

# Vulnerabilidad social y satisfacción con la vida en adultos mayores en un aglomerado urbano argentino.

Torres, Eduardo, Acosta, Laura, González, Leandro M. y Carrizo, Elvira.

Cita:

Torres, Eduardo, Acosta, Laura, González, Leandro M. y Carrizo, Elvira (2011). *Vulnerabilidad social y satisfacción con la vida en adultos mayores en un aglomerado urbano argentino*. XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Neuquén.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xijornadasaepa/73>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eeQG/vYn>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

**XI JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN,  
Ciudad de Neuquén, 21-23 de septiembre de 2011.**

**“Vulnerabilidad social y satisfacción con la vida en adultos mayores en un aglomerado urbano argentino”.**

**Autores: Eduardo Torres<sup>1</sup> - Laura Acosta<sup>2</sup> – Leandro M. González<sup>3</sup> – Elvira Carrizo<sup>4</sup>**

**Sesión Propuesta: Vulnerabilidad Social y Pobreza (Nº 19).**

**RESUMEN:**

Esta ponencia se propone presentar los resultados preliminares de una investigación mayor titulada “Vulnerabilidad, salud y apoyo social de los adultos mayores en una ciudad intermedia de Argentina. Estudio cuantitativo mediante la aplicación de encuesta a una muestra representativa de la ciudad de Villa María y Villa Nueva”. El objetivo principal se concentra en describir la satisfacción con la vida que tienen los adultos mayores, y analizar la relación con sus condiciones de vida y hábitos, desde un enfoque de vulnerabilidad social.

En primer lugar se construye el índice de satisfacción con la vida, basadas en la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia. En segundo lugar se aplica un modelo de regresión lineal que considera como variable dependiente el índice de satisfacción moral y respecto a un conjunto diversos aspectos sobre la salud y nivel de vida de los adultos. Las mujeres declaran tener menor grado de satisfacción con la vida, a la vez que la incidencia de enfermedades crónicas es mayor a la de los hombres. El modelo de regresión lineal constata que la variable sexo es la de mayor peso en la variación del índice de satisfacción, seguida por la participación en actividades sociales, la residencia en una vivienda adecuada, no sufrir artrosis y poseer nivel educativo mayor al primario completo. Estos elementos se deben tener en cuenta en la agenda de una discusión que irá ganando mayor espacio, debido al proceso de envejecimiento demográfico que se verifica en Argentina en general y Córdoba en particular.

**PALABRAS CLAVE: ADULTO MAYOR – VULNERABILIDAD SOCIAL –  
SATISFACCIÓN - SALUD**

---

<sup>1</sup> Investigador de CIECS – CONICET, y Fac. Cs. Económicas (UNC), [torresedu@gmail.com](mailto:torresedu@gmail.com) .

<sup>2</sup> CIECS – CONICET, [laudeac@hotmail.com](mailto:laudeac@hotmail.com) .

<sup>3</sup> Investigador de CIECS – CONICET – UN Córdoba, [leandrogonzalez@yahoo.com.ar](mailto:leandrogonzalez@yahoo.com.ar) .

<sup>4</sup> Universidad Nacional de Córdoba, [elviracarrizo@yahoo.com.ar](mailto:elviracarrizo@yahoo.com.ar) .

## 1- INTRODUCCIÓN

Esta ponencia se propone presentar los resultados preliminares de una investigación mayor titulada “Vulnerabilidad, salud y apoyo social de los adultos mayores en una ciudad intermedia de Argentina. Estudio cuantitativo mediante la aplicación de encuesta a una muestra representativa de la ciudad de Villa María y Villa Nueva”. El objetivo principal se concentra en describir la satisfacción con la vida que tienen los adultos mayores, y analizar la relación con sus condiciones de vida y hábitos, desde un enfoque de vulnerabilidad social.

El propósito general del relevamiento donde se obtienen los datos es describir las características sociodemográficas de la población mayor de 44 años, del aglomerado Villa María – Villa Nueva (provincia de Córdoba), a fin de detectar factores bio-psíquicos, sociales y conductas de riesgo que expongan a una mayor vulnerabilidad social a los adultos mayores. Se trata de una parte complementaria de un estudio longitudinal epidemiológico de enfermedades oculares, diabetes, hipertensión y otras condiciones de salud, que emplea el mismo relevamiento de casos.

En esta ponencia se relacionan las respuestas referidas a la satisfacción con la vida de los entrevistados con condiciones de riesgo y situación socioeconómica. En primer lugar se construye un índice sintético de satisfacción con la vida, a partir de 17 respuestas basadas en la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia, y se estima un modelo de regresión lineal con variables demográficas, socioeconómicas y de hábitos de salud.

## 2- MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

El concepto de vulnerabilidad social viene siendo desarrollado en nuestro continente desde finales de la década de los '90, referido especialmente a las cambiantes condiciones de vida de las poblaciones y grandes estratos sociales. Son menores los trabajos y desarrollos que se refieren especialmente a la vulnerabilidad de los adultos mayores, y generalmente se relacionan con sus condiciones de salud.

Existe una coincidencia general en considerar a la vulnerabilidad social como una condición de riesgo o indefensión, la susceptibilidad a sufrir algún tipo de daño o perjuicio, o de padecer la incertidumbre. A partir de allí surgen dos interpretaciones principales: como *fragilidad* de los individuos (u hogares) o como *riesgos* provenientes del medio social donde habitan. La primera concepción asume que la vulnerabilidad es un atributo de individuos,

hogares o comunidades, que están vinculados a procesos estructurales que configuran situaciones de *fragilidad, precariedad, indefensión o incertidumbre*. La segunda interpretación se concentra en el efecto conjunto de *factores de riesgo* que aquejan a diversas unidades sociales. Desplaza su atención de los atributos hacia el plano de la distribución de riesgos, que son consecuencia de procesos colectivos de toma de decisión y que se confrontan con las concepciones vigentes sobre la seguridad (Moreno Crossley, 2008:2-16).

Dentro de la primera interpretación se puede enmarcar los lineamientos teóricos sobre la vulnerabilidad social desarrollados por la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL-CELADE). Definen a la vulnerabilidad social como “*la combinación de: i) eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas; ii) la incapacidad de respuesta frente a la materialización de estos riesgos; y iii) la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos*”. Entre las diversas fuentes de vulnerabilidad social se encuentran el mercado del trabajo (precariedad laboral), la volatilidad de los ingresos, la inequidad en la distribución de los activos y el debilitamiento de instituciones sociales (familia, Estado, partidos políticos, sindicatos y gremios) (CEPAL, 2002:20-21).

Desde un punto de vista demográfico, el proceso de envejecimiento de la población produce un incremento sostenido de adultos mayores. Jorge Rodríguez afirma que “*la evidencia es sistemática en señalar que los ancianos tienen más riesgos de salud, experimentan un debilitamiento fisiológico paulatino, y como corolario se hacen más dependientes de apoyos externos. (...) El punto relevante es que las sociedades latinoamericanas no parecen estar ni financiera ni institucionalmente preparadas para enfrentar el proceso de envejecimiento. En suma, la situación de las personas de la tercera edad es altamente incierta en la actualidad, y para las generaciones futuras las probabilidades de que la vulnerabilidad demográfica propia de la edad se exprese nítidamente en términos de vulnerabilidad social y afecte tanto a personas como hogares y comunidades, son altas*” (RODRÍGUEZ, 2001:54).

Los aumentos en esperanza de vida han hecho que cada vez se viva más años, pero el interrogante es si la calidad de vida de esos años ha ido en aumento. La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. Si bien este concepto es uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, está adquiriendo nueva vigencia en

relación al envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica. A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida (CEPAL, 2006).

La calidad de vida es una cuestión importante independientemente de la edad, pero en la vejez se producen una serie de circunstancias que la hacen prioritaria y que son, entre otras, el aumento de las situaciones de dependencia, en general, y el incremento de las enfermedades crónicas, en particular (Yanguas Lezaun; 2006). Para determinar la calidad de vida en el adulto mayor, no es suficiente con indicadores objetivos, sino además considerar las percepciones, expectativas, sentimientos y los valores que las personas mayores asignan a sus vidas (Liberalesso Neri; 2002).

A los estudios sobre el constructo calidad de vida se les han señalado de manera genérica tres tipos de problemas (Bayarre Veá, 2009): conceptuales, metodológicos e instrumentales. Los problemas conceptuales se refieren a la naturaleza compleja del término. El segundo problema, de carácter metodológico, se asocia por una parte con la naturaleza bipolar (objetivo - subjetiva) de la calidad de vida. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico), en tanto que el subjetivo se corresponde con definiciones globales basadas en el bienestar y en sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad. El tercer tipo de problema se relaciona con los instrumentos para la evaluación de la calidad de vida, dado por la naturaleza bipolar, ya señalada, y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada.

En cuanto al componente subjetivo, la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Lawton-Brody, 1969) es un instrumento el cual mide el grado de satisfacción o bienestar del anciano; definido como “el juicio moral positivo respecto a la propia vida”. La satisfacción vital se distinguen tres factores: actitud hacia el propio envejecimiento, insatisfacción con la soledad y ansiedad, inquietud.

Diversos estudios han intentado examinar el impacto de diversas variables individuales y ambientales, sobre la satisfacción con la vida. Fernández Ballesteros (1996), citado por Castellón (2004) indica que las variables psicosociales que predicen una mayor satisfacción en el adulto mayor, son: la salud, las habilidades funcionales, los contactos sociales y la

actividad. Otras variables que pueden estar relacionadas son el género, el estado civil, el nivel de ingresos y el nivel educativo.

Por otra parte, en una revisión realizada por Yanguas Lezaun (2006), indica que: la satisfacción personal tiende a ser estable durante la edad adulta incluyendo la vejez; entre los factores relacionados con la satisfacción personal se encuentran la salud (percibida y objetiva), los estilos de vida, la realización de planes hacia futuro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos (estado civil, ocupación, ingresos económicos).

Según Palomba (2002) la satisfacción con la vida está afectada por el género, debido a la mayor posibilidad que las mujeres perciban, en mayor medida que los hombres, sentimientos de soledad y aislamiento.

En un estudio llevado a cabo en México, se observó la relación entre el apoyo social y la satisfacción vital (Cadenas-Salazar y col; 2009). Asimismo, en un estudio realizado en nuestro medio (Álvarez y Bertone, 2009) los adultos mayores con mayor grado de insatisfacción con la vida presentaron menores recursos socio-familiares.

Uno de los principales antecedentes sobre estudios de condiciones de vida de los adultos mayores en la región es la encuesta SABE, desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud en 1999-2000 en siete ciudades de América Latina (San Pablo, La Habana, Buenos Aires, Santiago, Montevideo, México y Georgetown). En dicho estudio se analizaron -entre otros factores- las condiciones en que transcurre la vida de los adultos mayores, su entorno social, sus hábitos de vida y algunos aspectos psicosociales, ejercicio físico, actividades dentro y fuera del hogar, participación en la vida familiar y social, cómo disfrutaban los momentos de ocio, la buena salud y su capacidad funcional. Asimismo se analizó la existencia o no de envejecimiento activo y saludable mediante la prevalencia de: ejercicio físico, actividades de ocio, viajes, participación social, ayuda familiar o de persona allegada, trabajo remunerado, seguridad ciudadana, convivencia, satisfacción con las redes sociales, calidad de vivienda, seguridad económica, y estado de salud y capacidad funcional.

Zunzunegui y otros (2002) elaboraron un índice de envejecimiento en buena salud que distingue a quienes pueden realizar todas las actividades de la vida diaria, tienen una visión y audición buena o moderada y no tienen signos de déficit cognitivo ni de depresión. Los autores analizaron los resultados de la Encuesta SABE en Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile y en base a los resultados obtenidos muestran que tanto en Buenos Aires

como Montevideo el 60% de los entrevistados pertenecían a la categoría de buena salud y buen funcionamiento, mientras que en Santiago el 40% se encontraron en esas condiciones. Por otra parte, la mayoría de las personas mayores encuestadas tenían al menos una enfermedad crónica mientras que una minoría sufría incapacidad para llevar a cabo sus actividades diarias. El déficit cognitivo grave es diferente en las tres ciudades: 4% Buenos Aires, 2% Montevideo y 12% Santiago. Por su parte, la depresión es más prevalente en las mujeres que en los varones y es más elevada en Santiago.

Jewell y otros (2007) utilizan datos de la Encuesta SABE para analizar el estado de salud de los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay. Para ello emplean modelos probit con el fin de estudiar los efectos de variables socioeconómicas sobre la autopercepción de la salud auto-reportado. En ese trabajo se encuentra relación entre una buena nutrición, una mayor educación y un estilo de vida activo, y una buena autopercepción de la salud. Asimismo se observó que el nivel socioeconómico en las etapas iniciales de la vida impacta también en la autopercepción de la salud, lo que tiene importantes implicaciones para la política de salud pública.

Otros antecedentes más recientes de estudios en profundidad de Condiciones de Vida de Adultos Mayores son las encuestas CRELES (Estudio Longitudinal de Envejecimiento Saludable de Costa Rica ), PREHCO (Puerto Rico) y MHAS(México). Utilizando datos de la encuesta CRELES y de otras fuentes para España e Inglaterra, Puga y otros (2007) exploraron la relación entre la red social mas próxima al adulto mayor, los vínculos establecidos con otros miembros del hogar y con los hijos, y las condiciones de salud en la vejez, desde una perspectiva internacional comparando las sociedades de Costa Rica, España e Inglaterra. Los autores concluyen que las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo a través de vías psicológicas, comportamentales y fisiológicas. Los adultos mayores de los tres países analizados han mostrado modelos de redes familiares claramente diferenciados, caracterizados por la coresidencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia residencial (caso Latino-europeo).

Fernández Rojas y Méndez Chacón (2007) describen los estilos de vida y riesgos de la salud de las personas adultas mayores de Costa Rica (CRELES). Dichos autores sostienen que el comportamiento o el estilo de vida es el medio de contacto directo con agentes patógenos y nocivos, e indirectamente el fumar, el consumo de alcohol, el tipo de alimentación, o el grado de actividad física producen cambios graduales en el organismo que pueden afectar la salud.

También reconocen la aparición de la enfermedad por la interferencia que ocasiona en los hábitos de la vida del individuo y entienden que el envejecimiento saludable es sinónimo de envejecimiento sin discapacidad: éste ha sido asociado a mejoras en la nutrición, la actividad física y al control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como el evitar o reducir el aislamiento social y mental.

Gallegos-Carrillo y otros (2006) evalúan el estado de salud de los ancianos mexicanos a través de la autopercepción de la misma y analizan los factores sociales, de salud y organizacionales asociados. A tal fin utilizan datos de la Encuesta Nacional de Salud de México del año 2000. A través de una regresión logística múltiple analizan el efecto en la autopercepción de la salida de características sociodemográficas, hábitos de riesgo, accidentes, diagnóstico de enfermedades y mediciones clínicas de las personas analizadas. El estudio asocia el reporte de mala salud al sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado, no tener trabajo, consumo de tabaco, problema de salud, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónicas.

### 3- METODOLOGÍA

La información utilizada en este trabajo proviene de un estudio cuantitativo transversal en el que se realiza el relevamiento de personas de ambos sexos mayores de 44 años de edad, para el análisis de la salud visual y condiciones de vida de los adultos mayores. La encuesta se realizó en el conglomerado Villa María – Villa Nueva, dos localidades del interior de la provincia de Córdoba, a 140 km al sudeste de la ciudad de Córdoba. El Censo Provincial de Población 2008 registró 75.551 habitantes del municipio Villa María y 18.268 del municipio Villa Nueva, por lo que sumados totalizan 93.819 pobladores. Para esta ponencia, se han analizado los datos correspondientes a la población adulta mayor, es decir a la personas de 60 años y más.

El relevamiento de los datos estuvo a cargo de un equipo conformado por dos áreas, una de salud y la otra social. La muestra se diseñó por puntos aleatorios seleccionados por radios censales, definidos según la concentración de la población brindada por el Censo de Población del año 2001, en el conglomerado Villa María - Villa Nueva, distribuida en 13 Centros de Salud de las dos Municipalidades involucradas. Se llevó a cabo durante los meses de mayo a diciembre de 2008, y se relevaron nuevos casos complementarios en 2010, alcanzando un total de 863 encuestados.

En primer lugar se construye el índice de satisfacción con la vida, basadas en la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia. El índice sintético se calcula a partir de las 17 respuestas de satisfacción con la vida del cuestionario aplicado, sumando los valores positivos (iguales a 1). El rango de valores va de 0 a 17, y representan la mínima y máxima satisfacción con la vida de acuerdo a la autopercepción de los encuestados (ver Anexo 1).

En segundo lugar se aplica un modelo de regresión lineal que considera como variable dependiente (o explicada) el índice de satisfacción moral y un conjunto de variables independientes (o explicativas) que cubren diversos aspectos de los adultos: el sexo del entrevistado, si tiene el hábito de fumar, el nivel educativo (hasta primario completo o más allá de primario completo); si sufre de artritis, traumatismo o artrosis; si su vivienda es adecuada y si asiste a actividades sociales o culturales. Con ello se intenta indagar sobre los factores socioeconómicos y de salud que guardan relación con el grado de satisfacción con la vida de los encuestados.

El modelo de regresión lineal es utilizado cuando se pretende probar si dos o más variables están linealmente relacionadas, y calcular la fuerza de esa relación lineal. En el modelo de regresión lineal múltiple, la relación entre  $k$  variables independientes y la variable dependiente puede describirse a través de una ecuación de la forma:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon \quad \text{Ecuación 1}$$

donde  $Y$  es la variable que está siendo predicha (también conocida como variable explicada, dependiente, criterio, endógena o de salida);  $X_i$  (para  $i = 1, 2, \dots, k$ ) es una variable cuyos valores son usados para predecir  $Y$  (cada  $X_i$  es conocida como variable explicativa, independiente, exógena o variable predictora) y los  $\beta_i$  son los parámetros poblacionales a ser estimados. El parámetro  $\beta_0$ , llamado intercepto, representa el valor de  $Y$  cuando todos los  $X_i$  son cero. Los parámetros  $\beta_i$  (coeficientes) representan el cambio en  $Y$  asociado con un cambio unitario en  $X_i$ , o pueden considerarse también como la pendiente de la línea que provee la mejor estimación lineal de  $Y$  a partir de  $X$ . Finalmente,  $\varepsilon$  es el término de error, una variable aleatoria que representa el error en la predicción de  $Y$  a partir de  $X$ .

La estimación del intercepto  $\beta_0$  y de los coeficientes  $\beta_i$  son obtenidos matemáticamente utilizando el método de estimación de mínimos cuadrados ordinarios, y los supuestos que deben ser satisfechos con el fin de utilizar este método incluyen:

- 1) Variables métricas: todas las variables independientes deben ser intervalo, ratio, o dicotómicas, y la variable dependiente debe ser continua, sin límite, y con una medida de escala de intervalo o ratio.
- 2) El valor esperado del error,  $\varepsilon$ , es cero.
- 3) Homocedasticidad: la varianza del término de error,  $\varepsilon$ , es la misma, o constante, para todos los valores de las variables independientes.
- 4) Distribución normal de errores para cada conjunto de valores de las variables independientes.
- 5) No hay presencia de autocorrelación entre los términos de error producidos por diferentes valores de las variables independientes. Matemáticamente  $E(\varepsilon_i, \varepsilon_j) = 0$
- 6) No hay correlación entre los términos de error y las variables independientes: matemáticamente se puede expresar esta idea como  $E(\varepsilon_i, X_j) = 0$
- 7) Ausencia de perfecta multicolinealidad para la regresión múltiple: ninguna de las variables independientes debe ser combinación lineal perfecta de cualquiera de las otras variables independientes. Matemáticamente, para cualquier  $i$ , debe cumplirse que  $R_i^2 < 1$ , donde  $R_i^2$  es la varianza en la variable independiente  $X_i$  que es explicada por todas las otras variables independientes  $X_1, X_2, \dots, X_{i-1}, X_{i+1}, \dots, X_k$ . La multicolinealidad no es un tema a tener en cuenta si hay sólo un predictor.

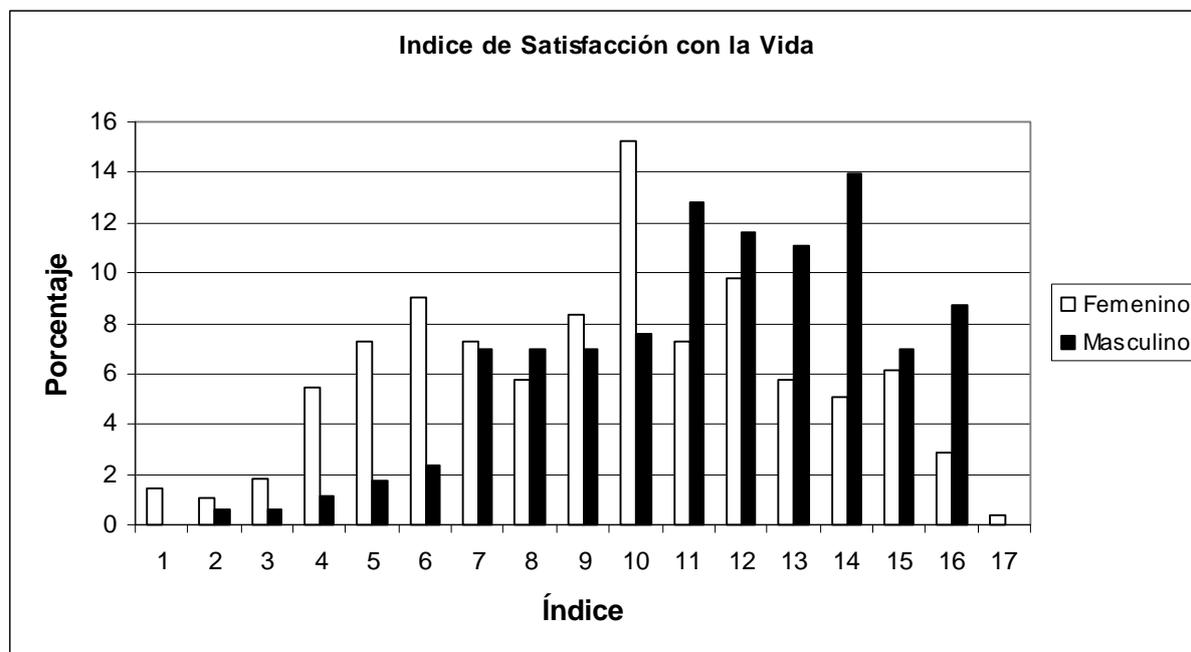
#### 4- RESULTADOS

Se presenta en primer lugar el valor del índice de satisfacción con la vida adultos mayores por sexo (gráfico 1). Se observa que el mayor parte de las mujeres se concentra en los valores medios e inferiores del índice, mientras que los hombres se ubican en los superiores. Esto significa que según la valoración otorgada por este índice aparentemente, los hombres se declaran un mayor grado de satisfacción con la vida que las mujeres.

Para avanzar con mayor precisión en la interpretación de estos valores se realizó una prueba de diferencias de medias, la cual compara el puntaje promedio de hombres en contraste con el de mujeres. De acuerdo a esta prueba, el puntaje promedio de hombres y mujeres es 11,3 y 9,3, respectivamente. Al realizar la prueba se obtuvo evidencia que la diferencia obtenida es estadísticamente significativa utilizando un nivel de confianza del 95%.

Esto ilustra que efectivamente los hombres manifiestan respuestas de mayor satisfacción con la vida que las mujeres.

**Gráfico N° 1:** Índice de satisfacción con la vida por sexo. Adultos mayores de Villa María-Villa Nueva, 2008-10.



Fuente: Elaboración Propia en base a encuesta de adultos mayores Villa María-Villa Nueva 2008-10.

Para ahondar en las posibles razones que pueden provocar este resultado se describen un conjunto de factores referidos al estado de salud de los encuestados, que pueden intervenir en la satisfacción en los integrantes de cada uno de los sexos. Tal como puede verse en el Cuadro 1 (ver Anexo 2), una mayor proporción de mujeres declaran tener una salud regular o mala que los hombres (41 y 29% respectivamente), aunque también es mayor el porcentaje de mujeres que consideran que su salud actual es mejor que un año atrás (60 y 54% respectivamente). En los restantes conceptos, las mujeres declaran padecer en mayor proporción que los hombres artritis/traumatismo/artrosis, tumores malignos, hipertensión y enfermedades coronarias; por su parte, los hombres declaran tener en porcentajes levemente mayores que las mujeres enfermedades cerebrales, diabetes y enfermedades pulmonares. Podría concluirse que es mayor la incidencia de enfermedades crónicas en las mujeres, a la vez que su percepción de la salud actual es más negativa que los hombres, de acuerdo con las respuestas de los encuestados. En general, estos resultados concuerdan con lo expresado en los trabajos realizados por otros autores.

**Cuadro N° 1:** Condiciones seleccionadas de salud autopercebida de los adultos mayores de Villa María-Villa Nueva por sexo, 2008-10. Porcentajes sobre respuestas por sexo.

	<b>Mujeres</b>	<b>Varones</b>
Salud buena, muy buena o excelente	58,6	71,5
Salud regular o mala	41,6	28,6
Salud actual mejor que 12 meses atrás	60,1	53,8
Salud actual peor que 12 meses atrás	7,8	7,0
Sufre hipertensión	53,5	47,8
Sufre diabetes	18,4	21,1
Sufre cáncer o tiene tumor maligno	9,7	4,4
Sufre alguna enfermedad pulmonar	11,2	11,8
Sufre alguna enfermedad coronaria	27,1	25,5
Sufre alguna enfermedad cerebral	4,7	6,2
Sufre artritis, traumatismo o artrosis	60,1	27,3

Fuente: Elaboración Propia en base a encuesta de adultos mayores Villa María-Villa Nueva 2008-10.

En segundo lugar se presenta los resultados de la aplicación del modelo de regresión lineal. El modelo estimado considera como variable dependiente (o explicada) el índice de satisfacción moral y un conjunto de variables independientes (o explicativas) que cubren diversos aspectos de los adultos: el sexo del entrevistado, si tiene el hábito de fumar, el nivel educativo (hasta primario completo versus más allá de primario completo), si sufre de artritis, traumatismo o artrosis, si su vivienda es adecuada y si asiste a actividades sociales o culturales.

Los resultados obtenidos se refieren a adultos mayores de 59 años y a partir de lo que se exhibe en el Cuadro N° 2 se observa que, con excepción del hábito de fumar, todas las variables son estadísticamente significativas al 95%. Por otra parte, también es posible afirmar que la variable explicada (el índice de satisfacción) se incrementa en los adultos mayores encuestados cuando:

- la variable sexo asume el valor “masculino”;
- el nivel educativo es mayor que primario completo;
- no sufre artrosis o artritis;
- vive en una vivienda con condiciones adecuadas; y

- participa en actividades culturales o sociales.

**Cuadro N° 2:** Coeficientes de regresión lineal del índice de satisfacción con la vida respecto a condiciones seleccionadas de salud y características socioeconómicas. Adultos mayores de Villa María-Villa Nueva, 2008-10.

Variables independientes	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
(Constante)	7,946	,494		16,090	,000
Sexo	1,851	,351	,252	5,280	,000
Fuma	-1,021	,569	-,081	-1,793	,074
Educación	,764	,364	,096	2,096	,037
Artrosis	-,900	,337	-,126	-2,668	,008
Vivienda adecuada	1,422	,449	,142	3,165	,002
Actividades sociales	1,302	,327	,181	3,987	,000

Variable dependiente: Índice de satisfacción con la vida.

Fuente: Elaboración Propia en base a encuesta de adultos mayores Villa María-Villa Nueva 2008-10.

También los resultados obtenidos permiten afirmar que la variable sexo es la de mayor importancia (vinculada a los factores previamente mencionados), seguida por la participación en actividades sociales, vivir en vivienda adecuada, no sufrir artrosis y poseer nivel educativo mayor al primario completo.

Esto resalta la importancia que tiene procurar atender los problemas relacionados con cierta clase de enfermedades y aspectos vinculados a la vivienda, los cuales impactan de un modo directo en menor satisfacción para aquellos adultos que no logran cubrir de modo adecuado este tipo de dificultades. También se subraya el efecto positivo que implica la realización de actividades que colaboren con la integración de los adultos, lo cual coincide con lo que postula la bibliografía que se refiere sobre este tema.

Asimismo, cabe destacar que en la estimación de este modelo inicialmente se incluyeron variables que posteriormente fueron descartadas debido a que no eran estadísticamente

significativas: si realiza actividades físicas, el ingreso del hogar, vivir solo y otras enfermedades crónicas. En el mismo sentido, también se procuró obtener un modelo con una cantidad reducida de variables de manera tal que permitiera su mejor comprensión.

## 5- CONCLUSIONES

La información ofrecida por los adultos mayores encuestados en las ciudades de Villa María-Villa Nueva permitió construir un índice sintético de satisfacción con la vida, como aproximación a la autopercepción que los mismos tienen sobre su calidad de vida. También posibilitó construir un modelo que relacionara estas percepciones con condiciones más objetivas de situación socioeconómica y hábitos de salud. Los principales resultados obtenidos en el presente trabajo indican que:

- Los hombres declararon tener mayor satisfacción con la vida que las mujeres.
- La menor satisfacción con la vida de las mujeres podría estar relacionada con la mayor incidencia de enfermedades crónicas, y a que su percepción de la salud actual es más negativa que los hombres.
- En el modelo de regresión lineal elaborado permite afirmar que la variable sexo es la de mayor peso en la variación del índice de satisfacción, seguida por la participación en actividades sociales, la residencia en una vivienda adecuada, no sufrir artrosis y poseer nivel educativo mayor al primario completo.

Otra posible explicación a la menor satisfacción con la vida que manifiestan las mujeres, se relaciona a lo descrito por Palomba (2002), quien la relaciona con la mayor posibilidad que las mujeres perciban, en mayor medida que los hombres, sentimientos de soledad y aislamiento. En efecto, según Salgado-de Snyder (2007) *“las mujeres en edad de la vejez tienden más a vivir sin una pareja que los hombres. Esto se da como resultado parcial de que en promedio las mujeres vivan más años que los hombres. Además, las mujeres tienden a formar uniones con hombres de mayor edad que ellas, y tienden menos que los hombres a formar nuevas uniones en casos de viudez, separación o divorcio. Por ello, durante la vejez, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable, tanto desde el punto de vista económico como social”*.

Desde el punto de vista de la vulnerabilidad social se puede apreciar que, de las fuentes de activos que los adultos mayores disponen, las relaciones sociales (o capital social) representan la dimensión más relevante para sostener y desarrollar sus condiciones de vida.

Esto implica que las limitaciones que los ancianos pueden sufrir en este aspecto comprometen directamente su calidad de vida, como también pueden ser positivas todas las acciones que favorezcan su integración comunitaria, como también observan otros estudios (Fernández Ballesteros, 1996; Yanguas Lezaun, 2006; Álvarez y Bertone, 2009). Según Guzmán (2003) diversos autores sostienen que los apoyos sociales promueven el bienestar de las personas mayores y sus familias.

En orden de importancia siguen las condiciones materiales de su existencia, indagadas en este estudio a partir de la calidad de las viviendas que habitan, ya que el ingreso del adulto mayor no fue incluido en el modelo por no presentar asociación significativa. El poseer una vivienda inadecuada está más relacionado con la pobreza estructural, a diferencia de los ingresos. Por lo tanto, podría concluirse que la satisfacción con la vida en los adultos mayores estudiados estaría relacionada con la situación de pobreza y exclusión a lo largo de la historia de vida.

En tercer lugar, se destacan las dimensiones del capital humano, contempladas aquí en la salud de los ancianos y el nivel educativo alcanzado. Cabe aclarar que todos estos capitales constituyen un conjunto de condiciones de vida interdependientes entre sí, por lo cual las carencias o limitaciones en uno de ellos afectan indefectiblemente al conjunto de recursos y oportunidades que disponen.

En base a los resultados obtenidos se observa que los factores que determinan la satisfacción con la vida y el grado de vulnerabilidad de los adultos mayores son similares a los encontrados en otros estudios. Esto si bien puede parecer redundante, en realidad muestra que el conjunto de bienes materiales y no materiales que los adultos mayores necesitan para desarrollar su vida con plenitud se dirigen en la misma línea.

Se considera que estas observaciones permiten ampliar el conocimiento sobre el impacto que poseen las condiciones de vida del adulto mayor en la calidad de vida subjetiva, y de esta manera establecer recomendaciones de acciones destinadas a la tercera edad. Estos elementos se deben tener en cuenta en la agenda de una discusión que irá ganando mayor espacio, debido al proceso de envejecimiento demográfico que se verifica en Argentina en general y Córdoba en particular.

## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ M.F. – BERTONE, C.L. (2009): “Apoyo Socio familiar y satisfacción con la vida del adulto mayor. Villa María-Villa Nueva 2008-2009”. X Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Catamarca, 2009.
- BAYARRE VEA, H.D. (2009): “Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana”, en *Revista Cubana Salud Pública*; 35(4): 110-116.
- CADENAS-SALAZAR, R. – VILLAREAL-RÍOS, E. - VARGAS-DAZA, L., MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, L. - GALICIA-RODRÍGUEZ, L. (2009): “Relación entre apoyo social funcional y satisfacción del adulto mayor jubilado”, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 47 (3): 311-314.
- CASTELLÓN, A. – GÓMEZ, M. – MARTOS, A. (2004): *Revista Multidisciplinar de Gerontología*; 14 (5): 252-257.
- CEPAL (2002): *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Santiago, CEPAL, 10/2002.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R.: *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive. Lección Inaugural del curso académico 1996/97*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1996.
- FERNÁNDEZ ROJAS, X. y MÉNDEZ CHACÓN, E. (2007): “Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES – Costa Rica 2004-2006”, en *Población y Salud Mesoamérica*, vol. 5, número 1.
- GALLEGOS-CARRILLO, K. - GARCÍA-PEÑA, C. - DURAN-MUÑOZ, C. - REYES, H. - DURÁN-ARENAS, L. (2006): “Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México”. En *Rev. Saúde Pública* vol.40 no.5 São Paulo Oct. 2006.
- JEWELL, R.; ROSSI, M. - TRIUNFO, P. (2007): “El estado de salud del adulto mayor en América Latina”, EN *Cuadernos de Economía*, v. XXVI, n. 46 Bogotá, 2007, p. 147-167.
- LAWTON, M. – BRODY, E. (1969): “Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living”, en *Gerontologist*, Oxford University Press, 1969 Autum, 9(3):179-86.
- LIBERALESSO NERI, A (2002): “Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina”, en *Revista Latinoamericana de Psicología*; 34 (1-2): 55-74.
- MORENO CROSSLEY Juan C. (2008): “El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas”. Miami, Center for Latin American Studies, University of Miami, Working Paper Series N° 9.
- PALOMBA, R. (2002): *Calidad de vida: Conceptos y medidas. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores*. CELADE/CEPAL. Santiago de Chile.
- PUGA, D. - ROSERO-BIXBY, L. - GLASER K. – CASTRO, T. (2007): “Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra” EN *Población y Salud Mesoamérica*, vol. 5, número 1, artículo 1, 2007.

- RODRÍGUEZ, Jorge (2001): “Vulnerabilidad demográfica en América Latina: ¿qué hay de nuevo?”. Santiago, CELADE, Seminario Internacional “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe”, 20-21/6/01.
- YANGUAS LEZAUN (2006): Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio IMSERSO “Infanta Cristina 2004”. Colección estudios Serie Personas Mayores N° 1002. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.
- ZUNZUNEGUI - ARLETTE PINZÓN – ENGLER – PANTELIDES - ALBALA – PRATS (2002): “Condiciones y estilos de vida” en Tomás ENGLER y Martha PELÁEZ: *Más vale por viejo*, cap. 5 y 7, B.I.D.
- DUENAS GONZALEZ, Dianelis; BAYARRE VEA, Héctor D; TRIANA ALVAREZ, Eduardo y RODRIGUEZ PEREZ, Vivian. (2009) Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Rev Cubana Med Gen Integr*, vol.25, n.2
- SALGADO-DE SNYDER, V. Nelly and WONG, Rebeca.(2007). “Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez”. *Salud pública Méx.* vol.49, suppl.4, pp. s515-s521.
- GUZMÁN JM, Huenchuan S, Montes de Oca, V (2003). “Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual”. *Papeles de Población* núm.77 pp. 35-70.

### ANEXO 1– Preguntas para la construcción del Índice de satisfacción con la vida

1	A medida que se va haciendo mayor ¿se ponen las cosas peor para usted?	Si..... 0 No..... 1
2	¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	Si..... 1 No..... 0
3	¿Se siente usted solo?	Si..... 0 No..... 1
4	¿Ve frecuentemente a sus amigos y parientes?	Si..... 1 No..... 0
5	¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	Si..... 0 No..... 1
6	¿Siente que a medida que se va haciendo mayor es menos útil?	Si..... 0 No..... 1
7	¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	Si.....0 No.....1
8	Según se va haciendo mayor ¿las cosas son PEOR que lo que Ud. pensó que serían?	Si..... 0 No..... 1
9	¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?	Si..... 0 No..... 1
10	¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	Si..... 1 No..... 0
11	¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	Si..... 0 No..... 1
12	¿Tiene miedo de muchas cosas?	Si..... 0 No..... 1
13	¿Se siente más irascible o se enfada más que antes?	Si..... 0 No..... 1
14	¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	Si..... 0 No..... 1
15	¿Está satisfecho con su vida ahora?	Si.....1 No..... 0
16	¿Le cuesta trabajo hacer las cosas?	Si.....0 No..... 1
17	¿Se viene abajo, se altera o disgusta fácilmente?	Si..... 0 No..... 1

Fuente: Elaboración Propia en base a encuesta de adultos mayores Villa María-Villa Nueva 2008-10.

## ANEXO 2- Frecuencias relativas de condiciones de salud de los adultos mayores de Villa María-Villa Nueva. Porcentajes.

### 1. Auto percepción de la salud

	Femenino	Masculino
Excelente	0,8	1,9
Muy buena	7,8	11,8
Buena	50,0	57,8
Regular	35,5	26,7
Mala	5,9	1,9

### 2. Comparación de la salud versus 12 meses atrás

	Femenino	Masculino
Mejor	60,1	53,8
Igual	28,3	31,0
Peor	7,8	7,0
No sabe	3,9	8,2

### 3. Hipertensión

	Femenino	Masculino
Si	53,5	47,8
No	46,1	49,1
No visité médico	0,4	3,1

### 4. Diabetes

	Femenino	Masculino
Si	18,4	21,1
No	78,0	73,3
No visité médico	2,7	5,6
No responde	0,8	0,0

### 5. Cáncer o tumor maligno

	Femenino	Masculino
Si	9,7	4,4
No	89,9	93,7
No visité médico	0,4	1,9

### 6. Enfermedad pulmonar

	Femenino	Masculino
Si	11,2	11,8
No	88,4	88,2
No responde	0,4	0,0

## 7. Ataque al corazón, una enfermedad coronaria u otros problemas del corazón

	Femenino	Masculino
Si	27,1	25,5
No	72,5	74,5
No visité médico	0,4	

## 8. Embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral

	Femenino	Masculino
Si	4,7	6,2
No	94,5	93,2
No visité médico	0,0	0,6
No responde	0,8	0,0

## 9. Artritis, traumatismo o artrosis

	Femenino	Masculino
Si	60,1	27,3
No	39,9	72,7

Fuente: Elaboración Propia en base a encuesta de adultos mayores Villa María-Villa Nueva 2008-10.