salud y seguridad social, en su mayoría afiliados al IMSS. En la Tabla 4 se muestran las variables referentes a la condición de salud de los adultos mayores.

Tabla 4

Variables referentes a la condición de la salud de personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024

Variable	n	%
Enfermedad Crónica	127	50.4
Diabetes Mellitus	57	22.6
Hipertensión Arterial	82	32.5
Artritis Reumatoide	10	4.0
Estado general de salud		
Mala	2	0.8
Regular	77	30.6
Buena	141	55.9
Muy buena/Excelente	32	12.7

Variable	n	%
Horas de sueño		
≤ 5	22	8.7
6	69	27.4
7	63	25.0
8	85	33.7
≥ 9	13	5.2
Actividad física moderada (min/semana)		
<150	198	78.6
≥150	54	21.4
Actividad física/Caminata (min/semana)		
<150	86	34.1
≥150	166	65.9
Seguridad Social	194	77.0
Afiliación		
Sin afiliación	58	23.0
IMSS	164	65.1
ISSSTE	30	11.9

n=252

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.1.3. Análisis descriptivo de las variables referentes a la actividad laboral

En lo que respecta a la actividad laboral, los integrantes de la muestra comenzaron a trabajar de manera remunerada teniendo una mediana de edad de 17 años (RIC: 14–19). Se reportó que el valor central del número de trabajos en los cuales se desempeñaron hasta el momento de aplicar la encuesta fue de 5 (RIC: 4–10) y tan sólo el 4% dijo haber sufrido algún tipo de accidente laboral.

Actualmente, el 64% de la muestra mencionó que la principal razón para continuar laborando es por una cuestión económica y sólo el 32%, dejaría de trabajar en caso de considerar que sus circunstancias fueran más favorables. En la Tabla 5 se muestran las variables referentes a la actividad laboral de los adultos mayores.

Tabla 5

Variables referentes a la actividad laboral de las personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	n	%	
Razón de continuar laborando			
Económica	160	63.5	
Realización personal	6	2.4	
Mantenerse activo	86	34.1	
Si pudiera, dejaría de laborar	81	32.1	
Sufrió accidente laboral	9	3.6	
	$\bar{X}$ (RIC)	Min	Max
Edad en que inició a trabajar (años)	17 (14–19)	5	55
Número de trabajos reportados	5 (4–10)	1	40

n=252; $\bar{X}$ = Mediana; RIC=Rango Intercuartílico
Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.1.4. Análisis descriptivo del deterioro cognitivo, depresión y aislamiento social

Con los datos obtenidos por medio del Mini Examen del Estado Mental (MMSE) adaptado y validado para población mexicana por Beaman y colaboradores (2004), se obtuvo una prevalencia de probable deterioro cognitivo del 25%; a través de la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS-15) de Yesavage (1988), la presencia de síntomas depresivos tuvo una prevalencia del 25%; y, de acuerdo con la Escala Lubben de red social de 6 ítems (LSNS-6) adaptada para población latinoamericana (Lubben, et al., 2006; Granero, et al., 2020), la prevalencia de posible aislamiento fue de 35%. En la Tabla 6 se observan las variables de diagnóstico.

Tabla 6

Prevalencia de deterioro cognitivo, síntomas depresivos y aislamiento social en personas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	n	%
Deterioro Cognitivo	62	25.0
Síntomas Depresivos	64	25.4
Posible Aislamiento	89	35.3

n=252
Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.1.5. Análisis descriptivo de las variables referentes a la trayectoria laboral

La reconstrucción de la trayectoria laboral de las personas adultas mayores se realizó por medio de la recolección de información referente a los últimos cinco trabajos (de T1 a T5) en los que se desempeñó, donde casi el 60% de los encuestados (n=150) dijo haber trabajado en cinco o más empleos (Tabla 7).

Respecto al tipo de trabajo reportado, el 58% (T1) inició laborando en el sector formal e incluso se puede observar un aumento de casi once puntos porcentuales en el segundo empleo, no obstante, a partir de T3 la proporción de participantes ubicados en trabajos con prestaciones de ley disminuye hasta quedar el 43% en T5.

En cuanto a la horas de trabajo reportadas, puede notarse un ligero incremento de tres puntos porcentuales respecto a la jornada inicial, donde el 60% se encontró desempeñándose en jornadas menores a ocho horas durante en su último trabajo (T5).

Por su parte, el trabajo manual o de comerciante fue el tipo de actividad desempeñada más frecuente con un 60% en T1, presentando algunas variaciones, para finalmente alcanzar una proporción del 70% en su trabajo más reciente (T5).

Así mismo, se puede observar que hay una mayor proporción de personas que laboró bajo un contrato de base o planta en el transcurso de la trayectoria laboral, sin embargo, las actividades laborales que no contaban con la firma de un contrato se incrementó casi trece puntos porcentuales en T5 respecto a las reportadas en T1, pasando de 38% a un 51%.

Aunque es mayor la proporción de personas que tuvo acceso a un sueldo fijo durante T1 y T2, con un 69% y un 80% respectivamente, se puede apreciar que inicia un descenso gradual durante los últimos tres trabajos reportados, donde el trabajo con sueldo variable muestra un aumento de doce puntos porcentuales en T5 respecto a T1, pasando de 27% a 39%.

Tabla 7

Trayectoria laboral de las personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	T1 (n=252) n (%)	T2 (n=247) n (%)	T3 (n=223) n (%)	T4 (n=195) n (%)	T5 (n=150) n (%)
Tipo de trabajo					
Formal	147 (58.3)	170 (68.8)	144 (64.6)	111 (56.9)	64 (42.7)
Informal	105 (41.7)	77 (31.2)	79 (35.4)	84 (43.1)	86 (57.3)
Horas de trabajo					
≤8 horas	145 (57.5)	149 (60.3)	123 (55.2)	111 (56.9)	91 (60.7)
>8 Horas	107 (42.5)	98 (39.7)	100 (44.8)	84 (43.1)	59 (39.3)
Tipo de actividad					
Mental/intelectual	40 (15.9)	27 (10.9)	29 (13.0)	19 (9.7)	14 (9.3)
Administrativo	60 (23.8)	78 (31.6)	61 (27.4)	59 (30.3)	31 (20.7)
Manual/comerciante	152 (60.3)	142 (57.5)	133 (59.6)	117 (60.0)	105 (70.0)
Tipo de contrato					
Base/Planta	120 (47.6)	143 (57.9)	119 (53.4)	88 (45.1)	54 (36.0)
Eventual/honorarios	37 (14.7)	42 (17.0)	38 (17.0)	39 (20.0)	20 (13.3)
Sin Contrato	95 (37.7)	62 (25.1)	66 (29.6)	68 (34.9)	76 (50.7)
Sueldo					
Fijo	175 (69.4)	199 (80.6)	165 (74.0)	136 (69.7)	85 (56.7)
Variable	67 (26.6)	43 (17.4)	52 (23.3)	53 (27.2)	58 (38.7)
Destajo	10 (4.0)	5 (2.0)	6 (2.7)	6 (3.1)	7 (4.6)

T= Trabajo

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

Las variables referentes a la trayectoria laboral antes mencionadas se codificaron de tal forma que se otorgaron valores más altos a aquellos con características predominantemente precarias y, a través de la suma de dichos valores se obtuvo un puntaje que representó el Desgaste Laboral. Posteriormente, mediante una división entre el número de empleos reportados (de uno a cinco) se calculó el Índice de Desgaste Laboral (IDL) de cada uno de los encuestados, obteniendo un promedio de 8.53 ± 1.4 y una mediana de 8.5 (RIC: 7.5–9.5) en dicha variable. En la Tabla 8 se observan los valores correspondientes al IDL.

Tabla 8

Distribución del índice de Desgaste Laboral en personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024

Variable	$\bar{X}$ (DE)	$\bar{X}$ (RIC)	Rango	
			Min	Max
Índice de Desgaste Laboral (IDL)	8.53 (1.40)	8.5 (7.5–9.5)	5.5	12

$\bar{X}$ = Mediana; RIC=Rango Intercuartílico; $\bar{X}$ = Media; DE= Desviación Estándar

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

De acuerdo con los datos obtenidos, se realizó la categorización del IDL con base al valor promedio obtenido en dicha variable, considerando puntajes menores a 8.5 puntos como una Trayectoria Laboral Favorable (TLF) y aquellos mayores o iguales como una Trayectoria Laboral Desfavorable (TLD). En la tabla 9 se presenta la distribución de dichas categorías.

Tabla 9

Categorización del IDL en personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024

Variable	n	%
Trayectoria Laboral Favorable	125	49.6
Trayectoria Laboral Desfavorable	127	50.4

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.2. Análisis de asociación

La evaluación bivariada se llevó a cabo por medio de la prueba de chi-cuadrado (χ^2), con el cálculo de razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza del 95% (IC95%) para variables categóricas y mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) para variables cuantitativas.

El análisis multivariado se realizó mediante modelos de regresión logística, ajustados por covariables sociodemográficas y de salud, identificadas con significancia estadística a través de la evaluación bivariada o por su relevancia teórica en modelos conceptuales descritos de la literatura sobre salud en el trabajo. Las pruebas de hipótesis se realizaron para un nivel de significancia $\alpha \leq 0.05$.

7.3. Análisis bivariado

7.3.1. Deterioro Cognitivo

Conforme los datos obtenidos, en la Tabla 10 se puede observar que, con diferencias estadísticamente significativas, las mujeres tienen 50% más prevalencia de probable deterioro cognitivo (RP 1.54, $p=0.048$), así mismo, las personas mayores de 65 años muestran el doble de probabilidades de sufrir dicho síndrome (RP 2.16, $p=0.001$). Por su

parte, aquellos individuos con una formación académica menor a la básica (primaria/sin escolaridad) tienen casi cuatro veces más probabilidades de presentar un posible deterioro cognitivo (RP 3.81, $p<0.001$) respecto a las personas con estudios a nivel superior (licenciatura/posgrado).

Por su parte, no contar con una pensión contributiva o el apoyo de la pensión para el Bienestar muestra una asociación protectora del 48% (RP 0.52, $p=0.004$) y 60% (RP 0.40, $p<0.001$) respectivamente, es decir, son las personas pensionadas aquellas que presentan más probabilidades de presentar algún deterioro cognitivo.

Tabla 10

Asociación de variables sociodemográficas con deterioro cognitivo en personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	Prevalencia (%)	RP	IC95%	p
Sexo				
Hombre	19.86	1		
Mujer	30.63	1.54	1.00-2.38	0.048
Edad (años)				
≤65	14.56	1		
>65	31.54	2.16	1.28-3.66	0.001
Nivel de estudios				
Superior	9.62	1		
Media superior	23.46	2.43	0.97-6.13	0.036
Básico	27.12	2.82	1.11-7.16	0.016
Menor al básico	36.67	3.81	1.55-9.35	<0.001
Responsable de los gastos				
Uno mismo	20.69	1		
Otras personas	29.91	1.46	0.94-2.22	0.094
Pensión formal				
Sí	32.28	1		
No	16.80	0.52	0.33-0.83	0.004
Pensión Bienestar				
Si	31.65	1		
No	12.77	0.40	0.23-0.72	<0.001

RP= Razón de Prevalencia

IC= Intervalo de Confianza

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

En lo que respecta a las características de la salud, las personas que reportaron tener alguna enfermedad crónica tienen casi un 70% más prevalencia de deterioro cognitivo (RP 1.67, $p=0.022$), siendo la artritis reumatoide aquella con mayor asociación (RP 2.59, $p=0.015$). Así mismo, contrariamente a lo esperado, aquellos que dijeron contar

con seguridad social mostraron más de tres veces la probabilidad de presentar deterioro (RP 3.40, $p<0.001$). En la Tabla 11 se muestran las asociaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio.

Tabla 11

Asociación de las características de salud con deterioro cognitivo en personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	Prevalencia (%)	RP	IC95%	p
Enfermedades Crónicas				
No	18.40	1		
Sí	30.71	1.67	1.06-2.62	0.022
Diabetes Mellitus Tipo-2				
No	21.54	1		
Sí	35.09	1.63	1.05-2.54	0.042
Hipertensión Arterial				
No	21.76	1		
Sí	30.49	1.40	0.91-2.16	0.136
Artritis Reumatoide				
No	23.14	1		
Sí	60.00	2.59	1.49-4.52	0.015
Otra				
No	25.55	1		
Sí	16.00	0.63	0.25-1.58	0.272
Autopercepción de la salud				
Muy buena	15.63	1		
Buena	27.66	1.77	0.76-4.13	0.141
Regular-mala	22.78	1.46	0.59-3.59	0.389
Seguridad Social				
No	8.62	1		
Sí	29.38	3.40	1.43-8.10	<0.001

RP= Razón de Prevalencia; IC= Intervalo de Confianza;

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.3.2. Depresión

Al analizar las variables asociadas con la presencia de síntomas depresivos, se puede observar que las mujeres tienen casi dos veces las probabilidades de presentar síntomas depresivos (RP 1.86, $p=0.004$), mientras que las personas con un nivel de estudios básico (secundaria completa) o menor al básico (primaria/sin escolaridad) presentaron más del doble (RP 2.27, $p=0.029$; RP 2.60, $p=0.007$) respecto a aquellos con estudios a nivel superior (licenciatura/posgrado).

Por su parte, los encuestados que percibieron su nivel socioeconómico como regular (RP 4.42, $p=0.003$) y malo (RP 4.77, $p=0.005$) presentaron casi cinco veces más probabilidades de presentar síntomas depresivos. En correspondencia con lo antes mencionado, las personas con ingresos menores a diez mil pesos al mes tuvieron una prevalencia dos veces mayor de encontrarse deprimidos (RP 2.51, $p=0.006$). Finalmente, aquellos sujetos que habitan una vivienda prestada tuvieron el doble de probabilidades de presentar dicho trastorno respecto a quienes cuentan con vivienda propia (RP 2.13, $p=0.007$). En la Tabla 12 se muestran las asociaciones entre las variables de estudio.

Tabla 12

Asociación de las características sociodemográficas con la presencia de síntomas depresivos en personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024

Variable	Prevalencia (%)	RP	IC95%	p
Sexo				
Hombre	18.44	1		
Mujer	34.23	1.86	1.20-2.86	0.004
Edad (años)				
≤65	22.33	1		
>65	27.52	1.23	0.79-1.92	0.350
Nivel de estudios				
Superior	13.46	1		
Media superior	22.22	1.65	0.74-3.68	0.199
Básico	30.51	2.27	1.03-4.99	0.029
Menor al básico	35.00	2.60	1.20-5.62	0.007
Autopercepción del NSE				
Bueno	6.25	1		
Regular	27.61	4.42	1.13-17.29	0.003
Malo	29.82	4.77	1.17-19.34	0.005
Ingreso mensual (\$MNX)				
≥10,000	11.54	1		
<10,000	29.00	2.51	1.15-5.50	0.006
Tipo de vivienda				
Propia	21.92	1		
Rentada	23.68	1.08	0.65-1.79	0.765
Prestada	46.67	2.13	1.30-3.48	0.007
Estado conyugal				
Con pareja	21.49	1		
Sin pareja	29.01	1.35	0.87-2.08	0.169

RP= Razón de Prevalencia; IC= Intervalo de Confianza; NSE= Nivel Socioeconómico

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

En la Tabla 13 se muestra que las personas con una autopercepción del estado de salud regular o mala mostraron tener tres veces más probabilidades de deprimirse (RP 3.14, $p=0.003$), aquellos que duermen seis o menos horas durante la noche tuvieron el doble de probabilidades (RP 2.31, $p=0.007$) y, quienes no realizaban al menos ciento cincuenta minutos de actividad física moderada a la semana presentaron casi el doble de probabilidad de presentar dicho trastorno (RP 1.91, $p=0.035$).

Tabla 13

Asociación de las características de salud con la presencia de síntomas depresivos en personas adultas mayores que acudieron a los programas productiva (INAPAM), 2024

Variable	Prevalencia (%)	RP	IC95%	p
Autopercepción de la salud				
Muy buena	12.50	1		
Buena	20.57	1.64	0.62-4.35	0.275
Regular-mala	39.24	3.14	1.20-8.17	0.003
Horas de sueño				
7	14.29	1		
≤ 6	32.97	2.31	1.18-4.52	0.007
≥ 8	25.51	1.78	0.89-3.57	0.082
Actividad física moderada (min/semana)				
≥150	14.81	1		
<150	28.28	1.91	0.97-3.76	0.035

RP= Razón de Prevalencia; IC= Intervalo de Confianza

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.3.3. Aislamiento

En la Tabla 14 se observa que las personas con un nivel de estudios básico (secundaria completa) o menor al básico (primaria/sin escolaridad) presentaron más del doble de probabilidad de aislarse (RP 2.46, $p=0.003$; RP 2.34, $p=0.001$).

Por su parte, las personas con ingresos menores a diez mil pesos al mes tuvieron una prevalencia dos veces mayor de encontrarse aislados (RP 2.05, $p=0.004$). De acuerdo con lo mencionado con anterioridad, la probabilidad de vivir en aislamiento en el caso de los adultos mayores cuya vivienda es prestada es de más del doble respecto a quienes cuentan con vivienda propia (RP 2.32, $p<0.001$). Así mismo, quienes no gozan

de una pensión contributiva presentaron casi el 50% de probabilidades de aislarse (RP 1.49, $p<0.001$).

Tabla 14

Asociación de las características sociodemográficas con posible aislamiento en personas adultas mayores que acudieron a los programas productiva (INAPAM), 2024

Variable	Prevalencia (%)	RP	IC95%	p
Sexo				
Hombre	34.04	1		
Mujer	36.94	1.08	0.77-1.51	0.633
Edad (años)				
≤65	32.04	1		
>65	37.58	1.17	0.83-1.66	0.364
Nivel de estudios				
Superior	19.23	1		
Media superior	29.63	1.54	0.80-2.95	0.174
Básico	47.46	2.46	1.33-4.58	0.001
Menor al básico	45.00	2.34	1.25-4.36	0.003
Ingreso mensual (\$MNX)				
≥10,000	19.23	1		
<10,000	39.50	2.05	1.15-3.68	0.004
Tipo de vivienda				
Propia	28.77	1		
Rentada	35.53	1.23	0.83-1.83	0.304
Prestada	66.67	2.32	1.62-3.32	<0.001
Pensión formal				
Si	28.35	1		
No	42.40	1.49	1.06-2.11	0.019

RP= Razón de Prevalencia; IC= Intervalo de Confianza

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.3.4. Índice de Desgaste Laboral y categorías de análisis de la Trayectoria Laboral

En función al Índice de Desgaste Laboral, mediante la prueba de rangos de Wilcoxon-Mann-Whitney, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los puntajes en personas mayores con aislamiento ($p=0.02$) y marginalmente significativas en aquellos con deterioro cognitivo ($p=0.06$), respecto a sus pares sin alteración (Tabla 15).

Tabla 15

Suma de rangos del Índice de Desgaste Laboral con deterioro cognitivo, síntomas depresivos y aislamiento social en personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024

	SÍ	NO	p, (Z)
	$\bar{X}$ de rangos	$\bar{X}$ de rangos	
Deterioro cognitivo	141.54	121.59	0.061 (1.87)
Depresión	135.20	123.54	0.269 (1.10)
Aislamiento social	141.23	118.46	0.018 (2.37)

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

Así mismo, se observa que las personas adultas mayores que presentan una trayectoria laboral desfavorable tuvieron alrededor del 50% de probabilidades de aislarse socialmente (RP 1.52, $p=0.016$). En la Tabla 16 se muestra el análisis por cada variable.

Tabla 16

Asociación de las categorías de análisis de la Trayectoria Laboral con deterioro cognitivo, síntomas depresivos y aislamiento social en personas adultas mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024

	Prevalencia (%)	RP	IC95%	p
Deterioro cognitivo				
TLF	21.60	1		
TLD	27.56	1.28	0.82-1.97	0.272
Síntomas depresivos				
TLF	23.20	1		
TLD	27.56	1.19	0.78-1.82	0.427
Posible aislamiento				
TLF	28.00	1		
TLD	42.52	1.52	1.07-2.15	0.016

TLF= Trayectoria Laboral Favorable (<8.5 puntos en el IDL)

TLD= Trayectoria Laboral Desfavorable (≥ 8.5 puntos en el IDL)

RP= Razón de Prevalencia; IC= Intervalo de Confianza

Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.4. Análisis multivariado

7.4.1. Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral y deterioro cognitivo en personas adultas mayores

En el modelo multivariado de regresión logística mostrado en la Tabla 17, se observa que, por cada año adicional, aumenta en un 8% la posibilidad de presentar deterioro cognitivo, además, las mujeres mostraron una significancia estadística marginal de casi el doble de posibilidades respecto a los hombres. Así mismo, los adultos mayores con un nivel de estudios básico o menor presentaron aproximadamente tres veces más posibilidades de deterioro cognitivo en comparación con aquellos con una educación superior. No encontrando asociaciones estadísticamente significativas respecto a la trayectoria laboral.

Tabla 17.

Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral, deterioro cognitivo y variables asociadas en adultos mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	OR	IC95%	p
Edad (por cada año más)	1.09	0.86-0.98	0.008
Sexo			
Hombre	1		
Mujer	1.94	0.95-4.05	0.069
Nivel de estudios			
Superior	1		
Media superior	2.60	0.89-8.86	0.082
Básica o menor	3.40	1.19-11.43	0.020
Pensión formal			
Sí	1		
No	0.72	0.35-1.46	0.365
Enfermedades crónicas			
No	1		
Sí	1.35	0.71-2.60	0.363
Seguridad social			
Sí	1		
No	0.40	0.12-1.14	0.089

Variable	OR	IC95%	p
Trayectoria Laboral			
TLF	1		
TLD	1.13	0.57-2.23	0.714

OR= Odds Ratio; IC=Intervalo de confianza 95%
TLF= Trayectoria Laboral Favorable (<8.5 puntos de IDL)
TLD= Trayectoria Laboral Desfavorable (≥8.5 puntos de IDL)
Modelo ajustado por Estado conyugal y autopercepción de la salud
Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.4.2. Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral y depresión en personas adultas mayores

En la Tabla 18, se muestra el análisis multivariado de regresión logística entre depresión y el tipo de trayectoria laboral en los adultos mayores que conformaron la muestra de estudio, encontrando una asociación estadísticamente significativa con la autopercepción del nivel socioeconómico (NSE); así mismo se encontraron variables con asociaciones estadísticamente marginales entre las variables referentes al sexo, los ingresos y las horas de sueño, donde las mujeres, las personas con un ingreso mensual menor a \$10,000 y quienes dormían 6 horas o menos, presentaron aproximadamente el doble de posibilidades de presentar síntomas depresivos. Por otro lado, no se encontró asociación en función del IDL.

Tabla 18.

Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral, depresión y variables asociadas en adultos mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	OR	IC95%	p
Edad			
Por cada año más	1.05	0.89-1.01	0.129
Sexo			
Hombre	1		
Mujer	1.90	0.95-3.88	0.070
Nivel de estudios			
Superior	1		
Media-superior	1.27	0.46-3.80	0.647
Básica o menor	1.83	0.68-5.40	0.237
Ingresos mensuales (\$MXN)			
≥10,000	1		
<10,000	2.27	0.90-6.56	0.083

Variable	OR	IC95%	p
Autopercepción del NSE			
Buena	1		
Regular	4.50	1.18-26.63	0.025
Mala	4.52	1.06-31.57	0.040
Autopercepción de la salud			
Muy bueno	1		
Bueno	1.43	0.53-6.10	0.560
Regular-Malo	2.76	0.81-11.39	0.108
Horas de sueño			
7	1		
≤6	2.35	0.98-6.03	0.056
≥8	1.95	0.81-5.04	0.138
Trayectoria Laboral			
TLF	1		
TLD	0.77	0.39-1.51	0.450

OR= Odds ratio; IC=Intervalo de confianza 95 %; NSE=Nivel socioeconómico; MXN=Peso mexicano
 TLF= Trayectoria Laboral Favorable (<8.5 puntos de IDL)
 TLD= Trayectoria Laboral Desfavorable (≥8.5 puntos de IDL)
 Modelo ajustado por Estado conyugal y actividad física
 Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

7.4.3. Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral y posible aislamiento en personas adultas mayores

En la Tabla 19 se observa que los adultos mayores que no contaban con pensión formal tenían el doble de posibilidades de aislarse, mientras que quienes contaban con un nivel de estudios menor o igual al básico presentaron mayor riesgo que aquellos con un nivel superior, pero lo que más resalta es que habitar una casa prestada implica hasta cinco veces más las posibilidades de aislamiento social. No encontrando asociaciones significativas en función de la trayectoria laboral.

Tabla 19.

Análisis de regresión logística entre la trayectoria laboral, aislamiento y variables asociadas en adultos mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva (INAPAM), 2024.

Variable	OR	IC95%	P
Edad			
Por cada año más	1.03	0.91-1.02	0.203

Variable	OR	IC95%	P
Nivel de estudios			
Superior	1		
Media-superior	1.53	0.63-3.93	0.349
Básica o menor	3.02	1.28-7.62	0.011
Pensión formal			
Sí	1		
No	2.03	1.11-3.78	0.020
Ingresos mensuales (\$MXN)			
≥10,000	1		
<10,000	1.72	0.78-4.08	0.184
Tipo de vivienda			
Propia	1		
Rentada	1.19	0.62-2.25	0.595
Prestada	5.05	2.10-12.82	<0.001
Trayectoria Laboral			
TLF	1		
TLD	1.39	0.75-2.57	0.291

OR= Odds ratio; IC=Intervalo de confianza 95%; MXN Peso mexicano
TLF= Trayectoria Laboral Favorable (<8.5 puntos de IDL)
TLD= Trayectoria Laboral Desfavorable (≥8.5 puntos de IDL)
Modelo ajustado por sexo y estado conyugal
Fuente: Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores

8. Discusión

8.1. Análisis descriptivo

8.1.1. Variables sociodemográficas

La presente investigación permitió describir las trayectorias laborales al analizar el índice de desgaste laboral, se revisaron sus relaciones con el deterioro cognitivo, síntomas depresivos y de aislamiento en una muestra de 252 adultos mayores que acudieron a los programas de vinculación productiva entre los meses de abril y julio de 2024 en la Ciudad de México.

Referente a las características sociodemográficas estudiadas, se observó una menor asistencia de mujeres al programa de vinculación productiva (44%), similar a las tendencias anuales de personas del sexo femenino reportadas por el INAPAM (2022) en el periodo comprendido de 2017 a 2021, donde la participación osciló en un rango de 40% a 44%. Así mismo, de acuerdo con datos proporcionados por el INEGI (2021), a nivel nacional el 2% de adultos de 53 años en adelante se encontraban en busca de

empleo, observándose desigualdades por sexo, con una mayor participación de los hombres.

Con relación a la edad, la mayoría de las personas que acudieron al programa pertenecía al grupo de 60 a 69 años (66%), disminuyendo su participación conforme aumentaba el rango de edad, resultado consistente con las estimaciones nacionales presentadas por el INEGI (2022b), en el cual la proporción de personas económicamente activas disminuyó en los adultos de mayor edad.

Respecto a la escolaridad, en la muestra de estudio la proporción de adultos mayores con rezago educativo, definido como una educación inferior a la primaria en personas nacidas antes de 1982, fue del 7% (n=18) encontrándose por debajo del 18% reportado a nivel nacional por el Censo de Población y Vivienda (CONAPO, 2021). Una de las posibles explicaciones a lo observado, son las desigualdades educativas en función de la localidad, existiendo mayores oportunidades de acceso y mayor nivel académico en zonas urbanas en contraste con las comunidades rurales (de Garay y Miller, 2014), así como las tendencias de aumento de escolaridad observada a través de los años en población mexicana (García-Chanes, et al., 2024).

Por su parte, el estado conyugal de mayor predominancia en las personas encuestadas fue estar casado o en unión libre con 48%, mostrando concordancia con las estadísticas nacionales realizadas por el CONAPO (2021), donde el 60% de las personas de 60 años o más vivían en pareja.

Con relación a la situación socioeconómica, el 87% de los adultos mayores que conformaron la muestra, declararon percibirla como regular o mala, mayor al 70% reportado por García-Chanes y colaboradores (2024), en población geriátrica mexicana de 65 a 74 años insertos en el mercado laboral. El ingreso económico mensual referido por el 43% de las personas que asistieron a los programas de vinculación fue menor a \$6 000 MXN, valor apenas cercano a los \$4 564.97 MXN contemplados por el CONEVAL (2024) para cubrir la canasta básica por persona al mes en zonas urbanas. Así mismo, los resultados son consistentes con lo reportado por el CONAPO (2022), donde la mitad

de las personas adultas mayores que residen en la Ciudad de México percibió ingresos mensuales inferiores a \$5 000 MXN.

Lo anteriormente expuesto contrasta con el hecho de que aproximadamente el 60% de las personas adultas mayores incluidas en la muestra de estudio mencionaron ser responsables de aportar la mayor parte de los ingresos del hogar, lo cual puede resultar en una situación de vulnerabilidad económica. Dicha cifra es considerablemente superior a lo reportado por el CONAPO (2021), donde alrededor del 26.7% de las personas mayores a nivel nacional son reconocidas como jefes o jefas de familia, porcentaje que aumenta al 33.3% en la Ciudad de México.

Conforme lo antes mencionado, una de las principales fuentes de ingreso de los encuestados fue el recibido a través del Programa de Pensión para el Bienestar de Personas Adultas Mayores, donde el 63% era beneficiario, seguido de una pensión contributiva recibida por el 50% de las personas, dependiente del salario promedio de los últimos cinco años cotizados y de las condiciones de su jubilación. Al respecto, el porcentaje de personas que declararon contar con el apoyo de Pensión Bienestar o con pensión contributiva fue superior al 56% y 33% reportado respectivamente a nivel nacional por el CONEVAL (2020). Así mismo, las cifras obtenidas en la presente investigación son mayores a las reportadas por el CONAPO (2022) para la Ciudad de México, donde 45.6% de la población adulta mayor percibió ingresos a través de algún programa gubernamental y el 44.8% contó con ingresos por concepto de pensión o jubilación.

8.1.2. Condiciones de salud

Referente a las condiciones de salud, 50% de los adultos mayores refirieron estar diagnosticados con al menos una enfermedad crónica, siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 las de mayor prevalencia, afectando al 33% y 23% respectivamente, no mostrando grandes diferencias respecto a las prevalencias reportadas para la población de adultos mayores mexicanos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición con 40% y 30% respectivamente (Basto-Abreu, et al., 2023; Campos-Nonato, et al., 2023).

En función de lo anterior, la alta prevalencia de enfermedades crónicas en este grupo etario representa un grave problema de salud pública al suponer una de las principales causas de años de vida saludables perdidos por discapacidad, reflejándose sobre una brecha aproximada de 10.3 años entre la esperanza de vida y esperanza de vida saludable en población mexicana (OPS,2019).

En cuanto a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores, el 69% lo consideró como bueno, muy bueno o excelente, independientemente de si contaba con un diagnóstico previo de enfermedad crónica, en contraste con los datos presentados por el INEGI (2021) en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento, donde el 62% declaró percibirlo como regular o malo.

Por otro lado, la proporción de personas afiliadas al seguro social fue del 77%, el IMSS el organismo de mayor cobertura, beneficiando al 65% de las personas adultas mayores. Datos similares a los tabulados en el Censo de Población y Vivienda (CONAPO,2021), en el cual 80% de la población mexicana de 60 años o más se encontraba afiliada a una institución de seguridad social, mayormente IMSS e ISSSTE, con 53% y 13% respectivamente.

Por su parte, a pesar de la alta prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores, solo el 21% mencionó cubrir con los requerimientos mínimos de actividad física moderada recomendados por la OMS (2021), para población geriátrica con estas afecciones. El panorama descrito da visibilidad a los altos niveles de sedentarismo presentes en este grupo etario, el cual se relaciona con deslances adversos en salud, aumentando el riesgo discapacidad, dependencia y mortalidad prematura.

8.1.3. Actividad laboral

El número de trabajos reportados por los adultos mayores a lo largo de su vida se encontró en un rango respecto a la mediana de 4 a 10, iniciando el 57% con actividades laborales antes de alcanzar la mayoría de edad, resultado contrastante con el 13% de trabajo en niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años reportado en la Encuesta Nacional de Trabajo Infantil para el año 2022 (INEGI, 2022c). En este sentido, si bien el trabajo

infantil sigue representando un problema de relevancia social en población mexicana, el decremento observado da cuenta de la evolución de los paradigmas en torno a la infancia, trabajo y protección de sus derechos.

Otro hallazgo relevante en la muestra de estudio fue que el 64% de las personas adultas mayores mencionaron la necesidad económica como la principal razón para la búsqueda de empleo, seguido por el deseo de mantenerse activo (34%) y el resto por una cuestión de realización personal. Desde esta perspectiva, se ha señalado a los adultos mayores como un grupo económicamente vulnerable en la población mexicana, donde los reducidos montos de jubilación u otros apoyos, así como la discriminación, resultado del estigma hacia la vejez, llevan a esta población a la búsqueda de un empleo a través del cual puedan satisfacer sus necesidades (Orozco y González, 2021; INEGI, 2005).

Referente al tipo de trabajo en la reconstrucción de las trayectorias laborales, el 41% de los adultos mayores declaró haber realizado trabajos predominantemente en el sector informal, siendo superior a la tendencia de ocupación observada de 2006 a 2024 en dicho sector, con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en la cual el trabajo informal representa del 23% a 29% de los empleos (INEGI, 2024a).

En cuanto al tipo de actividad laboral realizado a lo largo de las trayectorias, se pudo observar que 57% de los adultos mayores desempeñaron ocupaciones principalmente manuales o de comercio caracterizadas por la ejecución de tareas monótonas o repetitivas y niveles mínimos de capacitación; y el 43% restante, llevó a cabo principalmente actividades de moderada-alta complejidad cognitiva, comprendidas como aquellas en las que para su cumplimiento se requiere del uso constante de funciones ejecutivas complejas, tales como, planificación, organización, evaluación, flexibilidad mental, etc., así como de una capacitación continua.

En función de lo anterior, la baja complejidad cognitiva ocupacional se ha señalado como un factor importante que predispone al desarrollo de afecciones neurocognitivas en edades avanzadas dentro de los modelos epigenéticos de salud-enfermedad, los cuales plantean la hipótesis de que la realización de actividades cognitivamente estimulantes en

los diferentes escenarios a lo largo de la vida (ocupacionales, académicos y recreativos), aunados con factores genéticos, pueden llevar a la formación de un alto nivel de reserva cognitiva, la cual favorece la capacidad del cerebro para prevenir o tolerar procesos patológicos que pudieran presentarse, a través de mecanismos de eficacia diferencial, reorganización y compensación neuronal (Díaz-Orueta, et al., 2010; Li, et al., 2024a).

8.1.4. Deterioro cognitivo, depresión y aislamiento

La prevalencia de probable deterioro cognitivo en la muestra de estudio fue de 25%, cifra muy superior a la reportada por el 10/16 Dementia Research Group (Sosa et al., 2012) en el cual 7.3% de las personas adultas mayores de México presentaron deterioro cognitivo leve. Por su parte, un estudio realizado por Sánchez y Mendoza (2021) en grupos comunitarios de la Ciudad de México, conformado por una muestra de 231 personas de 55 a 90 años, que utilizó como escala de tamizaje el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), obtuvo una prevalencia de 24% para deterioro cognitivo leve (DCL), similar a los resultados obtenidos en la presente muestra.

En cuanto a la presencia de síntomas depresivos, de acuerdo con la ENASEM entre los años 2018 y 2021, la proporción de personas de 60 años o más afectadas aumentó considerablemente entre quienes enfermaron por COVID-19, pues en 2021 se dio un aumento de 9.1 puntos porcentuales respecto a 2018 (36% vs 26%); así mismo, en 2021 entre los adultos mayores que no padecieron COVID-19, el 27% se identificó con depresión (INEGI, 2023), siendo un resultado similar al 25% observado en la muestra de estudio. En correspondencia con lo antes mencionado, Poveda y Poveda (2024) haciendo uso de la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems de Yessavage (GDS-15) obtuvieron una prevalencia de 38% de sujetos con depresión en una muestra de 66 adultos de con una edad igual o mayor a 65 años, habitantes de una comunidad en Veracruz, México.

Con relación al posible aislamiento de los adultos mayores que conformaron la muestra de estudio, se obtuvo una prevalencia de 35%. Al respecto, la OMS (2021) señala que no existe un estimado global de aislamiento social y sentimientos de soledad, no obstante, en un metaanálisis realizado por Hong Teo y colaboradores (2023) que

reunió a partir de una búsqueda electrónica en bases de datos la información de 43 estudios, reportó una prevalencia mundial del 25%, con diferencias relacionadas a la zona geográfica y cultura, estimando para la región de América un 30%, consistente con lo obtenido en la presente investigación.

En ese sentido, la alta prevalencia de posible aislamiento en personas adultas mayores representa un factor de riesgo que aumenta las posibilidades de desarrollar trastornos neurocognitivos y del estado de ánimo, así como un obstáculo para el mantenimiento y conformación de redes de apoyo que puedan ayudar a la resolución de necesidades emocionales, económicas-materiales y de salud.

8.2. Deterioro cognitivo: Análisis de asociación

8.2.1. Variables sociodemográficas

Dentro las variables sociodemográficas analizadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, presentando las mujeres 54% más probabilidad de deterioro cognitivo ($RP=1.54$; $p=0.05$), mostrando asociaciones marginales aun al controlar por otras variables a través de modelos de regresión logística ($OR=1.94$; $p=0.07$). Similar a lo obtenido por Jia y colaboradores (2020), donde las mujeres presentaron mayores posibilidades de deterioro cognitivo leve en el análisis ajustado por las variables de confusión ($OR=1.51$; $p<0.01$).

En la literatura del área geriátrica estas discrepancias se han asociado en parte a la posible actividad interactiva entre los factores endócrinos, desarrollo neural y las funciones cerebrales complejas, en el cual, el declive acelerado de las hormonas sexuales en mujeres de sesenta años o más aumenta la vulnerabilidad de presentar alteraciones cognitivas (Udeh-Momoh y Watermeyer, 2021). Así mismo, se han señalado posibles componentes genéticos mediados por el sexo que aunados con estresores del medio (epigénesis) incrementan la susceptibilidad de la mujer a desarrollar deterioro cognitivo de progresión más rápida en comparación con los hombres (Ma, et al., 2024; Cui, et al., 2024; Udeh-Momoh y Watermeyer, 2021).

Por su parte, los adultos con edad mayor a 65 años tuvieron el doble de probabilidad de presentar deterioro cognitivo respecto a aquellos de menor edad ($RP=2.16$; $p<0.01$), manteniendo significancia en los modelos multivariados con un aumento 9% en las posibilidades de deterioro por cada año cumplido ($OR= 1.09$; $p<0.01$). Resultados consistentes con lo mostrado por diversas investigaciones en las que los grupos de mayor edad presentan un incremento en la prevalencia deterioro cognitivo leve y demencia (Jia, et al., 2020; Bai, et al., 2022; Han, et al., 2022).

En función de lo anterior, para dar explicación a las asociaciones encontradas entre la edad y el deterioro cognitivo, se han planteado hipótesis donde los procesos de atrofia neuronal y cambios observados en la mielinización durante el proceso de envejecimiento conllevan un mayor riesgo de afecciones cognitivas. No obstante, la edad no debe ser considerada un factor determinante en el desarrollo de estas alteraciones, pues su estudio y comprensión debe darse a través de enfoques holísticos que consideren su interacción con otros factores biológicos y ambientales, explicando la variabilidad interindividual en desarrollo de estas patologías (Cancino y Rehbein, 2016; Cassarino y Setti, 2015; Beydoun, et al., 2020).

En cuanto al nivel de estudios, en el análisis bivariado se encontraron asociaciones estadísticamente significativas donde las probabilidades de deterioro cognitivo aumentaron conforme disminuía el nivel educativo, encontrándose 2.81 ($p<0.01$) mayores prevalencias de deterioro para el grupo con educación menor al nivel básico en comparación de las personas con una educación superior. Manteniendo una asociación marginal entre el nivel medio-superior ($OR=2.60$; $p=0.08$) y una asociación significativa en personas con un nivel básico o menor ($OR=3.40$; $p=0.02$) respecto a aquellas con una mayor formación académica.

Dichas asociaciones son afines a lo descrito por diversos estudios de cohorte, en los cuales, menores logros académicos y un bajo nivel de estudios a lo largo de la vida, incrementó el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo, así como una mayor extensión y progresión de los daños neuronales durante la vejez, basándose sobre el supuesto que experiencias académicas de mayor complejidad aumentan las reservas cognitivas,

favoreciendo los mecanismos de plasticidad y compensación neuronal, explicando la susceptibilidad diferencial entre los grupos (Li, et al., 2024a; Almeida et al., 2020; Iraniparast, et al., 2022; Valsdóttir, et al., 2023; Barulli y Stern, 2013).

Por otro lado, contrario a los beneficios en salud y calidad de vida reportados dentro de la literatura (Felix-Vega, et al., 2021; Lu, et al., 2020), en el análisis bivariado, el acceso a un sistema de pensión formal (RP:1.92; $p<0.01$) y de seguridad social (RP:3.40; $p<0.01$) incrementaron las probabilidades de presentar deterioro cognitivo en la vejez. No obstante, al controlar por variables de confusión (edad y sexo), estas asociaciones perdieron significancia.

En correspondencia con lo antes mencionado, diversos estudios han señalado que los riesgos en salud observados en población pensionada y acceso a seguridad social pueden estar influenciados por otros factores. Parker y colaboradores (2020), observaron que el proceso de transición demográfica ha conllevado a un incremento de edad necesaria para la jubilación, presentando una disminución de la esperanza de vida laboral saludable posterior a los 50 años en personas del sexo femenino, con bajo nivel socioeconómico y ocupaciones manuales, aumentando en este sector el riesgo de presentar estados alterados de salud previos a la jubilación con independencia de la obtención de una pensión formal.

Así mismo, Mäcken y colaboradores (2021), señalan una heterogeneidad de los efectos del proceso de jubilación sobre el estado cognitivo en personas adultas mayores, en función de aspectos culturales, económicos y políticos, representando un evento estresante en naciones con pensiones menos generosas, así como en aquellos países con altos ingresos, donde las tasas de sedentarismo son elevadas y en los cuales la actividad intelectual y física se reduce considerablemente en personas pensionadas.

8.2.2. Variables de salud

En el análisis bivariado de asociación la presencia de una o más enfermedades crónicas aumentaron la probabilidad de presentar deterioro cognitivo (RP=1.67; $p=0.02$). Siendo la diabetes mellitus tipo 2 (RP=1.63; $p=0.04$) y artritis reumatoide (RP=2.59;

p=0.01), las enfermedades crónicas de mayor peso en dicha asociación. No obstante, en el modelo multivariado de regresión logística estas variables no mostraron significancia.

En contraste con los resultados obtenidos, diversos estudios han señalado a las enfermedades crónicas como un factor de riesgo importante en el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia en población geriátrica aún al considerar el ajuste por otras variables (Dove, et al., 2024; Ungvari, et al., 2021; Santistevan, et al., 2022; Lv, et al., 2024; Xue, et al., 2019).

Algunos de los posibles mecanismos fisiopatológicos a través de los cuales las enfermedades crónicas, tales como la diabetes, hipertensión y artritis reumatoide comprometen la integridad cognitiva son: el daño microvascular, desmielinización, neuroinflamación, pérdida de axones, afecciones en sistema inmunológico, estrés oxidativo y alteración de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica que aumenta la exposición del cerebro a sustancias potencialmente nocivas (Dove, et al., 2024; Ungvari, et al., 2021; Santistevan, et al., 2022).

Las diferencias encontradas entre los resultados de la presente investigación y lo señalado en la literatura en torno a la asociación entre enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo en adultos mayores, pueden deberse a variables de confusión no contempladas tales como, el nivel de control, tiempo de progresión y tipo de tratamiento de la enfermedad (farmacológico y/o nutricional).

En este sentido, Dove y colaboradores (2021) analizaron el riesgo de afecciones cognitivas en función del control glucémico establecido a partir de los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c), observando solo en personas mayores con diabetes mal controlada (HbA1c $\geq 7.5\%$) el doble de riesgo de desarrollar deterioro cognitivo (HR 2.01; IC95% 1.13-3.58) y casi el triple de progresión del deterioro a demencia (HR 2.87; IC95% 1.20-6.85) en comparación con aquellas sin diabetes. No encontrando asociaciones significativas entre los adultos mayores sin la enfermedad y aquellos con un buen control.

Así mismo, el estudio realizado por Williamson y colaboradores (2019) encontró que el riesgo de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores presenta cambios en función de las metas de control de la hipertensión, estableciendo una reducción del 15% (HR 0.85; IC95% 0.74-0.97) en pacientes con un control intensivo de la presión sistólica (<120 mmHg) en comparación de aquellos con un control estándar (<140 mmHg).

Respecto al tiempo de progresión de la enfermedad, un metaanálisis de 136 estudios concluyó que la asociación entre hipertensión y alteraciones cognitivas en adultos mayores se encontraba mediada por la edad de diagnóstico de la enfermedad (progresión) y el tipo de presión arterial, mostrando un aumento en el riesgo de deterioro cognitivo (RR 1.55; IC95% 1.19-2.03) y demencia (RR=1.20; IC95% 1.06-1.35) entre las personas que desarrollaron hipertensión antes de los 65 años en comparación con aquellas sin la enfermedad. No obstante, la hipertensión diagnosticada posterior a los 65 años no mostró asociación con el riesgo de demencia (RR 1.02; IC95% 0.94-1.10) y Enfermedad de Alzheimer (RR 0.94; IC95% 0.84-1.05), obteniendo resultados inconsistentes al agrupar por el tipo de presión (Ou, et al., 2020).

En cuanto al tratamiento de la enfermedad, Khachaturian y colaboradores (2006) observaron diferencias entre las incidencias de Enfermedad de Alzheimer y el tipo de tratamiento farmacológico para la hipertensión, mostrando una reducción significativa del riesgo en personas tratadas con diuréticos (HR=0.61; IC95% 0.37-0.98), y una reducción marginal en los tratados con betabloqueadores (HR=0.53; IC95% 0.22-1.09), no encontrando asociación con el uso de fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (HR 1.13; IC95% 0.60-1.98) y los bloqueadores de los canales de calcio (HR 0.86; IC95% 0.45-1.53).

Además de lo señalado, en la presente investigación la prevalencia de enfermedades crónicas se basó en datos proporcionados por los adultos mayores, existiendo un riesgo de subestimar las cifras totales por enfermedades no declaradas debido a la falta de una valoración médica previa. De acuerdo con estimaciones realizadas con datos de ENSANUT, el 35% y 7% de las personas de 60 o más años, desconocían su diagnóstico

de hipertensión y diabetes respectivamente al momento de participar en la encuesta (Basto-Abreu, et al., 2023; Campos-Nonato, et al., 2023).

8.3. Depresión: Análisis de asociación

8.3.1. Variables sociodemográficas

Con relación al análisis de asociación entre las variables sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor, las mujeres presentaron 86% ($p < 0.01$) más posibilidades de depresión, manteniendo una asociación marginal en modelo multivariado de regresión logística (OR 1.90; $p = 0.07$). Consistente con lo reportado por Vafaei y colaboradores (2016), donde las mujeres mostraron mayores prevalencias de depresión (RP 2.19; IC95% 1.72-2.68), teniendo valores significativos al ajustar por roles de género (RP:1.64; IC95% 1.34-2.00).

Las susceptibilidad diferencial a la depresión en función del sexo aún siguen siendo un tema de interés con resultados heterogéneos dentro del área de psicología y neurociencias, sin embargo, en la literatura estas desigualdades se han abordado desde enfoques que plantean un efecto conjunto entre vulnerabilidades biológicas y ambientales, tales como, los efectos de las hormonas sexuales sobre la salud mental, las disparidades sexuales en la síntesis de neurotransmisores, la desventaja social acumulada producto de la distribución de los roles de género y una mayor dificultad reportada en la capacidad de identificar y expresar sentimientos de malestar o insatisfacción en hombres, que obstaculiza el diagnóstico de depresión (Kumsar, et al., 2014; Abrams y Mehta., 2019; Bracke, et al., 2020; Zagni, et al., 2016; Zheng y Jiab, 2022; Nishizawa, et al., 1997).

Referente al nivel de estudios, en el análisis bivariado los adultos mayores con una educación básica (RP=2.27; $p = 0.03$) y menor a la básica (RP=2.60; $p < 0.01$), tuvieron probabilidades más altas de depresión respecto a aquellos con educación superior, sin embargo, dicha asociación perdió significancia al ajustar por variables sociodemográficas, de salud y de trayectoria laboral.

Conforme a lo antes mencionado, los estudios en torno al nivel educativo y la depresión en población geriátrica han mostrado resultados heterogéneos, donde en algunos casos la baja escolaridad se asoció con mayores posibilidades de depresión en la vejez (Azizabadi, et al., 2022; Hinata, et al., 2021), sin embargo, en otras investigaciones dichas asociaciones pierden significancia al ajustarse por variables socioeconómicas y de salud (Sasaki, et al., 2021; Motsamai y Mhaka-Mutepfa, 2022; Sánchez-Moreno, et al., 2024; Cole y Dendukuri, 2003).

En este sentido, la escolaridad puede ejercer efectos indirectos sobre la depresión, a través su asociación con recursos económicos y sociofamiliares, bajo la hipótesis de que un menor nivel educativo aumenta el riesgo de contar con bajos ingresos económicos, inseguridad financiera y menor aceptación personal-social (Dang y Sukontamarn, 2023).

De igual forma, dichas asociaciones pueden encontrarse mediadas por variables de salud, Fernández-Jiménez y colaboradores (2022), encontraron que un nivel educativo más alto se correlacionó positivamente con la percepción subjetiva del estado de salud. Por su parte, Pan y colaboradores (2019), observaron que una mayor escolaridad se asociaba con una autopercepción positiva del proceso de envejecimiento, favoreciendo el estado de bienestar físico, mental y social.

En cuanto a los indicadores de nivel socioeconómico, ingresos inferiores a \$10,000 MXN (RP 2.51; $p < 0.01$), así como, una autopercepción socioeconómica regular (RP 4.42; $p < 0.01$) y mala (RP 4.77; $p < 0.01$) aumentaron la probabilidad de depresión, manteniendo consistencia en el análisis multivariado de regresión logística, conservando asociaciones marginales y significativas respectivamente.

Similar a los resultados obtenidos, Sasaki y colaboradores (2021) observaron que los adultos mayores con una situación económica autoevaluada como difícil o muy difícil presentaron mayores posibilidades de depresión respecto a aquellos que consideraban encontrarse en una situación promedio o más alta (OR 4.18; IC95% 2.98-5.87). Por otro lado, Fang y colaboradores (2019), al evaluar el nivel socioeconómico por indicadores objetivos, encontraron un incremento en las posibilidades de depresión geriátrica en el

grupo con ingreso personal anual inferior 10,000 yuanes en comparación con aquellos con un ingreso mayor o igual a 20,000 yuanes (OR 1.760; IC95% 1.40-2.22).

Una posible explicación ofrecida por la literatura se basa en el hecho de que aquellas personas con menor nivel socioeconómico presentan una mayor reactividad ante situaciones estresantes, elevando la producción de citoquinas proinflamatorias y cortisol, respuestas fisiológicas que en condiciones crónicas aumentan el riesgo de desenlaces adversos en la salud (Derry, et al., 2013; Seeman, et al., 2014; Wright y Steptoe, 2005; Sasaki, et al., 2021).

8.3.2. Variables de salud

En relación con las características de salud, en el análisis bivariado, una percepción regular-mala de la salud (RP 3.14; $p<0.01$) bajos niveles de actividad física (RP 1.91; $p=0.03$) y dormir un promedio menor de 6 horas al día (RP 2.31; $p<0.01$) aumentaron la probabilidad de depresión en los adultos mayores. No obstante, en el modelo multivariado solo se mantuvo asociación marginal con las horas de sueño (OR 2.35; $p=0.06$).

Conforme a lo antes mencionado, si bien la realización de actividades físicas de intensidad moderada y una autopercepción favorable del estado de salud durante la vejez se han asociado con una reducción en el riesgo de depresión, estas variables podrían encontrarse influenciadas por el nivel socioeconómico, debido a que personas de menor estrato social tienen más riesgo de presentar una o más conductas nocivas para la salud (consumo de alcohol, tabaco y sedentarismo), así como, mayores dificultades percibidas para el acceso a instalaciones deportivas adecuadas relacionadas con la seguridad y costos, por último, se ha reportado que bajos ingresos económicos afectan la calidad de la atención y tratamiento médico, condicionando a una autopercepción negativa del estado de salud (Deng y Paul, 2018; Shankar, et al., 2010; Wen, et al., 2006; Chia-Huei, et al., 2017; Arpey, et al., 2017).

Por otro lado, existe una amplia evidencia que relaciona los trastornos del sueño con la depresión, donde la liberación de citoquinas proinflamatorias, así como los cambios en la arquitectura del sueño con interrupción de la fase de movimientos oculares rápidos

(MOR), aumentan la inflamación en el organismo y disminuyen la síntesis de serotonina, noradrenalina y dopamina, factores fisiológicos relacionados con la depresión (Hong., et al., 2019; Nutt, et al., 2022; Álvaro, et al., 2013; Riemann, et al., 2001). En ese sentido, la pronta detección de alteraciones en el ciclo sueño-vigilia resulta fundamental para la prevención de la depresión en población geriátrica.

8.4. Aislamiento: Análisis de asociación

8.4.1. Variables sociodemográficas

En análisis bivariado, contar con un nivel de estudios básico (RP 2.46; $p<0.01$) o menor al básico (RP 2.34; $p<0.01$), un ingreso personal mensual inferior a \$10,000 MNX (RP 2.05; $p<0.01$), no contar con una pensión formal (RP 1.49; $p=0.02$) y tener una vivienda prestada (RP 2.32; $p<0.01$), aumentó las probabilidades de aislamiento en el adulto mayor. Sin embargo, en el modelo multivariado de regresión logística los ingresos mensuales dejaron de mostrar significancia estadística.

En concordancia con los datos obtenidos, Lin y colaboradores (2024) encontraron en adultos mayores y de la mediana edad, que una escolaridad universitaria o superior disminuyó aproximadamente 53% las posibilidades de aislamiento respecto a aquellos con una formación académica de nivel primaria o inferior (OR 0.47; $p<0.01$). Así mismo, Li y colaboradores (2024b) reportaron que los adultos mayores con un nivel estudios mayor o igual al medio-superior presentaron 73% menos posibilidades de aislamiento que aquellos con escolaridad primaria o inferior (OR 0.27; $p<0.01$).

En este sentido, un mayor nivel de estudios puede ejercer un papel protector ante un posible aislamiento al proporcionar un escenario de oportunidad para la interacción y desarrollo de habilidades comunicativas que mejoren la confianza, desenvolvimiento y participación en actividades culturales y sociales que coadyuven a la formación, consolidación y mantenimiento de redes de apoyo (Zho, et al., 2024; Guerra-Orozco, et al., 2021; Li, et al., 2024b). De tal forma la escolaridad es un factor relevante en el bienestar psicoafectivo de las personas, bajo el enfoque de curso de vida para el desarrollo de una cultura del envejecimiento saludable, establecido por la relación dinámica entre diversas experiencias previas potenciadoras u obstaculizadoras que

configuran la trayectoria de salud y bienestar individual, familiar y social (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Referente a los indicadores socioeconómicos de pensión, tipo de vivienda y su asociación con el bienestar físico, psicológico y social del adulto mayor, la literatura ha mostrado resultados contradictorios, estableciendo efectos de protección o riesgo en función del contexto económico, político y cultural (Ng., et al., 2022; Capron y González, 2010; Gené-Badia, et al., 2016).

Sin embargo, en correspondencia con los resultados obtenidos, el contar con una pensión formal producto de las actividades laborales ejercidas a lo largo de la vida y tener una vivienda propia, pueden proporcionar una sensación de estabilidad e independencia económica, favoreciendo la participación social y disminuyendo el riesgo de aislamiento, indistintamente de la cantidad monetaria recibida (Li, et al., 2024c; Agudelo y Medina, 2014; Capron y González-Arellano, 2010).

8.5. Trayectoria laboral: Análisis de asociación

La Trayectoria Laboral Desfavorable (TLD), determinada a partir de un puntaje igual o superior a 8.5 en el Índice de Desgaste Laboral (IDL) según los criterios establecidos en la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores (Morales et al., 2018), no mostró una asociación estadísticamente significativa con las variables de deterioro cognitivo y depresión, observándose únicamente un aumento de 52% en la probabilidad de aislamiento en el análisis bivariado (RP 1.52; $p=0.02$), pero perdiendo significancia en el modelo ajustado por variables sociodemográficas.

Una posible explicación a los resultados obtenidos es la presencia del sesgo del trabajador sano, ya que la muestra de estudio se conformó exclusivamente por personas adultas mayores que se encontraban activamente en la búsqueda de reinserción laboral. Esto implica que los participantes presentaron condiciones predominantemente favorables de funcionalidad y/o resiliencia, respecto a aquellas personas que, debido al desgaste acumulado en el transcurso de su trayectoria laboral u otras alteraciones en la

salud, no se encontraron en condiciones de buscar empleo. En consecuencia, los resultados obtenidos podrían subestimar el impacto real de una trayectoria laboral desfavorable, limitando la posibilidad de obtener asociaciones estadísticamente significativas (Zamora et al., 2022; Bavanov, 2021).

En relación con el deterioro cognitivo y la depresión, pese a los fundamentos teóricos establecidos dentro de la literatura, en donde condiciones laborales de informalidad, carencia de un contrato base y sueldos variables o a destajo, se han asociado con una mayor posibilidad de exposición a sustancias potencialmente tóxicas, eventos estresantes que conllevan estados fisiológicos de alóstatas, evidenciados por un aumento de los mediadores neuroendocrinos del sistema simpático como el cortisol, adrenalina y noradrenalina, los cuales en condiciones crónicas producen una atrofia en las regiones hipocámpales, de la amígdala y corteza prefrontal e incrementa el riesgo de desarrollar alteraciones cognitivas y del estado emocional (Karabchuk y Soboleva, 2014; Aronsson, 2023; Carretero, et al., 2017; McEwen, 2006; Lemos, 2015; Awda, 2025). En la presente investigación estas variables no presentaron asociaciones estadísticamente significativas con la prevalencia de deterioro cognitivo y síntomas depresivos en los adultos mayores.

En función de lo anterior, una de las posibles explicaciones a dichos resultados es la heterogeneidad en torno a las concepciones socioculturales del empleo informal, ya que involucra desde la participación en actividades alto riesgo hasta la realización de labores en microempresas, trabajo doméstico o por cuenta propia, que conlleva a una amplia diversidad de características sociodemográficas y percepción de los beneficios o vulnerabilidades presentes en dicho sector (Cota y Navarro, 2016; Fernández y Gómez, 2023; Varela y Retamoza, 2023; Montañez, et al., 2022). De tal forma, en la actualidad se ha señalado que, en países en vías de desarrollo, no existe una brecha clara de salud y bienestar entre los trabajadores en los sectores formal e informal (Palacios, 2011).

Así mismo, la literatura en torno al tipo de actividad y su asociación con la presencia de alteraciones cognitivas derivadas del trabajo se ha enfocado principalmente en la complejidad ocupacional previa y el estado cognitivo en etapas posteriores de la vida, a través de la mejora en la reserva cognitiva (Stern, et al., 2020; Gómez-Gonclaves, et al.,

2025; Lane, et al., 2017; Blumen, et al., 2024; Baldivia, et al., 2008; Kobayashi, et al., 2024).

En ese sentido, quienes se desempeñan en trabajos intelectualmente más demandantes o que requieren una mayor habilidad ocupacional mantienen una mejor función cognitiva respecto a aquellos que realizan tareas manuales y/o principalmente rutinarias. Llevar a cabo actividades de mayor complejidad estimula la función cerebral al incentivar el uso de habilidades cognitivas tales como la resolución de problemas, toma de decisiones y/o pensamiento crítico, disminuyendo las probabilidades de presentar algún deterioro cognitivo (Baldivia, et al., 2008; Gómez-Gonclaves, et al., 2025). Sin embargo, aunque el trabajo puede representar un factor protector sobre la función cognitiva, sólo se mantiene dicha asociación con el tipo de actividad realizada, independientemente de características propias del trabajo como el sector laboral, el tipo de sueldo o el tipo de contratación (Gómez-Gonclaves, et al., 2025; Kobayashi, et al., 2024; Kim, et al., 2020).

Por otro lado, la presencia de síntomas depresivos asociados con la actividad laboral frecuentemente se encuentra influenciada por factores estresantes, entre los cuales la literatura destaca las altas cargas de trabajo, horarios prolongados o no establecidos, falta de control sobre la actividad, exposición a agentes químicos peligrosos, violencia, así como poco o nulo apoyo por parte de compañeros y supervisores (Garzón, et al., 2023; Sonh, et al., 2016; Ardito, et al., 2014).

Dichas condiciones estresantes, generan en el individuo una serie de sentimientos de disgusto, negación y mortificación, los cuales provocan una sensación de atrapamiento intelectual y emocional, así como una profunda insatisfacción hacia su trabajo, aumentando considerablemente el riesgo de desarrollar depresión (Pulido, 2012; Schaff, 1979; Bendassolli, 2024). No obstante, un estudio realizado por Rožman y colaboradores (2019) reveló que los trabajadores mayores de 50 años pueden presentar niveles de estrés laboral más bajos en comparación con aquellos con una menor edad; resultado consistente con lo observado por Hybels y colaboradores (2020), quienes

revelaron que personas trabajadoras mayores de 55 años mostraron menores niveles de depresión, ansiedad y burnout respecto a los más jóvenes.

Por lo tanto, una de las posibles explicaciones a los resultados obtenidos en la presente investigación es la disposición individual para hacer uso de estrategias cognitivas y/o conductuales que permitan afrontar activamente situaciones ocupacionales estresantes presentadas en el curso de la vida, que conlleven a una mayor capacidad de resiliencia en la adultez mayor, disminuyendo así las posibilidades de presentar depresión u otras alteraciones del estado emocional (Laird, et al., 2019; Rožman, et al., 2019).

Referente al aislamiento, la literatura señala posibles asociaciones indirectas con el trabajo, donde condiciones de precariedad laboral pueden conllevar a estados de disfunción ocupacional, descritos como experiencias negativas relacionadas a la privación, alienación, desequilibrio y marginación en el ejercicio de las actividades diarias, provocando un posible abandono de la participación social y eventualmente al aislamiento. En este sentido, aspectos como un mayor nivel educativo y un sentimiento de logro en el trabajo, establecido por aspectos como la posibilidad de acceso a una pensión formal y mejores condiciones de vivienda, disminuyen la propensión a presentar una disfunción ocupacional, mediando la asociación entre las condiciones de trabajo y el aislamiento (Fujii, et al., 2021; Nakashima, et al., 2023), siendo una posible explicación a los resultados obtenidos en la presente investigación.

8.6. Vejez y trabajo en el contexto capitalista neoliberal

La vejez es un concepto cargado de significados y creencias que varían en función del contexto histórico y cultural en que se inscribe. Cada sociedad actúa conforme a los valores y características que se le atañen al fenómeno del envejecimiento, las cuales principalmente se sustentan en juicios de valor, siendo los más recurrentes aquellos que la estigmatizan como una etapa asociada con un deterioro físico y mental, limitando las capacidades de desarrollo psicosocial de las personas adultas mayores dadas las interpretaciones negativas presentes en el imaginario colectivo, que a su vez han sido

apropiadas y normalizadas incluso por la misma población afectada (Zetina, 1999; Rodríguez y Cabezas, 2018).

En el contexto actual, caracterizado por una cultura neoliberal enfocada en la productividad, aquellos que no logran adaptarse a las condiciones de vida acelerada impuesta por los procesos de producción capitalista tienden a ser marginados. Tal es el caso de las personas adultas mayores, que son relegadas de diversas actividades que podrían llevar a cabo sin mayores dificultades, esta exclusión responde al estigma que permea en los significados socialmente construidos en torno a la vejez (Giró, 2004).

En ese sentido, de acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, se observó que la participación en los programas de vinculación productiva tiende a disminuir conforme avanza la edad. Dicho hallazgo pone en evidencia que la explotación de la fuerza de trabajo se configura en función de las fortalezas de los trabajadores, dificultando la inclusión de las personas adultas mayores en alguna actividad laboral debido a que el sistema económico capitalista neoliberal no sólo favorece a quienes pueden vender su fuerza de trabajo, sino también a aquellos cuyo cuerpo resulta de mayor utilidad para el capital, situación que refuerza las desigualdades por la edad al mismo tiempo que limita el acceso a un trabajo digno que permita una calidad de vida favorable en la vejez (Paz, 2011; Osorio, 2006).

Conforme lo antes mencionado, una gran proporción de los participantes de la muestra de estudio señaló que su situación socioeconómica era regular o mala, razón principal por la cual buscaban reintegrarse al mercado laboral. Al respecto, la población geriátrica se encuentra en desventaja en la búsqueda de alguna actividad laboral a la cual incorporarse, debido a que es considerada de menor utilidad al no poder someterla a los diversos dispositivos de los que el capital hace uso en los procesos de trabajo para aumentar el plusvalor, como son los aumentos en las jornadas laborales o el incremento en la intensidad del trabajo (Boundi, 2017).

En dicho contexto, en el transcurso de la trayectoria laboral de las personas adultas mayores encuestadas, se observó un incremento significativo en la proporción de individuos que se desempeñaron en el sector informal durante su último empleo. Este

fenómeno puede atribuirse a la baja demanda de mano de obra en el sector formal, cuya estructura parecen resistirse a invertir en 'capital humano' conformado por un grupo etario frecuentemente atravesado por diversos estigmas y que a su vez presenta un riesgo más alto de retiro definitivo. Así mismo, los modos de producción capitalista actuales demandan ciertos conocimientos especializados, así como el uso de tecnologías, situación que coloca a la población de adultos mayores en una desventaja dentro del mercado laboral (Boundi, 2017; Paz, 2011).

Referente al tipo de actividad realizada, los resultados muestran una proporción mayor de personas que se desempeñaron en labores manuales o de comerciantes a lo largo de su trayectoria, observándose un incremento en el porcentaje del último trabajo reportado por los encuestados. Esto puede deberse a que, bajo el neoliberalismo, el mercado laboral se ha polarizado; por un lado, se promueve el trabajo altamente calificado y por el otro, provoca un incremento del trabajo manual en condiciones precarias, la cuales se enmarcan principalmente en la informalidad (Nájera, 2015).

En relación con lo anteriormente expuesto, la precariedad laboral se ha vinculado con la exposición a riesgos y exigencias potencialmente estresantes, los cuales impactan de forma negativa en la salud de la población trabajadora. Tales condiciones pueden presentarse en alteraciones como el deterioro cognitivo o la presencia de síntomas depresivos, los cuales, de acuerdo con la literatura, mantienen una relación bidireccional con el aislamiento social (García et al, 2016; de Jesús, et al, 2020; Moreno et al, 2017). No obstante, la presente investigación no encontró asociaciones estadísticamente significativas, lo cual sugiere la necesidad de profundizar en el análisis de dichas variables a través de un enfoque metodológico longitudinal.

En suma, a pesar de los muy extendidos estereotipos que han estigmatizado a la vejez persisten y tienden a excluir a las personas adultas mayores, estos discursos no necesariamente se corresponden con la realidad. La vejez lejos de ser un problema representa un logro, por lo tanto, gran parte del problema recae en que la estructura económica y social neoliberal sentó sus bases en la producción y reproducción de la fuerza de trabajo por y para el capital. En ese sentido, resulta necesario replantearse

desde una visión crítica los límites y problemas de este modelo tales como la alienación y la explotación, para así poder lograr una sociedad libre de estigmas relacionados con la edad.

9. Fortalezas y limitaciones de la investigación

El uso de instrumentos adaptados y validados para población mexicana como el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) para la detección de deterioro cognitivo leve y la Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems para la evaluación del estado afectivo de los adultos mayores, así como de la versión traducida y adaptada de la Escala de Red Social Lubben-6 (LSNS-6) para la detección de un posible aislamiento, representaron una fortaleza de la presente investigación al ser herramientas que aportaron confiabilidad a los resultados obtenidos.

Así mismo, la utilización de una versión modificada de la Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral de los Adultos Mayores, propuesta por Morales y colaboradores (2018) permitió cuantificar aquellas características del trabajo que pudieron representar un impacto sobre la salud de los individuos que conformaron la muestra de estudio.

Respecto a las limitaciones, el diseño transversal de la presente investigación no permitió establecer causalidad ya que no es posible establecer una secuencia temporal entre las variables de deterioro cognitivo, depresión y aislamiento con la trayectoria laboral. Además, el uso de medidas subjetivas sólo permite una aproximación a la realidad de los sujetos encuestados, de igual forma, algunas preguntas pueden no aportar datos suficientes para obtener resultados más precisos.

Por otro lado, resulta importante señalar que, debido a que la muestra de estudio se conformó en su totalidad por personas adultas mayores que se encontraban en la búsqueda activa de integrarse a alguna actividad laboral, existe la posibilidad de que se presentara un sesgo del trabajador sano.

Finalmente, a pesar de la validez interna de la investigación, los resultados obtenidos podrían no ser representativos en otras poblaciones debido a que las condiciones metodológicas utilizadas pueden variar en función del contexto social, político y cultural.

10. Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la asociación entre la presencia de deterioro cognitivo, síntomas depresivos y aislamiento con la trayectoria laboral de las adultas mayores que acudieron al programa de vinculación productiva (INAPAM) en la Ciudad de México, tomando en consideración las posibles variables de confusión.

Entre los hallazgos más relevantes en torno a las características sociodemográficas de la muestra de estudio, las personas que asistieron a las oficinas de vinculación productiva se encontraron principalmente en un rango de edad entre los 60 a 69 años, con una participación ligeramente mayor de hombres. Así mismo, es posible destacar un porcentaje más alto de adultos mayores que contaba con estudios de nivel medio superior o equivalente.

En cuanto a la percepción del nivel socioeconómico, la mayor parte de los encuestados consideró encontrarse en una situación regular o mala, contrastando con que más de la mitad de los adultos mayores declaró ser la persona encargada de aportar la mayoría de los ingresos del hogar, lo cual puede suponer una condición de vulnerabilidad.

Conforme lo antes señalado, el Programa de Pensión para el Bienestar fue una de las principales fuentes de ingresos económicos, con una mayor proporción de beneficiarios respecto a aquellos con acceso a una pensión contributiva. Además, la principal razón para la búsqueda de empleo por la mayor parte de los adultos mayores al momento de responder la encuesta fue la necesidad económica.

Referente al estado de salud reportado por los adultos mayores, la mitad de la muestra declaró contar con un diagnóstico previo de enfermedad crónica, siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 las de mayor prevalencia, lo cual resulta

paradójico con el hecho de que más de la mitad de los encuestados consideró gozar de una salud buena, muy buena o excelente.

Por otro lado, alrededor de una cuarta parte de la muestra de estudio fue identificada con probable deterioro cognitivo. Conforme lo antes mencionado, en el análisis de asociación multivariado destaca que las mujeres y las personas mayores de 65 años mostraron mayores posibilidades de presentar deterioro cognitivo, sin embargo, es necesario señalar que dichas variables no son determinantes en el desarrollo de esta alteración, ya que es importante tomar en consideración su interacción con otros factores biológicos y ambientales.

Así mismo, otro hallazgo relevante es que aquellas personas que contaron con una educación básica o menor mostraron posibilidades más altas de desarrollar alguna alteración del estado cognitivo aún en el modelo ajustado. Resulta relevante mencionar que, aunque el acceso a una pensión contributiva y la presencia de enfermedades crónicas representaron una mayor probabilidad de deterioro cognitivo, únicamente mostraron asociación en el análisis bivariado.

Respecto a la presencia de síntomas depresivos, se observó que una cuarta parte de los encuestados mostró dicha alteración del estado emocional. En el modelo de regresión logística, las mujeres, personas con ingresos personales mensuales inferiores a diez mil pesos, aquellos que reportaron dormir seis horas o menos durante la noche e individuos con una percepción socioeconómica regular o mala tuvieron mayores posibilidades de presentar depresión. Aunque otras variables mostraron asociación en el análisis bivariado, estas perdieron significancia al encontrarse influenciadas por el nivel socioeconómico en el modelo ajustado.

Por su parte, alrededor de una tercera parte de los adultos mayores se identificó con posible aislamiento social. En el análisis de asociación multivariado, aquellos con un nivel de estudios básico o menor, individuos sin acceso a una pensión formal y quienes habitaban una vivienda prestada mostraron posibilidades más altas de aislarse.

En cuanto a la trayectoria laboral, más de la mitad de las personas que conformaron la muestra comenzaron a trabajar antes de alcanzar la mayoría de edad, se ubicaron en el sector formal y realizaron trabajos principalmente manuales o en actividades relacionadas al comercio.

Un hallazgo importante es que, a pesar de las hipótesis iniciales, donde las personas adultas mayores clasificadas en una trayectoria laboral de mayor desgaste presentarían un posible deterioro cognitivo, síntomas depresivos y/o aislamiento, no se encontró evidencia significativa de asociación en los modelos de regresión logística.

Conforme lo antes mencionado, los resultados obtenidos en la presente investigación sugieren que la información obtenida en torno a los últimos cinco trabajos en los que se desempeñaron las personas adultas mayores encuestadas pudo no ser suficiente para analizar el impacto sobre las variables dependientes, por lo que resulta necesario incluir factores como el tiempo de exposición a riesgos y exigencias propias de cada actividad laboral, así como la determinación de horarios de trabajo semanal que permitan cuantificar con mayor precisión el nivel de desgaste fisiológico y mental, derivado de las condiciones laborales. Finalmente, se considera de particular relevancia identificar con exactitud el tipo de afecciones a la salud que pudieran estar relacionadas con las características del trabajo para una reconstrucción de la trayectoria laboral más precisa.

11. Recomendaciones

La presente investigación, permitió indagar en torno a las condiciones sociodemográficas, de salud y de la trayectoria laboral de las personas que acudieron a las oficinas de vinculación productiva del INAPAM, así mismo, fue posible visibilizar la situación en la que se encuentran los adultos mayores de la Ciudad de México que buscan reinsertarse al mercado laboral. En ese sentido, a continuación, se presentan algunas recomendaciones en tres niveles para promover la inclusión laboral y social de este grupo etario.

Programas de empleo:

- Crear políticas que incentiven a las empresas al aumento de la empleabilidad de personas con una edad de 60 años o más mediante la creación de puestos alternativos de trabajo que motiven a los adultos mayores y permitan desarrollar sus capacidades físicas, mentales y sociales.
- Fomentar programas dirigidos al emprendimiento de grupos de personas de 50 años o más que puedan hacer uso de su experiencia laboral acumulada en algún negocio que a su vez permita a otros adultos mayores integrarse en la actividad laboral.
- Establecer programas de voluntariado para adultos mayores en labores que garanticen una remuneración económica de acuerdo con su actividad.
- Capacitar al sector empresarial incluyendo a las pequeñas y medianas empresas respecto a la inclusión y no discriminación de personas adultas mayores al sector laboral.
- Promover entornos saludables en los centros de trabajo con la finalidad de disminuir riesgos y exigencias a los que las personas adultas mayores se exponen en el ejercicio de su actividad.

Programas de atención comunitaria:

- Crear programas de acompañamiento a personas adultas mayores de manera individual como grupal que les permita obtener herramientas psicosociales que otorguen una mayor capacidad de resiliencia en esa etapa del ciclo vital.
- Establecer programas que fomenten la integración social a través de talleres, jornadas de salud, seminarios y actividades que fortalezcan las habilidades sociales de las personas adultas mayores, abriendo espacios de acceso a la cultura y el esparcimiento.
- Llevar a cabo acciones de prevención al maltrato y la discriminación de los adultos mayores, mediante campañas de sensibilización desde un enfoque interdisciplinario, capacitación continua a los profesionales de la salud, así como programas intergeneracionales en instituciones educativas.

Programas de apoyo económico y de vivienda:

- Otorgar aportes financieros a los adultos mayores jubilados cuyas pensiones sean bajas, con la finalidad de mejorar o complementar el monto final de la pensión.
- Establecer mecanismos de apoyo financiero complementario dirigido a mujeres adultas mayores cuya trayectoria laboral haya sido discontinua, con el propósito de compensar la brecha en sus ingresos por pensión.
- Proporcionar a las personas de 60 años o más que cuentan con bajos ingresos el acceso a conjuntos habitacionales de vivienda individual en calidad de comodato.

Bibliografía

- Abaunza C., Mendoza M., Bustos P., Paredes G., Enriquez K., Padilla A. (2014). Concepción del adulto mayor. En *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia* (p.p. 60-98). Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social.
<https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>.
- Abrams, L. y Mehta, N. (2019). Changes in depressive symptoms over age among older Americans: Differences by gender, race/ethnicity, education, and birth cohort. *SSM-Population Health*, 7 <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100399>
- Agudelo, M. y Medina, R. (2014). Dependencia de las personas adultas mayores en L. Gutiérrez (Ed.), *Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años* (pp. 1-29). Academia Nacional de Medicina
<https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Aguilar B. (2015). Los contornos de la enfermedad. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 30 (2), 132-130. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479747284004>
- Albanesi, R. (2015). Historia reciente del trabajo y los trabajadores. Apuntes sobre lo tradicional y lo nuevo, lo que cambia y permanece en el mundo del trabajo. *Trabajo y Sociedad* (25), 387-403.
- Almeida-Meza, P., Steptoe, A. y Cadar, D. (2020). Markers of cognitive reserve and dementia incidence in the English Longitudinal Study of Ageing. *The British Journal of Psychiatry*, 218 (15) <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.54>

- Álvarez, H., y Pérez, E. (2004). Causalidad en medicina. *Gaceta médica de México*, 140 (4), 467-472. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000400018
- Álvaro, P., Roberts, R. y Harris, J. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*, 36 (7), 1059-1068 <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>
- American College of Sports Medicine, Chodzko, W., Proctor, D., Fiatarone, M., Minson, C., Nigg, C., Salem, G., y Skinner, J. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and science in sports and exercise*, 41(7), 1510–1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>
- Anguiano, A. y Ortiz, R. (2013). Reforma laboral en México: precarización generalizada del trabajo. *El Cotidiano*, 182, 95-104.
- Aparicio, A. (6 de abril de 2010). Economía mexicana 1910-2010: Balance de un siglo, Estado y revolución: Balance de un siglo y balance de la situación económica del país. Conmemoración del Bicentenario de la Independencia y del Centenario de la Revolución “Pasado, Presente y Perspectivas de México”. Ciudad Universitaria, México, D.F.
- Araujo, G. (2009). Cuidado de la salud del adulto mayor. En Instituto Nacional de Salud Pública (Eds.), *Gaceta de Viva Voz*, 8. Investigación en salud y grupos vulnerables (pp 16-27). <https://insp.mx/images/stories/INSP/Docs/gacetitas/2009/DVVnoviembre.pdf>
- Ardito, C., d'Errico, A. y Leombruni, R. (2014). Exposure to psychosocial factors at work and mental well-being in Europe. *La Medicina del Lavoro*, 105 (2), 85-99 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24909041/>

- Ariovich, L., y Raffo, M. (2010). Los desafíos del uso combinado de un cuestionario estructurado y un calendario de historia de vida para el estudio de trayectorias laborales. *Revista de estudios regionales y mercado de trabajo*, (6), 217-238.
- Aronsson, A. (2023). The consequences of informal employment on workers' health and family well-being in Europe. *European Journal of Public Health*, 33 (S2) <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1334>
- Arpey, N., Gaglioti, A., y Rosenbaum, M. (2017). How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8 (3), 169-175 <https://doi.org/10.1177/2150131917697439>
- Arredondo A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (3), 254-261. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300005>
- Awda, S. (2025). Chronic stress-induced neuroplasticity in the prefrontal cortex: Structural, functional, and molecular mechanisms from development to aging. *Brain Research*, 1851 <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2025.149461>
- Ayala, L. (2020). Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores. *Ene*, 14(3).
- Azizabadi, Z., Aminisani, N. y Emamian, M. (2022). Socioeconomic inequality in depression and anxiety and its determinants in Iranian older adults. *BMC Psychiatry*, 22 (761) <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04433-w>
- Babanov, S. (2021). The healthy/unhealthy worker effect as a phenomenon of occupational selection and the causation problem. 9, 6-15. <https://doi.org/10.33920/MED-12-2109-01>

- Bai, W., Chen, P., Cai, H., Zhang, Q., Su, Z., Cheung, T., Jackson, T., Sha, S., & Xiang, Y. T. (2022). Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age and ageing*, 51(8). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac173>
- Baldivia, B., Andrade, V., y Bueno, O. (2008). Contribution of education, occupation and cognitively stimulating activities to the formation of cognitive reserve. *Dementia & Neuropsychologia*, 2(3), 173-182. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN20300003>
- Banda, H. y Chacón, S. (2005). La crisis financiera mexicana de 1994: una visión política-económica. *Foro Internacional*, XLV (3), 445-465.
- Barrutia, I., Danielli, J. y Solano, Y. (2022). Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100016&lng=es&tlng=es.
- Barulli, D. y Stern, Y. (2013). Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: emerging concepts in cognitive reserve. *Trends in Cognitive Sciences*, 17 (10), 502-509 <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.08.012>
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C., Moreno-Banda, G., Carnalla, M., Rivera, J., Romero-Martínez, M., Barquera, S., Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México. *Ensanut 2022 Salud Publica de Mex*. <https://doi.org/10.21149/14832>
- Beaman, S., Beaman, P. E., García Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cong. Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(1), 1-11.

- Benavides C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40 (2), 107-112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Bendassolli, P. (2024). Work and depression: A meaning-making perspective. *Culture and Psychology*, 30 (4) <https://doi.org/10.1177/1354067X241226452>
- Benjet, C., Borges, G., Medina, ME., Fleiz, C., y Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Beydoun, M., Shaked, D., Tajuddin, S., Weiss, J., Evans, M., y Zonderman, A. (2020). Accelerated epigenetic age and cognitive decline among urban-dwelling adults. *Neurology*, 94 (6), e613-e625 <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000008756>
- Bizouarn, P. (2012) Kenneth J. Rothman and multicausality in epidemiology. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 60 (1), 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.08.067>
- Blumen, H., Jayakody, O., Ayers, E., Barzilai, N., Habeck, C., Milman, S., Stern, Y., Weiss, E. y Verghese, J. (2024). Cognitive reserve proxies are associated with age-related cognitive decline—Not age-related gait speed decline. *Neurobiology of Aging*, 141, 46-54 <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2024.05.012>
- Bohórquez J. (2020). De la ciudad enferma. Platón e Hipócrates. *Revista Discusiones Filosóficas*, 21 (37), 94-113. <https://doi.org/10.17151/difil.2020.21.37.6>
- Boundi, F. (2017). La producción como origen del plusvalor en la teoría marxista. *Apuntes del Cenes*, (36) 64, 15-46. <https://doi.org/10.19053/01203053.v36.n64.2017.5598>

- Bracke, P., Deraduelle, K., Dereuddre, R. y Van de Velde, S. (2020). Depression in women and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries. *Social Science & Medicine*, 267 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113354>
- Brüning, K. (2019). Depresión en adultos mayores: Una mirada desde la medicina familiar. Departamento de medicina familiar. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>
- Burgard, S., Elliot, M., Zivin, K., Casa, K. (2013). Condiciones de trabajo y síntomas depresivos. Un estudio prospectivo de adultos estadounidenses. *Revista de Medicina Ocupacional y Ambiental*. 55 (9), 1007-1014. 10.1097/JOM.0b013e3182a299af
- Campohermoso, O., Soliz, R., y Zúñiga, W. (2014). Hipócrates de Cos, Padre de la Medicina y de la Ética Médica Hippocrates, Father of Medicine and Medical Ethics. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 55(1), 59-68 http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762014000100008
- Campos-Nonato, I., Oviedo-Solís, C., Vargas-Meza, J., Ramírez-Villalobos, D., Medina-García, C., Gómez-Álvarez, E., Hernández-Barrera, L., & Barquera, S. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública De México*, 65, s169-s180. <https://doi.org/10.21149/14779>
- Cancino, M. y Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 34 (3) <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>
- Capron, G. y González, S. (2010). Movilidad residencial de los adultos mayores y trayectorias de vida familiares en la ZMVM. *Alteridades*, 20 (39) https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172010000100006

- Cárdenas, E. (2015). La economía en el dilatado siglo XX, 1929-2009. En S. Kuntz (2ª Ed), Historia económica general de México: de la Colonia a nuestros días (pp. 545-854). El Colegio de México.
- Cardona, J. (2015). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. Archivos de medicina, 16 (1), 183-191. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273846452019>
- Carmona, S. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento, 3(8), 393-401.
- Carretero, J., Cueva, B., Vidal, A., Rigo, M. y Lobato, R. (2017). Economía informal: un problema de salud laboral. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 20 (1) <https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2017.20.01.5>
- Cassarino, M. y Setti, A. (2015). Environment as ‘Brain Training’: A review of geographical and physical environmental influences on cognitive ageing. Aeging Research Reviews, 23, 167-182 <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.06.003>
- Castilla, F. (2001). El “Estado de Naturaleza”: la comunidad primitiva y el pensamiento de Marx. Utopía y Praxis Latinoamericana, 6(13), 86-106.
- Castro, M., Ramírez, S., Aguilar, L., Díaz, V. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. 39(4), 132-137. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp064b.pdf>
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2023). *Análisis sobre la situación económica al cuarto trimestre de 2022*. Palacio Legislativo de San Lázaro, Ciudad de México. <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/documento/2023/cefp0062023.pdf>

- Cerecero, D., Macías, F., Arámburo, T., Bautista, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62 (6), 840-850. <https://doi.org/10.21149/11558>
- Chandia, D. y Neira, D. (2023) Revisión sistemática sobre trayectorias laborales profesionales. *Trabajo y sociedad*, 40, 295-313.
- Chia-Huei, L., Shang-Lin, C., Yates, P., Wen-Chii, T., Meei-Shyuan, L. y Li-Chi, C. (2017). Influence of Socioeconomic Status and Perceived Barriers on Physical Activity Among Taiwanese Middle-Aged and Older Women. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(4), 321-330 <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000354>
- Choreño, J., De la Rosa, T., Guadarrama, P. (2020) Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Med Int Méx.* 36 (6): 807-824. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3203>
- Cirami, L., y Ferrari, L. (2018). ¿Cómo investigar las trayectorias laborales? Revisión bibliográfica sistemática y análisis de los principales enfoques teórico-metodológicos. *Anuario de Investigaciones*, 35-41.
- Cole, M. y Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 60 (6) <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Colmenares, F. (2008). Petróleo y crecimiento económico en México 1938-2006. *Economía UNAM*, 5(15), 53-65. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2008000300004
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*. Santiago.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Inclusión y derechos de las personas mayores*. Santiago.

CONAPO (12 de enero de 2022). Situación sociodemográfica de la población de 60 años y más con base en el Censo de Población y Vivienda 2020. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-sociodemografica-de-la-poblacion-de-60-anos-y-mas-con-base-en-el-censo-de-poblacion-y-vivienda-2020>

CONAPO (30 de septiembre de 2021). *Día internacional de las personas de edad*
<https://www.gob.mx/conapo/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-284170?idiom=es>

CONEVAL (2020). *Pobreza y personas mayores en México 2020*. Gobierno de México.
https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/adultos_mayores/Pobreza_personas_mayores_2020.pdf

CONEVAL (2024). *Estructura de ponderación 2024 del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) y sus efectos en la medición de la pobreza multidimensional*.
https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Lineas_de_Pobreza_por_Ingresos/Nota_tecnica_ajuste_LPI_INPC_2024.pdf

Consejo Nacional de Población (2019). *Proyecciones de la población de México y de las Entidades Federativas*. Gobierno de México.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487366/33_RMEX.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario oficial de la Federación 8 (2023).
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_270818.pdf

- Cordera, R. (2008). Introducción en Rolando Cordera y Carlos Javier Cabrera Adame, *El papel de las ideas y las políticas en el cambio estructural en México*, (núm. 99, pp. 21-23), Fondo de Cultura Económica.
- Cota, R. y Navarro, A. (2016). Análisis del concepto de empleo informal en México. *Revista Análisis Económico*, 31 (78), 125-144
<https://www.redalyc.org/journal/413/41347447007/html/>
- Covarrubias, A., y Arana, F. (2023). Precariedad laboral en México: una comparación entre jóvenes y adultos asalariados en México: 1995-2019. *Papeles de Población*. 28. 49-75. 10.22185/24487147.2020.111.03.
- Cristancho, L. (2022). El concepto de trabajo: Perspectiva histórica. *Secuencia*, (112), e1827. Epub 07 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i112.1827>
- Cui, C., Yu, T., Zhai, Y., Zhang, S., y Su, Z. (2024). Prevalence of cognitive impairment and its associated factors in middle-aged and elderly people in Anhui Province, China: An observational study. *Medicine*, 103 (36) <https://doi.org/10.1097/md.00000000000039587>
- Da Rosa, S., Chalfin, M., Baasch, D., y Soares, J. (2011). Sentidos y significados del trabajo: Un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas en Psicología. *Universitas Psychologica*, 10(1), 175-188.
- Dang, T. y Sukontamarn, P. (2023). Education and Geriatric Depression in Vietnam: Investigating Gender Differences Using Path Analysis. *Ageing International*, 48, 1204-1220
<https://doi.org/10.1007/s12126-023-09525-w>
- De Garay, A. y Miller, D. (2014). Las vicisitudes de la desigualdad educativa en México. Diferencias por género y localidad de residencia entre jóvenes en edad universitaria. *Universidades*, 59, 47-67. <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=37332547006>

- de Jesús, Y., Álvarez, M., Álvarez, H., Jaimes, D., y Alvarado, E. (2020). Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguito Maxda, Estado de México. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(5) <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2478>
- De la Garza, E. (2006). Introducción: del concepto ampliado de trabajo al de sujeto laboral ampliado. *Teorías sociales y estudios del trabajo. Nuevos enfoques*, 1-17.
- De la Garza, E. (2009). *Hacia un concepto ampliado de trabajo en Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*. Vol. I. Editorial CAICyT CLACSO
- Deng, Y. y Paul, D. (2018). The Relationships Between Depressive Symptoms, Functional Health Status, Physical Activity, and the Availability of Recreational Facilities: a Rural-Urban Comparison in Middle-Aged and Older Chinese Adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25, 322-330 <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9714-3>
- Derry, H., Fagundes, C., Andridge, R., Galser, R., Malarkey, W. y Kiecolt, J. (2013). Lower Subjective Social Status Exaggerates Interleukin-6 Responses to a Laboratory Stressor. *Psychoneuroendocrinology*, 38 (11), 2676-2685 <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.06.026>
- Díaz, L. (1998). *Psicología del trabajo y las organizaciones. Concepto, historia y método*. La laguna.
- Díaz, L. (2017). De la demencia al trastorno neurocognitivo. En Roche AG, Castañeda C, Ocampo J (Eds.), *Psicogeriatría. Temas Selectos*, (113-115). Academia Mexicana de Patología Dual.

- Díaz-Orueta, U., Buiza-Bueno, C. y Yanguaz-Lezaun, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45 (3), 150-155 <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.12.007>
- Dove, A., Shang, Y., Xu, W., Grande, G., Laukka, E., Fratiglioni, L. y Marseglia, A. (2021). The impact of diabetes on cognitive impairment and its progression to dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 17 (11), 1769-1778 <https://doi.org/10.1002/alz.12482>
- Dove, A., Wang, J., Huang, H., Dunk, M., Sakakibara, S., Guitart, M., Papenberg, G. y Xu, W. (2024). Diabetes, Prediabetes, and Brain Aging: The Role of Healthy Lifestyle. *Diabetes Care*, 47 (10), 1794-1802 <https://doi.org/10.2337/dc24-0860>
- Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. ENASEM 2018: Manual del entrevistador (2018). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. http://mhasweb.org/Resources/DOCUMENTS/2018/Manual_del_Entrevistador_MHAS_ENASEM_2018.pdf
- Epinoza, J. y Rodriguez, K. (2022) Política económica neoliberal en México. *Revista Enfoques*, 20 (37), 55- 102 <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8974614.pdf>
- Fang, M., Mirutse, G., Guo, L. y Ma, X. (2019). Role of socioeconomic status and housing conditions in geriatric depression in rural China: a cross-sectional study. *BMJ Open*, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024046>
- Feldberg, C., Stefani, D., Tartaglioni, M., Hermida, D., García, L., Somale, M., y Allegri R. (2020) La influencia de la educación y la complejidad laboral en el desempeño cognitivo de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Ciencias Psicológicas*, 14(1): e2197

- Félix-Vega, C., Spijker, J. y Zueras, P. (2021). Sistema de pensiones y apoyo social a adultos mayores en México 1979-2019. *Papeles de población*, 27(110), 79-107
<https://doi.org/10.22185/24487147.2021.110.31>
- Fernández, L. (2008). Reforma laboral en América Latina. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 2(2), 70-78.
- Fernández, L. y Gómez, G. (2023). Trabajo informal y psicología: heterogeneidad conceptual. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 13 (26), 20-27
[https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol_13_No_26/REP13\(26\)_ART_2.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol_13_No_26/REP13(26)_ART_2.pdf)
- Fernández, R. (2011). Limitaciones y posibilidades de la edad. En Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Eds.), *Envejecimiento Activo, Libro Blanco* (pp. 105-148).
- Fernández-Jiménez, C., Dumitrache, C., Rubio, L. y Ruiz-Montero, P. (2022). Self-perceptions of ageing and perceived health status: the mediating role of cognitive functioning and physical activity. *Ageing & Society*, 44 (3) <https://doi.org/10.1017/S0144686X22000332>
- Fineschi, R. (2019). Hacia una teoría política inspirada en R. Escorcía y G. Caligaris, *El capital en sujeto capital-sujeto revolucionario. Análisis crítico del sistema capitalista y sus contradicciones* (pp. 29-60). Editorial Itaca.
- Flores, L., y Salas, I. (2018). Calidad del empleo en grupos socialmente vulnerables en México. El caso de los adultos mayores. *Economía, sociedad y territorio*, 18(56), 1-33.
<https://doi.org/10.22136/est20181066>

- Fujii, K., Fujii, Y., Kubo, Y., Tateoka, K., Liu, J., Nagata, K., Wakayama, S. y Okura, T. (2021). Association between Occupational Dysfunction and Social Isolation in Japanese Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Environmental Research and Public Health*, 12 (18) <https://www.doi.org/10.3390/IJERPH18126648>
- Gallego, A., García, J., Pallás, C., Rando, A, San Miguel, MJ., Sánchez, F., Colomer, J., Cortés, O., Esparza, MJ., Galbe, J., Mengual, J. (2023). Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). *Revista Pediatría Atención Primaria*. 22(86) 195-206. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000300015&lng=es.
- García J., Puche J. (2016). Reforma sanitaria, salud pública y bienestar biológico durante la industrialización española: el caso de Alcoy 1840-1915. *Asclepio*, 68 (1), 128. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.07>
- García, C. (2017). Perspectiva histórico-sociales del paradigma de la salud. *Revista Con-Ciencia* 2 (5), 63-77. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1178834>
- García, J. (2015). El pensamiento precientífico sobre la salud y la enfermedad. *Ciencias Psicológicas*, 9 (2), 337-349. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545411010>
- García, M. (2012). Medicina y arte. La revolución de la anatomía en el Renacimiento. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 35 (1), 25-27. [https://doi.org/10.1016/S2013-5246\(12\)70015-6](https://doi.org/10.1016/S2013-5246(12)70015-6)
- García-Chanes, R., Rojas-Huerta, A. y Tolentino-Arellano, H. (2024). Características y condiciones de salud en las personas mayores que laboran en México. Un análisis comparativo entre cohortes y sexo. *Gaceta Médica de México*, 160 (3), 337-344. <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.24000160>

- García-García, J. A., Reding-Bernal, A., y López-Alvarenga, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 217–224. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72715-7)
- Garfias, O. (2022). La salud de los trabajadores a través de la historia. En Bohórquez A (Ed.), *Salud en el trabajo. Conferencia Interamericana de Seguridad Social* (pp. 37-50). Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Garrido, C. (2000). Crisis financiera y desarrollo económico en México. Factores estructurales y desafíos para el futuro. *El Cotidiano*, 16(102), 5-17.
- Garzón, M., Rodríguez, F., Segura, A., Cardona, D., Saldarriaga, P., Giraldo, A., Aguelo, C., Ortiz, A. y Marulanda, S. (2023) Síntomas de depresión y factores relacionados en trabajadores con empleos de subsistencia en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52 (S1), 92-104 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.011>
- Gené-Badía, J., Ruiz, M., Obiols, N., Oliveras, L. y Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención Primaria*, 48 (9) <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Giró, J. (2004). El significado de la vejez en Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar. *Universidad de la Rioja*, 19-45.
- Gomes Goncalves, N., Mininel de Medeiros, G., Ciciliati, A., Contrera Avila, J., Bertola, L., Ferri, C., Wong, R., & Kimie Suemoto, C. (2025). Association between occupational complexity and cognitive function in older adults from Brazil and Mexico. *Neuroscience*, 568, 446–453. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2025.01.051>
- Gómez, C., Delgado, M. (2006). Apuntes sobre causalidad. *Revista colombiana en psiquiatría*, 35 (1), 96-104. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635109>

- González, J. (2003). La producción en serie y la producción flexible: Principios, técnicas organizacionales y fundamentos del cambio. UAM-A.
- Gracia, A., Santabárbara, J., López, R., Tomás, C., y Marcos, G. (2016). Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 90.
- Granero, M., Perman, G., Peña, F., Barbaro, C., Zozaya, M., Infantino, V., Abdul, D., Giardini, G., Ramos, R. y Terrasa, S. (2020). Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77. 296-300.
- Guerra, P. (2011). *Sociología del trabajo*. Montevideo: Kolping Uruguay.
http://www.kolping.org.uy/sites/default/files/contenidos/publicaciones/archivos/Kolping_Libro_SDT_dig.pdf
- Guerra-Orozco, S., Acosta-Chávez, D., y Guerra-Bretaña, Rosa. (2021). Formación continua y calidad de vida de los adultos mayores. *Educación Médica Superior*, 35(4).
- Han, F., Luo, C., Lv, D., Tian, L., & Qu, C. (2022). Risk Factors Affecting Cognitive Impairment of the Elderly Aged 65 and Over: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in aging neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.903794>
- Hernández, A. (2007). Orígenes y antecedentes del EZLN. *Espacios Públicos*, 10(19), 264-283.
- Hernando, M. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. En Giró M (Ed.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 37-64).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756876>
- Hinata, A., Wantabe, Y., Kitamura, K., Ito, Y., Takachi, R., Tsugane, S., Tanaka, J., Sasaki, A., Narita, I. y Nakamura, K. (2021). Education, household income, and depressive symptoms

- in middle-aged and older Japanese adults. BMC Public Health, 21 (2120)
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12168-8>
- Hong Teo, R., Hui Cheng, W., Jie Cheng, L., Lau, Y., Tiang Lau, S. (2023) Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. Archives of Gerontology and Geriatrics, 107
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>
- Hong, F., Tu, S., Sheng, J. y Saho, A. (2019). Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. Journal of Cellular and Molecular Medicine, 23 (4), 2324-2332 <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762011004457?via%3Dihub>
- Hybels, C., Blazer, D., Eagle, D. y Proeschold-Bell, R. (2020). Age differences in trajectories of depressive, anxiety, and burnout symptoms in a population with a high likelihood of persistent occupational distress. International Psychogeriatrics, 34 (1), 21-32
<https://www.doi.org/10.1017/S1041610220001751>
- IMSS (2015). Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
- INAPAM (19 de septiembre de 2023). Vinculación Productiva para Personas Adultas Mayores, el trámite es gratuito. <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/vinculacion-productiva-para-personas-adultas-mayores>
- INAPAM (2022). *Programa anual de trabajo 2022*
<https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/PAT2022.pdf>

- INEGI (2005). *Los Adultos Mayores en México: Perfil Sociodemográfico al Inicio el Siglo XXI*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- INEGI (2021). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)*
<https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2021/>
- INEGI (2022a). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicación Social. Gobierno de México:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
- INEGI (2022b). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición. Comunicación Social. Gobierno de México: <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>
- INEGI (2022c). *Encuesta Nacional de Trabajo Infantil*
<https://www.inegi.org.mx/programas/enti/2022/>
- INEGI (2023). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva, 2021*
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
- INEGI (2024a). *Empleo y Ocupación*. <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/>
- INGER (2022). Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional. Gobierno de México: <https://www.gob.mx/inger/documentos/guia-de-instrumentos-de-evaluacion-de-la-capacidad-funcional>
- INSP (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales.
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/informes.php>

- Iraniparast, M., Shi, Y., Wu, Y., Zeng, L., Maxwell, C. J., Kryscio, R. J., St John, P. D., SantaCruz, K. S., y Tyas, S. L. (2022). Cognitive Reserve and Mild Cognitive Impairment: Predictors and Rates of Reversion to Intact Cognition vs Progression to Dementia. *Neurology*, 98(11), e1114–e1123 <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200051>
- Jia, L., Du, Y., Chu, L., Zhang, Z., Li, F., Lyu, D., Li, Y., Li, Y., Zhu, M., Jiao, H., Song, Y., Shi, Y., Zhang, H., Gong, M., Wei, C., Tang, Y., Fang, B., Guo, D., Wang, F., Zhou, A., ... COAST Group (2020). Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *The Lancet. Public health*, 5(12), e661–e671 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30185-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30185-7)
- Jiménez de Sandi, A. (2019). Los desaciertos históricos de la políticas educativa y el "desarrollo compartido" de Luis Echeverría. *Encrucijada Revista Electrónica Del Centro De Estudios En Administración Pública*, (32), 1–23. <https://doi.org/10.22201/fcpys.20071949e.2019.32.67409>
- Jiménez, E., Mendoza, Y., Moctezuma, S., Vélez, G., y Cano, A. (2022). Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. *Gerokomos* 33(4), 230-233.
- Jiménez, M. (2009). Tendencias y hallazgos en los estudios de trayectoria: Una opción metodológica para clasificar el desarrollo laboral. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 11(1), 1–21.
- Jivraj, S., Nazroo, J., Barnes, M. (2016). Short- and long-term determinants of social detachment in later life. *Ageing and Society*, 36(5), 924-945 <https://doi.org/10.1017/S0144686X14001561>

- Juárez-Cedillo T, González-Figueroa E, Gutiérrez-Gutiérrez L. (2022). Prevalencia de Demencia y Principales Subtipos en México: El Estudio sobre Envejecimiento y Demencia en México (SADEM). Revista de la enfermedad de Alzheimer, 89 (3), 931-941 <https://doi.org/10.3233/jad-220012>
- Kánter, I. (2021). Las personas mayores a través de los datos censales de 2020. Mirada Legislativa, (204), 1-21
- Karabchuk, T. y Soboleva, N. (2014). Informal Employment and Subjective Well-being in Europe: Evidence from the European Social Survey Data. Comparative Southeast European Studies, 62 (4) <https://doi.org/10.1515/soeu-2014-620403>
- Khachaturian, A., Zandi, P. y Lyketsos, C. (2006). Antihypertensive Medication Use and Incident Alzheimer Disease. JAMA Neurology 63 (5), 686-692 <https://doi.org/10.1001/archneur.63.5.noc60013>
- Khalid, D., Mohammed, S., Awadh A., Aqeel M., Osama R., Ahmed A. y Saeed, N. (2024). Social Isolation in Older Adults and its Effect on their Well-Being, JOURNAL OF HEALTHCARE SCIENCES, 4 (12), 898-904 <http://dx.doi.org/10.52533/JOHS.2024.41232>
- Kim, H., Min, J. y Min, K. (2020). The Association between Longest-Held Lifetime Occupation and Late-Life Cognitive Impairment: Korean Longitudinal Study of Aging (2006–2016). Environmental Research and Public Health, 17 (17) <https://doi.org/10.3390/ijerph17176270>
- Kobayashi, L., O'Seha, B., Wixom, B., Jones, R., Langa, K., Weir, D., Lee, J., Wong, R. y Gross, A. (2024). Lifetime occupational skill and later-life cognitive function among older adults in the United States, Mexico, India, and South Africa. Alzheimer & Dementia, 20 (3), 1933-1943 <https://doi.org/10.1002/alz.13665>

- Kröger, E., Andel, R., Lindsay, J., Benounissa, Z., Verreault, R., Laurin, D. (2008) Is Complexity of Work Associated with Risk of Dementia? The Canadian Study of Health and Aging, *American Journal of Epidemiology*, Volume (167)7, 820–830 <https://doi.org/10.1093/aje/kwm382>
- Kumsar, S., Kumsas, N., Sağlam, H., Köse, O., Budak, S. y Adsan, Ö. (2014). Testosterone Levels and Sexual Function Disorders in Depressive Female Patients: Effects of Antidepressant Treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11 (2), 529-535 <https://doi.org/10.1111/jsm.12394>
- Laird, K., Labretsky, H., Paholpak, P., Vlasova, R., Roman, M., St. Cyr, N. y Siddarth, P. (2019). Clinical Correlates of Resilience Factors in Geriatric Depression. *International Psychogeriatrics*, 21 (2), 193-202 <https://doi.org/10.1017/S1041610217002873>
- Lane, A., Windsor, T., Andel, R. y Luszcz, M. (2017). Is Occupational Complexity Associated with Cognitive Performance or Decline? Results from the Australian Longitudinal Study of Ageing. *Gerontology*, 63 (6), <https://doi.org/10.1159/000475559>
- Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, (19), 1-11. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- Lemos, M. (2015). La teoría de la alóstatís como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anales de Psicología*, 31 (2) <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361>
- Li, J., Cai, X. y Wamsiedel, M. (2024c). Perceptions, opportunities and barriers of social engagement among the Chinese older adults: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 24 (1033) <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05629-3>

- Li, Q., Cen, W., Yang, T. y Tao, S. (2024b). Development and validation of a risk prediction model for older adults with social isolation in China. *BMC Public Health*, 24 (2600) <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20142-3>
- Li, Y., Dekhtyar, S., Grande, G., Kalpouzos, G., Gregorio, C., Laukka, E. J., & Qiu, C. (2024a). Association of cognitive reserve with transitions across cognitive states and death in older adults: A 15-year follow-up study. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 20(7), 4737-4746. <https://doi.org/10.1002/alz.13910>
- Lima, M., Barreto, S., Giatti, L., y Uchôa, E. (2003) Socioeconomic circumstances and health among the brazilian elderly: a study using data from a National Household Survey, *Cad. Saúde Pública*, 19 (3) <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300007>
- Lin, Y., Zhu, T., Zhang, X. y Zeng, Z. (2024). Trends in the prevalence of social isolation among middle and older adults in China from 2011 to 2018: the China Health and Retirement Longitudinal Study. *BMC Public Health*, 24 (339) <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17734-4>
- Loaeza, S. (2010). La metamorfosis del estado en Soledad Loaeza y Jean-François Prud'homme, *Los grandes problemas de México*, (1ra Ed., Vol. 14, pp. 23-71) https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Guerrero-7/publication/235771666_Los_medios_de_comunicacion_y_el_regimen_politico/links/0912f5136958b48190000000/Los-medios-de-comunicacion-y-el-regimen-politico.pdf
- Lomelí, L. (2012). Interpretaciones sobre el desarrollo económico de México en el siglo XX. *Economía UNAM*, 9(27), 91-108.

- López B, Austria A, Santander J, Maya A, Cano EA (2021). Nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo, México. *Revista de Enfermería Neurológica*, 20 (1), 45-48. <https://doi.org/10.51422/ren.v20i1.324>
- López, L., Chipia, J. (2022). Envejecimiento y edadismo: un problema de salud pública. *Revista del Grupo de Investigación en Comunidad Social*, 7 (3). <https://doi.org/10.53766/GICOS/2022.07.03.02>
- López, S., Garrido, F., y Hernández, M. (2000). Desarrollo Histórico de la Epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*, 42 (2), 133-143 <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2382.pdf>
- Lu, S., Wu, Y., Mao, Z., & Liang, X. (2020). Association of Formal and Informal Social Support With Health-Related Quality of Life Among Chinese Rural Elders. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1351. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041351>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Kruse, W., C. Beck, J., y Stuck, A. (2006). Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Lv, T., Yu, H., Ji, Z. y Ma, L. (2024). The association between arthritis and cognitive function impairment in the older adults: Based on the NHANES 2011–2014. *PLOS ONE*, 19 (9) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310546>
- Ma, H., Shi, Z., Kim, M., Liu, B., Smith, P. J., Liu, Y., Wu, G., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI) (2024). Disentangling sex-dependent effects of APOE on diverse

- trajectories of cognitive decline in Alzheimer's disease. *NeuroImage*, 292, <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2024.120609>
- Mäcken, J., Riley, A. R., & Glymour, M. M. (2021). Cross-national Differences in the Association Between Retirement and Memory Decline. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(3), 620–631. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa223>
- Maldonado, C., Vivas, L., Gómez, L., Galvis, S., Bonilla, J. y Aristizábal, C. (2019). *Salud pública y complejidad: Historia, conceptos, ejes*. Editorial Universidad El Bosque. <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/5517effa-11c5-4c63-9c58-d7352bf55dc0/content>
- Maldonado, C., y Yáñez, M. (2014). Una aproximación al estudio del empleo en la tercera edad. *Cuadernos del CENDES*, 31(86), 95-110.
- Marengoni, A., Fratiglioni, L., Bandinelli, S., Ferrucci, L. (2011). Socioeconomic status during lifetime and cognitive impairment no-dementia in late life: the population-based aging in the Chianti Area (InCHIANTI) Study. *J Alzheimers Dis*, 24(3), 559-568. [10.3233/JAD-2011-101863](https://doi.org/10.3233/JAD-2011-101863).
- Marini, R. (1991). *Dialéctica de la dependencia*. Ediciones Era, México.
- Marioni, R., Van den Hout, A. (2012). El estilo de vida cognitivo activo se asocia con la recuperación cognitiva y un riesgo reducido de deterioro cognitivo. 223 – 230.
- Marshall, G., Michales, C., y Maluki, J. (2007) Workplace Isolation: Exploring the Construct and Its Measurement *Psychology & Marketing*, Vol. 24(3): 195–223 DOI: 10.1002/mar.20158
- Martín, L., Rivera, M. y Lardelli, P. (2020). Causalidad en epidemiología (I): los modelos clásicos. *Higiene y Sanidad Ambiental*, 20 (2), 1853-1857.

<https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline->

[files/bc5e81d4310c095_Hig.Sanid_Ambient.20.%282%29.1853-1857.%282020%29.pdf](https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc5e81d4310c095_Hig.Sanid_Ambient.20.%282%29.1853-1857.%282020%29.pdf)

Martínez, K., Marroquín, J., y Ríos, H. (2019). Precarización laboral y pobreza en México. *Análisis económico*, 34(86), 113-131.

Marx, K. (1975). Proceso de trabajo y proceso de valorización. En S. XXI (Ed.). *El capital*. 115-226. 1.

Marx, K. (1987). Manuscritos económico-filosóficos de 1844. Primer Manuscrito. El Trabajo Enajenado. En C. Marx y F. Engels, *Obras Fundamentales*, 1844, 1–43.

McEwen, B. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8 (4)
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen>

McCloy, D. y Harris, D. (1993). Robótica una introducción. Limusa <https://iertec.com/wp-content/uploads/2020/04/Mccloy-D-Robotica-Una-Introduccion.pdf>

Mecohisa (2011). El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. En Mecohisa (Eds.), *Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales* (pp. 22-38). McGraw-Hill.
<https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>

Medina, I., Chávez, A., Marín, I., Córdova, P., Hernández, N., Mireles, M. F., y García, P. (2018). Trabajo y vejez: significado del trabajo para los adultos mayores de Guadalajara. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 186–200

Medina, L. (2006). Los años de Salinas: Crisis electoral y reformas. *Centro de Investigación y Docencia Económicas*, 41, 1-42.

https://cide.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1011/181/1/000070571_documento.pdf

- Millán, B. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores Mexiquenses. *Papeles de Poblacion*, 16(64), 93–121
- Monserrat, H., y Chávez, M. (2003). Tres modelos de política económica en México durante los últimos sesenta años. *Análisis Económico*, XVIII (37), 55-80.
- Montañez, J., Díaz, S., Guerra, G. y Reyes, H. (2022). Condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos de México: análisis basado en una encuesta nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 38 (4) <https://doi.org/10.1590/0102-311XES042321>
- Montoya, B., y Montes de Oca, H. (2009). Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México. *Papeles de Población*.
- Morales, K., Zamora M. y Lazarevich I. (2018). Asociación entre la trayectoria laboral y el estado de salud actual en adultos mayores. *ORP journal*, Actas del XVIII Congreso internacional ORPconference Jurídica, 614-625.
- Morales, K., Zamora, M., Lazarevich, I. (2018). Asociación entre la trayectoria laboral y el estado de salud actual en adultos mayores. *Prevención integral*. <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2018/asociacion-entre-trayectoria-laboral-estado-salud-actual-en-adultos-mayores>
- Moreno, K., Sánchez, S., y Doubova, S. (2017). Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social. *Salud Pública de México*, 59(2), 119-120. <https://doi.org/10.21149/8078>
- Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: Una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

- Moreno, N. (2010). El cuerpo, la medicina y la tecnociencia: Apuntes históricos sobre la medicalización. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 1(3), 82-85
- Motsamai, T. y Mhaka-Mutepfa, M. (2022). Depression: Determinants That Influence the Mental Health of Older People (60 Years +) in Botswana. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8 <https://doi.org/10.1177/23337214211053121>
- Nájera, X. (2015). La afectación laboral en el esquema neoliberal. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla*, 9(17), 137-157.
- Nakashima, D., Fujii, K., Kubo, Y. y Yorozya, K. (2023). Relationships between Loneliness and Occupational Dysfunction in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Occupational Therapy International*, 2023 <https://doi.org/10.1155/2023/9505865>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>.
- Neffa, C. (2003). El trabajo según algunos filósofos, científicos y economistas desde la emergencia del capitalismo industrial hasta fines del siglo XIX. En *El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece*. Asociación Trabajo y Sociedad.
- Neffa, C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Económicas.
- Negrete, S., Najera, M., Silvia, A., Jiménez, M., Moreno, J., Luna, R., Torres, A., Ortiz, J. (2021). Efectos psicológicos y económicos en el adulto mayor debido al aislamiento social causado por la pandemia de covid-19. *Jóvenes en la ciencia*, 10. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3284>

- Ng, R., Wen, Y. y Bryan, K. (2022). Cohort profile: Singapore's nationally representative Retirement and Health Study with 5 waves over 10 years. *Epidemiology and Health*, 44 <https://doi.org/10.4178/epih.e2022030>
- Nishizawa, S., Benkelfat, C., Young, S., Leyton, M., Mzengeza, S., De Montigny, C., Blier, P. y Diksic, M. (1997). Differences between males and females in rates of serotonin synthesis in human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 94 (10), 5308-5313 <https://doi.org/10.1073/pnas.94.10.5308>
- Noriega, M. (1993). "Organización laboral, exigencias y enfermedad". En: Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. México, Panamericana, 167–188.
- 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.
- Noriega, M., y Villegas, J. (1989). El trabajo, sus riesgos y la salud. En SITUAM (Ed.), En defensa de la salud en el trabajo, 5-9.
- Nutt, D., Wilson, S. y Paterson, L. (2022). Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10 (3), 239-336 <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/dnutt>
- Ocampo, J. (2017). Envejecer en el siglo XXI. En Roche AG, Castañeda C, Ocampo J (Eds.), *Psicogeriatría. Temas Selectos* (pp.29-48). Academia Mexicana de Patología Dual.
- OMS (1 de octubre de 2022). Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS (2016). Demencia. Informe de la Secretaría. Epidemiología y carga de la demencia (EB139/3). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_3-sp.pdf

- OMS (2019). Década el Envejecimiento Saludable 2020-2030. Primer informe de progreso, marzo 2019. Suiza. https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
- OMS (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343206/9789240030749-eng.pdf?sequence=1>
- OMS (2023a). Salud mental de los adultos mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- OMS (2023b). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS (2019). *Envejecimiento Saludable: Datos y Visualizaciones* <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable-datos-visualizaciones#:~:text=Los%20a%C3%B1os%20de%20vida%20perdidos,un%20a%C3%B1o%20de%20vida%20saludable.>
- OPS (2020). *Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf
- OPS (2023). *Building better immunity: A life course approach to healthy longevity*. <https://doi.org/10.37774/9789275127445>
- Orejuela, J., y Correa, A. (2007). Trayectorias laborales y relacionales. Una nueva estética. *Revista Guillermo de Ockham*, 5(1), 59-72.
- Orozco, K., y González, C. (2021). Vulnerabilidad de salud y económica de los adultos mayores en México antes de la COVID-19. *Revista novedades en Población* (33) 13: 61-84

- Ortiz, A. (1998). El desarrollo estabilizador: reflexiones sobre una época. Mexico: El Colegio de México. <https://repositorio.colmex.mx/concern/books/gf06g5760?locale=en>
- Osorio, J. (2006). Biopoder y biocapital: El trabajador como moderno homo sacer. Argumentos, 19(52), 77-98.
- Ou, Y., Tan, C., Shen, X., Xu, W., Hou, X., Dong, Q., Tan, L. y Yu, J. (2020). Blood Pressure and Risks of Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of 209 Prospective Studies. Hypertension, 76 (1), 217-225 <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14993>
- Ovando, W., Rivera, C., y Salgado, M. (2021). Características del empleo informal en México, 2005 y 2020. Papeles de población, 27(108), 147-184. <https://doi.org/10.22185/24487147.2021.108.15>
- Pagura, N. (2010). La teoría del valor-trabajo y la cuestión de su validez en el marco del llamado "posfordismo". Trabajo y Sociedad, 14 (15), 55-69.
- Palacios, M., Tamez, S., González, R. (2014). La salud de los trabajadores y su determinación social. Salud, Ambiente y Trabajo, 171-178.
- Palacios, R. (2011). ¿Qué significa "trabajador informal"? Revisiones desde una investigación etnográfica. Revista Mexicana de Sociología, 73 (4) https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032011000400002
- Pan, Y., Chan, S., Xu, Y. y Ching, K. (2019). Determinants of life satisfaction and self-perception of ageing among elderly people in China: An exploratory study in comparison between physical and social functioning. Archives of Gerontology and Geriatrics, 84 <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103910>

- Parafita, D. (2010). Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad. Área de Salud, curso Niveles de atención en salud, Facultad de Psicología. https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf
- Parker, M., Bucknall, M., Jagger, C., & Wilkie, R. (2020). Population-based estimates of healthy working life expectancy in England at age 50 years: analysis of data from the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet. Public health*, 5(7), e395–e403. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30114-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30114-6)
- Paz, J. (2011). Los desafíos laborales del envejecimiento de la población en América Latina y el caribe. *Revista Latinoamericana de Población*, 5 (9), 123-144
- Pérez, A. y Venegas, J. (2021). Vinculación laboral en personas de la tercera edad: el caso de los empacadores voluntarios en tiendas de autoservicio. *Papeles de Población*, 27(108): 211-231. <https://doi.org/ktf5>
- Pérez, J., y Ceballos, G. (2019). Dimensionando la precariedad laboral en México de 2005 a 2015, a través del Modelo Logístico Ordinal Generalizado. *Nóesis. Revista de ciencias sociales*, 28(55), 109-135. <https://doi.org/10.20983/noesis.2019.1.6>
- Petersen, R., Caracciolo, B., Baryne, C., Gauthier, S., Jelic, V., Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*. 275(3): 214-28.
- Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C., Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51 (4), 229-241. [10.1016/j.regg.2015.10.003](https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003)
- Portellano, C., Garre, J., Calvó, L., Conde, J. (2018). Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. 11 (4), 216-226. [10.1016/j.rpsm.2016.10.003](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.10.003)

- Poveda, D. y Poveda, C. (2024). Prevalencia de depresión en adultos mayores de una comunidad de Veracruz, México. *Lux Médica*, 19 (56) <http://dx.doi.org/10.33064/56lm20244536>
- Pulido, M. (2012). "El estrés". En: El lujo de enfermar. *Historia de vida y trabajo*. México, Editorial M.A. Porrúa, CEAPAC, 138-156.
- Puyana, A. (2020). Del Tratado de Libre Comercio de América del Norte al Acuerdo México-Estados Unidos-Canadá. ¿Nuevo capítulo de la integración México-Estados Unidos?. *El trimestre económico*, 87(347), 635-668. <https://doi.org/10.20430/ete.v87i347.1086>
- Quintero, E. (2018). Pensar en salud: Desde la concepción mágica y religiosa hasta el nuevo paradigma de la complejidad. *Revista Hojas del Bosque*, 4 (8), 84-91. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/HEB/article/view/3005/2348>
- Rada, Y. (2014). El capitalismo dependiente: Una propuesta teórica latinoamericana. Fundación Centro de Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/celarg/20170102043848/pdf_373.pdf
- Ran, Z., Wei, J., Yang, G. y Yang C. (2024). Prevalence of social isolation in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 58, 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.05.008>
- Repke M., e Ipsen C. (2020). Differences in social connectedness and perceived isolation among rural and urban adults with disabilities. *Disability and Health Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100829>
- Rico M., Oliva D., Vega G. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56 (3), 287-294. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183l.pdf>

- Riemann, D., Berger, M. y Voderholzer, U. (2001). Sleep and depression - results from psychobiological studies: an overview. *Biological Psychology*, 57 (1-3) 67-103
[https://doi.org/10.1016/S0301-0511\(01\)00090-4](https://doi.org/10.1016/S0301-0511(01)00090-4)
- Robles, R., Toledo, A., y Gallardo, R. (2020). La precariedad laboral en México. *Revista de Investigación en Derecho, Criminología y Consultoría Jurídica*, 14(28), 313-334.
- Robles, S., y Martínez, A. (2023). Precariedad laboral y perfil de salud de los trabajadores en México. *Revista Colombiana De Salud Ocupacional*, 13(1), e-9954.
<https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2023.9954>
- Rodón, M., Aguirre, B. y García, F. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53 (5), 268-273.
- Rodríguez P., María C.; Mendoza A. (2007). Sistemas productivos y organización del trabajo: Una visión desde Latinoamérica. *Gaceta Laboral*, (13) 2, 218-241.
- Rodríguez, M. y Cabezas, D. (2018) Envejecimiento: visión de la sociedad e influencia de los medios de comunicación. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(1)
- Román, Y., Montoya, B., Gaxiola, S., y Lozano, D. (2019). Los adultos mayores y su retiro del mercado laboral en México. *Sociedad y Economía*, (37), 87-113. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i37.7823>
- Rožman, M., Grinkevich, A. y Tominic, P. (2019). Occupational Stress, Symptoms of Burnout in the Workplace and Work Satisfaction of the Age-diverse Employees. *Organizacija*, 52 (1)
<https://www.doi.org/10.2478/ORG-2019-0005>

- Rueda, I. (1998). México: Crisis, reestructuración económica, social y política 1982-1996. Siglo Veintiuno Editores.
- Salazar, F. (2004). Globalización y política neoliberal en México. *El Cotidiano*, 20(126).
- Sánchez J. (2017). Teorías del envejecimiento. En Roche AG, Castañeda C, Ocampo J (Eds.), *Psicogeriatría. Temas Selectos* (pp.53-62). Academia Mexicana de Patología Dual.
- Sánchez, L. (1982). Nacionalización de la banca en México: Hacia la superación de la crisis. *Gaceta mexicana de administración pública estatal y municipal*, (7), 151-154.
<http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/gac/cont/7/est/est20.pdf>
- Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L., Barrón López de Roda, A. y Rivera, J. (2024). Socioeconomic status, loneliness, and depression among older adults: a cross-sectional study in Spain. *BMC Geriatrics*, 24 (361) <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04978-3>
- Sánchez-Nieto, J., y Mendoza-Núñez, V. (2021). Prevalencia de probable deterioro cognitivo en adultos mayores de una población mexicana utilizando el MMSE y el MoCA. *Gerokomos*, 32(3), 168-171. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400007&lng=es&tlng=es.
- Santisteban, M., Iadecola, C. y Carnevale, D. (2022). Hypertension, Neurovascular Dysfunction, and Cognitive Impairment. *Hypertension*, 80 (1) <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.18085>
- Sasaki, Y., Shobugawa, Y., Nozaki, I., Takagi, D., Nagamine, Y., Funato, F., Chihara, Y., Shirakura, Y., Lwin, K., Zin, P., Zarachi, T., Sone, T. y Win, H. (2021). Association between depressive symptoms and objective/subjective socioeconomic status among older adults of two regions in Myanmar. *PLOS ONE*, 16 (1) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245489>

Schaff, A. (1979). La Alienación como Fenómeno Social. Barcelona, Colección Crítica (59), Grijalbo, 143-152.

Secretaría de Inclusión y Bienestar Social, (1 de octubre de 2023). Atención a personas mayores. <https://sebien.cdmx.gob.mx/personas-mayores>

Seeman, M., Stein, S., Karlamangala, A., Koretz, B., Seeman, T. (2014). Social status and biological dysregulation: The “status syndrome” and allostatic load. Social Science & Medicine, 118, 143-151 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.002>

Shamah, T., Romero, M., Barrientos, T., Cuevas, L., Bautista, S., Colchero, M., Gaona, E., Lazcano, E., Martínez, J., Alpuche, C., Rivera, J. (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Shankar, A., McMunn, A. y Steptoe, A. (2010). Health-Related Behaviors in Older Adults: Relationships with Socioeconomic Status. American Journal of Preventive Medicine, 38 (1), 39-46 <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.08.026>

SIBISO (2023). Quienes son las personas mayores. Gobierno de la Ciudad de México. <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores#:~:text=La%20edad%20cronol%C3%B3gica,empieza%20a%20los%2065%20a%C3%B1os.>

Sieverding, M. y Hassan, R. (2019) Associations between economic vulnerability and health and wellbeing in egypt, Económico Research Forum, 1-44 <https://erf.org.eg/app/uploads/2019/10/1364.pdf>

Sonh, M., Choi, M. y Jung, M. (2016). Working conditions, psychosocial environmental factors, and depressive symptoms among wage workers in South Korea. International Journal of

<https://doi.org/10.1080/10773525.2016.1200212>

Soria, R., Soriano, M., Lara de Jesús, N., Mayen, A. (2018). Depresión en adultos mayores. Diferencias entre sexos. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 21 (2), 683-693.

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/65296>

Sosa, A., Albanese, E., Stephan, B., Dewey, M., Acosta, D., Ferri, C., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K., Jiménez, I., Rodriguez, J., Salas, A., Williams, J., Acosta, I., González, M., Hernandez, M., Shuran, L., Prince, M., y Stewart, R. (2012). Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: a 10/66 population-based study. *PLoS medicine*, 9 (2). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001170>

Srivastava, S. y Muhammad, T. (2022). Socioeconomic vulnerability and frailty among community-dwelling older adults: cross-sectional findings from longitudinal aging study in India, 2017–18. *BMC Geriatrics* 22 (201). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02891-1>

Stern, Y., Arenaza, E., Bartrés, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., Ewers, M., Franzmeier, N., Kemprmann, G., Kremen, W., Okonkwo, O., Scarmeas, N., Soldan, A., Udeh, C., Valenzuela, M., Vemuri, P., Vouksimaa, E. y el Grupo de trabajo de definiciones empíricas y marcos conceptuales de la PIA sobre reserva, resiliencia y factores de protección (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer & Dementia*, 16 (9), 1305-1311

<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>

Sugiura, K., Takase, M., Nakamoto I., Wantabe, S. y Murayama, H. (2024). Relationship between Employment Status, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. *Research Square* <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5282848/v1>

- Sztulwalrk, S. y Míguez, P. (2012). Conocimiento y valorización en el nuevo capitalismo. Revista Realidad Económica N° 270 Editor Instituto Argentino para el Desarrollo Económico. Buenos Aires.
- Sztulwark, S. y Miguez, P. (2012). Conocimiento y valorización en el nuevo capitalismo. Realidad Económica, 270 (8), 11-32
- Tello, C. (2010). Estancamiento económico, desigualdad y pobreza: 1982-2009. Economía UNAM, 7(19), 5-44. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2010000100001
- Tello, T., Alarcón, R., Vizcarra, D. (2016) Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33 (2), 342-350 <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- Udeh-Momoh, C., Watermeyer, T., & Female Brain Health and Endocrine Research (FEMBER) consortium (2021). Female specific risk factors for the development of Alzheimer's disease neuropathology and cognitive impairment: Call for a precision medicine approach. Ageing research reviews, 71 <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101459>
- Ulloa, O. (2017). Reforma de pensiones en México: diseño, promesas y evidencias. El Cotidiano, (204), 7-28.
- UNESCO. (2005). *Declaraciónn Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: UNESCO*. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

- Ungvari, Z., Toth, P., Tarantini, S., Prodan, C., Sorond, F., Merkley, B. y Csiszar, A. (2021). Hypertension-induced cognitive impairment: from pathophysiology to public health. *Nature Reviews Nephrology*, 17, 639-654 <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00430-6>
- Vafaei, A., Ahmed, T., Freire, A., Zunzunegui, M. y Guerra, R. (2016). Depression, Sex and Gender Roles in Older Adult Populations: The International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLOS ONE*, 11 (1) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146867>
- Valdez, M., y Álvarez, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*, 17(2), 113-121. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>
- Valenzuela M., Brayne, C., Sachdev, P., Wilcock, G., Matthews, F. (2011). Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Cognitive lifestyle and long-term risk of dementia and survival after diagnosis in a multicenter population-based cohort. *Am J Epidemiol.* 1173(9), 1004-12. 10.1093/aje/kwq476.
- Valsdóttir, V., Magnúsdóttir, B. B., Gylfason, H. F., Chang, M., Aspelund, T., Gudnason, V., Launer, L. J., & Jónsdóttir, M. K. (2023). Exposure factors associated with dementia among older adults in Iceland: the AGES-Reykjavik study. *GeroScience*, 45(3), 1953–1965. <https://doi.org/10.1007/s11357-023-00804-7>
- Varela, R. y Retamoza, R. (2023). Informalidad laboral, crecimiento económico y gasto público en México, 2005-2019. *Ensayos Revista de Economía*, 45 (1) <https://doi.org/10.29105/ensayos42.1-3>
- Varnagy, T. (2000). El pensamiento político de John Locke y el surgimiento del liberalismo. En Boron, A. (Ed.) *La filosofía política moderna. De Hobbes a Mar* (41-76). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

- Vázquez, R., Hubert, C., Portillo, A., Valdez, R., Barrientos, T., Villalobos, A. (2023). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65 (supl 1), S117-S125. <https://doi.org/10.21149/14827>
- Vega, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Reseña histórica. Salud Pública de México*, 44 (3), 258-265. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010
- Villarreal, R. (2000). *Industrialización, deuda y desequilibrio externo en México. Un enfoque neoestructuralista 1929-2000*, México, Fondo de Cultura Económica. <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v10i03.332>
- Villasmil, H. (2015). Pasado y presente del derecho laboral latinoamericano y las vicisitudes de la relación de trabajo (primera parte). *Revista latinoamericana de derecho social*, (21), 203-228.
- Wang, J., Schmitz, N., Dewa, C., Stansfeld, E. (2009). Cambios en la tensión laboral percibida y el riesgo de depresión mayor: Resultados de un estudio longitudinal poblacional. 169 (9), 1085-1091. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp037>
- Wen, M., Hawkey, L. y Cacioppo, J. (2006). Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: An analysis of older adults in Cook County, Illinois. *Social Science & Medicine*, 63 (10), 2575-2590 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.025>
- Wen, Z., Peng, S., Yang, L., Wang, H., Liao, X., Liang, Q. y Zhang, X. (2022). Factors Associated With Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(3), 322-330. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.11.008>

- Williamson, J., Pajewski, N., Auchus, A., Bryan, R., Chelune, G., Cheung, A., Cleveland, M., Coker, L., Crowe, M., Cushman, W., Cutler, J., Davatzikos, C., Desiderio, L., Erus, G., Fine, L., Gaussoin, S., Harris, D., Hsieh, M., Johnson, K., ... Wright, C. y SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group (2019). Effect of Intensive vs Standard Blood Pressure Control on Probable Dementia A Randomized Clinical Trial. JAMA Network, 321 (6), 553-561 <https://doi.org/10.1001/jama.2018.21442>
- Wright, C. y Steptoe, A. (2005). Subjective socioeconomic position, gender and cortisol responses to waking in an elderly population. Psychoneuroendocrinology, 30 (6), 582-590 <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.01.007>
- Xue, M., Xu, W., Ou, Y., Cao, X., Tan, M., Tan, L. y Yu, J. (2019). Diabetes mellitus and risks of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of 144 prospective studies. Ageing Research Reviews, 55 <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100944>
- Yesavage, J. A. (1988). Geriatric Depression Scale. Psychopharmacology Bulletin, 24(4), 709–711.
- Zagni, E., Simoni, L. y Colombo, D. (2016). Sex and Gender Differences in Central Nervous System-Related Disorders. Neuroscience Journal <https://doi.org/10.1155/2016/2827090>
- Zamora, M., Barrón, I. y Astudillo, C. (2022). Principales sesgos en la investigación epidemiológica en salud ocupacional. Salud de los trabajadores, 30(2), 129-138
- Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de Población, 5(19), 23-41.
- Zheng, H. y Jiab, C. (2022). Gender differences in the association of depression trajectories with executive and memory functions: Evidence from the longitudinal study of the Survey of

Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2017). *Journal of Psychiatric Research*, 149, 177-184 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.007>

Zhou, H., Zhang, C., Wang, S., Yu, C. y Wu, L. (2024). Developmental trajectories and heterogeneity of social engagement among Chinese older adults: a growth mixture model. *BMC Geriatrics*, 24 (846) <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05448-6>

Zurita, J., Martínez J., y Rodríguez, F. (2009). La crisis financiera y económica del 2008. Origen y consecuencias en los Estados Unidos y México. *El Cotidiano*, (157), 17-27. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32512739003.pdf>

ANEXOS

Consentimiento informado		
	Ciudad de México a	de de 2024
Investigadores responsables:	Lic. Hernández Puebla Uriel Nahum y Dra. Zamora Macorra Mireya	
Lugar de estudio:	Área de vinculación productiva del INAPAM	
Teléfono de contacto:	55 54 83 72 05	
Correo del investigador:	mcst@correo.xoc.uam.mx	

Usted ha sido invitado (a) a ser parte de un estudio de investigación que lleva como título: “Deterioro cognitivo y síntomas depresivos asociados a la trayectoria laboral en personas adultas mayores que asisten a los Programas de Vinculación Productiva (INAPAM) en CDMX”. Antes de que decida participar, asegúrese de leer cuidadosamente el procedimiento de estudio, sienta absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus inquietudes y dudas. Puede decidir voluntariamente si desea o no participar, y en su caso, dar finalizada su participación si así lo desea durante el trascurso de la investigación, aclarando que no se presentará ninguna consecuencia.

El propósito de la encuesta es analizar y reconstruir su trayectoria laboral e identificar si existe asociación con su estado de salud a través de cuestionarios. La información que usted proporcione servirá para el desarrollo de un proyecto de investigación que abordará dicho fenómeno para la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

- A juicio del investigador el estudio no implica ningún tipo de riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no ocasionarán ningún conflicto o consecuencia.
- Durante su participación no obtendrán incentivos económicos ni contempla beneficios directos.
- El tiempo de duración de los cuestionarios es de aproximadamente 25-30 minutos
- Su participación es totalmente voluntaria y la información que brinde será tratada de forma confidencial, respetando el anonimato de sus datos, haciendo uso de éstos únicamente para fines académicos, de investigación y estadísticos.
- Si los resultados de la investigación fueran publicados o discutidos en conferencias científicas, no se incluirá información que pueda revelar su identidad.

Podrá solicitar información relacionada con el proyecto de investigación en el momento que lo desee con el investigador responsable. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le solicitará su firma.

_____ Firma del investigador	_____ Firma del participante	_____ Firma del testigo
---------------------------------	---------------------------------	----------------------------

Encuesta Individual para la Reconstrucción de la Trayectoria Laboral y para la Evaluación de Deterioro Cognitivo, Síntomas Depresivos y Aislamiento.

Nombre: _____ Fecha: _____

I. Datos generales

A) Características sociodemográficas					NO INVADIR ESTE ESPACIO
A1. Edad (años cumplidos)					1
A2. Sexo al nacer	1. Hombre: ☐ 2. Mujer: ☐				2
A3. ¿Sabe leer y escribir?	1) Sí	☐	2) No	☐	3
A4. Marque su último nivel de escolaridad	1) Sin escolaridad	☐	4) Preparatoria/ carrera técnica completa	☐	4
	2) Primaria	☐	6) Licenciatura	☐	
	3) Secundaria	☐	7) Posgrado	☐	
A5. Marque su estado civil actual	1) Soltero (a)	☐	4) Divorciado (a)	☐	5
	2) Casado (a)	☐	5) Viudo (a)	☐	
	3) Unión libre	☐			
A6. Marque como considera su situación Socioeconómica actual	1) Mala	☐	3) Buena	☐	6
	2) Regular	☐	4) Muy buena	☐	

A) Características sociodemográficas					NO INVADIR ESTE ESPACIO
A7. ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades crónicas por algún médico?	1) Diabetes Mellitus	☐	4) Otra	☐	☐ 7
	2) Hipertensión Arterial	☐	4) Ninguna	☐	
	3) Artritis Reumatoide	☐			
A8. ¿Toma algún medicamento para controlarla(s)?	1) Sí	☐	2) No	☐	☐ 8
A9. Marque como considera/percibe su estado general de salud actual	1) Mala	☐	4) Muy buena	☐	☐ 9
	2) Regular	☐	5) Excelente	☐	
	3) Buena	☐			
A10. ¿Cuántas horas en promedio duerme en un día?	1) <5	☐	4) 8	☐	☐ 10
	2) 6	☐	5) >9	☐	
	3) 7	☐			
Piense en todas las actividades que requieran un esfuerzo físico moderado (es decir, que hacen que usted se agite un poco más de lo normal) que pudo haber realizado durante los últimos SIETE días. Puede ser: bailar, cargar cosas ligeras de un lugar a otro, ir en bicicleta a un paseo, realizar diversas labores domésticas al mismo tiempo, jugar fútbol, trote ligero, etcétera. NO INCLUYA CAMINAR. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.					
A11. Durante los últimos SIETE días, ¿cuántos DÍAS realizó usted alguna actividad física moderada?	Días por semana:		Minutos por semana:		☐ 11
	No realiza alguna actividad moderada:			☐	
Ahora, piense en el tiempo ha caminado durante los últimos SIETE días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, trasladándose de un lugar a otro y/o cualquier otra caminata que usted haya hecho meramente por recreación, deporte, ejercicio o placer. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por los menos 10 minutos continuos.					
A12. Durante los últimos SIETE días, ¿cuántos DÍAS usted caminó por lo menos 10 minutos continuos?	Días por semana:		Minutos por semana:		☐ 12
	No caminó:			☐	

A) Características sociodemográficas					NO INVADIR ESTE ESPACIO
A13. Su vivienda es	1) Propia	☐	3) Prestada	☐	☐ 13
	2) Rentada	☐			
A14. ¿Cuántas personas habitan con usted?					☐ ☐ 14
A15. ¿Tuvo hijos?	1) Sí	☐	2) No (pasar a la pregunta A17)	☐	☐ 15
A16. ¿Cuántos hijos tuvo?					☐ ☐ 16
A17. ¿Quién o quiénes solventan la mayor cantidad de gastos del hogar?	1) Usted	☐	4) Toda la familia	☐	☐ 17
	2) Pareja	☐	5) Otros (especificar)	☐	
	3) Hijos (as)	☐			
	2) Iguales	☐			
A18. ¿Cuenta con seguridad social?	1) Sí	☐	2) No (pasar a la pregunta A20)	☐	☐ 18
A19. Especifique afiliación	1) IMSS	☐	4) SEDENA	☐	☐ 19
	2) ISSSTE	☐	5) SEMAR	☐	
	3) PEMEX	☐	6) Otro (especifique)	☐	
A20. ¿Cuenta con la Pensión del Bienestar?	1) Sí	☐	2) No	☐	☐ 20
A21. ¿Recibe ingresos por transferencias de familiares u otros?	1) Sí	☐	2) No	☐	☐ 21

II. Trayectoria laboral

B) Reconstrucción de la trayectoria laboral					NO INVADIR ESTE ESPACIO
B1. ¿A qué edad comenzó a trabajar a cambio de un salario? (años)					1
B2. A lo largo de su vida ¿Cuántos trabajos ha tenido? (Pasar a la Tabla 2.4)					2
B3. ¿Percibe alguna pensión producto de un trabajo formal?	1) Sí	☐	2) No	☐	3
B4. ¿Aproximadamente a cuánto ascienden sus ingresos mensuales personales totales?	1) 1 – 5,999 pesos	☐	4) 14,000 – 21,999 pesos	☐	4
	2) 6,000 – 9,999 pesos	☐	5) 22,000 o más pesos	☐	
	3) 10,000 – 13,999 pesos	☐	6) No quiso responder	☐	
B5. ¿Sufrió un accidente de trabajo que le implicara alguna incapacidad?	1) Sí	☐	2) No	☐	5
B5.1. En caso de haber sufrido algún accidente(s), descríballo(s):					
B6. ¿Por qué razón desea continuar trabajando?	1) Económica	☐	3) Redes de apoyo/ amistades	☐	6
	2) Realización personal	☐	4) Mantenerse activo (a)	☐	
B7. ¿Si pudiera dejar de trabajar lo haría?	1) Sí	☐	2) No	☐	7

En el siguiente cuadro, escriba de manera breve las actividades laborales que usted realizó en los últimos 5 trabajos o en los trabajos más importantes que considera haya tenido.

Trabajo	Cuadro 2.4 Descripción breve de la actividad laboral	Periodo
T1.		
T2.		
T3.		
T4.		
T5.		

Considerando el cuadro anterior, escriba lo que se solicita dependiendo de las características de los últimos 5 empleos en los que estuvo o los más importantes.

Cuadro 2.5 Trayectoria Laboral							
Trabajo	Tipo de trabajo	Horarios de trabajo	Tipo de actividad	Tipo de contrato	Sueldo	¿Contaba con amigos cercanos en su lugar de trabajo?	¿El sueldo que tenía le permitía cubrir sus necesidades alimentarias?
Codificación	Trabajo Formal (<i>con prestaciones de ley</i>) = 1 Trabajo informal (<i>sin prestaciones de ley</i>) = 2	¿Cuáles eran sus horarios de trabajo? ≤8 horas= 1 >8 horas= 2	Trabajo mental/intelectual = 1 Administrativo = 2 Manual/Comerciante = 3	Base o planta = 1 Eventual/honorarios = 2 Sin contrato= 3	Fijo = 1 Variable = 2 Destajo = 3	Si = 1 No = 2	Si = 1 Parcialmente = 2 No = 3
T1							
T2							
T3							
T4							
T5							

III. Estado de salud

C) MMSE

Sabe leer: Sí ☐ No ☐

Sabe escribir: Sí ☐ No ☐

Hasta que año estudió:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

C1. Orientación Tiempo-espacio

(Tiempo)

¿Qué fecha es hoy?

Respuesta						Real					
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4		4	4	4		4		4	4	4	
5		5	5	5		5		5	5	5	
6		6	6	6		6		6	6	6	
7		7	7	7		7		7	7	7	
8		8	8	8		8		8	8	8	
9		9	9	9		9		9	9	9	

¿Qué día de la semana es?

Respuesta						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué día de la semana es?

Real						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué hora es aproximadamente?

Respuesta				Real			
Hr.	Min.	Hr.	Min.	Hr.	Min.	Hr.	Min.
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2		2	2	2
	3	3	3		3	3	3
	4	4	4		4	4	4
	5	5	5		5	5	5
	6	6	6		6	6	6
	7		7		7		7
	8		8		8		8
	9		9		9		9

(Máx. 5) 0 1 2 3 4 5

C2. Registro

Le voy a decir 3 objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted repita:

Papel	Bicicleta	Cuchara
-------	-----------	---------

Ahora dígalos usted:

	INC	CORR
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

(Máx. 3) 0 1 2 3

C3. Atención y cálculo

Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.

	INC	CORR
93	0	1
86	0	1
79	0	1
72	0	1
65	0	1

(Máx. 5) 0 1 2 3 4 5

Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir del 20.

	INC	CORR
17	0	1
14	0	1
11	0	1
8	0	1
5	0	1

(Máx. 5) 0 1 2 3 4 5

C5. Memoria diferida

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio:

	INC	CORR
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

(Máx. 3) 0 1 2 3

Copie, por favor, este dibujo tal como está (mostrar el dibujo).

(Máx. 1) 0 1

	INC	CORR
Muestre el RELOJ y diga ¿Qué es esto?	0	1
Muestre el LÁPIZ y diga ¿Qué es esto?	0	1

(Máx. 2) 0 1 2

Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Sólo se la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.

NI NO, NI SÍ, NI PERO

(Máx. 1) 0 1

PUNTAJE TOTAL

	0	1	2	3						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

A personas con ≤ 3 años de escolaridad formal, dárles 8 puntos de entrada y obviar la resta de 7 en 7 a partir de 100 (5 puntos), la lectura de "cierre los ojos" (1 punto), la escritura de frase (1 punto) y la copia de los pentágonos (1 punto).

(Espacio)

¿En dónde estamos ahora?
¿En qué área o departamento
estamos ahora
¿Qué colonia es esta?
¿Qué ciudad es esta?
¿Qué piso es este?

INC	CORR

(Máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

C4. Lenguaje

Le voy a dar algunas instrucciones.
Por favor sígalas en el orden en que
se las voy a decir.

Sólo se las puedo decir una vez:

	INC	CORR
-Tome este papel con la mano derecha	0	1
-Dóblelo por la mitad	0	1
-Y déjelo en el suelo	0	1

(Máx. 3)

0	1	2	3
---	---	---	---

(Espacio)

Por favor haga lo que dice aquí:

Cierre sus ojos

(Máx. 1)

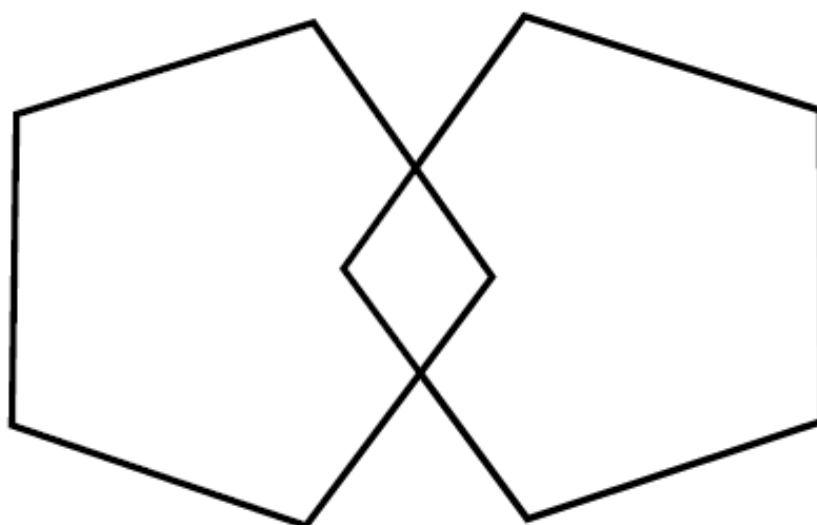
0	1
---	---

Quiero que por favor escriba una
frase que diga un mensaje (atrás de
esta hoja)

(Máx. 1)

0	1
---	---

CIERRE SUS OJOS



D) GDS			NO INVADIR ESTE ESPACIO
D1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí ☐	No ☐	☐
D2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí ☐	No ☐	☐
D3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí ☐	No ☐	☐
D4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí ☐	No ☐	☐
D5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí ☐	No ☐	☐
D6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí ☐	No ☐	☐
D7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí ☐	No ☐	☐
D8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí ☐	No ☐	☐
D9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí ☐	No ☐	☐
D10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí ☐	No ☐	☐
D11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí ☐	No ☐	☐
D12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí ☐	No ☐	☐
D13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí ☐	No ☐	☐
D14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí ☐	No ☐	☐
D15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí ☐	No ☐	☐
Resultado:		☐ ☐	

E) LSNS-6**NO
INVADIR
ESTE
ESPACIO****FAMILIA.** Considerando como tal a las personas con las que usted tiene algún parentesco:

E1. ¿Con cuántos familiares tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?			☐
☐ 0	☐ 1	☐ 2	
☐ 3 o 4	☐ De 5 a 8	☐ 9 o más	
E2. ¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?			☐
☐ 0	☐ 1	☐ 2	
☐ 3 o 4	☐ De 5 a 8	☐ 9 o más	
E3. ¿A cuántos familiares los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?			☐
☐ 0	☐ 1	☐ 2	
☐ 3 o 4	☐ De 5 a 8	☐ 9 o más	

AMIGOS. Considerando como tales a aquellos con quienes tiene algún vínculo, pero no son familiares:**NO
INVADIR
ESTE
ESPACIO**

E4. ¿Con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?			☐
☐ 0	☐ 1	☐ 2	
☐ 3 o 4	☐ De 5 a 8	☐ 9 o más	
E5. ¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?			☐
☐ 0	☐ 1	☐ 2	
☐ 3 o 4	☐ De 5 a 8	☐ 9 o más	
E6. ¿A cuántos amigos los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?			☐
☐ 0	☐ 1	☐ 2	
☐ 3 o 4	☐ De 5 a 8	☐ 9 o más	