

Título: Apoyo socio familiar y satisfacción con la vida del adulto mayor.

Villa María- Villa Nueva 2008-09

Álvarez, María Franci., UNVM- CEPyD – mfsalvarez@gmail.com

Bertone, Carola L., CEA- CEPyD – clbertone@hotmail.com

Resumen

Según estimaciones de CEPAL (2003) Argentina es uno de los tres países más envejecidos de América Latina con el 13,3% de su población compuesta por personas mayores de 60 años, lo que ha suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar de estas personas, proporcionándole mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social.

Se analizan en este trabajo las características demográficas y sociales de los adultos mayores residentes en hogares particulares en el conglomerado Villa María-Villa Nueva en 2008-09, haciendo hincapié en la satisfacción con la vida y su relación con el apoyo y la participación social de los adultos mayores.

Esta investigación genera algunas evidencias referidas a los recursos sociales y la calidad de vida; como que a menores recursos socio-familiares, se percibe menor calidad de vida. Además, a medida que el adulto mayor se hace más grande y dependiente, su participación en la comunidad es menor. Con respecto a los diferenciales por sexo se destaca que la mitad de las mujeres está altamente satisfecha con su vida y aumenta la satisfacción con el paso del tiempo, mientras que la mayoría de los varones están satisfechos con sus vidas hasta los 74 años, a mayor edad este porcentaje disminuye a menos de la mitad. Además, las mujeres perciben menor atención familiar y apoyo, como también pueden disponer de menores ingresos o de vivienda propia que los varones. En éstos, el riesgo social es mayor a partir de los 75 años.

Introducción

La tendencia hacia el envejecimiento rápido de la población latinoamericana y del Caribe es un hecho ya reconocido. En las próximas décadas aumentará no sólo el número de personas mayores, sino que también su peso en la población total se incrementará notablemente (Guzmán, 2002).

Los posibles impactos negativos del envejecimiento no sólo están en relación con su faceta cuantitativa sino también con el escenario social, económico y cultural en que el proceso está teniendo lugar, caracterizado por alta incidencia de la pobreza, persistente y aguda inequidad social, baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al adulto mayor. (Guzmán, 2002)

Cabe destacar que Argentina, se encuentra en una etapa avanzada del proceso de transición demográfica. Es decir, que presenta una natalidad baja y mortalidad moderada a baja. Las estimaciones realizadas por CELADE (2003) colocan a la Argentina entre los tres países más envejecidos de América Latina en el año 2000, con el 13,3 por ciento de su población de ambos sexos compuesta por personas de 60 años y más.

Este paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmo acelerado de la población mayor de 60 años han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar de las personas mayores, y ponen una mayor atención en los mecanismos formales e informales de apoyo social. Entre los primeros destaca el papel de los sistemas de seguridad social, y en los segundos sobresale el papel de las redes sociales mediante el estudio de los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, entre otros.

El énfasis reciente en los apoyos sociales de las personas mayores se debe a que en la vejez se experimenta un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también, a que es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros.

En general, el sistema de protección social en los países de América Latina, especialmente el ligado a necesidades económicas y de salud, no cubre a toda la población o su aporte es insuficiente para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias de las edades avanzadas. Ello hace que una parte significativa de la

población mayor deba seguir trabajando u obtener recursos de sus familias o de otras redes sociales (CEPAL, 2003).

En este contexto de envejecimiento demográfico, de alta incidencia de pobreza y desigualdad y de escaso desarrollo institucional, es dable esperar que los sistemas de organización familiar se mantengan como espacios privilegiados en que los adultos mayores convivan junto a sus familiares, se vean protegidos, dispongan de alimentación adecuada y accedan a una atención de salud y convivencia humana mínimas. Por consiguiente, la cohabitación, forma de solidaridad intergeneracional, reduce el gasto de vivienda por persona, y facilita el apoyo directo a parientes con necesidades especiales. Ahora bien, los adultos mayores pueden recibir también transferencias de familiares que residen fuera del hogar. Es decir que, además de los ingresos recibidos por remuneración a su trabajo, pensión, jubilación u otra fuente, parte de los recursos que reciben los adultos mayores proviene (en muchos casos) de transferencias familiares, tanto intrahogar como extrahogar. Esas transferencias asumen diversas formas, que van desde la ayuda monetaria directa hasta el cuidado personal de un pariente enfermo o parcialmente discapacitado, o mediante apoyo emocional a través de visitas, llamadas, u otra forma de sostén. A pesar de esta ayuda extrahogar, se puede decir que la coresidencia de los adultos mayores con familiares podría convertirse en una de las pocas alternativas que les permitiría asegurar alguna calidad de vida. (Guzmán, 2002).

Objetivo general

- Explorar las características sociodemográficas, el apoyo socio familiar y el grado de satisfacción con la vida, de los adultos mayores residentes en hogares particulares, en el conglomerado Villa María-Villa Nueva en 2008-09.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a los adultos mayores según las variables demográficas relevadas (sexo, edad, situación conyugal, máximo nivel de instrucción alcanzado y condición de actividad).
- Describir la situación de los adultos mayores en algunos aspectos sociales: escala de satisfacción con la vida, recursos socio familiares y participación social.

- Analizar las correlaciones bivariadas entre las puntuaciones obtenidas para evaluar la escala de satisfacción con la vida, los recursos socios familiares y la participación social.

Metodología

La fuente de esta investigación es una encuesta específica (al estilo de la encuesta SABE) realizada a una muestra de los adultos mayores de 44 años de una ciudad del interior de la provincia de Córdoba, en la cual se aplicaron algunas escalas validadas por instituciones dedicadas al estudio geriátrico.

Las **variables socio-demográficas** que se relevaron y las categorías que se consideraron son las siguientes:

Sexo, Edad (Hasta 54, 55-64, 65-74 y 75 y más), Situación conyugal al momento de la encuesta, Máximo nivel de instrucción (Nunca fue a la escuela, Primario Incompleto, Primario Completo, Secundario Incompleto, Secundario Completo, Terciario Incompleto, Terciario Completo, Universitario Incompleto, Universitario Completo, No sabe/ No contesta), Actividad laboral (Ocupado¹, Desocupado², Inactivo: jubilado, pensionado, ama de casa y otros).

También se realizaron preguntas que permitieron crear variables complejas, como escala de satisfacción con la vida, recursos socio familiares y grado de participación social.

La **Satisfacción con la vida**, es una variable ordinal, que tiene un componente subjetivo que obliga a valorarla de manera independiente dentro de la valoración del adulto mayor. Es evaluada por la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia, compuesta por 17 preguntas de respuesta dicotómica. Esta escala se puntúa de 0 a 17 según el número de respuestas coincidentes con aquéllas que sugieren un alto grado de satisfacción hacia su situación actual. A mayor puntuación se supone mayor autopercepción de calidad de vida. Se tomó una división arbitraria según la cual, las puntuaciones obtenidas en la escala de Filadelfia se dividieron en cuatro categorías: 0-5 nivel bajo de calidad de vida; 6-9 nivel medio - bajo; 10-13 nivel medio –alto y 14-17

¹ Ocupado: si declara haber trabajado al menos algunas horas la semana anterior a la entrevista.

² Desocupado: si declara haber buscado activamente trabajo en la semana anterior a la encuesta.

alto grado de satisfacción con la vida, a fin de analizar posibles diferencias entre los sujetos de la muestra según este parámetro.

La Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Ver Tabla N° 1), la cual ha sido recomendada por grupos de expertos de la British Geriatric Society y el American National Institute of Aging. Mide el grado subjetivo de satisfacción del anciano con su situación actual en tres factores: actitud hacia el propio envejecimiento, insatisfacción con la soledad y ansiedad o inquietud.

Los **Recursos socio familiares** están vinculado a los factores contextuales, a la ayuda de otra persona y las transferencias que recibe. Al hablar de la función social no se debe olvidar la frecuencia y calidad de las relaciones sociales, las actividades sociales que el anciano realiza, los recursos con los que cuenta (vivienda, dinero, condiciones de la casa que habita) y el soporte social y la carga que supone el anciano, en su núcleo familiar.

Factores sociales como la soledad y pobreza son factores de riesgo de morbimortalidad. El análisis de la situación social es determinante sobre la evolución clínica y funcional, y sobre el desarrollo de un plan de cuidados a largo plazo. En la valoración social se evalúa la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea.

La escala sociofamiliar de Gijón (Ver Tabla N° 2) es uno de los instrumentos que se ha empezado a utilizar en las últimas décadas, que ha demostrado ser útil en la detección de riesgo social y también en la problemática social ya establecida en la comunidad. Ésta recoge brevemente en un cuestionario estructurado aspectos variados en relación con las condiciones de vivienda, situación económica, relaciones y contactos sociales, atención familiar y apoyos de la red social.

En este caso se ha realizado una adaptación ya que algunas categorías (en el original) no eran mutuamente excluyentes. Su utilidad es detectar dimensiones deficientes en recursos socio-familiares y una vez procesado se utilizaron las siguientes categorías:

Cuadro 1: Categorías asignadas a la escala de Recursos socio familiares de Guijón

Categorías	Puntaje
Normal	Menor a 10
Riesgo social	10-14
Problemática situación social	Mayor a 14

La **Participación** es la implicación de la persona (a la hora de realizar una tarea determinada) en una situación vital dentro del contexto real en el que vive. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. Restricción en la Participación: son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse (a la hora de realizar una tarea determinada) en situaciones vitales. La presencia de la restricción en la participación vendrá determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad. Representa la perspectiva de la sociedad respecto a la discapacidad (CIF).

Se pregunta si participa de las siguientes instituciones y/o actividades y se les asigna un puntaje como se esquematiza en el cuadro siguiente, ponderando con diferente puntaje a la participación en asociaciones profesionales o políticas, considerando el grado de implicación que ellas suponen:

Cuadro 2: Ponderaciones asignadas a cada tipo de participación en la construcción de la escala

Instituciones o Actividades	Tipo de participación	Ponderación	Puntajes posibles	Puntaje final
Asociaciones sociales o comunitarias	Participación política	5	0-30	0-60
Asociaciones profesionales		10		
Vida social, política y gubernamental		15		
Ceremonias religiosas	Participación Religiosa	5	0-5	
Juegos de interior	Participación de entretenimiento, deportiva, artística y cultural	5	0-20	
Juegos o actividades deportivas		5		
Eventos y/o actividades culturales		5		
Educación informal		5		
Visitar o juntarse con amigos	Participación familiar	5	0-5	

De esta forma se desprenden las siguientes categorías:

Cuadro 3: Categorías asignadas a la escala de participación social

Categorías	Puntuación
Baja participación social	0-15
Medio baja participación social	16-30
Medio alta participación social	31-45
Alta participación social	>45

Marco Conceptual y antecedentes

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. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes (CEPAL, 2006).

Cardona y col. (2007) cita una publicación de la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions que señala que la satisfacción personal es la satisfacción con la vida y está relacionada con la valoración individual de la calidad de vida, regida por apreciaciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas. En este trabajo se hace hincapié en el aspecto subjetivo de la calidad de vida de los adultos mayores, más precisamente en la satisfacción con la vida y su relación con el apoyo social y la participación social de los adultos mayores.

Considerando que la salud es un aspecto fundamental en la calidad de vida de las personas mayores, cabe destacar que para los especialistas en geriatría es importante tener esta visión global o bio-psico-social de la salud. Sanchez- Gavito (2000) considera que las interacciones entre lo físico, lo mental y lo social son mucho más perceptibles, e intervienen unas con otras con mayor impacto por la fragilidad en el equilibrio orgánico de las personas adultas mayores; y que no se gana mucho luchando contra los males físicos y psicológicos, si no hay un apoyo social que justifique la batalla y posteriormente mantenga los resultados obtenidos. Continúa diciendo que de poco sirve curar un órgano y descuidar el ánimo. La geriatría enfoca su actividad en la calidad de vida, procura siempre la independencia y la participación social de la persona adulta mayor. El mismo autor destaca además, que a medida que las personas van envejeciendo, las redes sociales con las cuales se han vinculado (la familia, la escuela, el trabajo, las instituciones, las amistades, los clubes) se van debilitando y desapareciendo; por lo cual la familia cobra mayor importancia, y en muchas ocasiones es el mejor lugar para las personas envejecidas. E insiste en que está demostrado que las personas adultas mayores tienen una mejor calidad de vida cuando viven en el seno familiar, en la cual se le respeta y se le brinda un espacio de participación y de intercambio. (Sánchez-Gavito, 2000).

Las investigaciones llevadas a cabo en diversas partes del mundo subrayan los efectos positivos de la integración social, expresada a través de los apoyos sociales y del desempeño de roles significativos en la sociedad, en la calidad de vida de las personas y en especial de las personas mayores (Pillemer y otros, 2000).

Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la importancia de las redes de apoyo para la vida de las personas mayores- Rodríguez Marin y col. (1993); Conde Sala (2001); Meléndez Moral (1998); Hoyt, Kaiser, Peters y Babchuk (1980); Noelker y Harei (1978 y 1983); Stephens, Blau, Oser y Millar (1978); y Sáez, Meléndez y Aleixandre (1995)-. Todos ellos coinciden en que las redes sociales promueven la sensación de pertenencia y generan integración social, y que ésta a su vez evita el aislamiento de los adultos mayores; también concluyen que las redes de apoyo social resultan un recurso de afrontamiento de las enfermedades crónicas, que brindan un mejor nivel de adaptación, e incluso mejoran el estado funcional. Además que fomentan, desarrollan y ayudan a mantener la percepción y sentido de control de un individuo.

Los cambios demográficos y socioeconómicos justifican el estudio de los apoyos sociales informales y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores, ya que ahondar los conocimientos sobre el tema ayuda a dilucidar cómo lograr la mejor calidad de vida posible en el creciente grupo de adultos mayores.

No existe consenso sobre un concepto único de redes sociales. En este trabajo se toma el concepto acuñado por CEPAL (2003), que lo define como “el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto”.

Cuando se habla de redes sociales está implícita la idea de intercambio de apoyos sociales, esencia de la configuración de las redes, éstas no sólo se refieren a necesidades materiales, sino además, y a veces más importantes, a las de orden emocional, sobretodo en el caso de las personas mayores.

En la literatura se distingue entre fuentes de apoyo formales e informales. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas (Sánchez Ayendez, 1994). Según Gúzman y col. en el trabajo Redes de

Apoyo Social de las Personas Mayores, el sistema informal está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo.

Con respecto al apoyo informal, la cohabitación con la familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores, aunque puede darse también sin ella, especialmente en lo relativo a apoyo material y emocional. Hacia el futuro se detectan tres hechos fundamentales que ponen en duda la capacidad de la familia para asumir responsabilidades que pueden sobrepasarla. En primer lugar, los cambios demográficos —en particular la baja de la fecundidad— tendrán efectos significativos al disminuir el número de miembros de la familia y potenciales proveedores de apoyo. En segundo lugar, dado que en buena medida los apoyos familiares están basados fundamentalmente en la ayuda femenina, la creciente participación de la mujer en la actividad económica y su tendencia hacia una mayor independencia en el plano social hacen dudar de la continuidad de un modelo de cuidado y apoyo instrumental provisto por las mujeres del hogar (Sánchez Ayendez, 1994). Finalmente, si bien es cierto que una de las formas más comunes de apoyo familiar es la cohabitación de los adultos mayores con sus familias, lo cual no parece haber cambiado sustancialmente (Hakkert y Guzmán, en prensa), este patrón puede modificarse en el futuro como resultado de cambios en la nupcialidad y del aumento de las necesidades de una creciente población de la cuarta edad y demandante de recursos médicos costosos.

Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyo importantes. Los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas, sostienen Gúzman y col. (CELADE).

Martin Rein (1994) ha atribuido la solidaridad intergeneracional principalmente a un sentimiento de identidad y pertenencia: el término solidaridad se fundamenta en la idea de que el sentimiento de unión, apoyado en estrechos vínculos familiares, constituye una base para la identificación que, a su vez, conduce al deseo de proporcionarse asistencia mutua. Spicker (2003) afirma que la tesis de Rein es errónea. La asistencia mutua no depende únicamente de la identificación; los vínculos de solidaridad son también los vínculos del apoyo mutuo.

Según Alan Hatton-Yeo (Fundación Beth Johnson), las relaciones intergeneracionales, y lo que se denomina contrato intergeneracional (*intergenerational contract*), se rigen por reglas, normas, convenciones, prácticas y biología. Se trata de un contrato implícito en lugar de uno obtenido a través de la negociación individual. Algunos investigadores han

usado también el término pacto social (social compact) para articular el concepto de interdependencia intergeneracional (Henkin y Kingson, 1998-99; Kingson, Cornman y Leavitt, 1997).

Al respecto, en Kim y otros (2000) se plantea que cuando el intercambio de apoyos es recíproco se generan efectos psicológicos positivos en las personas participantes, lo cual no sucede si el intercambio no es balanceado. Cuando se da más de lo que se recibe se experimentan sentimientos de sobrecarga y frustración. En el otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento. En esta misma línea, cabe subrayar algunos resultados de las investigaciones realizadas por Alan Hatton-Yeo (Fundación Beth Johnson) sobre las consecuencias negativas que produce el hecho de entregar obligadamente un apoyo, lo cual es una fuente potencial de conflictos y la base en la que se sustentan el maltrato, la violencia y el abuso (agresiones verbales, intimidación, ridiculización, maltrato físico, abandono, abuso patrimonial) de que pueden ser objeto las personas mayores.

Sin embargo, en las últimas décadas, para conocer el grado de bienestar del adulto mayor se ha puesto una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo. Entre las primeras destacan el papel de los sistemas de seguridad social. En las segundas sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo entre otros.

El énfasis reciente hacia los apoyos “informales” entre los adultos mayores se debe a que en la vejez se experimenta un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también porque es una etapa de la vida en la cual con mucho mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros.

En un segundo término se encuentra el papel de los no familiares con quienes se tienen vínculos de amistad, compañerismo, entre otros. Algunas investigaciones han destacado la importancia de estos lazos y la necesidad de profundizar sobre su análisis con relación a los adultos mayores (Montes de Oca, 2003).

Continuando con la idea del descenso de las redes de apoyo, Melendéz Moral (1998) analiza que, a priori, aparecen diferentes causas de este descenso: quizá, de una parte, la muerte de amigos, que implica que las redes sociales se vayan reduciendo, y de otra parte, que las imposibilidades físicas y la falta de medios no ayudan a crear otras nuevas. En cualquier caso, parece claro que, según aumenta la edad, el nivel de relaciones sociales va disminuyendo. Además, comenta que mantener un nivel de

relaciones sociales bajo puede implicar una mayor percepción de sí mismo negativa y una menor percepción del incremento de posibilidades personales, lo cual va a determinar una autopercepción más negativa y una percepción de imposibilidad ante el hecho de comenzar nuevas cosas.

Coincidiendo con Rodríguez- Marin (1993), en esta investigación se refuerza la idea que tanto las relaciones familiares como las relaciones sociales son básicas para el ajuste del sujeto en el período de la tercera edad, y, por tanto, que el apoyo informal de tipo social es uno de los elementos necesarios para el adecuado desarrollo del sujeto en el último período del ciclo vital.

También, como cita Conde Salas (2001), el grado de participación en las organizaciones demuestra ser un buen indicador de la satisfacción con la vida. (Palmore y Kivett 1977).

- **Características socio demográficas de los adultos mayores**

La población de Villa María-Villa Nueva según el Censo Nacional de Población del año 2001, indica un proceso de envejecimiento importante, representado por el 12.6% de población de 65 años y más y el 33% mayor de 44 años. La distribución porcentual de este grupo poblacional se componía (en ese momento) del 35% de personas de 45 a 54 años, 27% de 55 a 64 años, 22% de 65 a 74 y 16% de 75 años y más. En cuanto a la composición por sexo, como es recurrente en todas las poblaciones en proceso de envejecimiento, el porcentaje de varones decrece en cada grupo de edad: 48.5%, 44.3%, 41.2% y 33.8% respectivamente.

Según las proyecciones de población de las localidades para el año 2009, obtenidas de la página oficial del gobierno de la provincia de Córdoba, Villa María contaría con 79.508 habitantes, que de mantenerse la estructura del 2001, se distribuiría en 34.406 varones y 37.756 mujeres. En cuanto a la subpoblación que está en observación en este estudio, estaría compuesta por 11.404 varones y 14.871 mujeres.

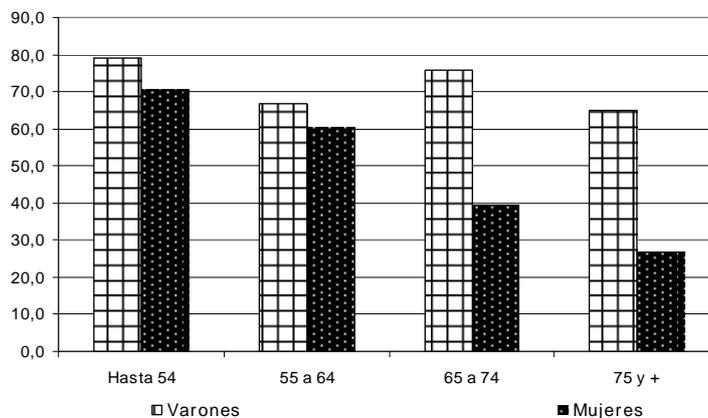
Situación conyugal

La situación conyugal se obtuvo de la pregunta ¿Ud. convive en pareja o matrimonio?

En el gráfico N° 1 se constata la diferencia de situación conyugal por sexo. Los varones de todos los grupos de edad aventajan a las mujeres en el porcentaje que declara estar en pareja, diferencia que se profundiza en los mayores de 64 años (supera 35 puntos). En ningún grupo de edad el porcentaje de varones que tienen pareja desciende por debajo de 65%. En cambio, sólo el 27% de las mujeres de 75 años y más declaran convivencia.

Gráfico N° 1

Porcentaje de población mayor de 44 años, que convive en pareja o matrimonio, según sexo y grupo de edad. Conglomerado VM-VN. 2008



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta ad hoc

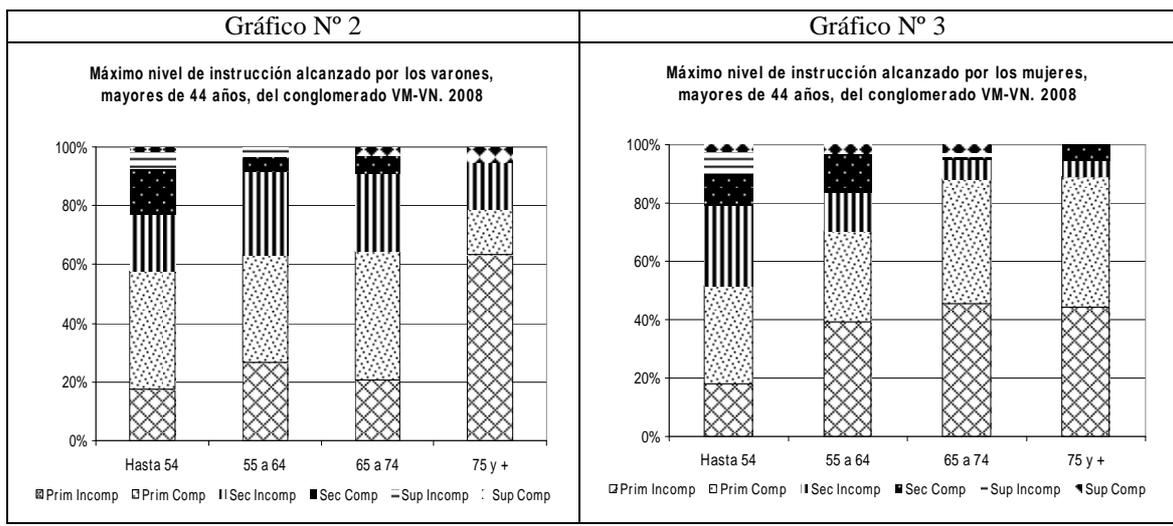
Esta realidad manifiesta en cierta medida la mejor adaptación de las mujeres a la vida independiente en la tercera edad, que se ahonda después de los 64 años.

Máximo nivel de instrucción alcanzado

El nivel educativo de la población se analiza a partir de la pregunta: ¿Cuál fue el último nivel que usted aprobó en la escuela? ----¿Lo completó?----

La distribución porcentual del máximo nivel de instrucción por grupo de edad y nivel, según si lo completó o no, pone de manifiesto que la población del conglomerado que estamos estudiando, posee bajo perfil educativo. En todas las edades se observa que más del 50% accedió sólo al nivel primario, con aumento paulatino para cada grupo de edad y alcanza el 80% en los hombres del último grupo y lo supera en las mujeres.

La categoría secundario incompleto también presenta un porcentaje importante. En ambos sexos, el grupo que alcanza mejor nivel es el más joven.

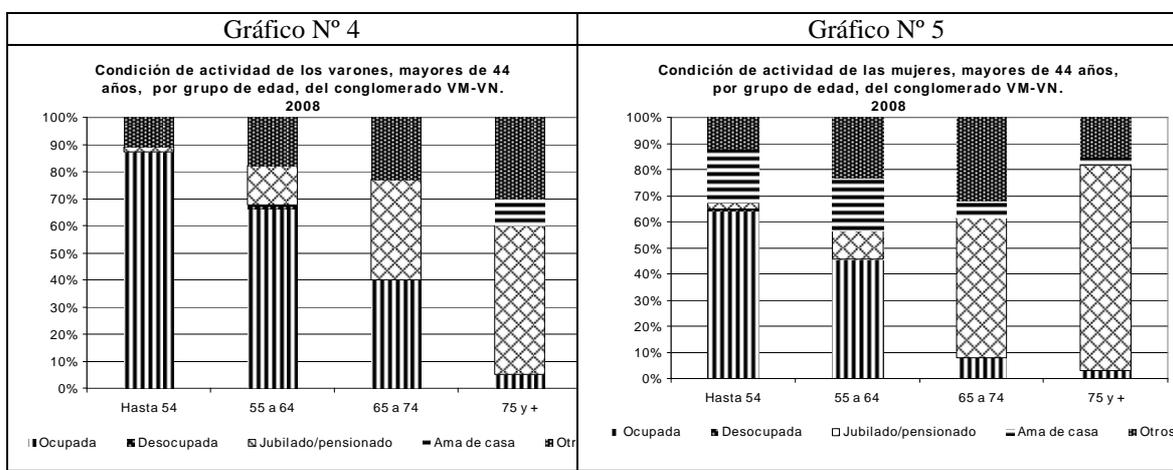


Fuente: Elaboración propia en base a encuesta ad hoc

Cuando se analiza la población de los mayores de 44 años, sin diferenciar las edades, se observa que las mujeres obtienen mayor porcentaje que los varones en primario incompleto y de secundario completo y nivel superior. En cambio los hombres presentan un porcentaje mayor en primario completo y secundario incompleto. Resumiendo, el 63% de los varones y el 69% de las mujeres sólo tuvieron acceso al nivel primario de educación formal.

Condición de actividad de la población mayor de 44 años

Para captar la condición de actividad se preguntó a los entrevistados si durante la semana anterior a la encuesta: Trabajó, buscó trabajo, ayudó en algún negocio de la familia, realizó los quehaceres del hogar, era jubilado o pensionado, estaba con discapacidad para trabajar y otras actividades complementarias.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta ad hoc

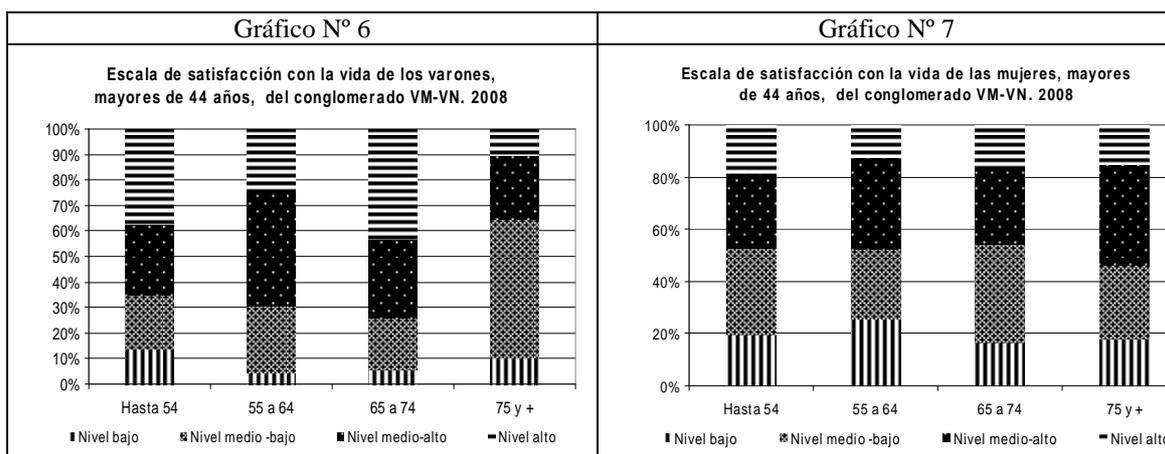
La condición de ocupados de los varones decrece con la edad, como es de esperar, en la medida que crece el porcentaje de jubilados, que en el grupo de 75 años y más sólo alcanza el 55%. En lo relativo a la condición de desocupado, prácticamente no existe declaración de búsqueda de trabajo en ningún grupo de edad. En la categoría *Otros*, se incluyen los que respondieron que no trabajaron por algún impedimento, y también los que solamente dijeron que no trabajaron (son la mayoría).

La condición de actividad de las mujeres se caracteriza por presentar menor ocupación que los varones en todos los grupos de edad, y también mayor importancia relativa de jubilaciones y pensiones. Tampoco expresan que hayan buscado trabajo en la semana anterior a la encuesta y se dedican a las tareas del hogar con mayor asiduidad que los varones.

- **Escala de satisfacción con la vida**

La calidad de vida se evalúa con una escala de satisfacción actual, dándole un punto a cada respuesta que representa una visión positiva del propio envejecimiento y de su vida en soledad, y también cuando expresa no tener ansiedad o inquietud. Las categorías se fijaron según el criterio descripto anteriormente.

Hasta los 74 años, más del 70% de los varones manifiestan tener un nivel de satisfacción con su vida, medio-alto y alto. En el grupo de 75 años y más ese porcentaje baja a poco más de 30%.

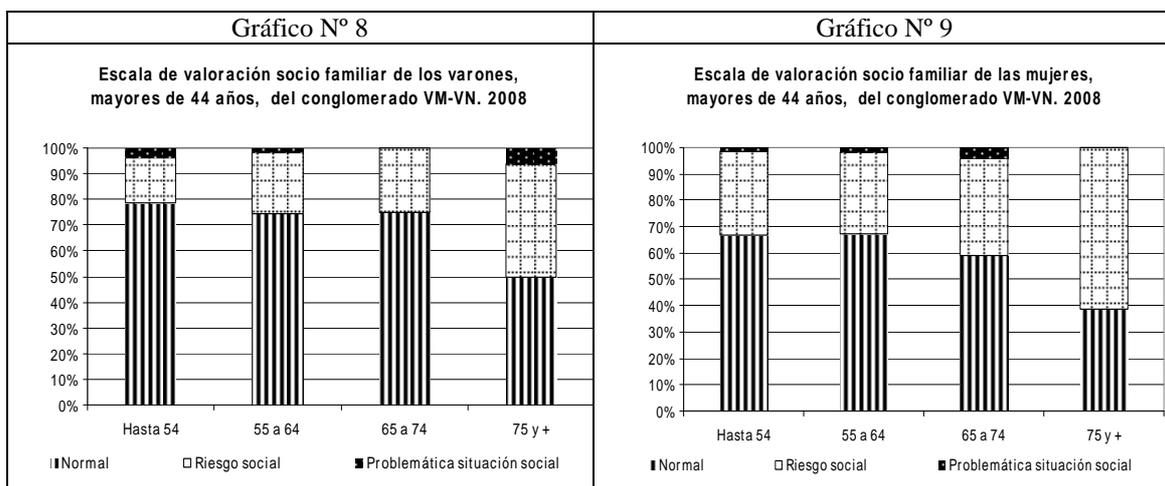


Fuente: Elaboración propia en base a encuesta ad hoc

Poco menos del 50% de las mujeres, en cambio, reconoce estar satisfecha con su vida en nivel medio-alto y alto, hasta los 74 años. A partir de los 75 años se muestran más satisfechas con su calidad de vida.

- **Escala de valoración socio familiar**

En la valoración socio familiar de los varones, se observa que el riesgo social es mayor a partir de los 75 años (43.8%), como también muestra mayor porcentaje de personas con problemática situación social. Hasta los 74 años la situación socio familiar es normal en el 74% y más de la población masculina.

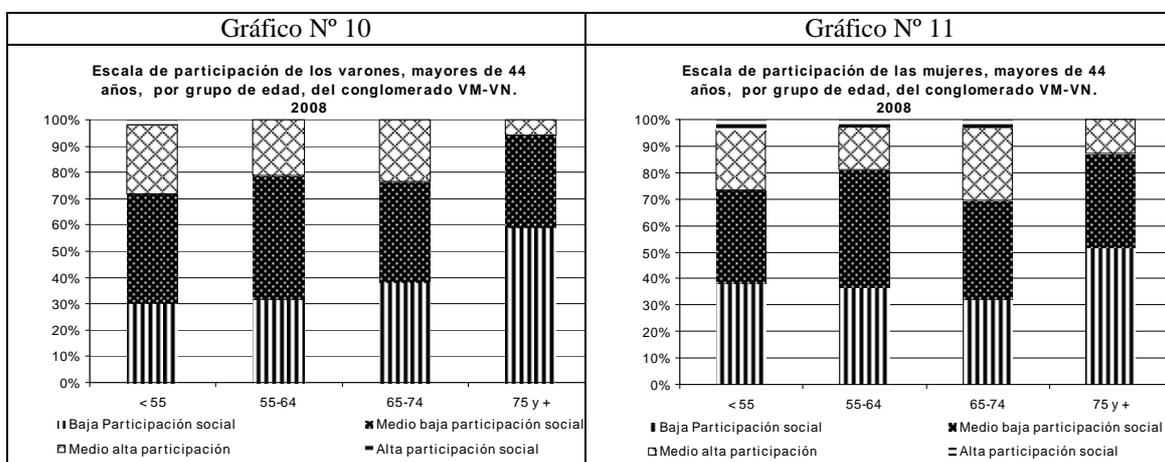


Fuente: Elaboración propia en base a encuesta ad hoc

Aproximadamente, el 67% de la población femenina menor de 65 años valora como normal su situación socio familiar. Este porcentaje decrece después de esa edad, al mismo tiempo que crece la importancia relativa de mujeres en situación de riesgo social, que para los mayores de 74 años supera el 61%.

- **Escala de participación**

La participación social de los adultos mayores, no se ve incrementada a partir del momento en que se jubilan, a pesar de que, al tener más tiempo libre podrían realizar actividades recreativas, culturales y de participación en algunas instituciones.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta ad hoc

Los varones que presentan mayor participación son los menores de 55 años, luego va disminuyendo el porcentaje de participación (medio-alta) y aumenta el de baja participación hasta casi el 59% en los mayores de 74 años.

La mayor participación social de las mujeres se da en dos grupos de edad: menores de 55 años y de 65 a 74. Las mayores de 74 años disminuyen bastante su participación, quizás debido al aumento de los impedimentos físicos para desplazarse.

Análisis de correlaciones

Se realizaron correlaciones bivariadas entre las puntuaciones obtenidas para evaluar la escala de satisfacción con la vida, los recursos socio familiares y la participación social. Las correlaciones son significativas aunque débiles (menores a ± 0.3), la escala de satisfacción varía entre 0 y 17 puntos, siendo éste el máximo. La escala de recursos socio familiares varía de 0 a 20, en el que cero indica el máximo de recursos y el 20 el mínimo. Por tal motivo el coeficiente de correlación entre esta escala y las otras (satisfacción y participación) es negativo.

También se hallaron los coeficientes de correlación entre el puntaje obtenido en cada uno de los ítems de los recursos socio familiares con la escala de satisfacción con la vida y la participación, con el fin de conocer cuál de los aspectos considerados tienen mayor influencia con el grado de satisfacción. No existiría correlación entre el parentesco de las personas corresidentes y el grado de satisfacción que declara el adulto mayor. Mientras que la mayor correlación (-0.298, sig 0.000) del grado de satisfacción se establece con el hecho de mantener (o no) relaciones sociales fuera del domicilio, como visitas a amigos y familiares fuera y dentro del vecindario.

CONCLUSIONES

Hasta los 74 años, más del 70% de los varones manifiestan tener un nivel de **satisfacción con su vida**, medio-alto y alto. En el grupo de 75 años y más ese porcentaje baja a poco más de 30%.

Poco menos del 50% de las mujeres, en cambio, reconoce estar satisfecha con su vida en nivel medio-alto y alto, hasta los 74 años. A partir de los 75 años se muestran más satisfechas con su calidad de vida.

En la **valoración socio familiar** de los varones, se observa que el riesgo social es mayor a partir de los 75 años (43.8%), como también muestra mayor porcentaje de personas

con problemática situación social. Hasta los 74 años la situación socio familiar es normal en el 74% y más de la población masculina.

Aproximadamente, el 67% de la población femenina menor de 65 años valora como normal su situación socio familiar. Este porcentaje decrece después de esa edad, al mismo tiempo que crece la importancia relativa de mujeres en situación de riesgo social, que para los mayores de 74 años supera el 61%.

Se recuerda que la escala socio familiar contempla: condiciones de la vivienda, situación económica, relaciones y contactos sociales, atención familiar y apoyos de la red social. Aparentemente las mujeres perciben menor atención familiar y apoyo, como también pueden disponer de menores ingresos o de vivienda propia que los varones.

Los varones que presentan mayor **participación** son los menores de 55 años, luego va disminuyendo el porcentaje de participación (medio-alta) y aumenta el de baja participación hasta casi el 59% en los mayores de 74 años.

La mayor participación social de las mujeres se da en dos grupos de edad: menores de 55 años y de 65 a 74. Las mayores de 74 años disminuyen bastante su participación, quizás debido al aumento de los impedimentos físicos para desplazarse.

La calidad de vida según el instrumento que se utilizó en el presente trabajo habla sobre la satisfacción con la propia vida. Los que **manifiestan estar menos satisfechos con sus vidas, son los que declaran menores recursos socio-familiares.**

Tablas

Tabla N° 1	
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (MORAL) DEL CENTRO GERIÁTRICO DE FILADELFIA	
1.- ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para vd.?	NO
2.- ¿Tiene vd. tanta energía como el año pasado?	SI
3.- ¿Se siente usted sólo?	NO
4.- ¿Ve bastante a sus amigos y parientes?	SI
5.- ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	NO
6.- ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	NO
7.- ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	NO
8.- ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son MEJOR..... PEOR..... IGUAL..... que lo que vd. pensó que sería?	SI (Mejor)
9.- ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?	NO
10.- ¿Ahora es vd. tan feliz cómo cuando era más joven?	SI
11.- ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	NO
12.- ¿Tiene miedo de muchas cosas?	NO
13.- ¿Se siente más irascible o se enfada más que antes?	NO
14.- ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	NO
15.- ¿Está satisfecho con su vida ahora?	SI
16.- ¿Le cuesta trabajo hacer las cosas?	NO
17.- ¿Se viene abajo, se altera o disgusta fácilmente?	NO
Las respuestas indican una actitud positiva y deben puntuarse cada una con un punto	
Fuente: Alberto Castellón et al. Análisis de la satisfacción en los mayores de la Universidad de Granada Rev Mult Gerontol 2004;14(5):252-257.	

Tabla N° 2	
ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN (adaptada)	
Situación familiar	0. Vive con familiares directos (hijos y/o con pareja y/o nietos) en su casa (puede haber otros familiares o no) 1. Vive con familiares directos (hijos y/o con pareja y/o nietos) en casa del hijo o nieto (puede haber otros familiares o no) 2. Vive con otros familiares y amigos (en casa de él o de la/s otra/s persona/s) 3. Vive solo pero tiene hijos próximos 4. Vive solo, carece de hijos o viven alejados
Vivienda	0. Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor) y no tiene barreras arquitectónicas. 1. Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor) y tiene barreras arquitectónicas. 2. Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores) y no tiene barreras arquitectónicas. 3. Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores) y tiene barreras arquitectónicas. 4. Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores) con o sin barreras
Relaciones y contactos sociales	0. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio. 1. Sólo se relaciona con la familia y vecinos; sale de casa. 2. Sólo se relaciona con la familia; sale de casa. 3. No sale de su domicilio; recibe a su familia o visitas (> 1 vez a la semana). 4. No sale del domicilio ni recibe visitas (o < 1 vez a la semana).
Apoyo de la red social	0. No necesita ningún apoyo. 1. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos. 2. Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria. 3. Pendiente de ingreso en residencia de ancianos. 4. Necesita cuidados permanentes que no son dados.

Situación socio económica (ingresos/mes)	0. Más de \$1.500 por mes
	1. Desde \$1.000 hasta \$1.499 por mes.
	2. Desde \$500 hasta \$999 por mes.
	3. Menos de \$500 mensuales
	4. No recibe pensión ni otros ingresos.
Fuente: Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, [2002].	

Tabla N° 3				
Correlaciones entre las principales variables				
		Satisfacción con la Vida	Participación Social	Escala Sociofamiliar
Satisfacción con la Vida	Pearson Correlation	0= Baja satisfacción con la vida 17= Alta calidad satisfacción con la vida		
	Sig. (2-tailed)			
	N			
Participación Social	Pearson Correlation	,126(**)	0= No participa 60= máxima participación social	
	Sig. (2-tailed)	,005		
	N	1010		
Escala Sociofamiliar	Pearson Correlation	-,298(**)	-,197(**)	0= Normal 19= Problemática situación social
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	1038	958	
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos del proyecto ¿Nos Ves? Villa María 2008-2009				

Bibliografía

- Alan Hatton-Yeo (Fundación Beth Johnson, Reino Unido). Programas intergeneracionales, solidaridad intergeneracional y cohesión social . http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/b1d9d404d98e6110VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es23_c5_esp.pdf.
- Cardona y col. (2007). Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. Revista de Salud Pública Print version ISSN 0124-0064 Rev. salud pública vol.9 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2007.
- CEPAL (2003). América Latina y el Caribe. El envejecimiento de la población, 1950-2050. Boletín Demográfico 72.
- CEPAL (2006). Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez.
- CEPAL (2003) .SERIE Seminarios y conferencias.Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe
- Conde Sala, Lluís. 2001. Vivir a vejez positivamente. Interpsiquis. Biblioteca Digital RAM.
- Guzmán, J. M. (2002), Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo N° 28 CEPAL, Santiago de Chile.
- Guzmán, José Miguel y otros. Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: Marco Conceptual. www.eclac.org/celade/noticias/paginas/.../EPS9_JMGSHNVMO.pdf
- Guzmán, José Miguel y otros. Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: Marco Conceptual. www.eclac.org/celade/noticias/paginas/.../EPS9_JMGSHNVMO.pdf
- Guzmán, José Miguel y otros. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. www.eclac.org/celade/noticias/paginas/.../EPS9_JMGSHNVMO.pdf
- Meléndez Moral. (1998) Apoyo social, tercera edad y autopercepción. Rincón científico COMUNICACIONES. GEROKOMOS Volumen IX Número 2 Páginas 60 a 66
- Piellemer, K. y otros. 2002. social integration in the s4econd half of life. Johns Hopkins university press.
- Rodríguez-Marin y col. 1993. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Departamento de Psicología de la Salud, Facultad de medicina Universidad de Alicante. Psicothema
- Sánchez-Gavito, Ana. 2000. Manual de Prevención y Autocuidado para las Personas Adultas Mayores 1a. edición, Gobierno del Distrito Federal. ISBN 968-816-329-5 .México.
- Verónica Montes de Oca. 2003. REDES COMUNITARIAS, GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultas mayores en la ciudad de México. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de Julio de 2003