

**BARÓMETRO DE LA DEUDA SOCIAL
CON LAS PERSONAS MAYORES
Hacia una Argentina para todas las edades
Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año II**

BARÓMETRO DE LA DEUDA SOCIAL CON LAS PERSONAS MAYORES

Observatorio de la Deuda Social Argentina
Pontificia Universidad Católica Argentina

Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores
Hacia una Argentina para todas las edades
Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año II

**EL DESAFÍO DE LA DIVERSIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO.
FAMILIA, SOCIABILIDAD Y BIENESTAR
EN UN NUEVO CONTEXTO**

Amadasi, Enrique y Tinoboras, Cecilia
El desafío de la diversidad en el envejecimiento. Familia,
sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto.
Enrique Amadasi y Cecilia Tinoboras. - 1a ed.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Educa, 2016.

212 p. ; 21x27 cm.

ISBN 978-987-620-307-4

1. Personas Mayores. 2. Inclusión Social. 3. Envejecimiento
4. Sociabilidad. 5. Desarrollo Social
CDD 362.6

1ª edición: Mayo de 2016
Tirada: 700 ejemplares.

Diseño gráfico:
Artes Gráficas Integradas
www.agi.com.ar

Impreso en AGI

Libro editado y hecho en la Argentina
Printed in Argentina

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© Fundación Universidad Católica Argentina
Av. Alicia M. de Justo 1300.
Buenos Aires, Argentina.

Los autores de la presente publicación ceden sus derechos a la Universidad, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de la misma al Repositorio Institucional de la Universidad Católica Argentina como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica. Asimismo, la Universidad Católica Argentina autoriza a la Fundación Navarro Viola a la difusión de la misma.

Lo publicado en esta obra es responsabilidad de sus autores y no compromete la opinión de la Pontificia Universidad Católica Argentina o de la Fundación Navarro Viola.

© 2016, Derechos reservados por Fundación Universidad Católica Argentina.

AUTORIDADES

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

ARZOBISPO RECTOR

Mons. Víctor Manuel Fernández

VICERRECTOR DE ASUNTOS ACADÉMICOS E INSTITUCIONALES

Gabriel Limodio

VICERRECTORA DE INVESTIGACION E INNOVACION ACADEMICA

María Clara Zamora de Najun

OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

DIRECTOR DE INVESTIGACION

Agustín Salvia

DIRECTOR DE GESTION INSTITUCIONAL

Juan Cruz Hermida

SOCIO DEL BAROMETRO DE LA DEUDA SOCIAL CON LAS PERSONAS MAYORES

Fundación Navarro Viola

PRESIDENTE

Enrique Valiente Noailles

DIRECTORA EJECUTIVA

Inés Castro Almeyra

BAROMETRO DE LA DEUDA SOCIAL CON LAS PERSONAS MAYORES

COORDINADOR DEL ESTUDIO

Enrique Amadasi

INVESTIGADORA

Cecilia Tinoboras

ASISTENTE DE INVESTIGACION

María Rosa Cicciari

CORRECCION DE ESTILO

Karina Bonifatti

DISEÑO E IMPRESIÓN

Artes Gráficas Integradas S.A.

www.agi.com.ar

FOTOGRAFIAS

Sandra Brizuela

Diego Epstein

Marta Ferré

Francisco Gilges

Emilse Rivero

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	15
PRÓLOGO	17
RESUMEN EJECUTIVO	19
INTRODUCCIÓN	29
CAPÍTULO 1. FAMILIA, REDES E INTEGRACIÓN FAMILIAR EN LA VEJEZ	35
CAPÍTULO 2. SOCIABILIDAD, SOLIDARIDAD Y RECREACIÓN EN LA VEJEZ	69
NOTA DE INVESTIGACIÓN: "CAMBIO SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO. REFLEXIONES EN TORNO A LA PARTICIPACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS DE MAYOR EDAD EN LA SOCIEDAD"	99
NOTA DE INVESTIGACIÓN: "EL CEREBRO NO SE JUBILA. EL PROGRAMA IBIRAPITÁ DE INCLUSIÓN DIGITAL DE JUBILADOS EN URUGUAY"	106
CAPÍTULO 3. ACCESO, CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD	115
NOTA DE INVESTIGACIÓN: "ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS MAYORES"	141
NOTA DE INVESTIGACIÓN: "TRASTORNOS DE SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD"	151
CAPÍTULO 4. EL BIENESTAR EN SU DIMENSIÓN SUBJETIVA: SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA	163
ANEXO METODOLÓGICO	183
BIBLIOGRAFÍA	201



PRESENTACIÓN

LAS PERSONAS MAYORES: POBLACIÓN POTENCIALMENTE ARTÍFICE DEL DESARROLLO SOCIAL

El mundo está envejeciendo y la población de nuestro país también. En los próximos 50 años, casi se cuadruplicará en el planeta el número de personas con más de 60 años, pasando de aproximadamente 600 millones a casi 2.000 millones; mientras que en la Argentina se estima que la cifra actual, más de 6 millones de personas mayores de 60 años (5,7 millones en el Censo de 2010), para el año 2025 superará los 8 millones. En el marco de las consecuencias profundas que este envejecimiento está teniendo para las personas y para la sociedad, a países subdesarrollados como el nuestro se les plantea un desafío complejo en materia de uso de sus escasos recursos: atender tanto a las necesidades estratégicas que demandan las nuevas generaciones como al compromiso que impone el envejecimiento. En este contexto, sin embargo, no debe perderse de vista que si la gente puede vivir cada vez más años, solo en la medida en que lo haga de manera activa y sana, la población que envejece ofrecerá también oportunidades que pueden y deben ser aprovechadas.

Es sabido que con el avance del ciclo de vida se ven disminuidas ciertas capacidades y habilidades físicas con respecto a etapas anteriores; pero esto no necesariamente implica una disminución de recursos, capacidades y dones personales, pudiendo incluso constituirse en facultades especiales. Lamentablemente, el sistema cultural dominante en nuestras sociedades coloca a las personas mayores en situación de desventaja o de descarte frente al mercado de trabajo, la vida social y el sistema institucional. No obstante, es potencialmente muy importante la contribución que pueden seguir haciendo al funcionamiento de la sociedad la mayoría de los hombres y mujeres que están envejeciendo, siempre que se cuente con las garantías adecuadas. Por otra parte, dada su condición humana, es una obligación moral garantizar a esta población un pleno desarrollo de sus facultades y capacidades, sea cual fuere su estado físico o mental.

Consecuentemente, cabe destacar la existencia de un conjunto de derechos sociales orientados a proteger y promover el desarrollo humano integral de las personas mayores. En tal sentido, ocuparse de las personas mayores debe constituirse en una responsabilidad tanto para los gobiernos como para el conjunto de la sociedad, lo cual implica la implementación de políti-

cas específicas que promuevan condiciones de autonomía, participación, cuidado, autorrealización y dignidad. Una estrategia de este tipo implica abordar de manera integral asuntos tales como la salud y la nutrición, la protección de los consumidores, la vivienda y el medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad de ingreso y el empleo, la educación, el uso del tiempo libre y la participación social o política, entre otras. Ahora bien, ninguno o muy pocos de estos desafíos se pueden alcanzar si los gobiernos y las sociedades no cuentan con datos derivados de investigaciones sistemáticas que permitan establecer diagnósticos, abrir debates ciudadanos y orientar políticas o programas que brinden soluciones efectivas. A efectos de conseguirlo, la disponibilidad de información fiable es un instrumento indispensable para identificar nuevos problemas y ponerlos en la agenda política.

Atentos a esta necesidad, desde el Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina y la Fundación Navarro Viola venimos desarrollando hace dos años una nueva línea de investigación denominada “Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores”. Estamos presentando aquí el segundo informe anual de una serie de estudios que esperamos continúe hasta 2020. Nuestro objetivo es monitorear el desarrollo humano y el pleno ejercicio de los derechos que protegen a la población urbana de personas ma-

yores. Para ello se ha utilizado un conjunto de indicadores que permiten dar cuenta de las formas particulares y no siempre visibles que asumen las privaciones injustas que afectan a esta población, así como las marcadas diferencias y desigualdades en materia de condiciones de vida. Igual que el año anterior, los datos de este informe los aporta la Encuesta del Bicentenario de la Deuda Social, la cual alcanza a 5.700 hogares de ciudades de más de 80.000 habitantes.

Con este segundo estudio anual esperamos avanzar en tres objetivos cruciales: 1) poner en debate un conocimiento integral de carácter interdisciplinario sobre los deteriorados mundos de vida que afectan a una buena parte de las personas mayores de nuestro país; 2) promover una más amplia toma de conciencia en los gobiernos, la dirigencia y la opinión pública sobre las privaciones que impone la existencia de una vejez no suficientemente cuidada, protegida y estimulada; y 3) acompañar la labor de aquellas organizaciones de la sociedad civil que desarrollan acciones tendientes a promover los derechos humanos de las personas mayores y su activa participación en la vida social. Se entiende que ello ha de contribuir a forjar corresponsabilidad entre los diferentes actores sociales y, en particular, entre aquellos que tienen la responsabilidad de gestionar soluciones de políticas públicas universales pero también específicas, sensibles a la diversidad.

Agustín Salvia

Director de Investigación

Juan Cruz Hermida

Director de Gestión Institucional

Observatorio de la Deuda Social Argentina
Universidad Católica Argentina



PRÓLOGO

No hay una sola vejez, sino que hay una multiplicidad de situaciones que se expresan con el término. En una Argentina de 6 millones de personas con más de 60 años, no hay una persona mayor “típica”, sino que existe una enorme diversidad de trayectorias de vida, capacidades y necesidades. Sin embargo, muchos de los supuestos sobre las personas mayores se basan en estereotipos unívocos, como el que asocia a la vejez con un período de enfermedad o dependencia.

La discriminación por motivos de edad que encierran estas suposiciones generalizadas influye en las decisiones personales y en los comportamientos sociales pero, sobre todo, limita la capacidad de la sociedad para valorar y capitalizar todo lo que las personas mayores pueden aportar.

La información estadística generada por el Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores nos desafía a repensar cómo son las personas mayores hoy, y cuáles son sus recursos y sus expectativas. La evidencia empírica nos permite identificar tendencias, reflejar la diversidad y llamar la atención sobre cuestiones que no están en la agenda pública. Los datos pueden aportar al diseño de los programas sociales y las políticas públicas, a partir de un mayor conocimiento acerca de las problemáticas y potencialidades de este segmento de la población.

Un enfoque basado en los derechos contribuye también a valorar la diversidad en la vejez. En la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores se reconocen los derechos de las personas mayores que garantizan su integración social. Ahora bien, la posibilidad de contar con datos confiables o normas jurídicas no alcanza para generar un cambio si no va acompañado de una reflexión colectiva sobre el significado de la vejez. Todos somos, individual y colectivamente, responsables de repensar las generalizaciones sin sustento, generar nuevo conocimiento sobre la realidad de las personas mayores y construir un nuevo sentido para esta etapa de la vida.

Inés Castro Almeyra

Directora Ejecutiva

Fundación Navarro Viola



RESUMEN EJECUTIVO

CAPÍTULO 1. FAMILIA, REDES E INTEGRACIÓN FAMILIAR EN LA VEJEZ

En la actualidad, las personas mayores atraviesan un proceso de doble debilitamiento de las redes sociales; en primer lugar, por el contexto de individualización y disolución de los lazos sociales que afecta el sentido de pertenencia a diversas instituciones sociales; en segundo lugar, considerando la situación específica de pérdida de los familiares y amigos con géneros. En este marco, si bien la familia ha cambiado, no ha desaparecido como organización social; al contrario, se ha fortalecido su papel como red social de apoyo en el envejecimiento, etapa vital en la que tienden a retraerse otras relaciones sociales. Resulta pertinente preguntarse, entonces, cómo están compuestas las redes familiares de las personas mayores, de qué modo se realizan los intercambios intergeneracionales de apoyos, ayudas y cuidados, y cuáles son los sentimientos respecto del lugar que ocupan las personas mayores en el seno familiar. Para dar respuesta a tales interrogantes, este capítulo comienza con una descripción general de la conformación y características de los hogares

integrados por personas mayores; para luego analizar los roles y funciones de las personas mayores dentro del hogar; y por último, indagar acerca de sus percepciones respecto de la integración y valoración familiar.

La conformación de los hogares de las personas mayores. Los hogares con personas mayores son más numerosos en los estratos medios y considerablemente menos frecuentes en villas o asentamientos precarios. Es mayor su proporción en la Ciudad de Buenos Aires respecto al resto del país. Son los hogares de los sectores más acomodados los que presentan personas con más tendencia al envejecimiento, ello debido a la mayor longevidad y a la menor tasa de natalidad; mientras que los sectores más desfavorecidos no sólo tienen menos oportunidades de llevar adelante un proceso de envejecimiento activo, sino que también tienen menos oportunidades de envejecer.

Se distinguen tres tipos de hogares según su conformación: unipersonales (una sola persona de 60 años y más); multipersonales puros (2 o más personas de 60 años y más) y multipersonales mixtos (personas de 60 años y más con personas de menor edad). En estudios anteriores hemos encontrado que el 19,5% de las personas mayores vive sola; el 30,6%

convive únicamente con otras personas mayores; y el 49,9% convive en grupos familiares intergeneracionales (ODSA-UCA, 2014b: 14). No todas las personas mayores que viven solas se encuentran por definición en condiciones de vulnerabilidad; al contrario, en condiciones de salud adecuada y recursos suficientes, la autonomía que les permite vivir solos puede resultar una fortaleza. La vulnerabilidad de las personas que residen solas deberá ser contemplada a la luz de otros indicadores, como los recursos económicos y las redes de apoyo social. Al respecto, las personas mayores que viven solas tienen mayor tasa de inactividad y menor tasa de empleo que las que viven acompañadas; y junto con las que conviven con personas de menor edad, presentan mayor insuficiencia de ingresos que quienes viven únicamente con otras personas mayores. Son las que poseen mayor capacidad de ahorro de los tres tipos de hogar. Por otra parte, presentan una vulnerabilidad muy alta en cuanto a la necesidad de ayuda cotidiana y a las necesidades de afecto y cariño. Las personas mayores que conviven únicamente con otras personas mayores, en cambio, experimentan menor vulnerabilidad económica por insuficiencia de ingresos, en comparación con las que residen en los otros dos tipos de hogar. A su vez experimentan déficits afectivos mucho menores que quienes viven solos. Estos déficits son muy similares a los registrados entre las personas que conviven en grupos multigeneracionales, lo cual podría indicar que es la calidad del vínculo y no la cantidad de contactos en la red familiar lo que resulta relevante considerar para los déficits afectivos. Las personas mayores que conviven con gente de su edad solamente y quienes lo hacen con un grupo familiar más amplio experimentan similares situaciones de carencia afectiva.

Roles y funciones dentro del hogar. Una primera lectura sobre lo que las personas mayores pueden dar. Se destaca el elevado porcentaje de personas mayores (9 de cada 10) que se hacen cargo del cumplimiento de roles y de la realización de tareas en el hogar, siendo este un indicador de sus posibilidades de autonomía y autocuidado en el

proceso de envejecimiento actual. En los hogares familiares se destaca el importante aporte de las personas mayores (1 de cada 2) a los procesos de reproducción social, particularmente de quienes realizan tareas de cuidado de otros familiares convivientes. Así se demuestra que no sólo son autónomos y pueden autocuidarse, sino que tienen la capacidad física y social de ser responsables del cuidado de otras personas. Analizando los distintos perfiles de las personas mayores en relación con el desarrollo de las tareas dentro del hogar, se distinguen dos aspectos sociodemográficos importantes: a) la disminución de la realización de las tareas analizadas a partir de los 75 años, y b) las brechas de género. La distribución de tareas al interior del hogar está claramente marcada por la distribución de roles en el trabajo doméstico y extradoméstico, siendo las mujeres mayores quienes se hacen cargo de las tareas de limpieza, lavado y planchado; preparación de la comida y cuidado de otros familiares convivientes. Los varones, por su parte, se encargan en mayor medida de los arreglos en el hogar, las compras domésticas y los mandados. Interesantes perfiles de unas y otros, teniendo presente que, por su edad, vienen de trayectorias vitales donde la división del trabajo doméstico por sexo era muy marcada.

El nivel educativo alcanzado no introduce variaciones muy significativas en la realización de las tareas domésticas, en parte porque estas no requieren habilidades y competencias adquiridas a través de estudios formales. En cambio, hay otras tareas donde sí surgen diferencias, particularmente aquellas menos asociadas a las tareas domésticas tradicionales, siendo muy notorio el caso del cuidado de convivientes, mucho más frecuente entre los que tuvieron menores oportunidades educativas. Todas las personas mayores desempeñan tareas domésticas en el hogar, aunque realizan –conforme al nivel educativo alcanzado– distintos tipos de tareas, asociadas a criterios de autonomía, independencia y creatividad. El estrato socioeconómico muestra variaciones del siguiente orden: las personas mayores de los estratos socioeconómicos más altos exhiben

una tendencia a no realizar ellos mismos las tareas domésticas relevadas en la EDSA, es decir, a contar con otros familiares o personas de apoyo para su realización. En este sentido, las personas mayores más pobres lavan, planchan, hacen la limpieza, cocinan y cuidan a otros miembros del hogar, mientras que las más ricas realizan compras y/o arreglos en el hogar. La contribución de las personas mayores en las tareas domésticas que hacen a la reproducción social es muy importante. En los hogares unipersonales, la magnitud de quienes se dedican a estas tareas es de 8 de cada 10 personas, mientras que en los hogares multipersonales puros y mixtos es de 4 de cada 10 personas. Al considerar la distribución según aglomerados urbanos se observa un comportamiento diferencial de quienes habitan en la Ciudad de Buenos Aires, donde se registran porcentajes inferiores de realización de tareas domésticas, a excepción de las compras y mandados. De este modo, tanto el nivel educativo como el estrato socioeconómico y la distribución por aglomerados muestran que todas las personas mayores colaboran en los hogares, si bien es cierto que en los estratos más bajos tienen mayor carga en actividades realizadas al interior del hogar y, en los más altos, participan sobre todo en actividades externas al hogar, como la realización de compras.

Integración, respeto y reconocimiento familiar.

Acerca de la integración y reconocimiento de las personas mayores por parte de su entorno familiar, se advierte que 2 de cada 10 personas mayores presenta déficit de valoración familiar en dos aspectos: su participación en procesos de toma de decisiones individuales y familiares, y en la atención familiar de su salud; mientras que 3 de cada 10 personas mayores expresan tener déficit en la comprensión afectivo/emocional familiar. Los déficits hallados son bastante mayores entre las personas de 60 años y más respecto de la población que tiene entre 18 y 59 años, pero menos elevados de lo que suele esperarse, considerando que constituyen patrones del entorno familiar de la estructura social argentina que se agudizan bastante en el caso de las personas mayores.

Estas situaciones de déficit impactan a su vez en forma diferencial en los diversos perfiles de personas mayores, siendo más afectadas: las que forman parte del grupo de más edad (75 años y más); las mujeres; quienes han tenido menores oportunidades educativas, quienes ocupan las posiciones más desfavorables en la escala social; quienes viven en hogares unipersonales; quienes habitan en villas y asentamientos precarios; y quienes residen en el Conurbano Bonaerense y las ciudades medias del Interior del país. Todas estas situaciones de déficit indican una valoración familiar que no contribuye a conformar un marco favorable a la autonomía y la independencia de las personas mayores, y por lo tanto, a una mayor calidad de vida y bienestar en esta etapa de la vida.

CAPÍTULO 2.

SOCIABILIDAD, SOLIDARIDAD Y RECREACIÓN EN LA VEJEZ

Relaciones interpersonales y recreación. Se registran tres situaciones respecto de los vínculos de amistad: 1 de cada 3 carece de amigos íntimos; 1 de cada 3 tiene uno o dos amigos íntimos; y 1 de cada 3 tiene tres o más amigos íntimos. La incidencia de los factores de la estratificación social es notable en la carencia de amigos íntimos: entre las personas mayores con menos oportunidades educativas, esta carencia se cuadruplica. Lo mismo, pero con más intensidad, se observa al cotejar los estratos socioeconómicos: en el estrato muy bajo, la carencia de amigos íntimos afecta a 1 de cada 2 personas mayores. También presenta variaciones el cotejo según el tipo de hogar, la condición residencial y el lugar de residencia: declaran tener más vínculos de amistad quienes habitan en hogares unipersonales, quienes viven en barrios con trazado urbano y quienes tienen su hogar en la Ciudad de Buenos Aires.

Tomando el grupo en su totalidad, 7 de cada 10 personas mayores no se reúnen habitualmente para

desarrollar actividades recreativas o lúdicas. No se presentan variaciones por sexo ni por grupo de edad, aunque sí por nivel educativo y estrato socioeconómico. También por tipo de hogar, siendo quienes viven solos los de mayor tendencia a reunirse para entretenerse juntos.

Sólo 1 de cada 10 personas mayores participa en clubes sociales o deportivos y/o centros de jubilados, siendo una práctica poco difundida en el conjunto social. Son los adultos de más de 75 años, varones, con mejores oportunidades educativas y mejor posición social quienes más participan; así como también quienes viven solos, en barrios con trazado urbano, en la Ciudad de Buenos Aires y en las ciudades medias del Interior.

De cada 3 personas mayores, 1 responde que sus necesidades de recreación y esparcimiento se encuentran poco o nada satisfechas. No se aprecian variaciones por sexo ni grupo de edad en este plano, sí por nivel de instrucción y estrato socioeconómico. Además, se observan diferencias por tipo de hogar, condición de residencia y grupo de aglomerados urbanos, siendo las personas mayores más satisfechas las que viven en hogares multipersonales puros, en barrios con trazado urbano, en la Ciudad de Buenos Aires y en las áreas metropolitanas del Interior, contando aquí con una mayor oferta de actividades recreativas.

Lo que las personas mayores pueden dar. Realizan alguna actividad solidaria o de ayuda, entre las indagadas en la EDSA, 2 de cada 10 personas mayores; mientras que 4 de cada 10 declaran predisposición y afirman que podrían hacer alguna de las actividades solidarias propuestas. En el voluntariado actual se observan diferenciales por grupos de edad y sexo, siendo más proclives a realizar estas actividades las personas mayores más jóvenes y las mujeres. El voluntariado potencial, por su parte, disminuye a medida que aumenta la edad, no existiendo diferenciales por sexo. Las oportunidades educativas condicionan tanto el voluntariado actual como el potencial: las personas mayores que han contado con mejores oportunidades son las que

más actividades solidarias realizan. Lo mismo ocurre con el estrato socioeconómico. No se observan diferencias significativas en el parangón por tipo de hogar, aunque sí por condición residencial y según el aglomerado urbano, siendo quienes residen en barrios con trazado urbano, en la Ciudad de Buenos Aires y en el Resto urbano del Interior las personas que más realizan este tipo de actividades de voluntariado.

Las actividades solidarias o de ayuda que mayor interés han concitado son las vinculadas con asesoramiento y transmisión de saberes y con tareas de acompañamiento a personas solas, seguidas por las tareas escolares fuera del ámbito familiar, la elaboración y reparación de artefactos, las tareas de costura y tejido para donar y la lectura para no videntes. En cuanto a las actividades para realizar en el futuro y la disponibilidad concreta para realizarlas, se destaca la elección de la lectura para enfermos y no videntes, con 6 de cada 10 personas mayores. No se observan diferenciales por grupo de edad ni por sexo en las actividades solidarias efectivamente realizadas. Sí se han podido observar diferenciales conforme a las oportunidades educativas y al posicionamiento en la escala social: quienes han tenido mejores oportunidades educativas realizan y/o prefieren realizar actividades solidarias que implican el despliegue de mayores habilidades y conocimientos (asesoramiento y transmisión de saberes, ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, lectura para enfermos y/o personas no videntes); mientras que las personas mayores que han tenido menores oportunidades educativas declaran la realización efectiva y/o el deseo de realizar tareas solidarias asociadas con saberes menos formalizados (costura y tejido para donar, elaboración y reparación de artefactos, acompañamiento de personas solas).

Percepción sobre valoración social en la vejez. La mitad de las personas mayores (5 de cada 10) sienten que no son valoradas en todas las dimensiones consideradas en este análisis (tener en cuenta su palabra/opinión, sus conocimientos, su experien-

cia laboral y su capacidad de brindar cuidados a los otros); en tanto que 3 de cada 10 perciben que no son valoradas en ninguna de estas dimensiones. No se detectan diferencias significativas entre grupos de edad, aunque sí por sexo: los varones tienden a percibirse más valorados que las mujeres, en una proporción de 6 sobre 10. Las personas mayores que con más frecuencia no se sienten valoradas son las de menor nivel de instrucción y menor posición socioeconómica. Por otra parte, convivir con otras personas mayores disminuye el sentimiento de poca valoración social, siendo la relación entre pares de edad un factor que potencia la valoración. Es menor la valoración social de las personas mayores entre quienes viven en villas y asentamientos precarios y entre quienes residen en el Conurbano Bonaerense o en ciudades medias del interior del país.

Que su palabra/opinión no es valorada lo sienten 5 de cada 10 personas mayores, siendo los de más edad (75 y más) y las mujeres quienes más lo expresan así. La percepción de poca o nula valoración es menor en quienes han tenido mejores oportunidades educativas y en quienes ocupan las mejores posiciones en la estratificación social. No hay diferencias muy significativas por tipo de hogar, aunque se puede apreciar que son más valorados quienes viven en hogares integrados exclusivamente por personas mayores.

Que la sociedad valora poco o nada sus conocimientos lo manifiestan 4 de cada 10 personas mayores. No surgen diferencias por grupo de edad en este caso, aunque sí por sexo: las mujeres mayores se sienten menos valoradas. La percepción de no ser apreciado por sus conocimientos es más frecuente entre quienes tuvieron menos oportunidades educativas, entre quienes ocupan las peores posiciones en la estratificación social, quienes conviven solamente con personas mayores, residen en villas o asentamientos precarios y, a nivel geográfico, en las ciudades medias del Interior del país.

Que la sociedad valora poco o nada su experiencia laboral lo sienten 5 de cada 10 personas mayores. No se observan diferencias de acuerdo con la edad

hacia el interior de este grupo etario; aunque sí por sexo: las mujeres expresan más escasa valoración que los varones. Entre quienes tuvieron las mejores oportunidades educativas y quienes ocupan las mejores posiciones socioeconómicas, la percepción de escasa valoración es marcadamente inferior. En los hogares multipersonales puros se observa la valoración social más alta, mientras que las personas mayores que residen en villas o asentamientos manifiestan que su experiencia laboral es poco o nada valorada.

Los cuidados que las personas mayores pueden brindar a otros son poco o nada valorados para 3 de cada 10 personas mayores, siendo esta valoración social la más positiva de todas las observadas: lo más valorado por la sociedad son los cuidados que las personas mayores pueden brindar a los otros, sea en el marco del entorno familiar y/o del hogar o externos al mismo. Las personas menos envejecidas, los varones, quienes tuvieron mejores oportunidades educativas y están mejor ubicados en la escala social son quienes más perciben esta valoración social positiva. Ocurre lo mismo con quienes viven acompañados, residen en barrios de trazado urbano y habitan en la Ciudad de Buenos Aires. Debe aclararse que estos cuidados que pueden ser brindados se refieren tanto a miembros del propio hogar como a terceros, familiares o no.

CAPÍTULO 3.

ACCESO, CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD

Percepción del estado psicofísico. En el período analizado se registra que el 36,8% de las personas mayores tiene déficit en el estado psicofísico, proporción que expresa una condición más crítica que la registrada en personas de 18 a 59 años (24,8%). Si bien no se observan diferencias por grupos de edad ni por sexo, los factores que expresan la estratificación social llevan un peso considerable a

la hora de comprender el estado psicofísico de las personas mayores. Así, quienes tuvieron menos oportunidades educativas y quienes ocupan los estratos sociales más bajos son los que manifiestan déficits en las dos dimensiones consideradas en esta variable (el estado de salud percibido y el malestar psicológico). Al mismo tiempo, la percepción del estado psicofísico se ve influenciada por el diagnóstico efectivo de alguna enfermedad; concretamente, el 45,6% de quienes padecen al menos una enfermedad, expresa déficit en su estado psicofísico. Al examinar la percepción del malestar psicofísico según el tipo de cobertura de salud, se observa que el 52,4% de las personas mayores sin cobertura de salud manifiesta tener un malestar psicofísico alto o medio, frente al 40,7% de los que poseen cobertura de PAMI y al 31,4% de los que cuentan con obra social o mutual, observándose un gradiente descendiente vinculado con la cobertura de salud.

Trastornos del sueño. Estos trastornos, evidenciados en el tiempo total de sueño que declaran las personas mayores (insuficiente, es decir menos de 6 horas diarias, o excesivo, cuando supera las 10 horas diarias), la mala calidad de sueño y la presencia de somnolencia diurna son situaciones que afectan a las personas mayores, no tanto al comparar sus diferenciales por sexo y grupo de edad, sino con referencia a aspectos tales como el malestar psicológico, el estado de salud percibido y, en menor medida, el hecho de contar o no con cobertura de salud. Así, quienes mejores oportunidades educativas han tenido a lo largo de su vida y mejor posición detentan en la escala de estratificación social manifiestan tener menos problemas vinculados con el tiempo total de sueño, la calidad del mismo y/o la presencia de somnolencia diurna.

Déficit de consulta médica. Un indicador de cuidado sobre la propia salud es la visita a un profesional médico, ya sea por control, prevención o tratamiento, al menos una vez por año. Al respecto, en 2014 se registra que el 14,3% de las personas mayores no realizó una consulta médica en los últimos doce meses, resultado que difiere significativamente

del encontrado en la población de 18 a 59 años (36,2%) y que confirma el supuesto de que con el avance de la edad hay un mayor cuidado de la salud. Se observa a la vez un diferencial en el déficit de consulta que afecta negativamente a los mayores de 75 años, no registrándose diferencias por sexo. Los factores que expresan la estratificación social condicionan en gran medida la realización de la consulta médica anual, registrándose valores más bajos de déficit de consulta médica entre quienes han tenido mejores oportunidades educativas y quienes pertenecen a los estratos socioeconómicos más altos. Respecto a la relación entre el déficit de consulta médica y el tipo de cobertura de salud de las personas mayores, quienes cuentan con obra social y prepaga presentan menos déficit que quienes cuentan con PAMI y/o con la cobertura del sistema público de salud (no cuentan con cobertura médica y se atienden en hospitales y/o salas de atención pública). De este modo, los menores déficits de consulta registrados son coincidentes con lo expresado más arriba respecto de una mayor tendencia a la atención de la salud entre quienes tuvieron mejores oportunidades educativas y específicamente forman parte del estrato medio alto, evidenciando importantes diferenciales por estratificación social en esta cuestión.

Satisfacción de las necesidades de atención en salud. Otro indicador importante de la deuda social en materia de salud con las personas mayores es la percepción subjetiva de su satisfacción de las necesidades de atención, destacándose que el 27,1% de las personas mayores considera que sus necesidades de atención en salud están poco o nada satisfechas. La mayor insatisfacción en cuanto a estas necesidades se halla entre quienes pertenecen al estrato muy bajo, quienes no tienen cobertura salvo el acceso a la salud pública y quienes han tenido escasas oportunidades educativas; lo cual reafirma el rol de la estratificación social en los diferenciales de acceso, atención y satisfacción de las necesidades de atención de la salud, tal como constantemente demuestran los datos analizados.

La calidad de atención. En términos de calidad

de la atención recibida en salud, se consideran los indicadores de demora en la obtención de un turno médico, demora en la realización efectiva de la consulta y evaluación subjetiva de la calidad de atención recibida; todos ellos analizados bajo las particularidades que la prestación de servicios médicos para las personas adultas mayores requiere en términos de inmediatez, eficacia y eficiencia. En lo que concierne a la demora en la obtención de un turno médico, se observa un déficit general que afecta a toda la población, dado que más de la mitad tiene que esperar más de un mes para la obtención de un turno. En efecto, el 56,7% de las personas mayores debió esperar ese lapso, frente al 51,2% de quienes tienen de 18 a 59 años. No se registran diferencias significativas por grupos de edad ni por sexo. En cambio, los factores asociados con la estratificación social indican que son las personas mayores con escaso nivel de instrucción las que más deben esperar, así como quienes pertenecen al estrato muy bajo. Lo mismo ocurre con el tipo de cobertura de salud: deben esperar más tiempo para la obtención de un turno médico quienes no cuentan con otra cobertura médica que el acceso al sistema público de salud. Más crítica es la situación cuando se incorpora el diagnóstico de enfermedad objetiva, dado que la demora en la obtención de un turno médico es mayor para quienes cuentan con un diagnóstico positivo.

El indicador referido a la demora en la realización efectiva de la consulta tiene un comportamiento similar al anterior. Se ve obligado a esperar más de una hora en la realización efectiva de la consulta el 45,8% de las personas mayores, porcentaje levemente superior al registrado en el conjunto poblacional total. Ello expresa, por tanto, una situación de mala calidad de atención de la salud que afecta en general a toda la población. Tampoco se registran diferencias significativas por grupos de edad ni por sexo, pero sí en términos de los factores asociados con la estructura social. Así pues, quienes tuvieron las mejores oportunidades educativas y pertenecen a los estratos sociales más altos esperan menos para ser atendidos una vez que asisten a la consulta. Por

su parte, quienes cuentan con sistema de cobertura de salud del sistema público y quienes declaran poseer un diagnóstico de enfermedad objetiva se ven más afectados por la cantidad de tiempo de espera en la realización de la consulta efectiva.

Por último, respecto a la evaluación de la calidad de atención en salud percibida por las personas mayores, el 15,6% la califica de regular, mala o muy mala, siendo estas personas las pertenecientes a la población menos envejecida (60 a 74 años), las que se atienden mediante PAMI, las que pertenecen al estrato socioeconómico muy bajo y las que presentan diagnóstico de enfermedad objetiva.

Los aspectos considerados en términos de acceso, calidad y satisfacción de las necesidades de salud permiten dar cuenta de una deuda social en materia de salud para con las personas mayores, específicamente con quienes tuvieron menos oportunidades educativas, pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, poseen menores niveles de cobertura de salud y declaran tener diagnóstico de enfermedad objetiva; situación que nos invita a reflexionar respecto de la calidad de los servicios de salud específicamente brindados a este conjunto poblacional.

CAPÍTULO 4. EL BIENESTAR EN SU DIMENSIÓN SUBJETIVA: SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Desde la perspectiva del Desarrollo Humano, el bienestar o calidad de vida es entendido como un fenómeno integral que comprende no solo las condiciones materiales de vida, sino también la sociabilidad y la sensación de bienestar y satisfacción con la vida que experimentan las personas; en este caso particular, los individuos mayores. Si se considera que la satisfacción, que representa el bienestar subjetivo, no declina necesariamente con el incremento de los años –ni mejora ni empeora con la edad– pues los individuos se adaptan a las circunstancias en las que se encuentran inmersos, el análisis de los factores que inciden en el bienestar de las

personas mayores resulta valioso para definir los aspectos cuya posible modificación podría influir en su calidad de vida. Con este fin, a través de la información disponible, se describe y evalúa de qué modo y en qué medida distintas dimensiones del bienestar se relacionan entre sí, en una aproximación a la medición de la satisfacción con la vida de las personas mayores.

Percepciones sobre la satisfacción de necesidades en las personas mayores. A partir de la construcción de un índice de satisfacción de necesidades (económicas, de atención en salud, de vivienda, de alimentación, de afecto y cariño, y de recreación) es posible dar cuenta aproximadamente de la dimensión subjetiva del bienestar de las personas mayores. El déficit alcanza a 1 de cada 4 personas de este grupo etario (24,9%), un valor en sí mismo importante. Pero también es significativo que en la población que tiene entre 18 y 59 años el déficit alcance al 26,5%, es decir, también a 1 de cada 4 individuos de este otro grupo; de modo que ambas poblaciones, a uno y otro lado de los 60 años, presentan valores similares. La insatisfacción no aumenta ni decrece con la edad; se mantiene. Entre las varias lecturas que admite esta situación, una es que se trataría del mismo monto de insatisfacción pero con más años, lo que implicaría menos o distintos recursos para enfrentar tal déficit.

Relaciones y correlaciones en la satisfacción de necesidades. Se han analizado las relaciones entre las distintas esferas de necesidades de las personas mayores. La satisfacción de las necesidades económicas se correlaciona positivamente con las necesidades de atención de la salud y las de alimentación, estando en un punto intermedio con las necesidades de vivienda y las de recreación; mientras que las necesidades de afecto y cariño son las más independientes. Por su parte, la satisfacción de las necesidades de atención de salud se halla muy correlacionada con las necesidades de alimentación, siendo más débil su correlación con las necesidades de afecto y cariño; mientras que en el nivel intermedio se encuentran las necesidades de recreación. En

cuanto a la satisfacción de las necesidades de vivienda, que aparece bien correlacionada con las de alimentación, se halla en un término medio con respecto a las necesidades de atención de la salud y aparece correlacionada en forma muy débil con las necesidades de recreación, las económicas y las de afecto y cariño. Además, la satisfacción de las necesidades de afecto y cariño sólo se ve correlacionada con las necesidades de recreación, siendo las otras relaciones muy débiles. Por último, la satisfacción de las necesidades de recreación se correlaciona con las necesidades de afecto y cariño, siendo las otras correlaciones muy débiles.

Desigualdades en las oportunidades de satisfacción de necesidades. Se han observado desigualdades en las oportunidades de satisfacción de necesidades en los distintos perfiles de personas mayores. Si bien en el cotejo por sexo y por grupo de edad no se registran diferencias, estas aparecen cuando se consideran los indicadores que expresan la estratificación social: el nivel de instrucción alcanzado, el estrato socioeconómico y la condición residencial. En efecto, las personas mayores que han tenido menos oportunidades educativas, que ocupan las posiciones más bajas en la escala social y que residen en villas o asentamientos precarios son las que registran un menor nivel de satisfacción de sus necesidades, ya sean estas objetivas o subjetivas. Por otra parte, son las personas mayores que viven acompañadas exclusivamente de otras personas mayores (en los denominados hogares multipersonales puros) las que perciben más satisfechas sus necesidades. Cabe destacar que el nivel más alto de satisfacción de necesidades se registra en la Ciudad de Buenos Aires y el más bajo, en el Conurbano Bonaerense.

Satisfacción de necesidades y déficits más frecuentes en las personas mayores. Se hace referencia al déficit de satisfacción de necesidades según los principales indicadores de déficit que afectan a las personas mayores en sus condiciones de vida. Entre ellos, se han considerado: la capacidad de subsistencia, las condiciones habitacionales, las

condiciones de salud y los recursos psicológicos. Así pues, el déficit de necesidades afecta al 35% de quienes refieren insuficiencia de ingresos, mientras que se reduce al 5% de quienes pueden ahorrar. También se observó desigualdad entre quienes tienen problemas habitacionales y/o problemas de salud y quienes no los tienen. El malestar psicológico presenta una incidencia más alta que el estado de salud percibido y registra la desigualdad entre quienes tienen déficit de capacidades emocionales y quienes no lo tienen. Respecto del déficit en la práctica de ejercicio físico, que presenta la incidencia más alta de los tres indicadores de salud considerados, resulta que las personas mayores con este déficit consideran satisfechas sus necesidades en dos tercios de su totalidad. Finalmente, si bien las condiciones materiales de existencia juegan un rol importante en el bienestar subjetivo de las personas mayores, existe otro conjunto de factores subjetivos que pueden contribuir a mejorar la calidad de vida en esta etapa.



INTRODUCCIÓN

Los resultados de nuestro primer año de investigaciones sobre las condiciones de vida de las personas mayores fueron presentados públicamente en marzo de 2015. Tomando como referencia la estructura de las publicaciones que anualmente acompañan las presentaciones públicas del Barómetro de la Deuda Social Argentina, en aquella primera etapa los temas se centraron fundamentalmente en cuatro aspectos: i) la capacidad de subsistencia de los hogares y las personas mayores; ii) hábitat, vivienda y derecho a la ciudad; iii) estado, atención y necesidades de salud; y iv) recursos psicológicos para el bienestar subjetivo y capacidades sociales. Por razones de tiempo, quedó para una segunda etapa el tratamiento de todo lo referente a cultura democrática, confianza institucional, participación social y seguridad ciudadana, contenidos incluidos en un boletín especial editado en octubre de 2015 y presentado públicamente en diciembre del mismo año.

Correspondiente al segundo año de nuestras investigaciones acerca de las personas mayores, el presente volumen expone aspectos más específicos –o con menos antecedentes en las líneas de trabajo del ODSA– relativos a la familia, las redes y la integración familiar en la vejez; la sociabilidad, la solidaridad y la recreación; una segunda versión sobre las condiciones de salud, esta vez centrada en el acceso, la calidad y la sa-

tisfacción de las necesidades de salud; y por último, la satisfacción de necesidades en las personas mayores.

También en 2015 se incorporó un componente nuevo, surgido de nuestras presentaciones de los primeros resultados en distintos espacios de la Ciudad de Buenos Aires, el Conurbano Bonaerense y el Interior: los encuentros tanto en Pilar, Luján y Quilmes, como en las ciudades de Córdoba, San Juan y San Carlos de Bariloche –sin descuidar los de CABA– permitieron ir tomando contacto con otros actores sociales y colegas, calibrar los contenidos, escuchar preguntas a fin de responderlas en futuros estudios, y sumar, en no pocos casos, a las propias personas mayores.

En la Introducción al primer Barómetro de las Personas Mayores se usaron como marco los lineamientos emanados principalmente de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002). En esta Introducción al segundo Barómetro queremos hacer especial referencia al reciente *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud* (Organización Mundial de la Salud, 2015), una muy interesante puesta al día de diagnósticos y propuestas sobre el campo que nos ocupa, razón por la cual rescatamos algunas de sus premisas y resultados.

El punto de partida es el reconocimiento de un fenómeno que va en aumento, no sólo en la Argentina sino en el mundo entero: el envejecimiento cada vez más ex-

tendido de la población. Vale preguntarse cómo lo percibimos en nuestro país. El segundo punto del *Informe Mundial* hace hincapié en que “muchas percepciones y suposiciones comunes acerca de las personas mayores se basan en estereotipos obsoletos”; de aquí la importancia de difundir información, basada en estudios, que permita revisarlos. Dejar que esos estereotipos sigan circulando es una afrenta no solo al conocimiento disponible, sino –algo tal vez más grave– a políticas y acciones sociales, pero también individuales, equivocadas.

Lo decimos en todas nuestras presentaciones: no hay “vejez”, hay “vejeces”. Si en la Argentina hay seis millones de personas mayores, hay seis millones de “vejeces”. Y dice el *Informe Mundial*: no existe una persona mayor “típica”; pero añade que la diversidad resultante en las capacidades y necesidades de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida. Este es el tercer punto que merece considerarse.

Siguiendo las orientaciones vigentes que recomiendan estar atentos a las brechas de género y también a darle un lugar privilegiado a los grupos de edad al interior de las personas mayores (por aquello de que “no es lo mismo alguien de 60 y pico que alguien de 80 y pico”), en todos nuestros análisis comparamos los resultados para dos edades: de 60 a 74 años y a partir de 75 años. Lo que subyace a esta atención especial por el grupo etario es que cuanto más se asciende en edad, mayor es la dependencia. Estereotipo o no, la asociación entre edad avanzada y dependencia está instalada en los ámbitos más diversos. Lo que el *Informe Mundial* puntualiza es que “la edad avanzada no implica dependencia”. Este es el cuarto punto. Existe suficiente consenso en que para la mayoría de las personas mayores lo más importante es mantener la *capacidad funcional*. Desde este señalamiento el *Informe Mundial* sostiene que el envejecimiento *saludable* es algo más que la ausencia de enfermedad: quinto punto para tener en cuenta.

Si el objetivo –en principio compartido por todos pero siempre necesario de ser recordado– es construir un mundo (en nuestro caso, una Argentina) favorable a las personas mayores, habrá que estar siempre atentos a factores como el ya citado de la diversidad en la

vejez, pero también y sobre todo al impacto de la inequidad. Este punto, el sexto del *Informe Mundial*, es especialmente importante para nuestro Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, por un motivo manifiesto: todos nuestros estudios, los difundidos el año pasado y los incluidos en la presente publicación, ilustran que gran parte de las cuestiones deseables para las personas mayores –recursos económicos para la subsistencia, hábitat, condiciones de salud en sentido amplio y además los recursos psicológicos y las capacidades sociales– se distribuyen diferencialmente según patrones de inequidad. En términos del *Informe Mundial*: la diversidad en la vejez no es casual. Precisamente, se reconoce que parte de la diversidad se debe a la herencia genética o a decisiones tomadas por las personas durante el curso de su vida, sin embargo –esta es la cuestión– en su mayor parte la diversidad es el resultado de influencias que a menudo están fuera de su control o fuera de las opciones que tienen a su disposición.

Con referencia al tema de los estereotipos anticuados (el segundo punto), el *Informe Mundial* los señala como algunos de los obstáculos más importantes para formular buenas políticas sobre el envejecimiento, pues se trata de un conglomerado de conceptos erróneos, actitudes y suposiciones generalizadas acerca de las personas mayores. Conviene decirlo con todas las letras: en los temas que nos ocupan, hay mucho de ignorancia. De allí la importancia de difundir nuevas visiones acompañadas de información. Una de las visiones que merecen volver a pensarse, y este es el séptimo punto, es la idea del curso de la vida circunscripto a una serie rígida de etapas (primera infancia, los años de estudio, un período definido de años de trabajo y, después, la jubilación). El *Informe Mundial* lo dice con total claridad: esos son constructos sociales. Y verdaderamente, de este encuadre rígido a creer que los años adicionales que conlleva el aumento de la longevidad son una simple ampliación del período de jubilación hay un solo paso. Lo limitado de tal enfoque se evidencia al considerar que esos años adicionales pueden vivirse en buen estado de salud.

El octavo punto del *Informe Mundial* –muy ligado a lo anterior– invita a mirar la conducta de otras sociedades, por cuanto comenta estudios sobre algunos países

donde las personas mayores no solo están buscando alternativas innovadoras a la estructura tradicional de vida, sino que incluso las que orillan la edad tradicional de jubilación, en realidad, no quieren jubilarse. Es un tema sensible en la Argentina, donde existe una gran mayoría de ciudadanos pertenecientes a este grupo etario con ingresos previsionales insuficientes. Por supuesto, no desconoce el reciente *Informe Mundial* que en muchos casos ello se debe al impacto de la pobreza y a la necesidad de seguir trabajando; no obstante, invita a considerar que, también en muchos casos, parece haber un mayor interés en permanecer como participantes económicamente activos en la sociedad. El noveno punto informa que esos mismos estudios llevan a pensar que dichos ciudadanos no quieren más de lo mismo –así lo expresan las personas mayores consultadas–; que, por el contrario, demandan por flexibilidad y la posibilidad de cambiar de carrera, trabajar a tiempo parcial o iniciar un negocio. De todos modos, el *Informe* claramente reconoce –he aquí un cruce de diversidad e inequidad– que muchas personas mayores, especialmente las de bajos recursos y probablemente con oportunidades educativas limitadas en su juventud, se ven obligadas a trabajar para ganarse la vida hasta la vejez, salvo –esto es muy importante, nos parece– que tengan familiares que las ayuden. Si bien en la Argentina, dentro de este grupo etario, la cantidad de personas con insuficientes credenciales educativas (tomando como umbral el nivel secundario completo) supera holgadamente el número de personas pobres, vale apuntar dos comentarios. Uno –y sin que esto invite a lecturas políticas–: que las personas mayores, por definición, son nacidas antes de 1955 (cumplieron 60 años o más en 2015), razón por la cual tuvieron menos oportunidades educativas que las generaciones más jóvenes, pues la extensión del sistema educativo, para no hablar de su acceso, era bastante más reducida en aquel tiempo que en los más recientes. Y el otro comentario, que ilustra el tópico de la inequidad contenido en el *Informe Mundial*: todos nuestros estudios confirman que, con respecto a una gran variedad de indicadores, las personas mayores que tuvieron mejores oportunidades educativas (secundario completo y más) están viviendo mejores vejez que

quienes no han tenido tales oportunidades (hasta secundario incompleto). Esta es otra prueba de la diversidad de la que reiteradamente habla el *Informe Mundial*.

En esta sucinta referencia al *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud* (OMS, 2015) también queremos anotar un noveno y último punto: reafirmado convenientemente que las políticas sobre el envejecimiento deberían tener en cuenta el profundo replanteo actual acerca de lo que es y lo que podría ser la vejez, el *Informe Mundial* reconoce –y esto también es importante– que aunque las políticas en este campo no pueden basarse en estereotipos anticuados, resulta arriesgado predecir los cambios de actitudes y comportamientos futuros de las personas mayores y del conjunto de la sociedad sobre las mismas. Se trata de un “final” abierto, demasiado abierto, con una clara invitación a estar con los sentidos muy atentos y a confeccionar estudios que registren esos cambios en tiempo y forma. El *Informe Mundial* finaliza con un capítulo denominado “Los próximos pasos”, donde se señalan algunas esferas de acción prioritaria en materia de Envejecimiento Saludable. Una de ellas apunta a mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión. Nuestros estudios son también un aporte en tal dirección.

La referencia directa en esta Introducción al importante documento de la OMS permite contextualizar en un marco internacional distintos aspectos de las condiciones de vida de las personas mayores a los que se refieren nuestros estudios del Barómetro de la Deuda Social Argentina. En esta segunda parte, que aquí presentamos, queremos hacer mención asimismo de un documento denominado *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, también difundido en 2015. Aun teniendo en cuenta que se trata de un proceso que, descontamos, llevará su tiempo hasta su efectiva puesta en vigencia según el mecanismo previsto en el propio documento, debe valorarse que el 15 de junio de 2015, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay firmaron esta *Convención* en la sede de la Organización de los Estados Americanos; y ese mismo día, la Asamblea General de la OEA la adoptó en ocasión de su cuadragésimo quinto período de sesiones. Tal como indica el art. 37 de la *Convención*

Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se requiere que los Estados Miembros de la OEA ratifiquen y adhieran según los procedimientos constitucionales previstos para cada uno. Para su puesta en vigencia es necesario que al menos dos Estados Miembros hayan depositado sus instrumentos de ratificación o adhesión. Hasta donde es público, ninguno de los Estados Miembros ha cumplido con este requisito, ni siquiera la Argentina, que suma a su carácter de signatario original de la propuesta junto con otros cuatro Estados, tres de ellos vecinos (Brasil, Chile y Uruguay), el de haber sido un firme propulsor de esta *Convención* desde sus orígenes. Se constituye así en un asunto pendiente, en el campo de las relaciones exteriores, del nuevo gobierno argentino.

Este documento merece ser citado en esta Introducción no solo por su envergadura, sino especialmente porque está formulado en términos del enfoque de derechos, perspectiva asumida en los postulados de los estudios del Barómetro de la Deuda Social Argentina en general y de la Deuda Social con las Personas Mayores en particular. La enumeración de derechos protegidos es exhaustiva, lo que habla de la integralidad de la visión asumida, y cada uno de ellos es tratado en un artículo diferente de la *Convención*: igualdad y no discriminación por razones de edad; derecho a la vida y a la dignidad en la vejez; a la independencia y la autonomía; a la participación e integración comunitaria; a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia; a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud; sobre los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo; a la libertad personal; a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información; a la nacionalidad y a la libertad de circulación; a la privacidad y a la intimidad; a la seguridad social; al trabajo; a la salud; a la educación; a la cultura; a la recreación, al esparcimiento y al deporte; a la propiedad; a la vivienda; a un medio ambiente sano; a la accesibilidad y a la movilidad personal; los derechos políticos; de reunión y de asociación; las situaciones de riesgo y emergencia humanitarias; el igual reconoci-

miento como persona ante la ley; el acceso a la justicia.

Este extenso listado de derechos protegidos, que integra el capítulo IV de la *Convención*, está precedido por otros que establecen el objeto, el ámbito de aplicación y las definiciones (el artículo de las definiciones lo hace particularmente atractivo); los principios generales; y los deberes generales de los Estado Parte. Entre estos deberes generales está el de promover “la recopilación de información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que le permitan formular y aplicar políticas”. Nuestros estudios también son un aporte en esta dirección.

Existe un tercer documento de relevancia considerable, también de 2015, esta vez de carácter nacional. Se trata del proyecto de ley *Protección Integral de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, al que la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción en una maratónica sesión el día 26 de noviembre de 2015, y que tal vez por eso tuvo muy escasa difusión. Tal como indican los procedimientos legislativos, el proyecto de ley aprobado en Diputados fue girado al Senado, siendo esperable que este cuerpo lo incluya en su labor parlamentaria a partir del presente año (2016). Que haya sido aprobado por Diputados en aquella “maratónica sesión” días previos al cambio de gobierno no debe soslayar que ese proyecto tiene estado parlamentario desde 2013, y que la Comisión de Personas Mayores de ese cuerpo tuvo una activa participación en su tratamiento.

En cuanto al contenido, que no puede ser desconocido por quienes buscan dar mayor y mejor visibilidad y difusión al campo de las personas mayores, tiene dos grandes partes. La primera establece con claridad los derechos protegidos –tal como hemos señalado a propósito de la *Convención Interamericana*, además de ser muy similares a los allí establecidos–: igualdad y no discriminación por cuestiones de edad; derecho a la vida; a la personalidad jurídica y atributos de la personalidad; a la integridad física, patrimonial, mental, sexual y emocional, a no sufrir malos tratos; al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; a la identidad; a la documentación; a la vida familiar y comunitaria; a la privacidad y a la intimidad; a la nacionalidad y a la libre circulación; derechos económicos (un artículo, el 17, con

interesantes precisiones respecto del acceso a una renta que les permita cubrir sus necesidades y a que las jubilaciones y pensiones de las personas mayores deben permitirles afrontar como mínimo sus necesidades de habitación, alimentación, vestimenta, salud y recreación); a la protección y seguridad social; al trabajo y en el trabajo; a la libertad de expresión, al acceso a la información; y a ser oídos; a la libertad ambulatoria; garantías en los procesos de internación voluntaria; acceso a la justicia, plazos breves, capacitación del personal en los derechos de las personas mayores; a la educación; a la vivienda y a un medio ambiente sano, viviendas de interés social; a los cuidados de largo plazo, establecimientos de día y de larga estadía; transporte y comunicación; a la participación e inclusión comunitaria; a la participación en la vida cultural; a la recreación y el deporte; obligación de denunciar, protección de testigos.

Tal como se señaló más arriba a propósito del texto de la *Convención Interamericana*, este proyecto nacional de ley aporta especialmente especificaciones al enfoque de derechos, en la medida que uno de los objetivos del *Protección Integral* es “establecer lineamientos de políticas públicas y estándares jurídicos mínimos [el subrayado es nuestro] que deben garantizarse a las personas mayores”. El instrumento prevé hacerlo a través del Plan Nacional de Protección Integral de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

De este Plan queremos mencionar principalmente los puntos ligados a la institucionalidad. En primer lugar, en el orden federal, la conformación del Consejo Federal de Derechos Humanos de las Personas Mayores como el primero de los institutos de la nueva legislación. La segunda novedad es la creación de una Subsecretaría Nacional de Personas Mayores, en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social y como organismo de aplicación de esta ley. Entre otras importantes funciones, le tocaría presidir el mencionado Consejo Federal. Y la tercera novedad institucional es la creación del instituto Defensor de los Derechos de las Personas Mayores, designación (y remoción) a cargo del Congreso Nacional a través de una comisión bicameral. Ya en manos del Senado, sería deseable que en esta oportunidad, y sobre un tema de tanta trascendencia para las

condiciones de vida de las personas mayores, se cumpla aquella secuencia de tener en cuenta primero los objetivos, con especial referencia a los derechos protegidos; una vez considerados éstos, discutir aquello vinculado con la organización (la mencionada institucionalidad), para que este tema tan opinable no opaque la discusión anterior, que a nuestro criterio es el corpus del proyecto; y solo a partir de allí pensar en las personas y candidatos que les toque ocupar las posiciones previstas en la nueva institucionalidad. No ignoramos que puede resultar extemporánea esta advertencia, sobre todo en una Introducción a un estudio estadístico, pero estamos inmersos en un contexto cultural propenso a “poner el carro delante del caballo”, y no sería raro que la consideración de este importante proyecto, sujeto por cierto a las revisiones que sean necesarias, se inicie con la nominación de candidatos a ocupar la posición de Defensor de los Derechos de las Personas Mayores antes de analizar si este instituto es la mejor forma de garantizar los objetivos propuestos. Usamos el ejemplo del Defensor solo para ilustrar el punto, pero lo mismo podría decirse de otros componentes vinculados más con el Plan Nacional (título 2 del proyecto) que con los Principios, derechos y garantías (título 1 del proyecto).

Los tres documentos aquí sucintamente presentados, tanto el *Informe Mundial*, como la *Convención Interamericana* y el *Proyecto de Ley* dan cuenta de un 2015 pródigo en avances en el campo de las ideas sobre formulación de políticas para las personas mayores. Ello estimula a avanzar con los estudios, los nuestros y muchos otros, a exponerlos, recibir críticas y sugerencias, crear ámbitos de intercambio a lo largo y ancho del país; en definitiva, a darle cada vez más visibilidad a la complejidad del mundo de las personas mayores. Casi siempre un nuevo período institucional ayuda a ello. Nuevas ideas, nuevas institucionalidades y nuevas personas fluyen con más dinamismo. Aparecen nuevas oportunidades. Siempre hay más esperanza por un mundo mejor, para una Argentina para todas las edades.

Enrique Amadasi
*Coordinador del Barómetro de la Deuda Social
con las Personas Mayores*



CAPÍTULO 1

FAMILIA, REDES E INTEGRACIÓN FAMILIAR EN LA VEJEZ

La incertidumbre actual es una poderosa fuerza de individualización. Divide en vez de unir, [...] el concepto de interés común se vuelve cada vez más nebuloso. [...] los miedos, ansiedades y aflicciones contemporáneas deben ser sufridos en soledad. (Bauman, 2003)

El sentido de pertenencia de una persona es el sentimiento de identificación y vinculación con otros y con el lugar donde interactúa, el cual le propicia satisfacción al sentirse parte integrante de un grupo. Supone el desarrollo de una actitud consciente con respecto a otras personas, por identificarse con sus valores y costumbres, cualidad que le confiere una conducta activa en pos de defender a su grupo y manifestar su adhesión, apoyo o inclusión a la comunidad de manera pública (Brea, 2014).

En su dimensión psicológica, el sentido de pertenencia promueve en el sujeto el “sentirse seguro de sí mismo, valorado, necesitado y significativo dentro de un grupo”, incluyendo “los procesos de desarrollo de la competencia social que habilita a los seres humanos a interactuar con otros, a desarrollar lazos afectivos y a construir relaciones perdurables que propiciarán integración grupal y cohesión social” (Brea, 2014: 26). Se plantea así una necesidad humana básica muy importante para el funcionamiento y el bienestar psicológico de las personas, que conduce a una variedad de emociones positivas, como los son el

gozo, la calma, el entusiasmo y la felicidad. Sentirse parte de un todo es una de las tres necesidades psicológicas básicas y esenciales para el desarrollo humano.

Ello cobra particular relevancia en los contextos de desprotección, precariedad, inseguridad e incertidumbre que caracterizan a las sociedades actuales, donde los “miedos, las ansiedades y las aflicciones [...] no se suman, no se acumulan hasta convertirse en una *causa común* [...] sino que caen total y fatalmente sobre los hombros del individuo” (Bauman, 2003: 158-171).

En el caso particular de las personas mayores, distintos autores han coincidido en señalar que las redes sociales promueven la sensación de pertenencia y generan integración social, y que esta última a su vez evita el aislamiento. A medida que los individuos van envejeciendo, existen mayores probabilidades de ser afectados por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de la pareja, los amigos y los compañeros de trabajo (Guzmán y Huenchuan, 2005); hecho por el cual la familia cobra tanta importancia.

De este modo se ve que las personas mayores atraviesan un proceso de doble debilitamiento de las redes sociales: en primer lugar, dado por el contexto de individualización y disolución de los lazos sociales; y en segundo lugar, por la situación específica de pérdida de los familiares y amigos congéneres.

Si bien la familia ha cambiado, no ha desaparecido como organización social; muy por el contrario: su papel se ha fortalecido, no sólo como red de apoyo informal para la reproducción social (Lomnitz, 1977) sino también como espacio de interacción, de valores y costumbres compartidos; lugar en el cual la persona se siente necesitada y valorada; en fin: lugar de pertenencia.

La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia durante el envejecimiento, pues se trata de una etapa en la cual tienden a retraerse otras relaciones sociales. En este marco, la familia es la proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por las personas mayores; es el área de la vida del anciano más importante para él junto con la salud y la economía (Espín Andrade, 2009). La familia no sólo implica la provisión de cuidados y ayuda en situaciones críticas producidas por cuestiones de salud-enfermedad, sino que también comparte recursos afectivos: amor, sentimientos y afectos personales; recursos expresivos: de comprensión, escucha y atenciones; de apoyo mutuo: protección y acompañamiento. La familia es, casi naturalmente, un lugar de solidaridad. De hecho, el envejecimiento de la población ha cambiado el contenido de la solidaridad, pues si bien hay más personas mayores que cuidar, también hay más personas mayores que cuidan a otros (por ejemplo nietos). En efecto, la coexistencia prolongada de distintas generaciones dentro de las familias ofrece un importante potencial de solidaridad familiar que se puede manifestar en la vida cotidiana, pero sobre todo en momentos de crisis (Oddone, 2012b).

En opinión de las personas mayores, las relaciones con la familia son una fuente esencial de bienestar, y además la tercera condición más importante para la calidad de vida (The Family Watch, 2013). Para superar la soledad, la familia juega un papel preponderante; se la puede considerar el principal soporte social de las personas mayores, teniendo en cuenta las relaciones y el amparo en los seres queridos como un recurso clave en la lucha contra el aislamiento. De este modo, el 'sentirse necesario' ha resultado uno de los predictores de longevidad de relevancia. En gran parte de los estudios longitudinales, las

personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos suelen vivir más y mejor (OMS, 2002).

Sin embargo, no debe soslayarse que no pocas veces la demanda de ayuda y la sobreprotección hacia las personas mayores resultan nocivas para su bienestar. En el primer caso, distintas investigaciones indican que cuando la necesidad de ayuda o colaboración se transforma en una imposición o exigencia, y fundamentalmente cuando las condiciones no están dadas y las tareas se transforman en una carga para las personas mayores, suelen prevalecer los efectos negativos por sobre los positivos (Iacub, 2015). Respecto de la sobreprotección, las investigaciones señalan que tiene una connotación negativa por cuanto constituye una modalidad de relación que favorece la dependencia (Oddone, 2012b).

Es oportuno preguntarse aquí cómo están compuestas las redes familiares de las personas mayores; de qué modo se realizan los intercambios intergeneracionales de apoyos, ayudas y cuidados; y cuáles son los sentimientos respecto del lugar que ocupan en el seno familiar. Para dar respuesta a tales interrogantes, a continuación se presenta, en primer lugar, una descripción general de la conformación y características de los hogares integrados por personas mayores; en segundo lugar, un análisis de los roles y funciones que estas personas desempeñan dentro del hogar; y en tercer lugar, un examen de sus percepciones particulares respecto de la integración y valoración familiar.

1.1 CONFORMACIÓN DE LOS HOGARES DE PERSONAS MAYORES

La presencia de hogares entre cuyos integrantes hay personas mayores es más alta en los estratos superiores (medio alto y medio bajo). Concorde a ello, en villas o asentamientos precarios la cifra es considerablemente menor que en los barrios de trazado urbano. También se destaca una proporción más amplia de hogares con personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires que en el resto de las regiones urbanas (ver Figura 1.1.1.A). Esta información puede parecer netamente descriptiva, pero no lo es cuando se considera que son precisamente los hogares de los sec-

tores más acomodados los que muestran más tendencia al envejecimiento debido a la mayor longevidad y a la menor tasa de natalidad. Paralelamente, los sectores más desfavorecidos no sólo cuentan con menos oportunidades de llevar adelante un proceso de envejecimiento activo; también tienen menos oportunidades de envejecer.

Por supuesto, no todos los hogares donde hay personas mayores están conformados de la misma manera. En tal sentido, se distinguen tres: los hogares unipersonales (una sola persona de 60 años y más); los hogares multipersonales puros (conformados por 2 o más personas de 60 años y más); y los hogares multipersonales mixtos (conformados por personas de 60 años y más que viven con personas de menor edad). Al respecto –como hemos señalado en estudios anteriores– encontramos que el 19,5% de las personas mayores vive sola; el 30,6% convive únicamente con otras personas mayores; y el 49,9% reside en hogares multipersonales mixtos, es decir, convive en grupos familiares intergeneracionales (ODSA-UCA, 2014b: 14).¹

Más precisamente, el 17,4% de los hogares de personas mayores pertenecientes a los estratos más altos co-

rresponde a hogares unipersonales; el 39,2% corresponde a hogares de personas mayores únicamente; y el 43,4%, a hogares multigeneracionales, es decir, grupos familiares donde conviven personas mayores con otras de menor edad. En los estratos más bajos, en cambio, el porcentaje de hogares de personas mayores que viven solas es más elevado (25,5%), y también lo es el porcentaje de hogares con personas mayores que residen en hogares multipersonales mixtos (49,8%). Como correlato, además, en estos estratos el porcentaje de quienes conviven únicamente con otras personas mayores es significativamente menor (24,7%) que en los estratos más altos (ver figura 1.1.1B.).

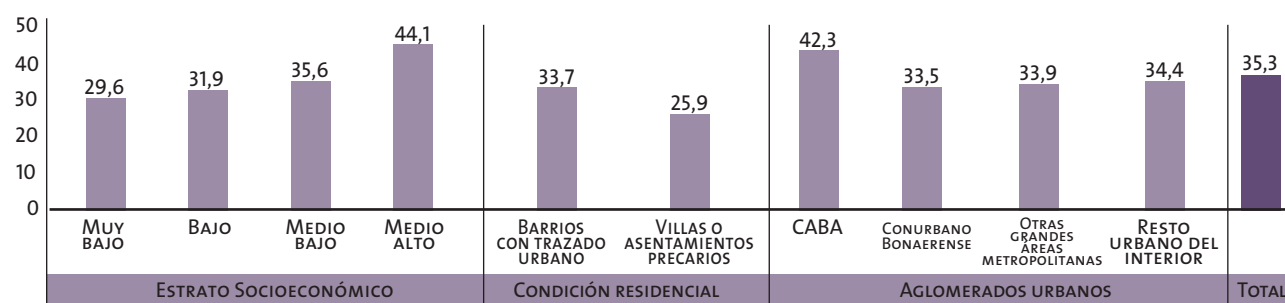
Aun cuando los hogares unipersonales de personas mayores existen en una proporción similar en los barrios de trazado urbano y en las villas o asentamientos precarios, los hogares formados únicamente por personas mayores tienen una presencia más cuantiosa en los barrios con trazado urbano que en villas y asentamientos. Como contrapartida, en estos últimos espacios son más los hogares de personas mayores conformados por grupos familiares intergeneracionales. Asimismo, se advierte que los hogares unipersonales y los hogares puros (conformados únicamente por personas mayores) son más frecuentes en la Ciudad de Buenos Aires que en las otras regiones; mientras que los hogares conformados por personas de distintas generaciones son más habituales en el Conurbano Bonaerense, en las áreas metropolitanas del interior del país y en el resto de los aglomerados urbanos.

1 Estos datos, trabajados con fuente EPH-INDEC 4º Trimestre 2014, resultan consistentes con los publicados en los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores, ENCaVIAM, realizada en 2012 (INDEC, 2013).

HOGARES CON PERSONAS MAYORES SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y GRUPO DE AGLOMERADOS URBANOS

FIGURA 1.1.1.A

Año 2014 En porcentaje de hogares



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Ahora bien, el modo de composición de los hogares integrados por personas mayores y las oportunidades de elegir la forma de constituir el hogar están condicionados por situaciones estructurales, tanto socioeconómicas como residenciales, y sujetos también a las oportunidades de emancipación de las generaciones más jóvenes. En los contextos económicos más desfavorables, lógicamente, las personas jóvenes tienen menos oportunidades relativas de acceder a una vivienda distinta a la familiar de origen; de allí que se presente con más frecuencia en estos sectores la organización del hogar en grupos familiares multigeneracionales.

La constitución y dinámica de cada uno de estos hogares adquieren dinámicas y características propias.²

¿Cómo viven y se organizan las personas mayores que viven solas?

Ya lo hemos consignado en forma porcentual; 2 de cada 10 personas mayores (19,5%) viven solas (ODSA-UCA, 2104b). Muchas son las circunstancias que pueden llevar a vivir la vejez en soledad; pero aun cuando esta realidad

podría pensarse como condición de vulnerabilidad, no lo es en todos los casos. Dicho de otra forma: no todas las personas mayores que viven solas se encuentran por definición en condiciones de vulnerabilidad; por el contrario, en condiciones de salud adecuada y con recursos suficientes, la autonomía que les permite vivir en soledad puede resultar una fortaleza en lugar de una debilidad.

La vulnerabilidad de las personas que no conviven con nadie en este período de su vida deberá ser contemplada a la luz de otros indicadores, por ejemplo los recursos económicos y las redes de apoyo social. De hecho, una persona mayor que reside sola en condiciones económicas desfavorables y sin redes sólidas de apoyo social se encontrará en una situación de vulnerabilidad crítica.

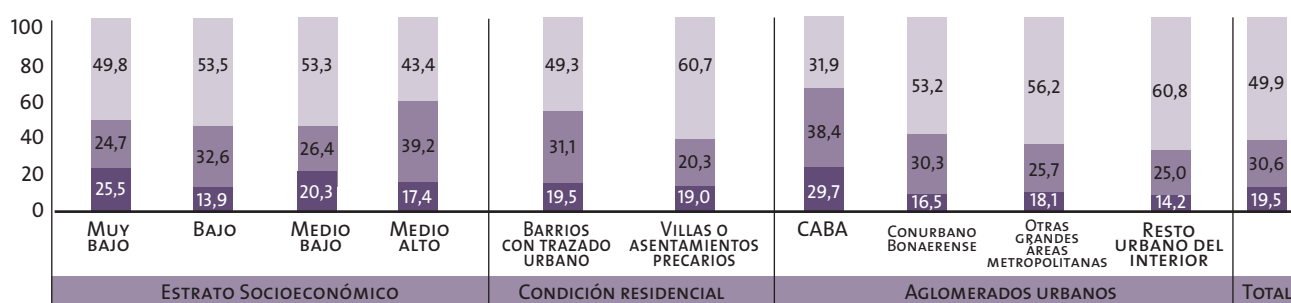
Al analizar las fuentes de ingreso y el acceso a la protección de los hogares unipersonales, se concluye que 3 de cada 4 personas mayores (75,3%) son inactivas; 1 de cada 4 (24,7%) es económicamente activa; y las personas ocupadas son el 18,1% (ver Figura 1.1.2).

Aquí es sensato preguntarse en qué medida los ingresos percibidos por jubilación/pensión o trabajo resultan suficientes para la subsistencia cotidiana de estos hogares. Un primer indicador indirecto, que aproxima a la capacidad de subsistencia de estos hogares, es haber percibido ayudas monetarias o no monetarias de familiares o del Estado. Al respecto se observa que 2 de cada 10 hogares (18,3%) unipersonales reciben ayudas monetarias y/o no monetarias como parte de los ingre-

2 Conviene aclarar que gran parte de la información que aquí se vuelca aparecerá en los próximos capítulos y que otra parte proviene de trabajos anteriores. Lo que sigue, entonces, se propone como síntesis cualitativa de los indicadores cuantitativos más relevantes para caracterizar la cotidianeidad de las personas mayores según el tipo de hogar del que forman parte.

TIPOS DE HOGAR CON PERSONAS MAYORES SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y GRUPO DE AGLOMERADOS URBANOS **FIGURA 1.1.1.B**

Año 2014 En porcentaje de hogares



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

sos. Otro indicador, esta vez directo, es la propia percepción sobre la suficiencia de los ingresos y la necesidad de efectuar recortes en los gastos cotidianos. En este sentido, se verifica que el 34,9% de las personas ancianas que viven solas residen en hogares donde los ingresos se declaran insuficientes para afrontar los gastos cotidianos del mes, un guarismo muy similar al total de hogares con adultos mayores (32,9%). Una cantidad menor (28,1%) declara que durante el último mes ha tenido que efectuar recortes en el pago de servicios, impuestos, cuotas de la casa, alquiler o gastos en salud. Y el 45% percibe ingresos considerados suficientes para la subsistencia cotidiana pero no puede ahorrar; y como contrapartida, el 20% declara que le alcanza y además puede ahorrar (ver Figura 1.1.2).

Así pues, considerando que se encuentran en situación de vulnerabilidad aquellas personas mayores que viven solas y cuyos ingresos son insuficientes para la

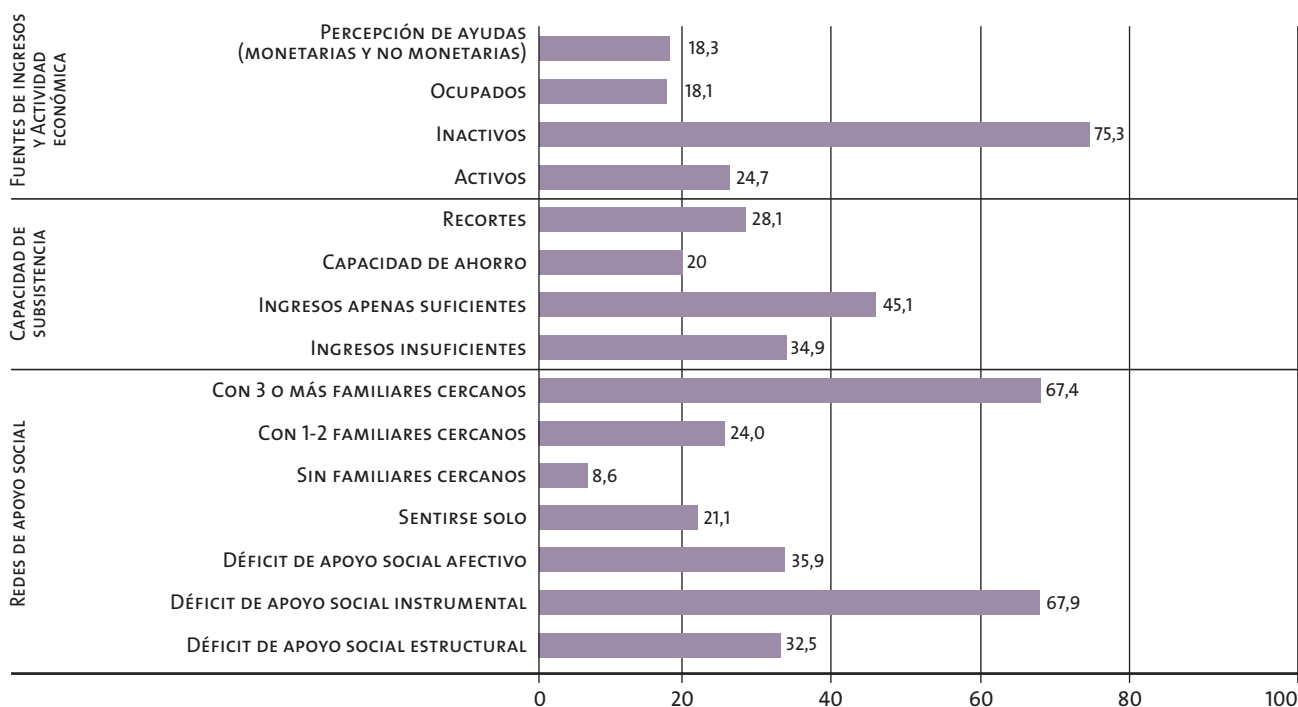
subsistencia cotidiana, se concluye que 3 de cada 10 de estas personas presentan situación de vulnerabilidad.

Más allá de lo vinculado con la economía del hogar, otro aspecto relevante y central en este capítulo es si las personas mayores que viven solas pueden contar con las redes sociales de apoyo que les resulten necesarias. Como ya hemos mencionado, son múltiples las situaciones que llevan a una persona a transitar su vejez en un hogar solitario, algunas de las cuales concurren en debilitar las redes de apoyo. La situación del mandato familiar del cuidado de los padres es un caso típico; cuando este mandato prima por sobre la constitución de la propia familia, aumentan las probabilidades de una red de apoyo más débil (sin la red conyugal y la tenencia de hijos). Otro caso típico de estos hogares es el de la viudez temprana y la constitución de hogares monoparentales con hijos que se independizan al llegar la edad adulta. Un tercer grupo típico es la viudez en la vida adulta, la

FUENTES DE INGRESOS, CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA Y REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN HOGARES UNIPERSONALES

FIGURA 1.1.2

Año 2014 En porcentaje de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

pérdida del cónyuge y la emancipación de los hijos, que conlleva también a la residencia en hogares unipersonales (López Doblas, 2005). De modo que, aparte de las trayectorias y las diversas situaciones que han llevado a las personas mayores a vivir solas durante su vejez, es conveniente analizar si sus redes de apoyo cuentan con una densidad tal que permitan un proceso de envejecimiento activo, saludable y en compañía de otros.

En este sentido, más del 90% tiene familiares cercanos: el 24% tiene entre 1 y 2 familiares cercanos, y el 67,4%, 3 o más. Pese a ello, declaran no contar con alguien que las ayude en las tareas cotidianas en caso de enfermarse o de necesitarlo 7 de cada 10 adultos mayores que viven solos (el 67,9%); mientras que el 35,9% declara no contar con alguien que le demuestre afecto y cariño; y el 21,1% asegura sentirse solo. En consecuencia, si se considera en situación de vulnerabilidad que estas personas vivan solas porque sus redes de

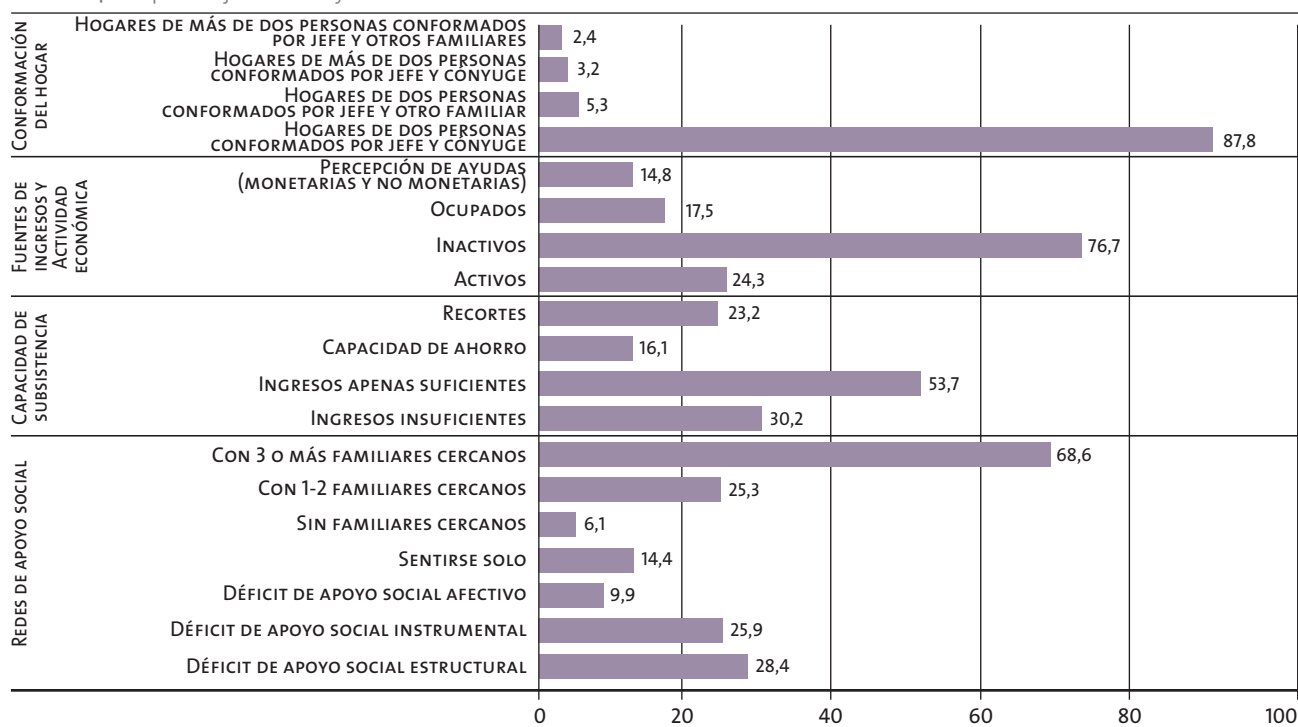
apoyo son débiles y no les permiten contar con el apoyo básico instrumental requerido en caso de necesidad, se llega a la conclusión de que el 67,9% de este grupo se halla en esta situación (ver Figura 1.1.2).

¿Cómo se componen y organizan los hogares de personas mayores que viven exclusivamente con otras personas mayores?

Con base en un estudio anterior (ODSA-UCA, 2014b), se puede señalar que 3 de cada 10 personas mayores habitan en hogares donde sólo viven otras personas mayores (2 o más). Y dado que uno de los casos típicos de residencia en soledad es, como ya hemos visto, la experiencia de la viudez en hogares sin hijos o con hijos emancipados, en el largo plazo son los hogares puros los más proclives a transformarse en hogares unipersonales. Puede suceder, incluso, que en lugar de constituirse en un hogar unipersonal la persona mayor pase a integrar el hogar familiar más extenso, y ello,

CONFORMACIÓN DE LOS HOGARES, FUENTES DE INGRESOS, CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA Y REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES QUE CONVIVEN SOLAMENTE CON PERSONAS MAYORES (MULTIPERSONALES PUROS) **FIGURA 1.1.3**

Año 2014 En porcentaje de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

como también se vio, tiene condicionantes estructurales vinculados con las oportunidades de emancipación de las generaciones más jóvenes.

Aparecen aquí varias de las motivaciones personales para vivir solos: la casa propia y la historia personal transcurrida en esa vivienda (López Doblas, 2005). En este contexto, se observa que más del 90% de los hogares puros de personas mayores están compuestos por una pareja conyugal. Concretamente: el 87,8% se constituye únicamente por un matrimonio o pareja mayor; y el 3,2% por la pareja y uno o más familiares también mayores. El resto se distribuye en 5,3% de hogares integrados por el jefe y otro familiar, que puede ser hijo, cuñado, hermano, padre, etc., y 2,4% compuesto por jefe (sin cónyuge) y otros familiares (ver Figura 1.1.3). Sin embargo, que las personas mayores residan en compañía únicamente de otras personas mayores no debe ser considerado un problema en sí mismo; también en estos casos resulta relevante indagar sobre las oportunidades de subsistencia y las redes afectivas de los hogares en cuestión.

Acerca de las estrategias de quienes residen en estos hogares, se destaca que el 76,7% se compone de individuos inactivos, proporción muy similar al caso de quienes viven solos. La tasa de actividad es de 24,3% y la de empleo, de 17,5% (porcentaje semejante al de las personas que viven solas, pero menor al de las que conviven con otras de menor edad). A su vez, el 14,8% ha declarado percibir ayudas monetarias y/o no monetarias para complementar los ingresos. Debe recordarse que al 30,2% sus ingresos le resultan insuficientes, mientras que al 53,7% le resultan suficientes para la subsistencia pero insuficientes para el ahorro, y que según sus declaraciones, el 23,2% tuvo que realizar recortes en el pago de servicios, tasas, alquiler, cuota de la casa o recortes en salud. Asimismo, el 16,1% de estos hogares percibió ingresos suficientes y pudo ahorrar algo. Por lo demás, si se considera en situación de vulnerabilidad a las personas mayores cuyos ingresos les resultan insuficientes, se deduce que 3 de cada 10 personas mayores de hogares puros se encuentran en tal situación, una proporción similar a

la observada en el caso de las personas mayores que viven solas (ver Figura 1.1.3).

Acerca de las redes de apoyo social y los familiares cercanos, el 6,1% declara que no los tiene; el 25,3%, que tiene 1 o 2; y el 68,6%, que tiene 3 o más. En este caso, los déficits de apoyo instrumental y afectivo son considerablemente inferiores a los de las personas que viven solas. En efecto, mientras que 7 de cada 10 personas mayores que viven solas declaran no contar con apoyo cotidiano en caso de necesitarlo, entre las que conviven con otras de su misma edad la proporción desciende considerablemente (25,9%), y sólo 1 de cada 10 de las que viven con pares etarios no cuenta con alguien que le demuestre amor y afecto, una proporción menor al 35,9% registrado entre quienes viven en soledad. Por último, declara sentirse solo el 14,4% de estas personas (ver Figura 1.1.3).

¿Cómo viven y se organizan las personas mayores que viven con otras personas de menor edad?

De nuestro estudio anterior surge que 5 de cada 10 personas mayores (49,9%) residen en hogares conformados por grupos familiares integrados también por miembros de menor edad (ODSA-UCA, 2014b: 14). Como en los casos anteriores, son diversas las situaciones que conducen a las personas mayores a convivir en grupos familiares extensos o multigeneracionales. Una de esas situaciones típicas, fundamentalmente en los sectores de escasos recursos y con dificultades de acceso a la vivienda propia, es la de hogares familiares donde los hijos adultos han conformado su familia en los hogares paternos. Otro caso, también típico, es el de hijos solteros que han permanecido en las viviendas paternas, pudiendo ser este el caso ya mencionado donde prima el mandato familiar del cuidado de los padres ancianos. Entre otras tantas situaciones, existen asimismo casos de hogares nucleares con hijos emancipados, en los cuales un miembro de la pareja no es persona mayor.

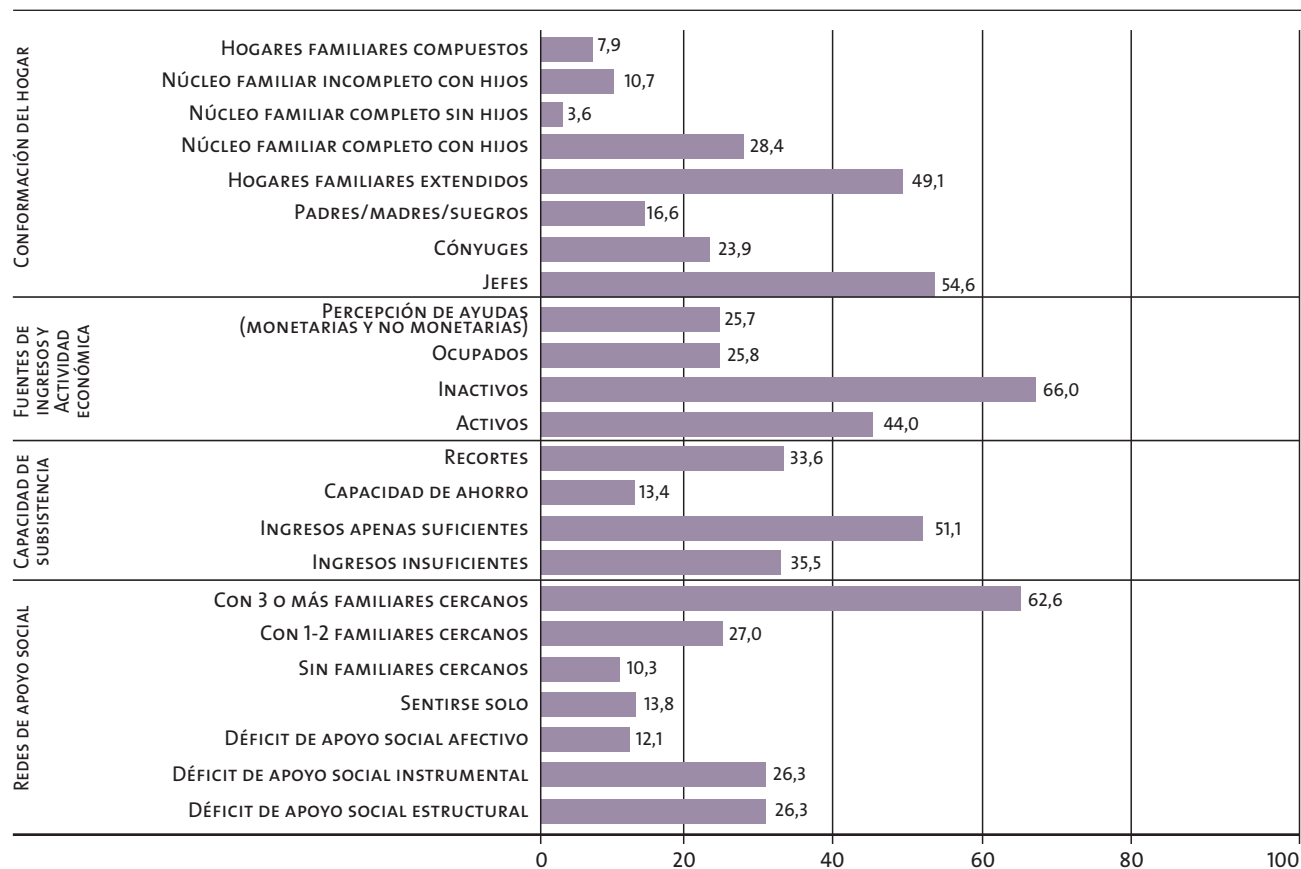
Una primera aproximación a esta caracterización se obtiene a partir de identificar la jefatura del hogar. Así, se observa que el 54,6% son jefes y el 23,9% son cónyuges. Vale decir que en más de la mitad de los

casos las personas mayores que habitan juntamente con un grupo familiar más amplio son reconocidas como jefes de la familia y el hogar, independientemente de su jubilación, su actividad económica o sus ingresos. El 16,6% son padres, madres o suegros del jefe; el 49,1% reside en hogares familiares extendidos, es decir conformado por personas mayores que conviven con hijos y nietos u otros familiares (en este caso pueden o no ser reconocidos como jefes de hogar). A su vez, el 28,4% reside en hogares constituidos por una pareja de personas mayores reconocidas como jefes de hogar y sus hijos. Hay que tener en cuenta que no todos los hogares donde las personas de edad avan-

zada conviven con generaciones más jóvenes son extensos o numerosos: el 3,6% reside con su pareja solamente, pero en estos casos uno de los dos integrantes de la pareja aún tiene menos de 60 años; y el 10,7% reside en hogares de núcleo incompleto (sólo jefe) con hijos; este sería el caso de una sola persona mayor que convive con uno o más hijos que la reconocen como jefe de familia (ver Figura 1.1.4).

Una segunda forma de aproximarnos a los modos de constitución y organización familiar de las personas mayores que conviven con otras más jóvenes es a través de las tareas, roles y responsabilidades que asumen dentro del hogar. Como este tópico será objeto

CONFORMACIÓN DE LOS HOGARES, FUENTES DE INGRESOS, CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA Y REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES QUE CONVIVEN CON PERSONAS MAYORES Y MENORES (MULTIPERSONALES MIXTOS) **FIGURA 1.1.4**
Año 2014 En porcentaje de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

de análisis en el apartado siguiente, es oportuno anticipar aquí que más del 90% de las personas mayores que cohabitan con familiares de menor edad realizan alguna tarea dentro del hogar. En efecto, 6 de cada 10 son encargados de limpiar, lavar o planchar; 7 de cada 10 se encargan de preparar la comida; y cerca de la mitad tienen a su cargo el cuidado de los niños u otros familiares del hogar. Es decir, si bien las personas mayores requieren asistencia o ayuda de sus familiares, en su mayoría contribuyen de manera significativa en la vida familiar, desempeñando un rol muy importante para la reproducción social (ver Apartado 1.2).

En lo que atañe a los aspectos económicos, se destaca que el porcentaje de personas mayores inactivas es más bajo (66%) en estos hogares que en los unipersonales y en los formados solamente por personas mayores. Correlativamente, la tasa de empleo es más alta: 1 de cada 4 personas mayores que vive con miembros de menor edad se encuentra ocupada. Asimismo, el 35,5% de las que residen en estos hogares lo hace en condiciones de insuficiencia de ingresos; mientras que el 51,1% declara ingresos suficientes para la supervivencia pero insuficientes para el ahorro. Por lo demás, el 33,6% de quienes residen en estos hogares ha experimentado necesidad de recortar sus gastos en tasas o servicios, en cuotas de la casa o alquiler, o bien en rubros de salud como consulta médica o medicamentos (ver Figura 1.1.4).

Efectivamente, sólo el 13,4% de estos hogares puede ahorrar. Como se ve, a pesar de que la tasa de empleo y de actividad de las personas mayores en estos hogares es más alta que en aquellos donde viven personas solas, también la capacidad de ahorro es menor y la insuficiencia de ingresos es mayor. Es decir que son los hogares multigeneracionales los que presentan mayor riesgo de vulnerabilidad económica.

Sin embargo, no ocurre lo mismo en el análisis de las fortalezas y debilidades de las redes sociales. Al respecto, se verifica que el 12,1% (1 de cada 10 personas mayores) no cuenta con alguien que le demuestre afecto y cariño; el 26,3% (1 de cada 4) no cuenta con alguien que lo ayude en caso de enfermedad o de llegar a necesitarlo; y el 13,8% se siente solo. Los tres

déficits resultan considerablemente menores a los registrados en los otros tipos de hogar (ver Figura 1.1.4). Con todo, no debe soslayarse que aun conviviendo en un grupo familiar más extenso existen personas mayores que se sienten solas o faltas de afecto.

Enunciadas las particularidades de cada tipo de hogar con personas mayores, su modo de conformarse y organizarse, se enumeran a continuación algunas características generales de cada hogar que se desprenden del análisis anterior.

Las personas mayores que viven solas registran una tasa de inactividad más elevada y menor tasa de empleo que las que viven acompañadas; y junto con aquellas que conviven con otras de menor edad, presentan una insuficiencia de ingresos más alta que la registrada por las que viven únicamente con otras personas mayores. Pese a ello, las que no conviven son las que presentan mayor capacidad de ahorro de los tres grupos. Sin embargo, aun cuando tienen familiares y/o amigos cercanos, registran un grado de vulnerabilidad muy alto en cuanto a la necesidad de ayuda cotidiana y a las necesidades de afecto y cariño.

Por su parte, las personas mayores que conviven únicamente con otras personas mayores son las que experimentan menor vulnerabilidad económica por insuficiencia de ingresos, en comparación con las que residen en los otros dos tipos de hogar. Previsiblemente, experimentan déficits afectivos mucho menores que quienes viven solos. No obstante, llama la atención que estos déficits sean muy similares a los registrados por las personas que conviven en grupos familiares multigeneracionales. Ello podría estar indicando que la cantidad de contactos en la red familiar no resulta relevante para los déficits afectivos, sino que más bien es la calidad del vínculo la que lo hace relevante. De allí que tanto las personas mayores que conviven con una o más personas de su edad, como aquellas que cohabitan con un grupo familiar más amplio, experimenten similares situaciones de carencia afectiva.

UNA PRIMERA LECTURA SOBRE LO QUE LAS PERSONAS MAYORES PUEDEN DAR

Existe una falsa idea, a saber, que es la gente mayor la que recibe el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, son cuidadoras de los otros miembros de la familia. (The Family Watch, 2013)

En esta breve nota nos proponemos poner a prueba la hipótesis que se desprende del epígrafe. Consiste en evaluar de qué modo las generaciones más jóvenes y las generaciones mayores contribuyen a la reproducción social del hogar a través del desempeño de tareas domésticas.

Con este propósito, observamos que 2 de cada 3 personas mayores (65,6%) son las encargadas de limpiar/lavar/planchar en sus hogares, lo cual significa que en 1 de cada 3 casos de esas tareas se ocupa “otro” (que puede ser o no una persona mayor, conviviente o no). Este porcentaje es similar, aunque algo más alto, al encontrado en los respondentes de 18 a 59 años (60,2%). Lo que sucede con las tareas de preparar la comida/cocinar es muy parecido: es responsabilidad de las personas mayores en el 72,3% de los casos, y del 63,2% en las generaciones más jóvenes (ver Figura 1.A). Como puede apreciarse, la brecha crece en favor de las personas mayores, es decir, va aumentando el porcentaje de personas mayores que toman algunas de estas responsabilidades en relación con las generaciones más jóvenes. La leve diferencia en favor de los grupos de mayor edad podría indicar que las generaciones más jóvenes cuentan con ayuda en sus hogares para realizar dichas tareas, y que esa ayuda podría estar siendo realizada por las personas mayores de la familia residentes en el hogar.⁴

Más frecuente incluso que cocinar es la tarea de realizar compras/mandados en almacenes y super-

mercados: el 79,4% de las personas mayores se declara responsable de este quehacer, un porcentaje muy cercano al declarado por personas de 18 a 59 años (74,9%). Aquí la brecha se reduce, pero siempre es mayor la participación de las personas mayores en comparación con las más jóvenes. También es muy frecuente la responsabilidad por los arreglos en el hogar (60,1%), aunque bastante menor que las ya mencionadas. En este caso, las responsabilidades de las personas mayores no difieren significativamente de las asumidas por quienes tienen entre 18 y 59 años (ver Tabla 1a).

De todas las tareas consideradas, la que aparece con menos frecuencia asumida por personas ancianas es la de cuidar a los niños u otros familiares convivientes. Esto en términos relativos, pues 1 de cada 2 personas mayores vive sola o en hogares donde cohabitan sólo otras personas mayores; lo cual hace pensar que su probabilidad de cuidar niños convivientes está condicionada por el tipo de hogar. En este contexto, el 39,3% de las personas mayores declara encargarse de esa tarea; siendo su responsabilidad menor a la registrada en la población de 18 a 59 años: 50,1% (ver Tabla 1a). En este caso, las generaciones más jóvenes asumen en mayor medida responsabilidades de cuidado, no solamente con los niños, porque dentro de los familiares a los que prestan cuidados también pueden estar incluidos los mayores de la familia.

Teniendo en cuenta, entonces, que son las personas mayores las que más se ocupan de las tareas del hogar –y como se verá en este capítulo, son especialmente las de 60 a 74 años y en particular las mujeres de esa franja de edad–, salvo en los casos de cuidados

⁴ No obstante, dado que las mujeres participan cada vez más del mercado de trabajo, no puede descartarse la posibilidad de que cuenten con ayuda proveniente del trabajo doméstico remunerado. Por lo general, sin embargo, este tipo de ayuda no reemplaza la responsabilidad diaria de la tarea, salvo en los sectores más acomodados.

REALIZACION DE TAREAS EN EL HOGAR

Año 2014 En porcentajes de personas de 18 años y más

TABLA 1.A

	TOTAL 18 AÑOS Y MAS	18 A 59 AÑOS	60 AÑOS Y MÁS
REALIZACIÓN DE TAREAS EN EL HOGAR EN GENERAL	90,5	89,7	93,3
TAREAS DE LIMPIEZA, LAVADO Y PLANCHADO	61,4	60,2	65,6
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	65,3	63,2	72,3
CUIDADO DE NIÑOS Y OTROS FAMILIARES	47,7	50,1	39,3
COMPRAS Y MANDADOS EN ALMACENES Y/O SUPERMERCADOS	75,9	74,9	79,4
ARREGLOS DE ARTEFACTOS Y/O TAREAS DE JARDINERÍA EN EL HOGAR	58,1	57,5	60,1

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

familiares en los cuales pueden ser las mismas personas mayores las que requieran de tales cuidados, podemos cerrar este artículo relativizando la afirmación inicial, es decir: para el caso de las personas mayores de nuestro país, es muy cierto que realizan un aporte fundamental a la reproducción doméstica a través de la responsabilidad de las tareas cotidianas; fundamentalmente las que tienen que ver con el cuidado y aseo de la casa y con la preparación de

la comida; y ello en mayor medida que las generaciones más jóvenes. En cuanto a los aspectos relacionados con el cuidado de otras personas del hogar, desempeñan también un rol muy importante, pero en este caso las generaciones más jóvenes continúan teniendo mayor responsabilidad.⁵

5 Habría que explorar la magnitud de personas mayores que cuidan a otras personas fuera del hogar.

1.2 ROLES Y FUNCIONES DENTRO DEL HOGAR

La familia y las redes sociales han sido un importante sostén en la vejez, tanto transfiriendo directamente recursos económicos como proveyendo apoyo y asistencia en caso de enfermedades y de disminución de las capacidades físicas (Herrera y Kornfeld, 2008). Pero también es cierto que las personas mayores realizan una extraordinaria labor de colaboración con su entorno familiar, en especial en lo que atañe al cuidado de los nietos. Asimismo, hacen gestiones, compras y mandados cotidianamente; se dedican a pequeñas reparaciones y arreglos en el hogar, así como a tareas domésticas de limpieza, lavado, cocina, entre otras. Y en caso de poder hacerlo, también colaboran económicamente con las generaciones más jóvenes, ya contribu-

yendo con aportes monetarios, ya realizando tareas domésticas, actividades que de otro modo requerirían la efectivización de pagos monetarios a terceros. La realización de todas estas tareas implica que las personas mayores inviertan una parte no menor de su tiempo diario en las mismas, manteniéndose activamente ocupadas (The Family Watch, 2013).

De este modo, se relativiza la idea de que la menor tasa de actividad económica y de empleo registrada en las personas mayores repercute en el hecho de que ese grupo etario tiene gran parte de su tiempo “libre” y poco tiempo “ocupado”. Como sostiene Dumazedier, las actividades de tiempo libre son “aquel conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse voluntariamente, ya sea para divertirse, para descansar o desarrollar su información o formación desinteresada o para desarrollar su participación social volun-

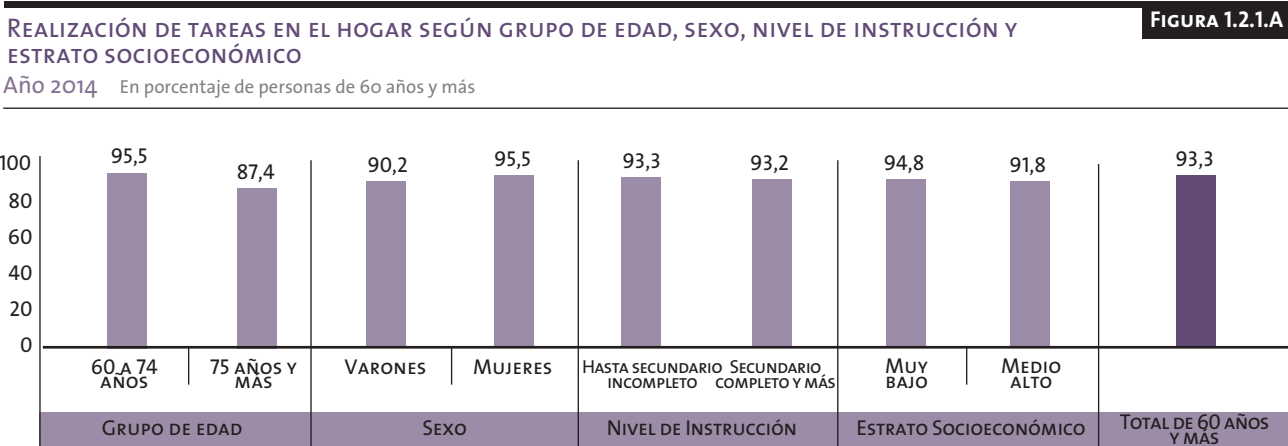
taria o su libre capacidad creadora, después de haberse liberado de todas sus obligaciones profesionales, familiares y sociales”. Por lo tanto, y en oposición, se define al “tiempo ocupado” como aquel destinado a tareas ineludibles que hacen a nuestra subsistencia (alimentación, higiene, mantenimiento del hogar, etc.) y que dan cuenta de sus capacidades básicas de autonomía³ y autocuidado personal (Dumazedier, 1964: 30-31, citado en Rodríguez de la Fuente, 2012).

Algunos autores consideran que el trabajo doméstico es muy relevante para la supervivencia social y cultural, por cuanto implica en forma directa el proceso de socialización de los hijos, entre otras tareas (Osorio Parraguez, 1998: 1066). Siguiendo con nuestra línea argumentativa, el trabajo doméstico es considerado como tiempo ocupado y ese tiempo ocupado resulta también un indicador del modo y la magnitud con que las personas mayores, aun tras haberse retirado del mercado de trabajo, contribuyen de manera activa en la reproducción familiar y, por ende, en la reproducción social. Algo muy parecido ocurre en lo que atañe al cuidado de las personas. Cuidar ha sido considerado un aspecto tan natural en las funciones de

la familia, que ha llegado a ser invisible. Sin embargo, el cuidado es un trabajo específico y material que facilita el acceso al apoyo emocional, material, físico y económico necesarios para sentirnos personas dignas y sanas (Gómez y Coll i Planas, 2011:37).

Así pues, las personas mayores participan activamente en una diversidad de ocupaciones de la vida cotidiana, colaborando notoriamente en las dinámicas diarias de la familia y la comunidad que las rodea. En todos los hogares existen distintas tareas del ámbito doméstico, cuya responsabilidad suele ser asumida por distintos miembros de la familia o el hogar. En este marco, la EDSA indaga sobre si la persona que responde (sea o no persona mayor) es la encargada de realizar las siguientes tareas dentro del hogar: a) limpiar, lavar, planchar; b) hacer la comida, cocinar; c) cuidar a los niños u otro familiar con quien se convive; d) realizar compras, mandados en almacenes y/o supermercados; y e) realizar arreglos en el hogar (artefactos, jardinería, etc.). Estas actividades corresponden al concepto de “trabajo familiar doméstico” donde se agrupan todas las actividades no remuneradas que implican el mantenimiento y cuidado de la casa, quehaceres domésticos desde cocinar y lavar la ropa hasta cuidar quintas y jardines, efectuar trámites y compras de alimentos; estar al cuidado de nietos, bisnietos u otros familiares; así como también la transferencia de saberes, oficios y conocimientos a las generaciones más jóvenes (Miralles, 2011: 141).

3 En este sentido, se entiende que “lograr autonomía en todas las etapas de la vida tiene gran importancia; generar espacios en que el adulto mayor se sienta contento, cómodo y motivado es un paso importante, siendo lo que comúnmente llamamos ‘tener vida propia’ y que permite realizar todo aquello que pensó, postergó o se ha propuesto hacer desde hoy en adelante”(Forttes, 2011: 4).



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Con respecto a la realización general de estas actividades, el 93,3% de las personas mayores declaran encargarse de alguna o algunas de esas tareas. Las de 60 a 74 años se dedican más a la realización de tareas del hogar que las de 75 años y más. Asimismo, las mujeres realizan más tareas en el hogar que los varones, aunque los hombres mayores también presentan un porcentaje elevado. Las variables que dan cuenta de la estratificación social no presentan diferencias por nivel de instrucción alcanzado ni por estrato socioeconómico (ver Figura 1.2.1.A). En suma, independientemente de las dificultades o facilidades económicas, la mayoría de las personas ancianas realiza alguna tarea doméstica. En cuanto al tipo de hogar, se observan leves diferencias entre los unipersonales, los conformados solamente por personas mayores (puros) y los integrados por personas mayores que conviven con otras generaciones (mixtos), aunque en todos es más amplio el porcentaje de quienes realizan tareas domésticas. En lo atinente a la condición residencial, se observan diferencias entre quienes residen en villas y asentamientos precarios y quienes residen en barrios con trazado urbano: en los primeros, todos realizan tareas domésticas; mientras que en los segundos el porcentaje de personas mayores que no las realizan es mínimo, es decir que cuentan con ayuda externa para la realización de estas tareas (ver Figura 1.2.1.B).

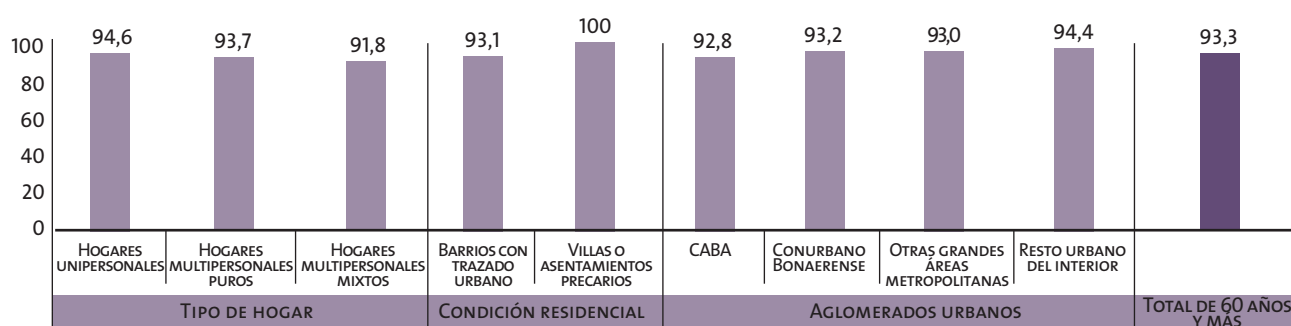
Aquí es preciso señalar, acerca de las tareas domésticas sobre las cuales indaga la EDSA, que cada una de

ellas requiere un tipo particular de esfuerzo físico, criterios de responsabilidad –en especial aquellas tareas vinculadas al cuidado de otros– y diversos grados de autonomía. En este sentido, “limpiar, lavar, planchar” implica la disponibilidad de movilidad y la capacidad de realización de ciertos esfuerzos físicos, por lo tanto, requiere contar con un buen estado de salud. Por su parte, “hacer la comida, cocinar”, si bien demanda menores recursos de movilidad física, requiere la habilidad de la autonomía del manejo del gas y la electricidad. En cuanto al “cuidado de los niños o de otros familiares con quien se convive”, se trata de una actividad doméstica para la cual es necesario el ejercicio de importantes niveles de responsabilidad y autonomía en la toma de decisiones, y por lo tanto supone contar con un estado de salud óptimo (a nivel físico y psíquico). Las tareas de “realizar compras, mandados en almacenes y supermercados” precisan de un cierto grado de autonomía en el manejo del dinero y en las condiciones físicas para circular en la vía pública. Por último, “realizar arreglos en el hogar” (artefactos, jardinería, etc.) demanda la disponibilidad de habilidades manuales y procedimentales que suponen un esfuerzo moderado, menor al requerido para las otras tareas antes mencionadas (Mira Albert, 2006; Miralles, 2011; SENAMA, 2009).

Por lo demás, estos distintos tipos de tareas pueden implicar diferencias en su realización conforme a los distintos grupos de edad y sexo, pero también des-

TAREAS EN EL HOGAR SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADOS URBANOS **FIGURA 1.2.1.B**

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

igualdades según las condiciones socioeconómicas (nivel de instrucción, estrato socioeconómico, condición residencial) dadas las capacidades de movilizar recursos económicos en la realización de las mismas.

¿Qué tipos de tareas del hogar realizan las personas mayores más jóvenes y más viejas?

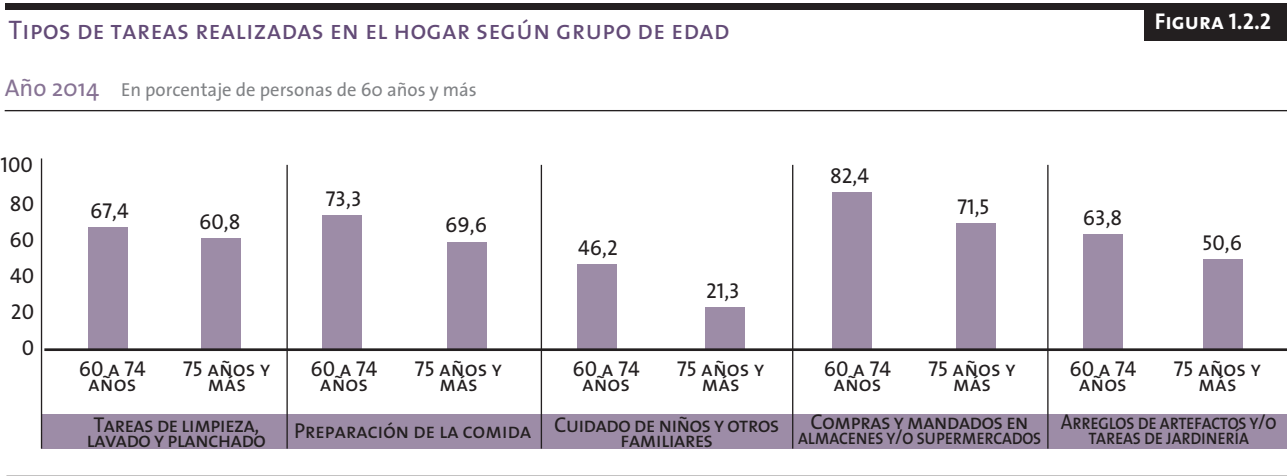
Teniendo presente que estas tareas requieren de distintas capacidades físicas y sociales, es pertinente evaluar si en el grupo de personas mayores hay variaciones según las distintas edades. Es decir, dentro de este grupo etario, ¿influye la edad en términos de mayor o menor envejecimiento? Como se ha mencionado más arriba, se registra una disminución de tales responsabilidades a partir de los 75 años, pero ello no impide que el 87,4% de las personas de 75 años y más se encarguen de una o más tareas entre las descriptas.

Se analiza a continuación si en alguna o algunas de esas tareas existen diferencias según grupo de edad. Las diferencias porcentuales para cada tarea, siempre en favor de las personas de menor edad, son las siguientes: 24,9 puntos porcentuales (p.p.) para el cuidado a familiares convivientes; 13,2 p.p. para arreglos en el hogar; 10,9 p.p. para las compras domésticas/mandados; 6,6 p.p. para limpiar/planchar/lavar; y 3,7 p.p. para cocinar. De este modo, es posible señalar que el cuidado a familiares convivientes (niños o no), contemplando el grado de responsabilidad y de autonomía que exige su reali-

zación por cuanto significa tener personas dependientes a cargo, no solamente disminuye entre las personas mayores a medida que aumenta su edad; también disminuyen con la mayor edad las responsabilidades por arreglos en el hogar y por las compras domésticas/mandados, siendo que ambas requieren habilidades de movilidad, tanto dentro como fuera del hogar, y cierto esfuerzo físico relativo, además de la autonomía en la calle y en el manejo del dinero. Al respecto, merece considerarse que muchas personas mayores se manejan bien puertas adentro del hogar pero no suelen salir, como lo demuestra el hecho de que en las tareas más propias del ámbito interno del hogar, como son la limpieza y la preparación de la comida, las responsabilidades se mantengan hasta las edades más avanzadas. En el caso de las tareas de limpieza y cuidado del hogar y de preparación de la comida, se verifica que son ambos grupos etarios los que más las realizan. Es importante señalar que entre las personas de 75 años y más, el 71,5% se encarga de las compras domésticas/mandados; el 69,6% se ocupa de cocinar; el 60,8%, de limpiar/lavar/planchar; el 50,6%, de realizar arreglos en el hogar; y el 21,3% declara estar al cuidado de familiares convivientes (ver Figura 1.2.2).

¿Qué tipos de tareas del hogar realizan las mujeres y los varones mayores?

En todos los hogares, la distribución de las distintas



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

tareas domésticas a veces responde a criterios de género. Su realización suele ser asumida según la participación en el mercado de trabajo; en consecuencia, al ser menor la tasa de actividad de mujeres que la de varones, la mayor parte de las tareas hogareñas suele estar a cargo de mujeres.

Entre los interrogantes para formular al respecto, se destaca este: una vez que la actividad económica cesa (por jubilación), ¿las brechas de género en las tareas del hogar entre las personas mayores persisten?

Una primera mirada comparativa entre géneros según generaciones indica que a medida que avanza la edad, los varones aumentan su participación en las tareas domésticas, mientras que entre las mujeres tales responsabilidades permanecen en los mismos niveles o disminuyen levemente. En tal sentido, las brechas de género tienden a ampliarse entre los más jóvenes y a estrecharse (aunque significativamente sigan siendo amplias) entre las personas mayores. De manera más precisa, los varones del grupo de 60 años y más aumentan su participación en tareas como lavar, planchar, limpiar y cocinar, mientras que en las mujeres estas actividades se mantienen en un nivel casi constante. Sin embargo, en otras actividades los comportamientos son distintos: para el caso de la realización de compras y mandados, los varones aumentan su participación conforme avanza su edad, mientras que las mujeres la disminuyen. En la reparación de artefactos del hogar, ambos sexos aumentan su participación en este tipo de tareas; en cambio, en las de cuidado, tanto varones como mujeres reducen sus responsabilidades (ver Tabla 1b). Por lo demás, que la brecha de género tienda a achicarse entre las personas mayores se explica por la creciente participación de los varones, aunque en líneas generales no llegue a generar un alivio en la responsabilidad tomada por las mujeres. Las brechas de género permanecen amplias aun con la mayor edad y después del retiro del mercado de trabajo.

Corresponde describir ahora con más detalle cómo se distribuyen estas tareas al interior del grupo de personas mayores. En general, tanto mujeres como varones asumen responsabilidades por alguna de las tareas examinadas; en cambio, si se analiza tarea por tarea,

se observa claramente la “división sexual del trabajo doméstico”. En efecto, la tarea donde se halla mayor diferencial por sexo es la de cuidar a los niños u otros familiares convivientes, terreno donde las mujeres aventajan por 3 a 1 a los varones. Apenas 1 de cada 5 varones está encargado de esta tarea, que compromete a la mitad de las mujeres mayores. Es importante destacar el valioso aporte de las mujeres en su rol de cuidadoras, tanto de los nietos como del cónyuge o de otros familiares dependientes, por ser una tarea que contribuye al bienestar del grupo familiar. Es para subrayar esta reflexión especial por dos razones concretas. Por un lado, la elevada supervivencia actual de las mujeres de edad avanzada, que se ha convertido en un factor claro de feminización de la vejez, siendo el rol del cuidador primario del cónyuge y la viudez más probable en este grupo. Por otro lado, las tradicionales diferencias de género que han asignado a las mujeres su función en el ámbito doméstico, haciendo cada vez más evidente el papel que cumplen en la reproducción cotidiana, ideológica y material de los hogares actuales (Miralles, 2011: 141).

En las tareas de limpieza (que incluyen lavar y planchar) también la brecha es muy grande (de 2,5 a 1) pero menor que la hallada respecto a las tareas de cuidado, donde solamente 1 de cada 3 varones mayores se involucra. También se registra brecha de género en hacer la comida/cocinar, con una diferencia de 2 a 1, siendo el mundo de la cocina más familiar a los varones que la limpieza o los cuidados. Inversamente, en cuanto a realizar arreglos en el hogar, la brecha es a favor de los varones. Por fin, la tarea del hogar más compartida entre mujeres y varones durante la vejez son las compras domésticas y los mandados.

Una lectura transversal de las responsabilidades domésticas entre las mujeres mayores demuestra que el 91,6% de ellas se encarga de hacer la comida; el 87,2% se ocupa de la limpieza; el 86,9% se hace cargo de las compras domésticas y los mandados; el 53,2% toma la responsabilidad de cuidar a otros convivientes; y el 46,6% dedica tiempo a los arreglos del hogar. A su vez, los varones mayores se encargan de los arreglos hogareños en el 79,8% de los casos; el 68,5% se ocupa de las

compras domésticas y los mandados; el 44,2% tiene a su cargo tareas de cocina; el 34,3% realiza quehaceres de limpieza; y el 19,1% cuida a niños u otros convivientes. Interesantes perfiles de unas y otros, considerando que, por su edad, estas personas vienen de trayectorias vitales donde la división del trabajo doméstico por sexo ha sido muy marcada (ver Figura 1.2.3).

¿Qué tipos de tareas realizan en el hogar las personas que viven solas, las que residen con otros mayores y las que conviven con grupos familiares más amplios?

La relevancia del tipo de hogar en la realización de las tareas domésticas tiene que ver con que tanto en los hogares unipersonales como en los multipersonales puros, previsiblemente las personas mayores sean las encargadas de realizar todo tipo de tareas, a menos que esté a cargo de las mismas alguien no perteneciente al hogar. En los llamados hogares mixtos, donde conviven distintas generaciones, las personas mayores también se encargan de las tareas domésticas: más del 60% se ocupa de limpiar, planchar y lavar; cerca del 70% prepara la comida; y aproximadamente la mitad tiene a su cargo el cuidado de alguien. He aquí una muestra cabal de la contribución de las personas mayores en la reproducción de los hogares mixtos.

Es válido preguntarse ahora si en este campo surgen diferencias por tipo de hogar, pues es previsible que las

responsabilidades cambien según las distintas conformaciones familiares. Recordemos que en la Argentina existe una gran variedad de arreglos residenciales para el caso de las personas mayores: el 19% vive sola; el 38% habita en hogares de solo dos personas; el 18% lo hace en hogares de 3 miembros; y el 25% convive en hogares de 4 personas o más. En todos los tipos de hogar (unipersonales, multipersonales puros y multipersonales mixtos) las personas mayores se encargan de alguna o algunas de las tareas del hogar.

Quienes viven solos toman a su cargo con más frecuencia las tareas de limpieza (84,6%), mientras que en los hogares multipersonales las chances de no encargarse de estas tareas son más altas (sólo las hacen el 53,3% en los hogares puros y el 61,9% en los mixtos). Algo similar ocurre con la comida, tarea a cargo de las propias personas mayores cuando viven solas (90%) pero de menor incidencia en los hogares multipersonales. En estos, la menor incidencia se halla entre quienes conviven exclusivamente con personas mayores (59,3%), seguramente por las brechas de género respecto del trabajo doméstico, ya que una proporción importante de varones no son responsables de las tareas de la cocina.

También entre los que viven solos se encuentra la mayor incidencia en hacerse cargo de las compras domésticas y mandados (88,1%). En cuanto al cuidado de convivientes, sean o no niños, son los mayores que conviven en hogares mixtos quienes con mayor fre-

TAREAS DEL HOGAR REALIZADAS POR LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN SEXO, EN PORCENTAJES **FIGURA 1.2.3**

	60 AÑOS Y MÁS			18 A 59 AÑOS		
	VARÓN	MUJER	TOTAL	VARÓN	MUJER	TOTAL
TAREAS DEL HOGAR EN GENERAL	90,2	95,5	93,3	83,0	95,9	89,7
TAREAS DE LIMPIEZA, LAVADO Y PLANCHADO	34,3	87,2	65,6	28,9	89,5	60,2
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	44,2	91,6	72,3	35,5	89,3	63,2
CUIDADO DE NIÑOS Y OTROS FAMILIARES	19,1	53,2	39,3	25,9	72,9	50,1
COMPRAS Y MANDADOS EN ALMACENES Y/O SUPERMERCADOS	68,5	86,9	79,4	58,1	90,7	74,9
ARREGLOS DE ARTEFACTOS Y/O TAREAS DE JARDINERÍA EN EL HOGAR	79,8	46,6	60,2	74,2	41,8	57,5

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

cuencia se encargan de esta tarea. Convivir con otras generaciones implica también “cuidarlos”.

Una lectura transversal muestra que en el caso de las personas mayores que viven solas, el 90% se encarga de hacer la comida; el 88,1% realiza las compras domésticas/mandados; el 84,6% se ocupa de las tareas de limpieza; y el 62,7% dedica parte de su tiempo a los arreglos del hogar. Por definición, estas personas están eximidas del cuidado de otros convivientes (ver Figura 1.2.4).

Tal como hemos anticipado, es muy importante la contribución de las personas mayores en las tareas domésticas que hacen a la reproducción social. Específicamente en los hogares unipersonales, 8 de cada 10 personas mayores se dedican a estas tareas; mientras que en los hogares multipersonales, tanto puros como mixtos, la magnitud es de 4 de cada 10. Asimismo, en los hogares unipersonales se destaca además un porcentaje reducido: 1 de cada 10 personas mayores no se ocupa de ninguna de las tareas domésticas incluidas en la EDSA, es decir que recibe ayuda de alguna persona externa al hogar, sea familiar, vecino, amigo, o bien otra persona de apoyo.

¿Qué tipos de tareas del hogar realizan las personas mayores que terminaron la escuela secundaria y aquellas que no finalizaron estos estudios?

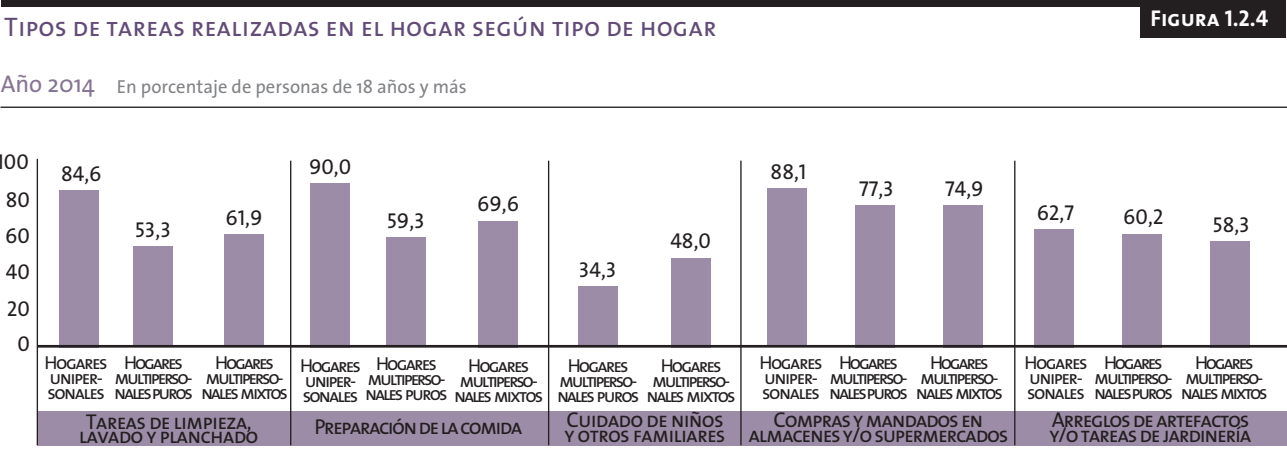
Las desigualdades sociales imprimen diferencias en

las tareas realizadas en el hogar. Dado que el nivel educativo es un indicador de estatus, es de suponer que en los estratos superiores las tareas del hogar sean muy probablemente realizadas también por personal doméstico, sin que ello implique que se exima del todo a las personas de ese estrato de sus responsabilidades domésticas. En efecto, no hay diferencias en cuanto a que todas las personas mayores realizan tareas en el hogar; pero sí en el tipo de tareas que realizan quienes alcanzaron distintos niveles de instrucción.

En la realización de compras/mandados y en arreglos de artefactos del hogar, las responsabilidades son semejantes; y también en cuanto a la cocina, aunque esta tarea aparece más realizada por quienes poseen menos credenciales educativas. En cambio, el cotejo de otras tareas domésticas muestra diferencias notorias, por ejemplo el cuidado de convivientes, que es mucho más habitual entre personas con niveles educativos inferiores (46,5% versus 27,6%), y la limpieza, de menor incidencia entre los más educados (69,8% versus 58,8%) (ver Figura 1.2.5).

¿Qué tipos de tareas del hogar realizan las personas mayores de sectores más desfavorecidos y cuáles las de sectores económicamente más favorecidos?

Los diferentes niveles educativos alcanzados introducen la diferenciación entre estratos socioeconómicos en cuanto a responsabilidades frente a las tareas del

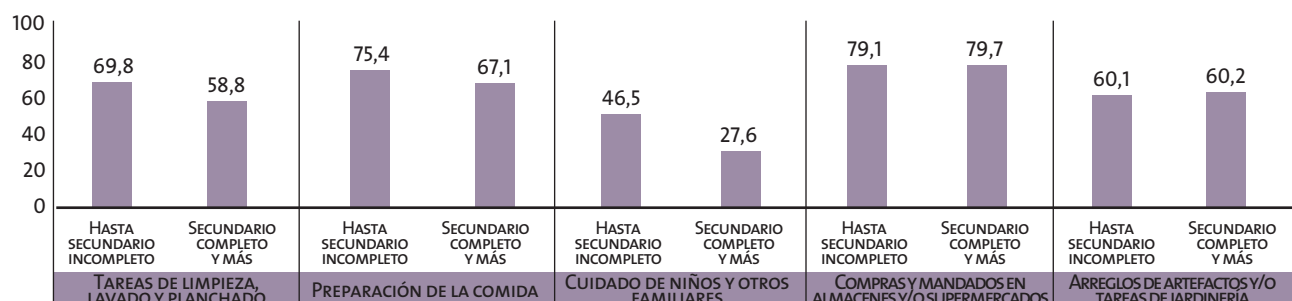


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

TIPOS DE TAREAS REALIZADAS EN EL HOGAR SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

FIGURA 1.2.5

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

hogar. Si bien en los estratos más altos y más bajos las personas mayores realizan tareas domésticas, no son las mismas tareas las que efectivamente realizan. En este sentido, las personas más pobres lavan, planchan, hacen la limpieza, cocinan y cuidan a otros miembros del hogar, mientras que las personas más ricas realizan compras y/o arreglos hogareños.

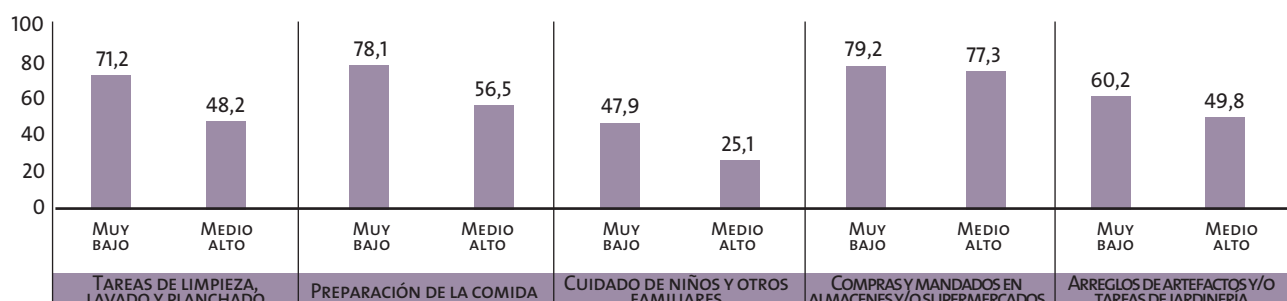
En cuanto a las tareas de limpieza, hay una menor incidencia en el estrato medio alto: 5 de cada 10 personas mayores de ese estrato son responsables de dicha tarea (48,2% versus 71,2% en el estrato muy bajo). También hay un compromiso diferente en el estrato medio alto respecto de las tareas de cocina: mientras que en el es-

trato muy bajo las realizan 8 de cada 10 personas mayores, en el estrato medio alto son realizadas por 6 de cada 10. Lo mismo ocurre con el menor involucramiento (49,8%) en el estrato medio alto al cotejar la realización de arreglos hogareños en el estrato muy bajo (60,2%). En cambio, la responsabilidad por las compras domésticas/mandados es relativamente común en ambos estratos, registrándose que 8 de cada 10 personas mayores realizan esta tarea. Los diferenciales más importantes por estrato socioeconómico surgen en cuanto al cuidado de convivientes, cuya frecuencia aumenta conforme se descende en la estratificación social. Concretamente, las diferencias entre estratos son de 2 a 1: realiza esta tarea

TIPOS DE TAREAS REALIZADAS EN EL HOGAR SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 1.2.6

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

el 47,9% de las personas mayores del estrato muy bajo, frente al 25,1% en el estrato medio alto (ver Figura 1.2.6).

¿Qué tipos de tareas realizan en el hogar las personas mayores según el contexto residencial donde viven?

Al ser también la condición residencial un indicador de la situación socioeconómica, las brechas que surgen del análisis son similares a las ya descritas. Cuando se examinan las tareas de limpieza, lavado y planchado, se calcula que en las villas son realizadas por el 80% de las personas mayores, frente al 65% en los barrios de trazado urbano. Ello refuerza la idea de que la gente con mejores condiciones socioeconómicas, y por lo tanto residenciales, cuenta con apoyo externo para la realización de las tareas domésticas. En la preparación de la comida se observa la misma tendencia: 82% en las villas versus 71,9% en los barrios con trazado urbano. Al cotejar la tarea del cuidado de familiares convivientes según el tipo de residencia, se observa una leve desigualdad entre las personas mayores que habitan en villas o asentamientos y las que residen en barrios con trazado urbano (44,0% versus 39,1%). En lo referente al arreglo de artefactos y/o tareas de jardinería en el hogar, el porcentaje más elevado de personas mayores dedicadas a ello se encuentra en los barrios de trazado urbano, donde alcanza al 60,7%, en tanto que en villas o asentamientos alcanza al 46,0%, situación claramente acorde con las mejores condiciones de habitabilidad de los primeros. Por último, la realización de compras

y mandados está presente en ambos grupos residenciales (ver Figura 1.2.7).

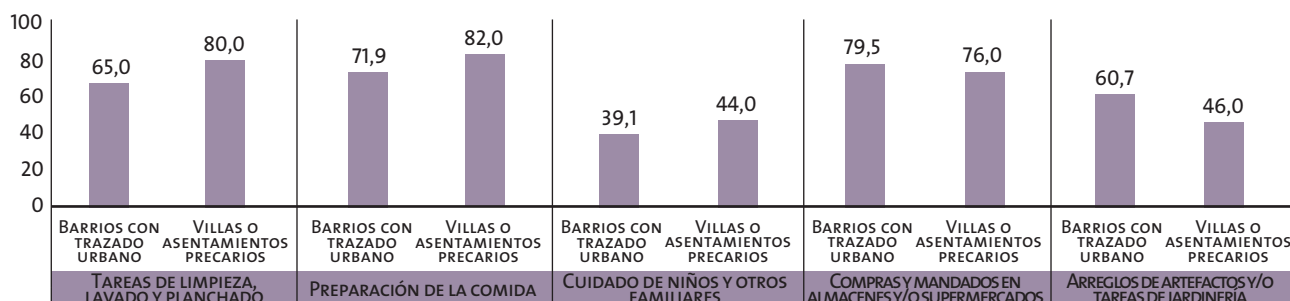
¿Qué tipos de tareas del hogar realizan las personas mayores según los distintos espacios geográficos en los que viven?

En coincidencia con los procesos de urbanización y modernización, así como con el crecimiento de la tasa de empleo femenino, es esperable que en los grandes centros urbanos algunas de las tareas domésticas sean realizadas por personas externas al hogar. Así pues, las personas mayores residentes en CABA realizan en menor proporción (58,6%) las tareas de lavado, planchado y limpieza del hogar en comparación con los valores registrados en los otros aglomerados (68,9% en Conurbano Bonaerense; 63,4% en Otras grandes áreas metropolitanas; y 67,4% en el Resto urbano del interior). En parte ello se debe a que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existe un proceso urbano dinámico de mayor complejidad, donde la tasa de actividad económica es más alta y, por lo tanto, las mujeres dedican menos tiempo al trabajo doméstico. Por otro lado, el parangón orientado a evaluar la realización de compras en almacenes y/o supermercados arroja como resultado una actividad más elevada en CABA (87,0%) que en las otras áreas geográficas (donde oscila en torno al 77%). Por último, las tareas de cuidado de familiares convivientes exhibe una tendencia inversa: es en la Ciudad de Buenos Aires donde se registran los porcentajes

TIPOS DE TAREAS REALIZADAS EN EL HOGAR SEGÚN CONDICIÓN RESIDENCIAL

FIGURA 1.2.7

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

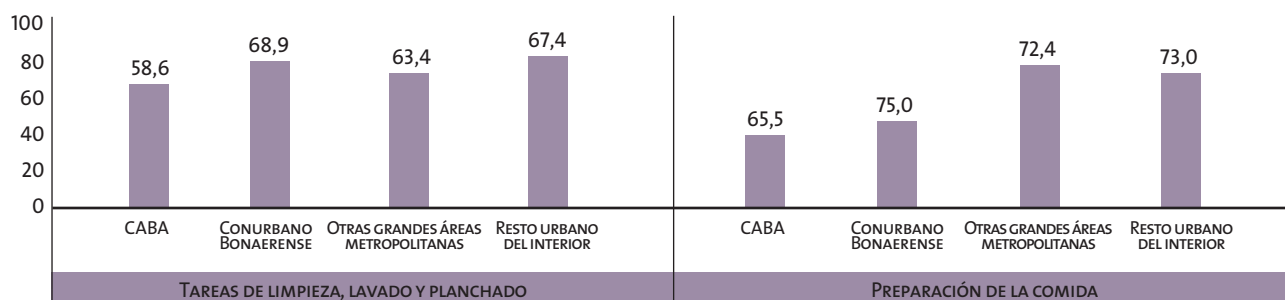


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

TIPOS DE TAREAS REALIZADAS EN EL HOGAR SEGÚN GRUPOS DE AGLOMERADOS URBANOS

FIGURA 1.2.8.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

más bajos de realización de esta tarea: 19,5%, frente al 46,5% en el Conurbano Bonaerense, 44,0% en Otras grandes áreas metropolitanas, y 27,1% en el Resto urbano del interior del país (ver figuras 1.2.8.a y 1.2.8.b).

En síntesis, el elevado porcentaje de personas mayores que se hacen cargo de las tareas propias del ámbito hogareño constituye un indicador de sus posibilidades de autonomía y autocuidado, dos aspectos importantísimos en el contexto del proceso de envejecimiento actual. También es destacable el aporte fundamental de este grupo etario en los procesos de reproducción social, particularmente de quienes cuidan a otros familiares convivientes (1 de cada 2 perso-

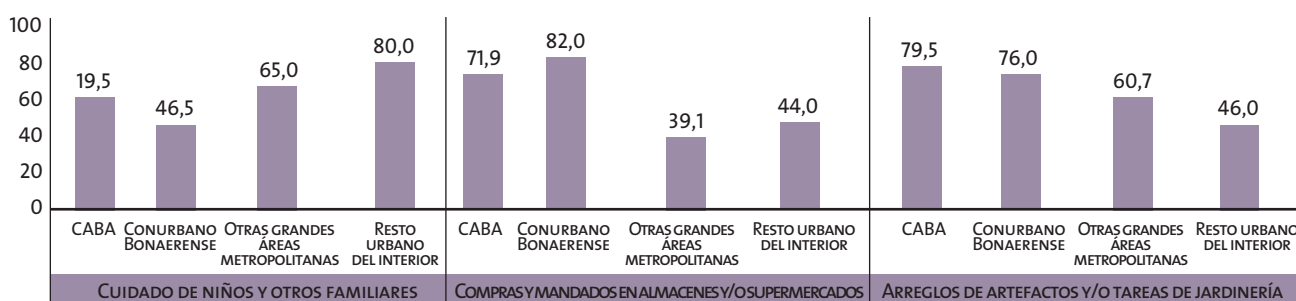
nas), lo cual demuestra su capacidad física y social de ser responsables del cuidado de otras personas.

Al investigar los distintos perfiles de las personas mayores en relación con el desarrollo de las tareas dentro del hogar, surgen dos aspectos sociodemográficos importantes: a) en personas de más de 75 años, la mengua en la realización de todas las tareas enunciadas, situación que remite a las condiciones de autonomía que van disminuyendo con el avance de la edad; y b) las brechas de género. Es importante aclarar aquí que la distribución de tareas al interior del hogar está claramente marcada por la distribución de roles en el trabajo doméstico y extradoméstico.

TIPOS DE TAREAS REALIZADAS EN EL HOGAR SEGÚN GRUPOS DE AGLOMERADOS URBANOS

FIGURA 1.2.8.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Cuando se computan las variables que expresan la estratificación social, se colige que el nivel educativo alcanzado no introduce variaciones muy significativas en la realización de las tareas domésticas, salvo para el caso particular de limpieza, lavado y planchado, donde se observan diferencias pronunciadas. Por último, al revisar la distribución de tareas conforme a los espacios urbanos, se descubre un comportamiento diferencial en la Ciudad de Buenos Aires, donde se registran porcentajes inferiores de realización de tareas domésticas en comparación con todas las otras áreas del resto del país, situación de la que se exceptúa la realización de compras y mandados en almacenes y/o supermercados.

1.3 INTEGRACIÓN, RESPETO Y RECONOCIMIENTO FAMILIAR

En el más reciente *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud* (Organización Mundial de la Salud, 2015) y a propósito de un capítulo destinado al envejecimiento saludable, se establecen algunas distinciones conceptuales que enmarcan lo que en este apartado denominaremos *entorno familiar*. Una de ellas es que muchos de los mecanismos del envejecimiento están fuertemente influenciados por el entorno. Sin esa consideración se hace difícil responder a la pregunta: ¿qué es el envejecimiento? Otra distinción es que un marco para la acción sobre el envejecimiento y la salud (tema de ese Informe) no puede no “tener en cuenta los entornos en los que viven las personas mayores” (OMS, 2015: 29). Allí se define que “el *entorno* comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye –desde el nivel micro hasta el nivel macro– el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores” (OMS, 2015: 31). También, que “las personas mayores no son pasivas en la relación con su entorno. Por el contrario, las decisiones que toman debido a su situación o para cambiarla influyen en diversos grados en esta interacción” (OMS, 2015:

38). Si bien este documento no lo menciona específicamente, el *entorno familiar* forma parte de ese entorno.

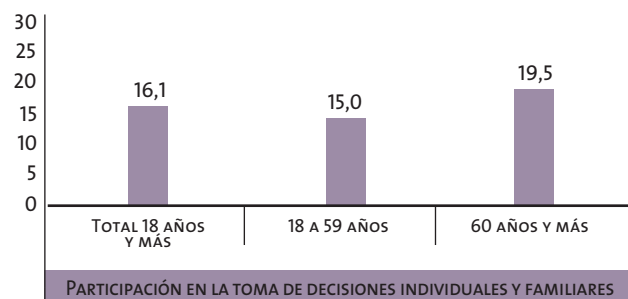
En una sección dedicada a relevar información sobre la relación con los otros, la EDSA 2014 incluyó una nueva pregunta pensada originalmente para las personas mayores pero que finalmente se aplicó a todos los respondientes de 18 años y más. La pregunta menciona una serie de situaciones relacionadas con el entorno familiar y pide al respondiente que indique en qué medida esas situaciones reflejan su propia situación. Las situaciones seleccionadas son ocho: a) que su entorno familiar tenga en cuenta sus opiniones, b) que le participe de las decisiones familiares, c) que se preocupe por su salud, d) que respete sus gustos y deseos, e) que se interese por sus necesidades, f) que comprenda sus problemas, g) que lo sobreproteja, h) que solicite su ayuda. La pregunta se refiere al entorno familiar, conviviente o no.

A partir de estos ocho ítems, se construyeron tres dimensiones de valoración de las personas mayores. La *primera dimensión* tiene que ver con la participación en los procesos de toma de decisiones individuales –es decir, para consigo mismo– y familiares, y está integrada por tres ítems que presentaron altos coeficientes de correlación. Tal es el caso de las situaciones: a) “tiene en cuenta sus opiniones”, b) “le participa de las decisiones familiares” y d) “respeto sus gustos y deseos”. La *segunda dimensión* se relaciona con la atención familiar de las necesidades de salud de las personas mayores. La *tercera dimensión* considera la comprensión afectivo/emocional de las personas mayores, es decir, la percepción de comprensión por parte del entorno familiar, y está conformada por los ítems “se preocupan por sus problemas” y “se interesan por sus necesidades”, que también han sido agrupados y presentaron alta correlación.

Participación de las personas mayores en los procesos de toma de decisión individual y familiar

En primer lugar, se analiza la dimensión referida a la participación de las personas mayores en los procesos de toma de decisión individual y familiar, considerándola uno de los indicadores más sustanciosos en términos de disponibilidad de condiciones de autonomía e independencia personal. En esta dirección, es menester

DÉFICIT DE PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES INDIVIDUALES Y FAMILIARES S/ GRUPO GENERACIONAL
FIGURA 1.3.1.A
 Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
 Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

señalar la importancia que tiene en la vida de las personas mayores el reconocimiento que el entorno familiar les pueda brindar, al menos en lo referente a escuchar y respetar sus propias opiniones en los asuntos privados y personales que les atañen, en tanto dan cuenta de su efectiva integración al conjunto de la familia.

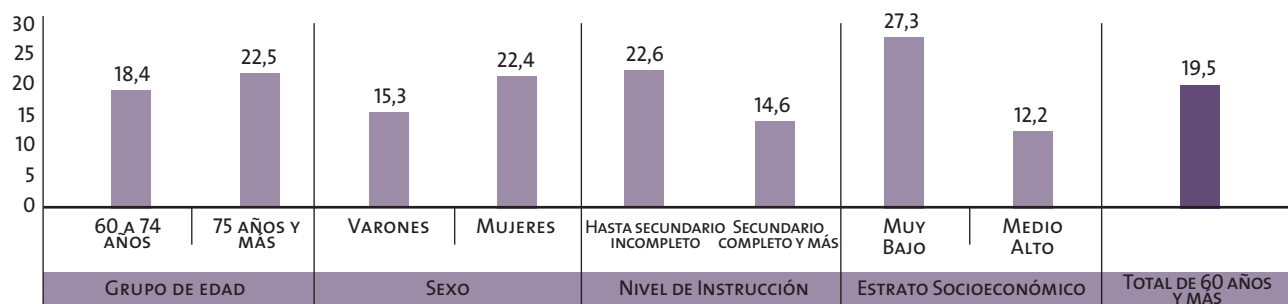
El resultado es que 1 de cada 5 personas mayores (19,5%) expresa un déficit a este respecto, es decir, se siente poco o nada integrada en los procesos de toma de decisión familiar, poco respetado en sus gustos, preferencias y necesidades. Ese déficit es mayor que el encontrado en la población que posee entre 18 y 59 años (ver Figura 1.3.1.A). Siempre una carencia que afecta a

1 de 5 personas mayores se constituye en algo a tener muy en cuenta, obviamente si se acuerda con el principio de que un entorno familiar que descarta las opiniones de sus mayores, los margina de las decisiones familiares y es ajeno a sus preferencias, configura una situación indeseable. Pero también vale, para dimensionar lo señalado, observar que el 80,5% de las personas mayores expresa lo contrario, es decir que tiene un entorno familiar donde sí se valoran sus opiniones o su palabra, que de un modo u otro participa de las decisiones familiares y recibe respeto por sus preferencias.

Las carencias señaladas son más importantes cuando se trata de la población más envejecida (de 75 años y más) y de las mujeres. Hay una relativamente mayor percepción de consideración familiar cuando se trata de una persona menos envejecida (de 60 a 74 años) y cuando se trata de un varón. En términos más precisos, mientras que el 18,4% de las personas de 60 a 74 años se percibe como poco valorada, en el caso de las personas de 75 años y más ese porcentaje aumenta al 22,5%. La brecha es más amplia aun entre varones y mujeres: mientras que el 15,3% de los varones se siente poco valorado, ese porcentaje alcanza al 22,4% de las mujeres.

Por otro lado, los factores que expresan la estratificación social tienen una densidad todavía más profunda. El déficit es menor –es decir que la percepción sobre la consideración familiar es mayor– cuando se trata de personas que tuvieron mejores oportunidades

DÉFICIT DE PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DE TOMA DE DECISIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO
FIGURA 1.3.1.B
 Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

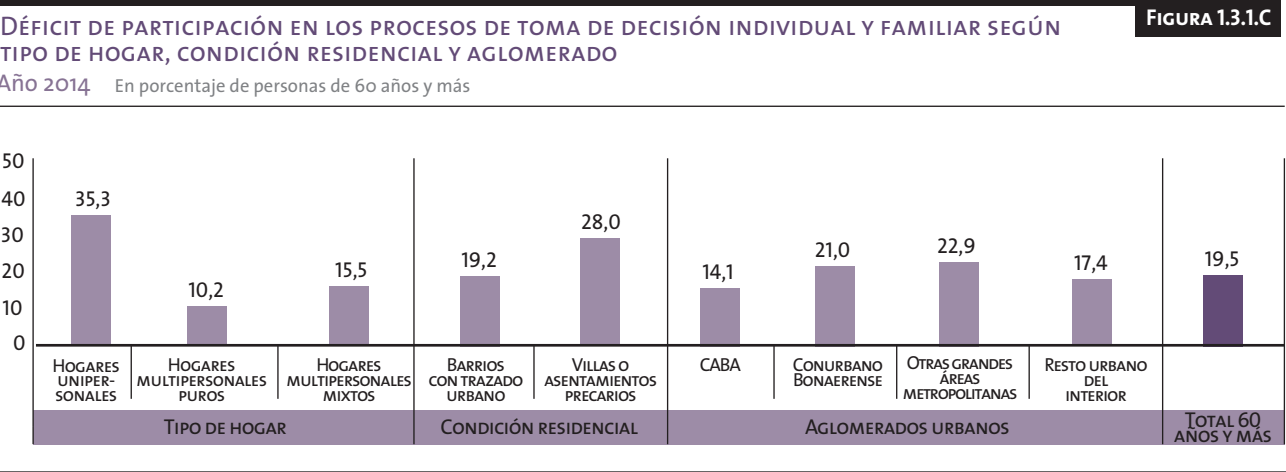
educativas. Pero los diferenciales son máximos (más de 2 a 1) cuando se considera el estrato socioeconómico: el déficit –es decir, la percepción de escasa consideración familiar en cuanto a estos tres ítems– en las personas mayores del estrato muy bajo equivale al doble (27,3%) del registrado en el estrato medio alto (12,2%). En conclusión, es en este último estrato donde se observa mayor percepción de valoración o consideración familiar en los procesos de toma de decisiones e incumbencias sobre la propia vida y las decisiones familiares (ver Figura 1.3.1.B).

Es muy interesante analizar esta cuestión a la luz de los distintos tipos de hogar por lo que puede significar la expresión *entorno familiar* para unos y otros. El déficit en la percepción de participación en los procesos de toma de decisiones familiares, esto es, en la valoración de las opiniones respecto de sí mismo o del entorno familiar, es máximo (35,3%) cuando se trata de la persona mayor que vive sola, con cuyo entorno familiar por supuesto no convive y que desde su perspectiva lo tiene menos en cuenta. Dentro del grupo de quienes viven acompañados, curiosamente son las personas que viven con familiares más jóvenes quienes perciben que su entorno familiar los tiene menos en cuenta (15,5%, frente al 10,2% de los que viven con otras personas también mayores). Es decir, si bien viven acompañados (hogares multigeneracionales) perciben que su entorno familiar tiene poco en cuenta sus opiniones, no los participa de

las decisiones familiares y respeta menos sus preferencias en materia de gustos y deseos. Los que mejor están en este indicador, como en tantos otros, son las personas mayores que conviven exclusivamente con otras personas mayores (ver Figura 1.3.1.C).

Respecto a las diferencias observadas por condición residencial, en comparación con las personas mayores que viven en barrios con trazado urbano, las que habitan en villas o asentamientos muestran un déficit más elevado en la consideración de opiniones y el no involucramiento en los procesos de toma de decisiones del entorno familiar (19,2% versus 28%). Y aunque las diferencias entre distintas regiones urbanas no sean tan marcadas, se nota menor déficit al respecto en la Ciudad de Buenos Aires que en los otros conglomerados, es decir que la CABA exhibe entornos familiares más propensos a tener en cuenta a las personas mayores. No hay que olvidar, sin embargo, que en esta ciudad el peso demográfico de las personas mayores es muy pronunciado y único en el país. En cambio, en los otros grandes aglomerados, como Gran Córdoba y Gran Rosario, donde el peso demográfico de las personas mayores es mucho menor, el déficit es marcadamente más alto. Algo similar ocurre en el Conurbano Bonaerense (ver Figura 1.3.1.C).

En síntesis, podemos señalar que son las personas mayores más envejecidas y las mujeres quienes registran el grado más alto de déficit en cuanto al reconocimiento por

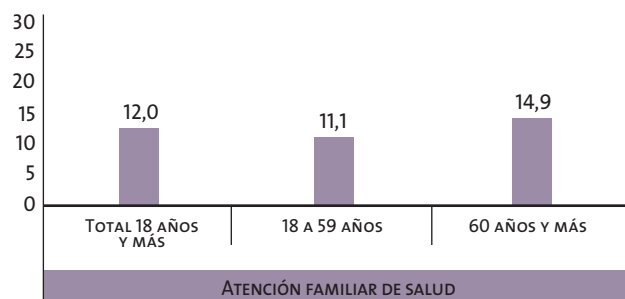


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

DÉFICIT DE ATENCIÓN FAMILIAR DE LA SALUD SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 1.3.2.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

parte del entorno familiar de la participación que ejercen en los procesos de toma de decisiones individuales y familiares, así como en lo atinente al respeto de su autonomía e independencia personal en dicho entorno. También se ven más afectadas por este déficit tanto aquellas personas de edad avanzada que han tenido menos oportunidades educativas a lo largo de su vida, como las que se hallan en las posiciones más bajas de la escala socioeconómica y las que residen en hogares unipersonales.

Atención familiar de la salud de las personas mayores

La segunda dimensión considerada hace referen-

cia a la atención familiar de las necesidades de salud en las personas mayores, teniendo presente la relevancia que el entorno familiar otorga a las cuestiones de salud de los ancianos que integran el grupo familiar. Esta dimensión puede considerarse otro indicador del tratamiento que los entornos familiares brindan a las personas mayores en términos de respeto de sus condiciones de salud y autonomía personal. En tal sentido, la atención que dicho entorno otorgue a la salud de las personas mayores pone de relieve el reconocimiento de un aspecto central que hace a su bienestar, dada la importancia sustancial de las condiciones de salud de las que se dispone en esta etapa del ciclo vital.

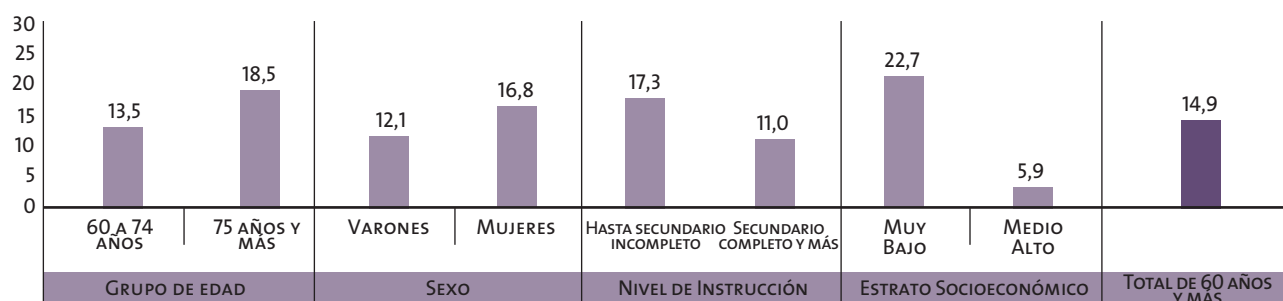
En cuanto a la percepción sobre la preocupación del entorno familiar por su salud, se verifica que el 14,9% de las personas mayores expresa déficit en este aspecto, guarismo bastante más alto que el hallado en la población de 18 a 59 años. Esto inspira dos consideraciones. Por un lado, tal como se presentó en el Barómetro de Personas Mayores 2014, hay una variedad de situaciones de salud en este grupo etario: el 26,1% tiene su salud muy comprometida; el 32,2% expresa no tener problemas de salud; y también hay otro grupo en situaciones intermedias, es decir con “algunos pocos problemas de salud” (ODSA-UCA, 2015a).

Por otro lado, en ese cuadro de variedad podría

DÉFICIT DE ATENCIÓN FAMILIAR DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 1.3.2.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

haber una tendencia a la naturalización de los problemas de salud de las personas mayores por parte del entorno familiar (pensar, por ejemplo, que con el aumento de la edad “es natural” que aparezcan más problemas de salud) y a partir de ello reaccionar con mayor preocupación familiar o –como le ocurre al señalado 14,9%– con poca o ninguna preocupación. Una suerte de tendencia a que la sensibilidad familiar, estable en cuanto a la salud de sus miembros más jóvenes, se aligere bastante cuando se trata de los miembros de mayor edad (ver Figura 1.3.2.A).

Son las personas de 75 años y más las que expresan con mayor intensidad que el entorno familiar se preocupa insuficientemente por su salud. Concretamente, mientras que las de 60 a 74 años perciben un déficit de preocupación por su salud del 13,5%, entre las personas que tienen 75 años o más esa insuficiencia alcanza el 18,5%. Efectos cruzados de una creciente necesidad de los viejos-viejos de que su entorno familiar se preocupe por su salud y una mayor naturalización en el entorno familiar por una salud más comprometida en las personas más envejecidas. Ello no es óbice para que en 4 de cada 5 casos, según las propias personas mayores, el entorno familiar resulte bastante o muy preocupado por su salud. Algo similar ocurre en cuanto al sexo. Efectivamente, son las mujeres de este grupo etario quienes especialmente expresan esa despreocupa-

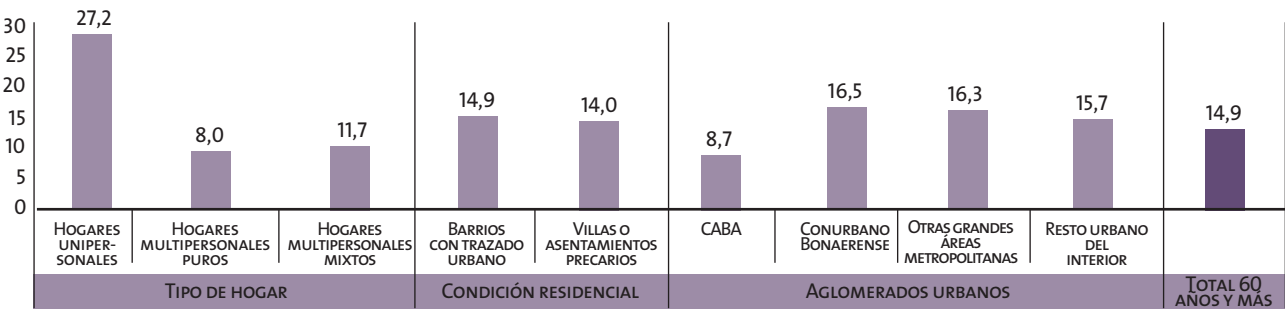
ción del entorno familiar por su salud. ¿Han aumentado las necesidades de atención familiar de las mujeres mayores? Por otro lado, el déficit en este ítem aumenta a medida que se desciende de posición en la estratificación social. Y la falta es mucho mayor entre quienes han tenido menos oportunidades educativas. A decir verdad, las diferencias entre estratos socioeconómicos son abismales: la falta de preocupación del entorno familiar por su salud arroja un déficit de 5,9% en el caso de personas mayores pertenecientes al estrato medio alto y crece hasta el 22,7% (el cuádruple) en el estrato muy bajo (ver Figura 1.3.2.B).

Las personas mayores que más sienten que su entorno familiar se preocupa poco por su salud son las que viven solas: el 27,2% de ellas, es decir 1 de cada 4, se siente poco contenida en este aspecto. En cambio, las personas mayores que conviven exclusivamente con otras personas mayores son quienes menos tienen en cuenta esta situación de despreocupación del entorno familiar respecto de su propia salud (8%). En lo que atañe a la condición residencial, no se observan diferenciales entre quienes viven en villas y asentamientos precarios y quienes habitan en barrios con trazado urbano. En el enfoque regional, salvo en el caso de CABA, no surgen diferencias para este índice entre el Conurbano Bonaerense, las otras áreas metropolitanas y las ciuda-

DÉFICIT DE ATENCIÓN FAMILIAR DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 1.3.2.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

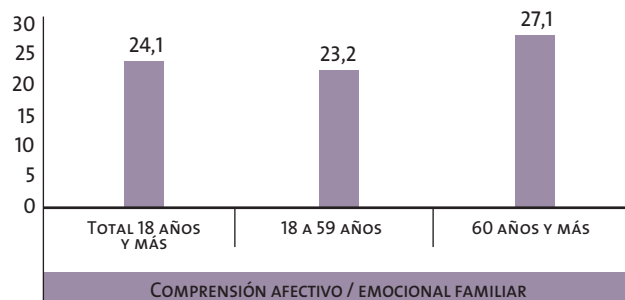


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

DÉFICIT DE COMPRENSIÓN AFECTIVO/EMOCIONAL FAMILIAR SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 1.3.3.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

des medias del interior del país. Son las personas mayores que viven en la Ciudad de Buenos Aires las que sienten menos la despreocupación del entorno familiar por su salud (ver Figura 1.3.2.C).

En suma, la atención familiar de la salud de las personas mayores, en cuanto dimensión de análisis, registra sus déficits más elevados en los siguientes subgrupos: los más envejecidos en edad; las mujeres; quienes ocupan una posición desfavorable en la escala social (es decir, menores niveles educativos y socioeconómicos); y quienes residen en hogares unipersonales.

Comprensión afectivo/emocional familiar

La dimensión referida a la comprensión afectivo/emocional familiar resulta un componente muy importante a la hora de conocer el entorno familiar donde se encuentran las personas de edad avanzada. En este sentido, las situaciones de mayor o menor comprensión afectivo/emocional familiar repercuten en la propia calidad de vida, puesto que el entorno familiar constituye una parte esencial de las relaciones sociales que se mantienen en esta etapa de la vida, y puede otorgar sentimientos y sensaciones de reconocimiento que contribuyan a la autoestima y, por ende, al bienestar personal de las personas mayores.

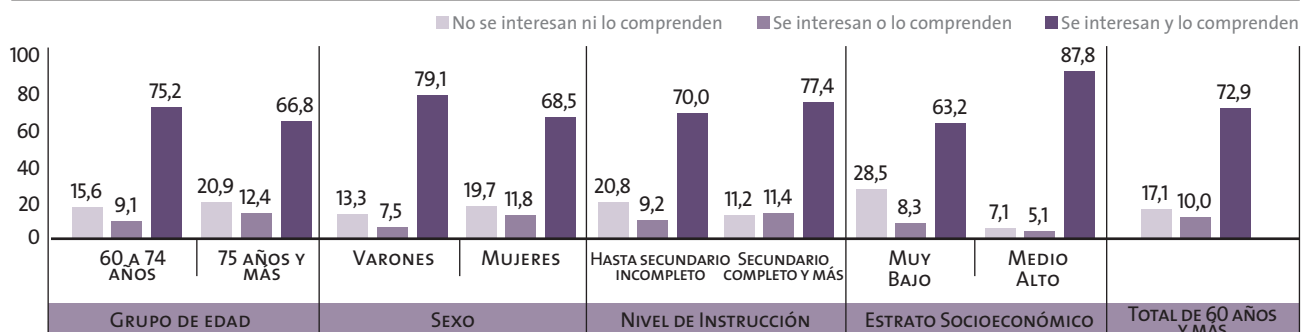
Pues bien, el 27,1% de las personas mayores expresa carencias a este respecto, un porcentaje bastante más elevado que el advertido en la población de 18 a 59 años. En términos relativos, y para establecer una pauta comparativa, en todas las dimensiones consideradas los más jóvenes perciben que son más comprendidos y tenidos en cuenta que las personas mayores. En términos absolutos, sin embargo, las cifras muestran una estructura social donde en el 72,9% de los casos el entorno familiar sí se interesa por las necesidades y comprende los problemas de las personas mayores (ver Figura 1.3.3.A).

Este sentimiento de carencia signado por la falta de comprensión afectiva es mucho más frecuente entre las personas de 75 años y más (33,3%). Tal como se señaló

COMPRENSIÓN AFECTIVO/EMOCIONAL FAMILIAR SOBRE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 1.3.3.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

respecto de otras dimensiones, que 1 de cada 5 personas de esta edad exprese tal déficit no puede pasarse por alto; sin embargo, también hay que decir que en los otros 4 casos (de esos 5) se trata de entornos familiares que sí se interesan por las necesidades y la comprensión de los problemas de “sus” viejos-viejos. Por lo menos, así es desde la definición de las propias personas mayores. Queda bastante por mejorar, sin duda, pero estas cifras muestran a una sociedad argentina con gran parte de sus entornos familiares cerca de las necesidades y problemas de las personas mayores más envejecidas.

Quienes expresan más ese déficit según el sexo son las mujeres: 31,5%, frente al 20,8% de los varones mayores. No parece razonable sostener para este caso que los entornos familiares estén más atentos a las necesidades y problemas específicos de los varones que de las mujeres; se trata más bien de una mayor demanda o necesidad de ellas respecto de sus entornos familiares. Históricamente más interesadas por las necesidades y la comprensión de los problemas de su entorno familiar cuando aún no habían llegado a la vejez, ahora que son mujeres mayores reclaman más atención familiar que los varones.

Son notables las diferencias en los factores que expresan la estratificación social, en primer lugar según el nivel educativo alcanzado: las carencias respecto a la comprensión y contención afectiva o emocional entre quienes tuvieron menos oportunidades de formarse duplican a las encontradas entre los más instruidos

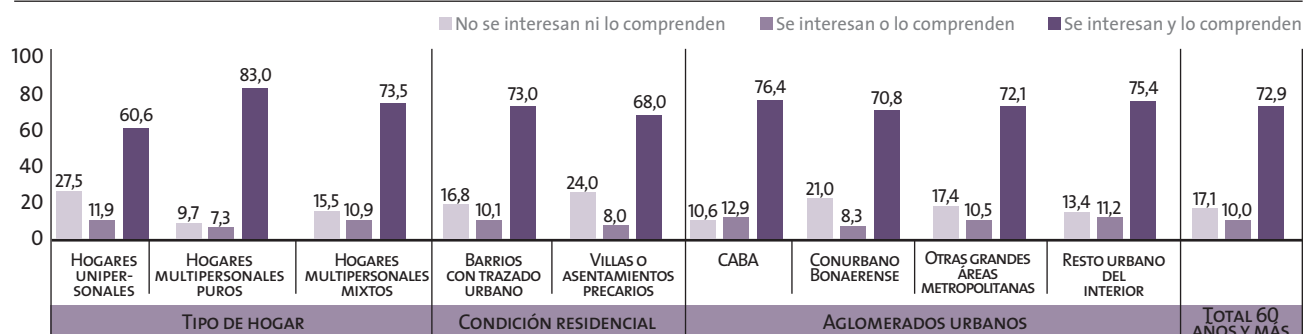
(30,0% versus 22,6%). Y son más notorias las diferencias entre estratos socioeconómicos: la falta de afecto y comprensión entre las personas mayores del estrato muy bajo cuadruplica la registrada en el estrato medio alto (36,8% versus 12,2%). A un ascenso en la posición socioeconómica se corresponde un entorno familiar más presente en materia de interés y comprensión de necesidades y problemas (ver Figura 1.3.3.B).

El nivel de comprensión afectivo/emocional que el entorno familiar brinda a las personas mayores también se ve claramente conforme al tipo de hogar: es entre las personas mayores que viven exclusivamente con otras personas mayores (hogares multipersonales puros) donde este tipo de déficit es menor. En cambio, el déficit expresado por las personas mayores que viven solas (38,4%) casi duplica el hallado entre las que conviven en hogares con otras generaciones (26,4%), y casi triplica al registrado por quienes viven solamente con personas mayores (17,0%) (ver Figura 1.3.3.C). En lo tocante a la condición residencial, se observan diferencias entre las personas que residen en villas y asentamientos precarios, donde el déficit es mayor (32,0%) que entre residentes en barrios con trazado urbano (26,9%). También hay disparidad según las distintas regiones urbanas: la percepción de poca o nula comprensión familiar es máxima en el Conurbano Bonaerense y se reduce a la mitad entre las personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires. En las ciudades medias del in-

COMPRENSIÓN AFECTIVO / EMOCIONAL FAMILIAR SOBRE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 1.3.3.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

terior del país (Resto urbano del interior) la pauta es más parecida a la encontrada en la CABA, con un déficit menor al del Conurbano Bonaerense y también al de las otras áreas metropolitanas.

En cuanto a la comprensión afectivo/emocional, 2 de cada 10 personas mayores declaran que su entorno familiar no se interesa en sus problemas ni los comprende en estos aspectos. Este déficit afecta, más que a otros, a los siguientes subgrupos de personas mayores: a las más envejecidas; a las mujeres –que demandan más que los varones ser consideradas en estos aspectos–; a las personas que tienen menos credenciales educativas e inferior posición social; a quienes residen en hogares unipersonales, en villas y/o asentamientos precarios y en áreas urbanas como el Conurbano Bonaerense.

En este contexto, y sintetizando lo planteado en este capítulo, es menester señalar que 2 de cada 10 personas mayores presentan déficits en la integración a los procesos de toma de decisiones individuales y familiares, así como en la preocupación y atención de su familia en los aspectos vinculados con su salud; mientras que 3 de cada 10 exhibe déficits en la comprensión afectivo/emocional familiar al percibir que su familia se preocupa poco por sus problemas y/o no los comprende.

Estas situaciones, a su vez, inciden en forma diferen-

cial en los diversos perfiles de personas mayores, siendo más afectadas las del grupo etario de más edad (75 años y más); las mujeres; las que han tenido menores oportunidades educativas y ocupan las posiciones más desfavorables en la escala social; quienes viven en hogares unipersonales; quienes habitan en villas y asentamientos; y por último, quienes residen en áreas geográficas como el Conurbano Bonaerense y las ciudades medias del interior del país.

Se configura así una situación de vulnerabilidad afectiva y debilidad de las redes de apoyo familiar, en particular en el grupo de personas mayores más viejas, que viven solas y que pertenecen a los sectores sociales más desfavorecidos; particularmente en las mujeres.

Consecutivamente, cabe reflexionar en dos direcciones. Primero, dado el contexto actual de disolución de los lazos sociales más estructurales, se hace necesario reforzar las redes de apoyo informal, entre las cuales la familia desempeña un rol fundamental en cuanto principal ámbito de comprensión que otorga y permite desplegar un sentido de pertenencia más accesible a las personas mayores. Segundo, en aquellos grupos de mayor debilidad en las redes informales y de mayor aislamiento social, es recomendable fortalecer las redes de apoyo formal.

La importancia de participar en las decisiones individuales y familiares y que sus problemas sean contemplados en el seno familiar. Percepciones sobre valoración familiar y sus determinantes (¿o efectos?) principales.

El objetivo 22 de la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento predica sobre la necesidad de promover la participación de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles. Asimismo, en España el IMSERSO sugiere contemplar el proceso de envejecimiento como la oportunidad de que las personas de más edad tengan su voz y espacio en los ámbitos económicos, políticos,

laborales y culturales, para realizar su proyección personal y ejercer sus derechos de ciudadanía. En el mismo sentido se promueve también la inclusión de las personas mayores en la adopción de las decisiones relativas a su propia atención en materia de salud. Sin embargo, entre la idea de promoción de la participación en todos los niveles y la idea de participación en los espacios políticos, económicos, laborales y culturales, y en el sistema de salud, hay una brecha que deja de lado los espacios microsociales y la relevancia de la participación de las personas mayores en los procesos de toma de decisiones sobre sí mismos y sobre las cuestiones familiares en general.

El respeto por la palabra y opinión de las perso-

nas mayores, así como también la inclusión de las mismas en las decisiones cotidianas, contribuyen a reforzar su autoestima y con ello sus niveles de autonomía y bienestar (Barros y Muñoz, 2001). De allí que la integración familiar entre generaciones y la promoción de la participación en los procesos de decisión familiar resulten claves en la construcción de una vida activa en la vejez. De allí, también, que resulte adecuado interrogarse acerca de quiénes tienen mayores posibilidades de sentirse valorados y quiénes presentan mayores riesgos de percibirse excluidos de los procesos de toma de decisión personal o familiar.

A lo largo de este capítulo se ha analizado el modo en que distintos factores como el sexo, la mayor edad, el tipo de hogar donde se reside, las oportunidades educativas y el estrato social, entre otros aspectos, se relacionan con el hecho de sentirse más o menos valorados en el marco familiar. Ahora bien, además de estos factores, estructurales, sociodemográficos y socioeconómicos, existe otro conjunto de factores subjetivos, sociales y psicosociales que podrían estar interviniendo en las circunstancias de sentirse valorado y respetado por la familia; tal es el caso de las redes de apoyo afectivo o instrumental; la participación social y comunitaria; los roles y funciones que se asumen dentro del hogar; etcétera.

Para dar respuesta al interrogante respecto de cuáles son los factores que favorecen la percepción de inclusión familiar en los procesos de toma de decisión, hemos elaborado un modelo de regresión logística binaria para el cual se ha construido un índice de valoración familiar en la toma de decisiones. Para ello se consideraron cinco ítems de escala ordinal: 1) Su entorno familiar tiene en cuenta sus opiniones; 2) Su entorno familiar le participa de las decisiones familiares; 3) Su entorno familiar respeta sus gustos y preferencias; 4) Su entorno familiar se interesa por sus problemas; 5) Su entorno familiar comprende sus problemas. Las puntuacio-

nes obtenidas se percentilizaron y dividieron en tres grupos iguales. Se consideró como grupo de mayor valoración al tercio que obtuvo las puntuaciones más altas de la escala.

Por otra parte, se delimitaron una serie de dimensiones para evaluar el modo y la magnitud en que inciden en las oportunidades de sentirse valorado y respetado por el entorno familiar. Estas son:

Las redes de apoyo social, es decir: la existencia de una red de apoyo de la persona mayor que le demuestre afecto y cariño (apoyo social afectivo) y la existencia de una red de apoyos que la ayude en las cuestiones más cotidianas e instrumentales en caso de requerirlo (apoyo social instrumental).

Los niveles de autonomía, analizados a partir de la realización de actividades fuera del hogar, tales como la práctica de ejercicio físico y la participación social.

La conformación y los roles asumidos dentro del hogar, analizados a partir del tipo de hogar, el estado civil, el origen migratorio de las familias, la situación de discapacidad y la realización de tareas dentro del hogar.

Y a ello agregamos los indicadores estructurales vinculados con las condiciones del espacio geográfico de residencia, los aspectos sociodemográficos de sexo y edad, y los aspectos socioeconómicos dados por las oportunidades educativas y el estrato socioeconómico.

La primera cuestión para destacar es que el modelo ajustado cumple con adecuados indicadores de bondad de ajuste: una aproximación a la capacidad explicativa de 0,21 y un porcentaje de aciertos superior al 75%.

Corresponde aquí preguntarse quiénes son las personas mayores que cuentan con más chances de sentirse valoradas, respetadas e incluidas en el entorno familiar.

En primer lugar, entonces, y como es de suponer, las personas mayores que cuentan con apoyo social afectivo, es decir que suelen contar con al-

guien que les demuestre amor y afecto, tienen más chances de sentirse valoradas que quienes no cuentan con este tipo de apoyo. La diferencia es de 4 a 1, respectivamente. Como se verá al final de la presente nota, este es el aspecto de mayor peso en el hecho de sentirse valorado. Asimismo, las personas mayores que cuentan con otras personas que las ayuden en cuestiones instrumentales cotidianas, como preparar la comida o limpiar la casa en caso de necesitar ayuda para ello, también tienen más chances de sentirse valoradas que quienes no cuentan con los tipos de apoyo mencionados: la diferencia es del 40% en favor de quienes cuentan con esos apoyos. Vale decir que la existencia de una red de apoyo social mejora considerablemente la sensación de bienestar que se expresa en la percepción de ser valorado por la propia familia, y en consecuencia eleva la calidad de vida (Polizzi y Arias, 2010).

En segundo lugar, también tienen más chances de sentirse valorados quienes realizan actividades autónomas fuera del hogar, aunque no todas las actividades contribuyen de igual manera: se destaca que la realización de ejercicio físico correlaciona de manera positiva y significativa con las posibilidades de sentirse respetado, valorado, escuchado e incluido en la familia. Las personas mayores que poseen este hábito tienen el doble de chances de sentirse valoradas que quienes no lo poseen. Es similar el cuadro de las personas mayores que realizan actividades solidarias o voluntarias: cuentan con mayores chances de sentirse valoradas que quienes no las realizan. En cambio, la participación en espacios políticos o sindicales no parece tener efectos significativos sobre las oportunidades de percibirse valorados dentro de la familia. Ahora bien, cabe preguntarse aquí sobre la direccionalidad y temporalidad de estos factores, es decir ¿la mayor autonomía de las personas mayores es un condicionante de la percepción sobre la valoración familiar? O bien ¿la valoración y par-

ticipación de las personas mayores en el seno de las familias impacta positivamente sobre su autoestima y sus niveles de autonomía? Sin duda, en este caso la segunda opción parece más plausible: es sabido que la mayor valoración familiar, el hecho de que las personas mayores sean escuchadas, comprendidas y tenidas en cuenta en el seno de las familias, afianza la autoestima, les permite percibir que tienen un lugar en el mundo y les da un sentido de realización; es este proceso el que alienta la confianza en sí mismos y así facilita la asunción de un rol activo (Barros y Muñoz, 2001).

¿Cómo intervienen las variables más afines a la conformación familiar en la percepción de valoración de las familias para con las personas mayores? Las primeras dos variables de análisis, el tipo de hogar y el estado conyugal, indudablemente presentan correlación, pero aun así es interesante analizarlas de manera simple en el modelo. Al respecto cabe destacar que quienes residen en hogares unipersonales tienden sentirse menos valorados que sus pares residentes en hogares multipersonales mixtos. En línea con ello, las personas mayores casadas o unidas, es decir que se encuentran actualmente conviviendo en pareja, tienden a tener mejores chances de sentirse contenidas y valoradas por su entorno familiar que aquellos que han perdido a su pareja o se han separado o simplemente nunca han convivido con su pareja. Si bien en ambos casos el nivel de confianza es menor al exigido (90%), las dos tendencias tienden a mostrar un mayor bienestar en las personas acompañadas.

Respecto de las conformaciones familiares, resulta interesante explorar la percepción de valoraciones familiares en el seno de familias originarias de otros países. La hipótesis detrás de esta exploración indica que las familias provenientes de otros países, habiendo sufrido el desarraigo de su nación y de sus propias familias de origen, podrían presentar una mayor cohesión interna y un vínculo intergeneracional más sólido. En efecto, en las

personas mayores emigrantes de países europeos, o de otros países no sudamericanos, la percepción de valoración e integración familiar es el doble de la registrada en el seno de las familias argentinas. Sin embargo, lo contrario ocurre entre las personas mayores que emigraron de países sudamericanos: entre ellos la percepción de valoración familiar es menor a la que se da en las personas mayores de familias argentinas.

También las personas mayores del hogar resultan afectadas cuando alguna de ellas presenta una discapacidad. En este caso es relevante notar que las personas mayores que han declarado tener alguna discapacidad permanente declaran también mayor percepción de valoración, comprensión e integración por parte de las familias que las que no presentan tal dificultad.

Antes de analizar los roles y funciones específicos de las personas mayores dentro del hogar y su relación con las percepciones de valoración familiar, conviene reparar en un aspecto que llama la atención: una vez controlados los efectos de todas las variables que se introdujeron en el modelo, las condiciones socioeconómicas no inciden de manera significativa en la percepción de valoración familiar, aunque la pertenencia a estratos más bajos, podría tener un efecto de fortalecimiento de la cohesión familiar.

Más allá de estos efectos vinculados con los aspectos sociodemográficos y socioeconómicos de la conformación familiar, importa analizar cómo interviene en la percepción de valoración de las familias la realización de determinadas tareas en el hogar. El interrogante podría formularse de la siguiente manera: el hecho de que una persona realice tareas que contribuyen a la reproducción y funcionamiento familiar dentro del hogar ¿incide en la percepción de valoración familiar? En otras palabras: cuando las personas mayores contribuyen activamente en las tareas familiares y del hogar, ¿perciben mayor reconocimiento, com-

prensión y valoración por parte de las familias? Una lectura de los resultados muestra que la realización de tareas del hogar tomadas en general no incide en la percepción de esta valoración. Sin embargo, si se analizan los efectos de las distintas tareas realizadas sobre la percepción de valoración, comprensión e integración familiar, se advierten algunas particularidades: en primer lugar, los encargados de realizar tareas de limpieza, lavado y planchado tienen menos chances de sentirse valorados que quienes no realizan estas tareas; la brecha es amplia y la desigualdad es significativa. En cambio, existe una tendencia en la que se evidencia que los encargados de realizar compras y mandados tendrían mejores chances de sentirse valorados por las familias que quienes no realizan dicha tarea. El resto de las tareas analizadas parece no tener efectos significativos sobre la percepción de valoración familiar. La evidencia estaría indicando, entonces, que para el caso de las personas mayores, la realización de tareas estrictamente vinculadas con la reproducción doméstica, como limpiar, lavar y planchar, incide negativamente en las oportunidades de sentirse valorado, comprendido e integrado en la familia; en cambio, la realización de tareas fuera del hogar, las que revisten cierta responsabilidad y autonomía como salir a hacer las compras, parece contribuir de manera positiva a la percepción de valoración e integración familiar. Se plantea, pues, aquí nuevamente el interrogante respecto de si la percepción de valoración familiar es efecto o en rigor es causa de la promoción de actividades autónomas fuera del hogar.

En este marco quedan planteadas las brechas existentes en las posibilidades de sentirse más o menos integrados, más o menos valorados, más o menos comprendidos en el seno familiar. No todas las personas mayores se perciben valoradas de igual manera e incluso no todas se perciben valoradas.

DETERMINANTES PRINCIPALES DE LA PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN, COMPRENSIÓN E INTEGRACIÓN FAMILIAR

TABLA 1.C

Año 2014 En porcentaje de 60 años y más

	Wald	Sig.	Exp(B)
Redes de apoyo social			
Apoyo social afectivo *Déficit de apoyo social afectivo	33,16	**	4,21
Apoyo social instrumental *Déficit de apoyo social instrumental	4,12	**	1,41
Actividades autónomas dentro y fuera del hogar			
Realiza ejercicio físico *No realiza ejercicio	27,42	**	2,271
Participa en actividades políticas o sindicales *No participa en este tipo de instituciones	0,80		1,291
Participa en actividades solidarias o voluntariado *No participa	4,96	**	1,483
Realizan tareas dentro del hogar *No realizan tareas	0,08		0,914
Encargados de lavar-planchar-limpiar la casa *No realizan esas tareas en la casa	7,74	**	0,532
Encargados de hacer la comida *No realizan esas tareas en la casa	0,03		1,044
Encargados de cuidar a los niños u otras personas *No realizan esas tareas en la casa	0,38		0,904
Encargados de realizar compras/mandados *No realizan esas tareas en la casa	2,47		1,370
Encargados de realizar reparaciones o arreglos del hogar *No realizan esas tareas en la casa	0,41		1,106
Conformación y roles dentro del hogar			
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores mixtos	1,38		0,791
Hogares multipersonales puros *Hogares de personas mayores mixtos	0,14		0,940
Casados, unidos *Viudos, solteros, separados, divorciados	2,45		1,334
Inmigrantes de países de Sudamérica *Argentinos	6,86	**	0,333
Inmigrantes europeos y de otros países (excluyendo América del Sur) *Argentinos	4,70	**	2,166
Con discapacidad *Sin discapacidad	6,68	**	1,686
Condiciones del espacio político institucional			
Residentes en CABA *Residentes en otros aglomerados del interior	0,039		1,0485
Residentes en Conurbano Bonaerense *Residentes en otros aglomerados del interior	1,767		1,3134
Residentes en otras áreas metropolitanas *Residentes en otros aglomerados del interior	3,257	**	1,5151
Aspectos sociodemográficos			
Personas mayores de 60 a 74 años *75 años y más	0,12		0,947
Mujeres *Varones	0,57		1,149
Aspectos socioeconómicos			
Secundario completo y más *Hasta secundario incompleto	0,04		1,039
Estrato medio y alto *Estrato bajo y muy bajo	2,38		0,745
Constante	29,13	**	0,083
R cuadrado de Nagelkerke	0,21		

* Categoría de comparación **p valor <0,1

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.



CAPÍTULO 2

SOCIABILIDAD, SOLIDARIDAD Y RECREACIÓN EN LA VEJEZ

La relación con los otros es un aspecto fundamental del desarrollo humano, del que las personas mayores no son la excepción. De hecho, la investigación gerontológica coincide en que el envejecimiento satisfactorio y saludable debe incluir las relaciones sociales con otros en sus distintos papeles específicos: pareja, hijos, nietos, amigos, vecinos, etcétera (Pinazo, 2007).

En el capítulo anterior hemos trabajado aspectos relativos a la configuración e integración familiar. Corresponde ahora examinar los vínculos extrafamiliares de las personas mayores, sus actividades fuera del hogar y cómo estas redes operan sobre su bienestar y calidad de vida. Se trata también de indagar si tales oportunidades de mejoramiento a partir de aprovechar las redes interpersonales y el disfrute de los espacios de sociabilidad y recreación son distribuidas equitativamente en el conjunto de las personas mayores o si, por el contrario, tal como sucede con las oportunidades más estructurales, también se distribuyen de manera desigual, generando brechas entre los que más tienen y los que más necesitan.

2.1 RELACIONES INTERPERSONALES Y RECREACIÓN

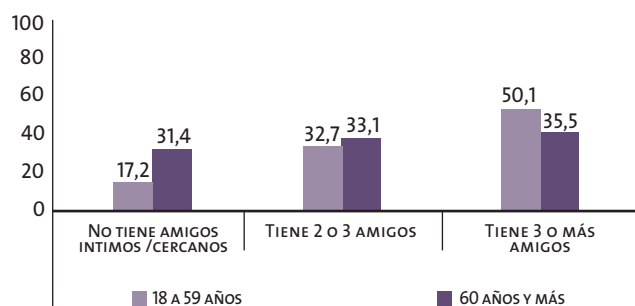
De acuerdo con lo planteado por Baumaister y Leary (1995, en Vidal, 2010), es primordial la pertenencia y el vínculo con nuestros semejantes puesto que de allí provienen precisamente los sentimientos de autoafirmación y confianza en uno mismo imprescindibles para la sensación de bienestar. En la vejez se van perdiendo, por distintas razones, espacios de pertenencia, con consecuencias tanto en la plenitud emocional como en el ajuste del pensamiento y la función cognitiva. Así, la naturaleza social del ser humano hace que su bienestar psicológico y su salud física se encuentren fuertemente interconectadas con la calidad de sus relaciones interpersonales y sus contactos sociales significativos. Entre los vínculos que las personas establecen, cabe destacar el de la familia –ya trabajado en el Capítulo 1– y el de la amistad, uno de los más notables, pues, además de cumplir una función de apoyo social, genera sentimientos de aceptación, lo que incrementa la percepción de apoyo social y el ajuste personal (Scolni y Goris Walker, 2012).

¿Dónde están los amigos de entonces?, se pregunta R. Iacub (2015), “¿por qué es importante pensar este

DEFICIT DE DENSIDAD DE LAS REDES DE AMISTAD SEGUN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 2.1.1.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

lazo después de los sesenta? Porque *la vieja o la nueva* amistad es tal vez uno de los lazos más importantes en esta nueva etapa que comienza”, por cuanto contar con amigos refuerza la autoestima, promueve el bienestar psicológico, estimula el cuidado y el mejoramiento de la salud y promueve estrategias de resolución y de elaboración de conflictos ante diversas situaciones esperables durante el envejecimiento. Asimismo, los “nuevos vínculos” durante la etapa posjubilaria podrían ser experimentados con la ventaja de la novedad, cargándose de expectativas, de curiosidad y de “vivencia nunca antes sentida” (Iacub, 2015: 108-109).

La EDSA contiene varias preguntas que indagan

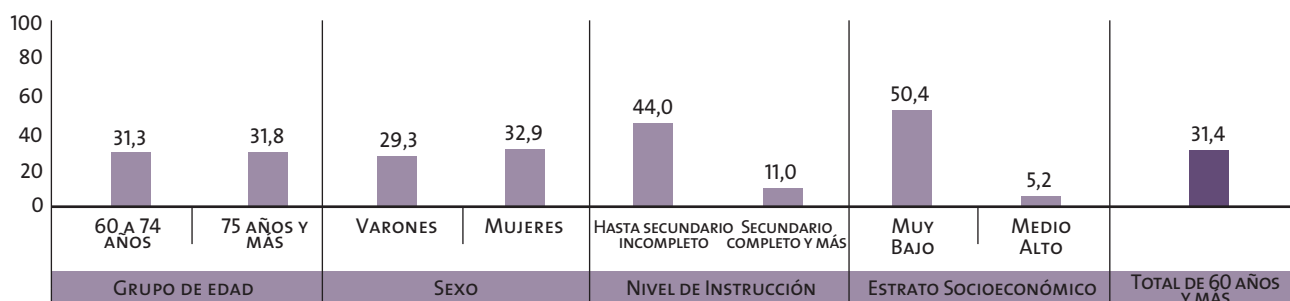
acerca de la relación con los otros; una de ellas versa sobre cuántos amigos íntimos y cuántos familiares cercanos se tienen, aclarando que se trata de personas con quienes el respondente “se sienta a gusto y pueda hablar acerca de todo lo que se le ocurra”.

Es un hecho negativamente destacable que 3 de cada 10 personas mayores (31,4%) declare no tener amigos íntimos. Este considerable déficit, según el cual casi 1,9 millones de personas carecen de este tipo de relaciones personales, es todavía más significativo cuando se lo compara con la población de 18 a 59 años, cuyo registro del déficit es mucho menor (17,2%). Si bien tener amigos íntimos es sumamente importante en todas las edades, por su mayor tendencia a la soledad y al aislamiento, en las personas mayores esa falta se hace más crítica, en el sentido de que cuando más necesarios son para acompañarse en la vejez, más ausentes están. Aunque aquí estamos señalando la situación más crítica –carecer de amigos íntimos–, entre las personas mayores existen tres situaciones distintas respecto de los vínculos de amistad: a) (ya mencionada) 1 de cada 3 carece de amigos íntimos, b) 1 de cada 3 tiene uno o dos amigos íntimos (33,1%), y c) 1 de cada 3 tiene tres o más amigos íntimos (35,5%), observándose por lo tanto una clara variedad (ver Figura 2.1.1.A). Un estudio reciente para Chile muestra que el 32,8% de las personas mayores carece de amigos cercanos (Rojas *et al.*; 2014: 88).

DÉFICIT DE ATENCIÓN FAMILIAR DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.1.1.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

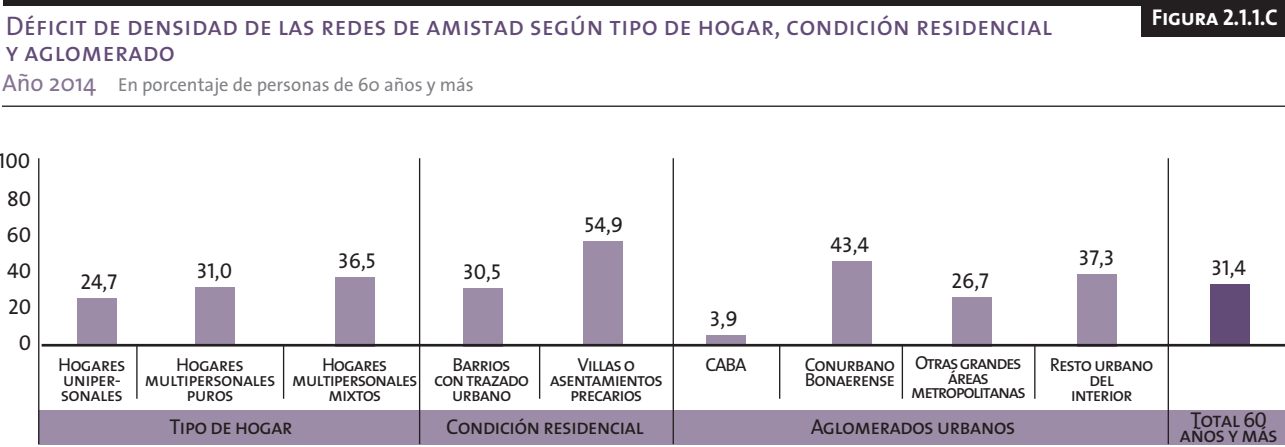
Entre las personas mayores, la edad más avanzada no hace más crítica esta situación: antes o después de los 75 años la pauta es la misma. No es que con la mayor edad “se pierden amigos”. Aquí hay una diferencia respecto de los resultados para Chile, que muestran un aumento de la carencia de amigos cercanos a partir de los 75 años. Al igual que el estudio para Chile, tampoco hay diferencias que merezcan una mención entre mujeres y varones mayores. En cambio, es muy notoria la incidencia que tienen los factores que expresan la estratificación social en la falta de amigos íntimos: entre quienes tuvieron menos oportunidades educativas, tal déficit se cuadruplica (44%) en comparación con los que cuentan con secundario completo y más (11%). Casi es como decir que la carencia de amigos íntimos no es un problema para los de mayor nivel educativo. El estudio de Chile muestra resultados semejantes.

Aun con más intensidad se ve esto bajo el lente del estrato socioeconómico: cuando se revisa el estrato muy bajo, se advierte que la falta de amigos íntimos afecta al 50,4% (1 de cada 2 personas mayores) y disminuye a medida que se asciende de posición socioeconómica, llegando al 5,2% en el estrato medio alto. Son diferencias abismales entre estratos: en el más bajo la falta de esta clase de relación es 10 veces más frecuente que en el sector más alto. La carencia de amigos íntimos se suma así a todas las otras carencias y dificultades socioeconómicas (ver Figura 2.1.1.B).

En cuanto al tipo de hogar, la carencia de amigos íntimos afecta menos a las personas mayores que viven solas que a las que conviven con otras generaciones (24,7% versus 36,5%, respectivamente). Por su parte, quienes residen en villas o asentamientos precarios sufren más esta falta (54,9%) que quienes residen en barrios con trazado urbano (30,5%), donde 1 de cada 5 personas mayores se ve afectada por esta situación. En cuanto a la distribución por aglomerados urbanos, se destaca la situación que reviste la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde sólo el 3,9% de las personas mayores encuestadas declara no tener amigos íntimos/cercanos, frente a valores que alcanzan el 43,4% en el Conurbano Bonaerense y el 26,7% en las otras grandes áreas metropolitanas del país (ver Figura 2.1.1.C).

Desde distintos estudios se ha demostrado que *desarrollar actividades sociales*, cualesquiera sean, siempre supone un crecimiento en el bienestar y en la salud, en todo momento de la vida, pero especialmente en la transición hacia la jubilación, cuando a menudo aumenta la sensación de pérdida, de soledad, de sinsentido y de inutilidad.

Un posible indicador del desarrollo de estas actividades está dado por la relación con los otros y la sociabilidad, por ejemplo reunirse habitualmente con otras personas (amigos o no, íntimos o no tanto, familiares o no) para jugar a las cartas, dominó, buraco, billar u otras actividades de recreación similares. Es decir, reu-

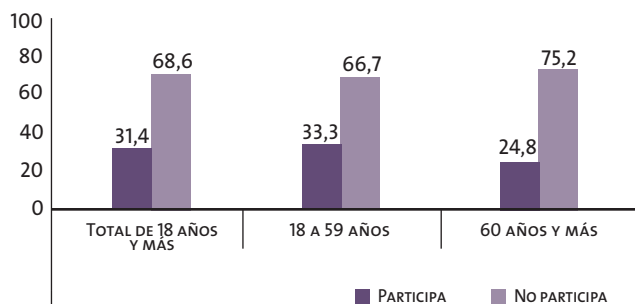


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

PARTICIPACIÓN EN REUNIONES RECREATIVAS O LÚDICAS SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 2.1.2.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

nirse con otros para recrearse, para entretenerse, para compartir el tiempo libre, para pasar el rato junto a otras personas.

Los resultados muestran que el 75,2% de las personas mayores no se reúne con otros para jugar a algo en forma habitual, siendo este porcentaje más alto que el 66,7% encontrado en la población de 18 a 59 años (ver Figura 2.1.2.A). En ambos grupos poblacionales se trata de valores altos, lo que muestra una sociedad poco propensa a estas rutinas de la vida social.⁶ Este escaso hábito entre las personas mayores debe interpretarse a la luz de una de las causas habitualmente esgrimida por la población de menores de 60 años: la falta de tiempo disponible para

los gustos personales frente a demandas propias del ámbito laboral y familiar. Aunque las personas mayores objetivamente disponen de ese recurso, pues están más desligadas de dichos compromisos y, en consecuencia, cuentan con más tiempo para llevar a cabo actividades recreativas como las enunciadas, tampoco lo hacen.

¿La participación es una pauta compartida por todas las personas mayores o bien es propia de ciertos perfiles? Una primera respuesta es que en cuanto a edad y sexo no hay diferencias; se registra el mismo nivel de participación tanto en mayores o menores de 75 años como en mujeres o varones. No obstante, aunque la participación es reducida para todos, entre quienes cuentan con más credenciales educativas (32%) es un poco más frecuente. Las diferencias, sin embargo, son notorias cuando se analizan los niveles socioeconómicos: el hábito de “reunirse para jugar” entre las personas mayores es el doble de frecuente en el estrato medio alto que en el muy bajo (33,2% versus 17,2%, respectivamente). Sólo 1 de cada 5 personas mayores del estrato muy bajo mantiene esta costumbre (ver Figura 2.1.2.B).

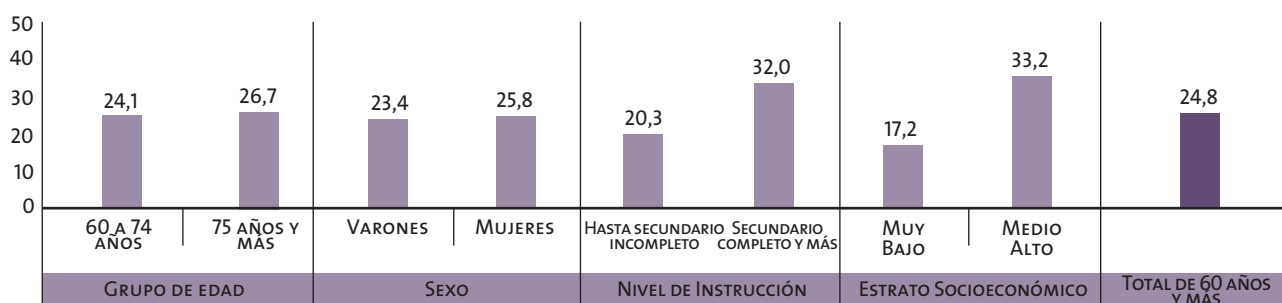
Cuando se revisan los guarismos según el tipo de hogar, se deduce que el 33,2% de quienes viven solos tienden a reunirse para entretenerse juntos, o sea que 2

6 Ello no quita que puedan reunirse habitualmente para almorzar, cenar, salir, conversar o merendar, entre otras actividades compartidas con amigos, conocidos y/o familiares.

PARTICIPACIÓN EN REUNIONES RECREATIVAS O LÚDICAS SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.1.2.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



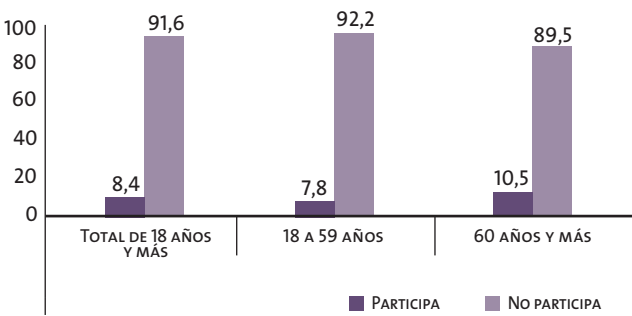
FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

de cada 3 personas mayores que viven en soledad no tienen ese hábito. Frente a esta situación, quienes viven en hogares multipersonales, tanto puros como mixtos, presentan porcentajes más reducidos de participación en reuniones recreativas o lúdicas, probablemente debido a la compañía que pueden encontrar en sus hogares.

Solamente el 12,2% de las personas mayores que residen en villas y asentamientos precarios mantiene este hábito, en contraposición al 25,3% de quienes residen en barrios con trazado urbano, siendo ambos valores expresión de una escasa participación en reuniones recreativas o lúdicas, aunque el total de barrios con trazado urbano se asemeja al total poblacional (24,8%). Es patente la escasa costumbre de participar en actividades recreativas o lúdicas registrada en el Conurbano Bonaerense (18,5%) en comparación con el resto de los aglomerados, donde dichas prácticas recreativas son realizadas por 1 de cada 3 personas mayores (ver Figura 2.1.2.C).

La sociabilidad a propósito de la recreación también se expresa en una tercera dimensión, que es la participación en clubes sociales o deportivos y/o centros de jubilados/abuelos. En primer lugar, la investigación indica que el 10,5% de las personas mayores de 60 años (1 de cada 10) acude a este tipo de instituciones, porcentaje levemente superior al registrado en la población de 18 a 59 años (7,8%). No obstante, el 89,5% de las personas mayores no participa de este tipo de instituciones (ver

FIGURA 2.1.3.A
PARTICIPACIÓN EN CLUBES Y/O CENTROS DE JUBILADOS SEGÚN GRUPO GENERACIONAL
Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más

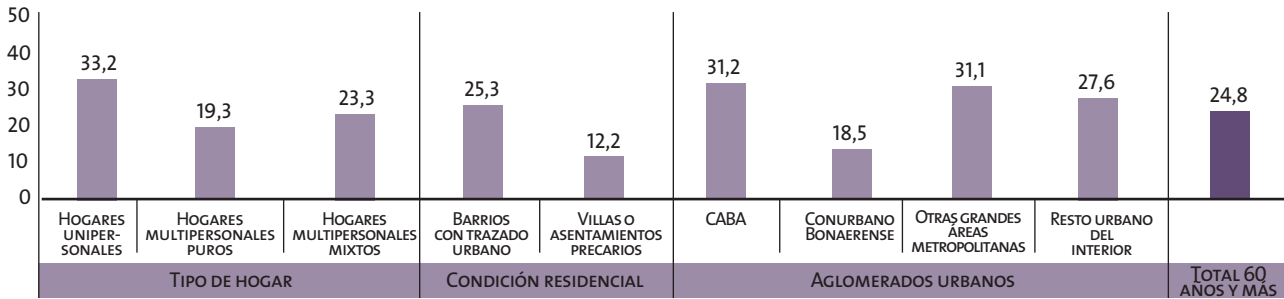


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Figura 2.1.3.A), aunque convocan un poco más a la población mayor de 75 años (13,2% versus el 9,4% correspondiente a los de 60-74 años), a los varones mayores (12,8% versus el 8,9% de las mujeres), a los que tuvieron mejores oportunidades educativas (13,4% versus el 8,7% de los que no finalizaron el nivel medio) y a las personas mayores del estrato socioeconómico medio alto (14,5% versus el 6,9% del estrato más bajo) (ver Figura 2.1.3.B).

El mencionado estudio para Chile muestra una mayor participación social en este tipo de organizaciones: el 18,4% participa en alguna “organización o club de adulto mayor” (del cual el 70% participa semanalmente) y el 4,5% lo hace en un “grupo o club depor-

FIGURA 2.1.2.C
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES RECREATIVAS O LÚDICAS SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO
Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

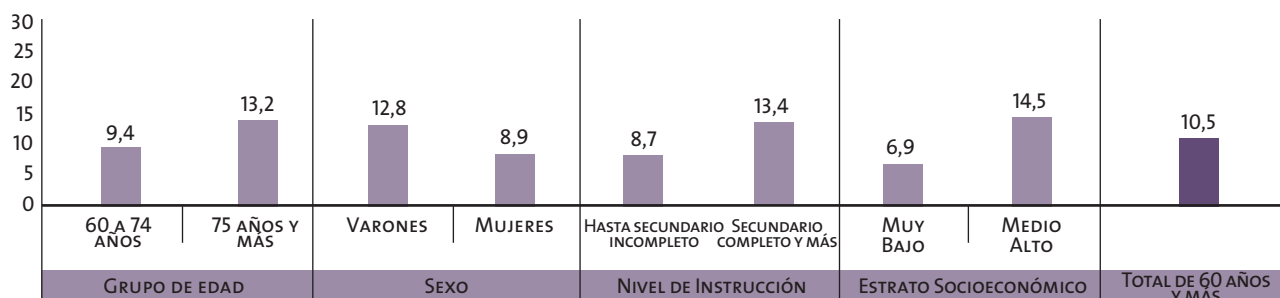


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

PARTICIPACIÓN EN CLUBES Y/O CENTROS DE JUBILADOS SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.1.3.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

tivo” (del cual el 64% participa semanalmente), aunque conviene aclarar que en el caso de Chile estos valores no son sumables (Rojas *et al.*, 2014).

En cuanto a la participación en clubes y centros de jubilados conforme al tipo de hogar, el porcentaje de participación más elevada entre personas mayores se registra también entre las que viven en hogares unipersonales (13,7%). Al considerar la condición residencial, se observa que quienes viven en villas y asentamientos precarios tienen menos participación en este tipo de actividades que quienes residen en barrios con trazado urbano (6% versus 10,7%). Por último, cuando se analiza la participación en estas actividades de sociabilidad

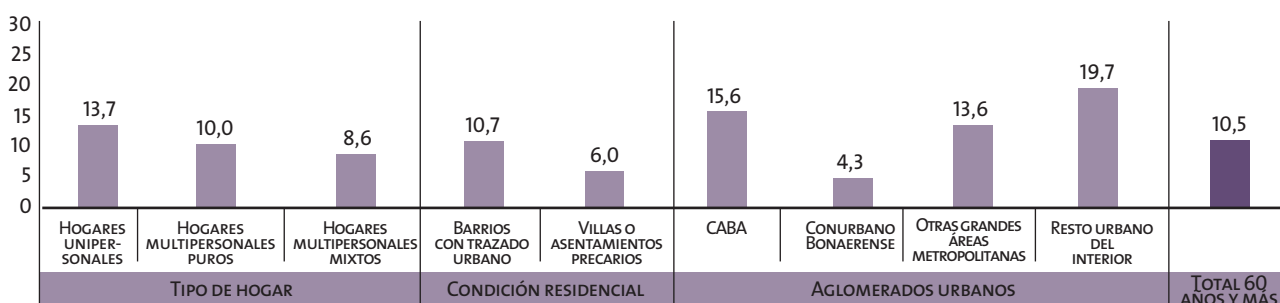
según el aglomerado urbano, se concluye que en la Ciudad de Buenos Aires (15,6%) y en las ciudades de menor tamaño del interior del país (19,7%) se registran los valores más altos (ver Figura 2.1.3.C).

Podría suceder, a pesar de todo, que aun con escasa tendencia a las reuniones lúdicas o a la participación en clubes y centros de jubilados, las personas mayores encontrasen resueltas sus necesidades de recreación y esparcimiento porque estilan otro tipo de reuniones o porque comparten su tiempo libre con la familia. Indagamos entonces la satisfacción de las necesidades de recreación y esparcimiento. Antes de ver esos resultados, conviene recordar que esta dimensión es puesta

PARTICIPACIÓN EN CLUBES Y/O CENTROS DE JUBILADOS SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 2.1.3.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

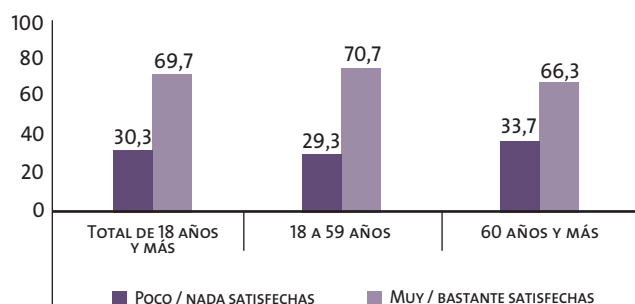


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES RECREATIVAS SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 2.1.4.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

en valor como uno de los aspectos que potencia una vejez saludable en el marco de las diversas actividades propuestas para incrementar la participación social, considerando los efectos positivos que conlleva en el proceso natural y social del envejecimiento.

Sobre el grado en que han sido satisfechas las necesidades de recreación –en los últimos 6 meses–, la EDSA 2015 ha verificado que 1 de cada 3 personas mayores (33,7%) evalúa sus necesidades poco o nada satisfechas en este sentido. Sin duda, una proporción alta, incluso mayor que la detectada en la población de 18 a 59 años (ver Figura 2.1.4.A). Asimismo, el déficit de satisfacción en cuanto a recreación es mayor al re-

gistrado en otras necesidades (sólo el déficit de satisfacción de necesidades económicas supera el de recreación)⁷. Recientemente, el mencionado estudio realizado en Chile muestra resultados semejantes en cuanto al ranking y una insatisfacción en recreación del 39,3% (Rojas *et al.*, 2014), algo por encima del déficit detectado en nuestro estudio.

Respecto a si existen o no algunos perfiles de personas mayores más propensos a este tipo de déficit de satisfacción, debe señalarse que ni la edad ni el sexo muestran diferencias: la falta es similar tanto entre quienes tienen más y quienes tienen menos de 75 años como entre mujeres y varones. En cambio, el nivel de instrucción alcanzado –que expresa la estratificación social– permite ver que la insatisfacción de las necesidades de recreación se duplica entre aquellas personas mayores que tuvieron menos oportunidades educativas (41,9% versus 20,8%). En esta dirección, las disparidades más grandes tienen que ver con el estrato socioeconómico al que pertenecen los mayores encuestados: la insatisfacción en el estrato muy bajo (52,7%) casi quintuplica la del estrato medio alto (11%).

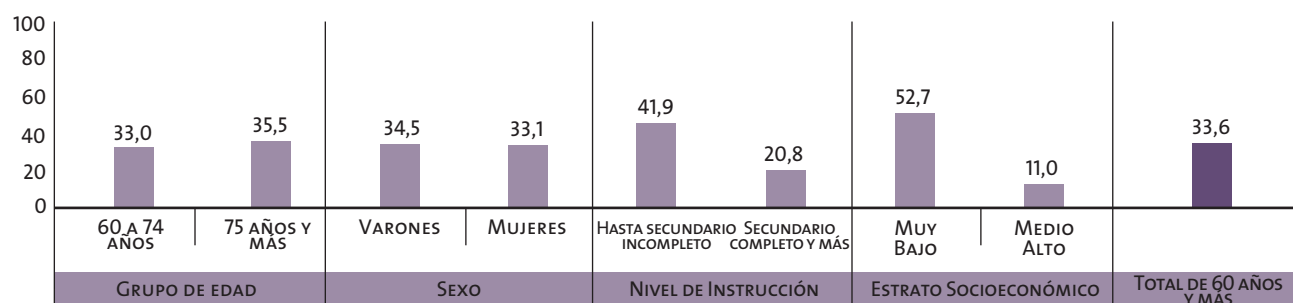
Tan grande déficit de satisfacción en esta dimensión

⁷ Entre ellas, merecen mención la poca o nula satisfacción de necesidades económicas (45,6%) y en menor medida las necesidades de atención en salud (27,1%), alimentación (17,9%), vivienda (15,7%) y de afecto y cariño (14,3%).

DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES RECREATIVAS SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.1.4.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

de las necesidades de las personas mayores ya es un hallazgo; pero el segundo hallazgo son las grandes variaciones entre estratos socioeconómicos (ver Figura 2.1.4.B).

Las diferencias según el tipo de hogar no revisten demasiada importancia, pero muestran –como en varios otros indicadores de condiciones de vida– que las personas mayores que conviven exclusivamente con otras personas mayores son las que presentan menor déficit de satisfacción en lo que atañe a sus necesidades de recreación (ver Figura 2.1.4.C).

Además, quienes viven en villas o asentamientos precarios declaran que sus necesidades recreativas han sido poco o nada satisfechas en el 54% de los casos, frente al 32,9% de quienes residen en barrios con trazado urbano. En la distribución por aglomerados urbanos –siempre en relación con la diversidad de oferta de actividades recreativas de cada uno de ellos–, los grados más elevados de insatisfacción de necesidades recreativas se registran en forma descendente en las ciudades del interior del país (40,9%), en el Conurbano Bonaerense (38,6%) y en las otras grandes áreas metropolitanas del interior del país (36,2%), mientras que notoriamente se registra un valor reducido (14,9%) en la Ciudad de Buenos Aires (ver Figura 2.1.4.C).

En síntesis, la circunstancia de poseer vínculos de amistad significativos no presenta variaciones en la proporción señalada al considerar su análisis por sexo o grupo de edad. Si se observan diferencias al examinar

los resultados por nivel de instrucción alcanzado y estrato socioeconómico, pues tienen más amigos íntimos/cercanos las personas mayores que están mejor posicionadas en la estratificación social. También presenta variaciones el análisis conforme al tipo de hogar, a la condición residencial y al lugar de residencia, puesto que declaran tener más vínculos de amistad las personas mayores que habitan en hogares unipersonales, las que residen en barrios con trazado urbano y las que viven en áreas geográficas como la CABA.

Algo similar ocurre con 1 de cada 4 personas mayores que participa en reuniones, en actividades lúdicas o recreativas en el entorno familiar y/o de las amistades cercanas: no surgen variaciones por sexo ni grupo de edad, aunque sí por nivel de instrucción y por estrato socioeconómico.

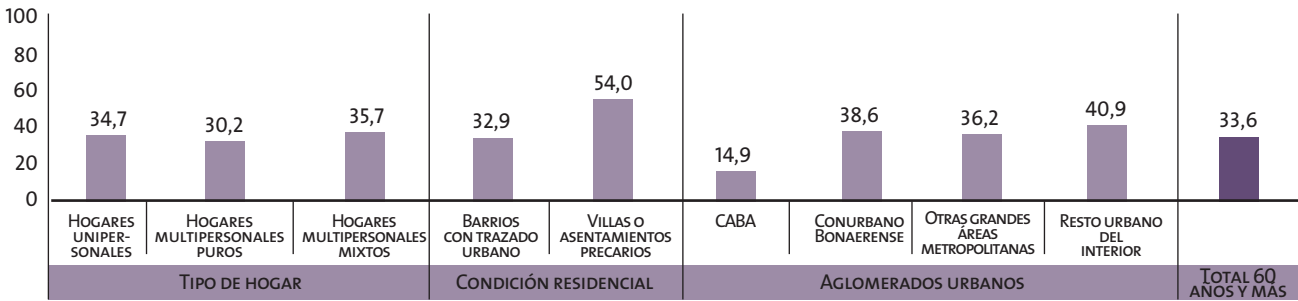
También la participación en clubes deportivos y/o centros de jubilados es baja: apenas 1 de cada 10 personas mayores participa, siendo los de 75 años o más, los varones, los que poseen más credenciales educativas y los de mejor posición social quienes más participan en este tipo de actividades. Se observan diferencias según el tipo de hogar, la condición residencial y el aglomerado, resultando más favorecidas las personas mayores que viven solas, las que residen en barrios de trazado urbano, y las que habitan en la Ciudad de Buenos Aires y en las ciudades medianas del interior.

Como en el caso de las relaciones de amistad y en la

DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES RECREATIVAS SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 2.1.4.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

participación en actividades lúdicas y recreativas, la satisfacción de necesidades de recreación no varía por sexo ni por edad, aunque sí se detectan valores más elevados entre quienes poseen más credenciales educativas y entre quienes están mejor posicionados en la escala social. También arroja variaciones el cotejo por tipo de hogar, por condición residencial y por área geográfica: se hallan más satisfechas las necesidades de las personas mayores que habitan en hogares multipersonales puros y que residen en barrios con trazado urbano o en las ciu-

dades más dinámicas en ofertas de actividades recreativas (CABA y ciudades del interior del país). De este modo, se colige que las brechas de desigualdad social también se ven reflejadas en el comportamiento diferencial de aspectos sociales que atañen a los vínculos de amistad, la sociabilidad interpersonal e intrafamiliar en actividades recreativas y lúdicas, la participación social más institucionalizada en clubes deportivos y/o centros de jubilados, y la satisfacción de necesidades de recreación por parte de las personas mayores.

Necesidades de esparcimiento y recreación, determinantes y condicionantes principales

Hasta aquí, este capítulo ha evidenciado que aun cuando 3 de cada 10 personas mayores no cuentan con amigos íntimos, 3 de cada 4 no se reúnen a jugar y 9 de cada 10 no participan en clubes deportivos y/o centros de jubilados; 7 de cada 10 encuentran sus necesidades de recreación muy o bastante satisfechas y sólo 3 de cada 10 declaran no estar satisfechas en este punto. Ello conduce al siguiente interrogante: ¿cuáles factores contribuyen y cuáles dificultan la satisfacción de este tipo de necesidades? Esta pregunta permite poner a prueba algunos de los supuestos hasta aquí trabajados a fin de evaluar cómo funcionan cuando se consideran dentro de un enfoque multidimensional.

Se ha sostenido que los vínculos de sociabilidad familiar o extrafamiliar constituyen un elemento clave del bienestar, por cuanto ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas y es de esperar que también a mejorar los niveles de satisfacción de sus necesidades de recreación y esparcimiento. En el mismo sentido, se ha afirmado que la práctica de actividades orientadas al disfrute del tiempo libre favorece la autonomía de las personas mayores y que ello contribuye a mejorar su calidad de vida y su bienestar, por lo que también es de esperar que propicie la satisfacción de sus necesidades de recreación.

Otro aspecto trabajado en el Capítulo 1 ha sido la conformación de los hogares y las tareas o responsa-

bilidades de las personas mayores dentro de los mismos, señalando que si bien la familia resulta un apoyo fundamental, las tareas y responsabilidades dentro del hogar pueden llegar a constituirse en una carga cuando resultan excesivas o son llevadas a cabo en condiciones inadecuadas. Por lo tanto, interesa particularmente evaluar en qué medida estas actividades pueden contribuir o bien disminuir la satisfacción de necesidades de recreación y esparcimiento.

Además, es pertinente evaluar la satisfacción de necesidades de recreación y esparcimiento a la luz de las posibilidades que brinda el entorno político-institucional. Hemos sostenido que la percepción de inseguridad atenta contra el uso de los espacios públicos y contra la participación social, no sólo de las personas mayores sino de todo el conjunto social (ODSA-UCA, 2015b). Ponemos a prueba entonces una vez más esta hipótesis, para evaluar si la percepción de inseguridad se correlaciona con la satisfacción de necesidades recreativas y de esparcimiento.

Por último, sometemos a una nueva lectura, para averiguar su comportamiento, también la incidencia de factores socioeconómicos y sociodemográficos en la satisfacción de estas necesidades.

Teniendo en cuenta los supuestos planteados, nos preguntamos cuánto y de qué modo los factores afectivos, las redes sociales, la conformación de los hogares, las condiciones sociales, las condiciones del espacio político-institucional y los factores sociodemográficos in-

ciden subjetivamente en la satisfacción de necesidades de recreación y esparcimiento.

Preguntas de este tipo pueden ser respondidas a través de la técnica de regresión logística, que permite no sólo evaluar cuáles son los factores que determinan y/o condicionan la aparición de un suceso determinado, sino también la capacidad explicativa de un conjunto de factores sobre la sucesión de ese evento, al mismo tiempo que brinda información sobre el peso, la significatividad y la desigualdad que genera cada uno de esos factores, controlando el efecto del resto.

Para este análisis, se consideraron los siguientes condicionantes de satisfacción de las necesidades de recreación y esparcimiento:

- Densidad de las redes sociales (a partir de cuatro indicadores: si tiene familiares cercanos; si tiene amigos cercanos; si se reúne con sus amigos o familiares con fines lúdicos; si participa en clubes o centros de jubilados).

- Realización de actividades extrafamiliares autónomas (a partir de la distinción de tres indicadores específicos: la realización de ejercicios físicos; la participación en actividades políticas o sindicales; la participación en organizaciones solidarias o la realización de alguna actividad de voluntariado. A ellas podemos sumar también como actividades de este tipo las dos relevadas en la dimensión anterior: participación en clubes y reuniones interpersonales).

- Conformación y roles dentro del hogar (a partir de seis indicadores: el tipo de hogar; la realización de tareas de limpieza dentro del hogar; la realización de tareas culinarias; de tareas de cuidado; de tareas de reparación; y de compras o mandados).

- Las condiciones que brinda el espacio político-institucional (a partir de tres indicadores: la cercanía de espacios de arte y/o cultura donde enseñan baile, teatro, pintura u otras actividades; la percepción de seguridad en las calles; y el lugar de residencia).

- Aspectos socioeconómicos (como el estrato social y las oportunidades educativas).

Se agregan en el análisis también los atributos sociodemográficos de sexo y edad.

El primer hecho para destacar es que el modelo explicativo ajustado muestra buenos indicadores de bondad de ajuste (r^2 de Nagelkerke 0,25 y overall general superior al 80%). Es decir que los factores analizados contribuyen en gran medida a explicar la satisfacción de las necesidades de recreación.

A continuación, se analizan estas dimensiones una por una para evaluar cuáles contribuyen más a explicar el fenómeno y de qué modo operan sobre el mismo.

En lo que concierne a la densidad e intensidad de las redes, la existencia de familiares cercanos por sí misma no parece incidir en la satisfacción de las necesidades de recreación y esparcimiento. Se aclara especialmente que es la existencia en sí misma la que no alcanza a contribuir para la satisfacción de estas necesidades pues, como se verá en los párrafos siguientes, algunas tareas de integración a la vida familiar sí resultan un aporte para la recreación y esparcimiento de las personas mayores. Por otro lado, si bien el nivel de confianza es menor al exigido (90%), existe una tendencia que indica que podemos la existencia de las redes de amistad resulta relevante la satisfacción de estas necesidades. Ahora bien, cuando no sólo existen redes de sociabilidad sino que además esas redes son densas, en el sentido de que además de la existencia hay contacto periódico con fines recreativos, las chances de encontrar satisfechas las necesidades de recreación y esparcimiento crecen significativamente. En efecto, las personas que declaran reunirse con familiares o amigos periódicamente con el objetivo de realizar actividades lúdicas tienen casi el triple de posibilidades de satisfacer sus necesidades de recreación que quienes declaran no hacerlo. Si bien la participación en clubes o centros de jubilados parece no ser significativa, no hay que desestimar que puede existir una correlación entre esta participación y la reunión con fines lúdicos, en consecuencia podría ocurrir que parte de la contribución de este tipo de participación haya quedado absor-

bida y se exprese en la incidencia de la realización de actividades lúdicas periódicamente.

En lo que atañe a la realización de actividades extrafamiliares autónomas, algo ha quedado expresado en el párrafo anterior; sin embargo también la realización de actividades sin fines lúdicos específicos contribuye a la satisfacción de las necesidades de recreación y esparcimiento: tal es el caso de la realización de ejercicios físicos y la participación en actividades político-sindicales. Dos actividades bien distintas y que en distintos sentidos ejercen un efecto positivo en la satisfacción de dichas necesidades. En este contexto, se verifica que quienes realizan ejercicio físico tienen el 42% más de chances de encontrar satisfecha esta necesidad que quienes no lo practican. Muy importante resulta ser el efecto positivo de la participación política: la satisfacción de necesidades de recreación entre quienes participan en tal actividad es 3,5 veces más que entre quienes no lo hacen. En cambio, la participación en organizaciones sociales y la realización de actividades de voluntariado parece no resultar significativa. En este punto, importa aclarar que si se analiza la relación entre estas actividades solidarias y la satisfacción de necesidades de recreación y esparcimiento sin controlar el efecto del resto de las variables, el resultado que se obtiene es que las personas que participan en este tipo de actividades cuentan con casi el doble de posibilidades de encontrar tales necesidades satisfechas. No obstante, cuando se introducen las variables de control que restan –en particular las de mayor peso, como el estrato social, la densidad de las redes de amistad y otros tipos de participación–, estas actividades solidarias van perdiendo significatividad. Ello conduce a pensar que no necesariamente estas actividades deban vincularse con la satisfacción de necesidades de esparcimiento; tal vez lo que reciben a cambio las personas mayores que las desarrollan esté más vinculado con la recepción de afectos y con aspectos emotivos que con cuestiones meramente recreativas.

Con respecto a la conformación de las familias y las

actividades intrafamiliares, se pone de manifiesto que la convivencia con otras personas tiende a ejercer efectos positivos en la satisfacción de las necesidades de recreación.

Igualmente, existen algunas actividades hogareñas que favorecen la satisfacción de las necesidades de esparcimiento, mientras que otras adquieren un efecto negativo en dicha satisfacción, por ejemplo las relacionadas con la toma de responsabilidad o la experiencia de deber u obligación. Dentro del grupo de actividades de efecto positivo para la satisfacción de las necesidades de recreación se hallan las que implican creatividad, por ejemplo las tareas culinarias. Al grupo de tareas que ejercen efecto negativo pertenecen las de cuidado y las inherentes a la realización de compras cotidianas. En ambos casos, las personas que realizan estas tareas tienen la mitad de chances de ver satisfechas sus necesidades de recreación que quienes no las realizan. Un tercer conjunto de tareas no resulta significativo ni en sentido positivo ni en sentido negativo para la satisfacción de estas necesidades: son las que atañen a la limpieza, orden, reparación y refacción de artefactos domésticos.

Analizando la incidencia de las oportunidades que brinda el contexto político-institucional, se advierte que quienes cuentan en sus barrios con espacios de arte y/o cultura donde realizar distintas actividades tienden a tener más chances de encontrar satisfechas sus necesidades de recreación y esparcimiento que las personas que no tienen a su alcance esta opción. Asimismo, la percepción de seguridad ejerce un rol muy importante, aunque indirecto, ya que actuaría incidiendo en las oportunidades de participación y de realización de actividades intra o extrafamiliares autónomas: quienes se sienten muy o bastante seguros en las calles tienen 75% más chances de ver satisfechas sus necesidades de recreación que quienes se sienten poco o nada seguros. Otro indicador, el lugar de residencia, pone de relieve que las áreas metropolitanas favorecen la satisfacción de necesidades

de recreación y esparcimiento para las personas mayores: en la Ciudad de Buenos Aires tienen 72% más de chances de ver estas necesidades satisfechas que en el interior del país.

La incidencia de las condiciones socioeconómicas resulta ser el principal factor explicativo: las personas mayores del estrato medio alto y medio bajo tienen 4,5 veces más oportunidades de encontrar satisfechas sus necesidades de recreación y esparcimiento que sus pares de los estratos más bajos. Paralelamente, si se analizan atributos sociodemográficos

como el sexo y la edad, estos no resultan significativos para la satisfacción de las necesidades de recreación una vez controladas las demás variables.

Los aspectos que más contribuyen a satisfacer las necesidades de recreación y esparcimiento de las personas mayores son los que generan efectos positivos en tal satisfacción: la pertenencia al estrato social más elevado (cuanto mejor es la posición, mayores son las chances de satisfacción), la realización de reuniones lúdicas periódicas con amigos o familiares cercanos, y la percepción del espacio público como un espacio seguro.

DETERMINANTES PRINCIPALES DE LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE RECREACIÓN Y ESPARCIMIENTO

FIGURA 2.A

Año 2014 En porcentaje de 60 años y más

	Wald	Sig.	Exp(B)
Densidad de las redes			
Tiene familiares cercanos *No tiene familiares cercanos	0,01		1,013
Tiene amigos cercanos *No tiene amigos cercanos	1,58		1,231
Se reúne con amigos a jugar cartas u otros juegos *No se reúne con estos fines	28,33	**	2,869
Participa en clubes sociales o centros de jubilados *No participa en este tipo de instituciones	0,27		0,871
Actividades fuera del hogar			
Realiza ejercicio físico *No realiza ejercicio	2,94	**	1,421
Participa en actividades políticas o sindicales *No participa en este tipo de instituciones	6,87	**	3,523
Participa en organizaciones sociales solidarias *No participa en este tipo de instituciones	0,60		0,836
Realiza actividad solidarias *No realiza actividades solidarias	0,28		1,128
Conformación y roles dentro del hogar			
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores mixtos	1,96		0,760
Hogares multipersonales puros *Hogares de personas mayores mixtos	2,33		1,302
Actividades dentro del hogar			
Encargados de lavar-planchar-limpiar la casa *No realizan esas tareas en la casa	0,26		1,144
Encargados de hacer la comida *No realizan esas tareas en la casa	4,56	**	1,833
Encargados de cuidar a los niños u otras personas *No realizan esas tareas en la casa	14,34	**	0,500
Encargados de realizar compras/mandados *No realizan esas tareas en la casa	7,89	**	0,531
Encargados de realizar reparaciones o arreglos del hogar *No realizan esas tareas en la casa	0,11		0,946
Condiciones del espacio político-institucional			
Tienen centro de actividades culturales a menos de 10 cuadras *No tienen cerca este tipo de instituciones	2,32		1,258
Percepción de seguridad en la calle: Muy seguros/seguros *Poco/nada seguros	10,77	**	1,759
Residentes en CABA *Residentes en otros aglomerados interior	3,31	**	1,729
Residentes en Conurbano Bonaerense *Residentes en otros aglomerados interior	1,97		1,374
Aspectos sociodemográficos			
Personas mayores de 60 a 74 años *75 años y más	0,57		0,876
Mujeres *Varones	0,07		1,055
Aspectos socioeconómicos			
Secundario completo y más *Hasta secundario incompleto	2,82	**	0,685
Estrato medio y alto *Estrato bajo y muy bajo	42,57	**	4,519
Constante	0,77		0,729
R cuadrado de Nagelkerke	0,25		

* Categoría de comparación **p valor <0,1

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

2.2 LO QUE LAS PERSONAS MAYORES PUEDEN DAR

En nuestro estudio anterior (ODSA, 2015a) y en la mayor parte de los temas de esta publicación, el énfasis está puesto en medir el grado de satisfacción de las necesidades de las personas mayores a fin de cuantificar y caracterizar “la deuda” que la sociedad argentina tiene con ellas. Se estaría frente a la sociedad como *deudora* y ante las personas mayores como *acreedoras*. Pero el objetivo general de investigar las condiciones de vida de las personas mayores desde una visión que conduzca “hacia una Argentina para todas las edades” quedaría incompleto si no incluyera, además de aquello que las personas mayores deberían recibir y en mayor o menor medida no reciben, lo que las personas mayores dan en los órdenes más diversos, lo que la sociedad toda recibe de ellas, pero también todo aquello que la sociedad podría recibir por parte de las personas mayores y que, por una organización social inadecuada, no recibe. No deja de ser otra “deuda” con las personas mayores el no poder recibir lo que ellas podrían brindar.

En este caso, no se trata de su contribución económica ni tampoco de su contribución en materia de cuidados familiares (ambas analizadas en el Capítulo 1), sino de actividades comúnmente denominadas “solidarias”, las cuales se realizan sin recibir retribución económica alguna. Y es importante considerar su realización no tanto por aquello que *dan*, sino por lo que se reconoce como *recibido* por parte de las personas mayores. Estas prácticas sociales otorgan varias ventajas físico-psicológicas y también cívico-comunitarias, entre otras, la de ampliar la propia visión del mundo, aumentar el propio empoderamiento y la autoestima, mejorar el control personal y generar fuentes de distracción, además de propiciar un sentimiento de utilidad, reconocimiento y cuidado social. Por lo tanto, se trata de actividades productivas que valorizan el recurso humano y las relaciones sociales como aspectos fundamentales que inciden en el armado de redes sociales con la comunidad (Iacub, 2015).

Considerando lo anterior, la EDSA 2014 incluyó

una nueva pregunta que indaga sobre si determinadas actividades solidarias –detalladas más abajo– se hacen o podrían hacerse. Si las hacen, es una medida de su contribución “actual”; si les interesa y podrían hacerlas, es una medida del voluntariado “potencial”. Las actividades mencionadas en el cuestionario de la EDSA 2014 son seis: a) tareas de acompañamiento a personas solas, b) ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, c) asesoramiento y transmisión de saberes, d) elaboración y reparación de artefactos para donar, e) lectura para enfermos y no videntes, y f) costura y tejidos para donación a instituciones diversas. El resultado es que el 16,5% de las personas mayores hace alguna de estas actividades solidarias, algo más pero no bastante más que lo declarado por la población de 18 a 59 años. Hasta aquí, lo que las personas mayores hacen.

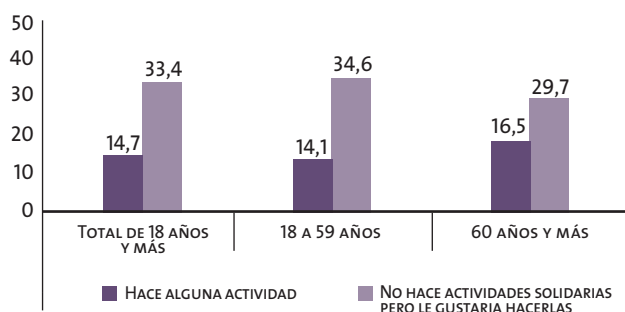
Por otro lado, si bien el 29,7% de estas personas asegura no realizar actividades solidarias, no niega que le gustaría y podría hacerlas. Este voluntariado potencial, cuyo porcentaje es algo menor que el hallado en la población de 18 a 59 años (34,6%), sugiere que la voluntad solidaria se pierde un poco con la mayor edad. No obstante, merece resaltarse que cerca de 1 de cada 3 personas mayores (29,9%) manifiesta interés por realizar alguna de aquellas acciones solidarias (ver Figura 2.2.1.A).

Al considerar el voluntariado actual,⁸ entre las per-

8 El concepto de voluntariado que tomamos aquí difiere del llamado “voluntariado social”, definido en la Ley 25.855, sancionada a fines de 2003 y que fue reglamentada por el Decreto 750/10. La definición que utiliza la normativa vigente es mucho más restrictiva que la nuestra y dice que son “personas [...] que participen de manera directa o indirecta en programas y/o proyectos que persigan finalidades u objetivos propios del bien común y del interés general”. Taxativamente el art. 3 establece que “no estarán comprendidas en la presente ley las actuaciones voluntarias aisladas, esporádicas, ejecutadas por razones familiares, de amistad o buena vecindad”. Como ha sido señalado por especialistas a propósito del decreto reglamentario, se deja afuera un conjunto de actividades igualmente altruistas, solidarias y gratuitas como las que están a cargo de dirigentes o colaboradores de comedores comunitarios, centros culturales, centros de jubilados, clubes deportivos y otras formas asociativas. Esta aclaración cobra importancia más adelante en este trabajo, donde se analiza el voluntariado y algunas tareas solidarias seleccionadas en distintos estratos socioeconómicos.

REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD SOLIDARIA O DE AYUDA Y DESEO DE REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD SOLIDARIA O DE AYUDA SEGÚN GRUPO GENERACIONAL
Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más

FIGURA 2.2.1.A



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

sonas mayores se observa una primera diferencia según la edad: entre 60 y 74 años las realiza el 18,5%, pero sólo dedica tiempo a estas tareas el 11,3% de las personas que tienen 75 o más años. También se advierte una mayor tendencia a realizar actividades solidarias en las mujeres, que superan a los varones por 17,7% contra 14,7% (ver Figura 2.2.1.B).

Al inspeccionar el voluntariado potencial en el grupo específico de personas mayores, se comprueba que el deseo o la voluntad de realizar alguna de estas tareas solidarias no disminuye con la edad. Efectivamente, muestran interés el 29,6% de quienes tienen 60-74 años y el 29,9% de quienes tienen

75 años y más. Las diferencias por sexo no son importantes en este asunto: tanto mujeres como varones mayores comparten esta vocación (30% y 29%, respectivamente).

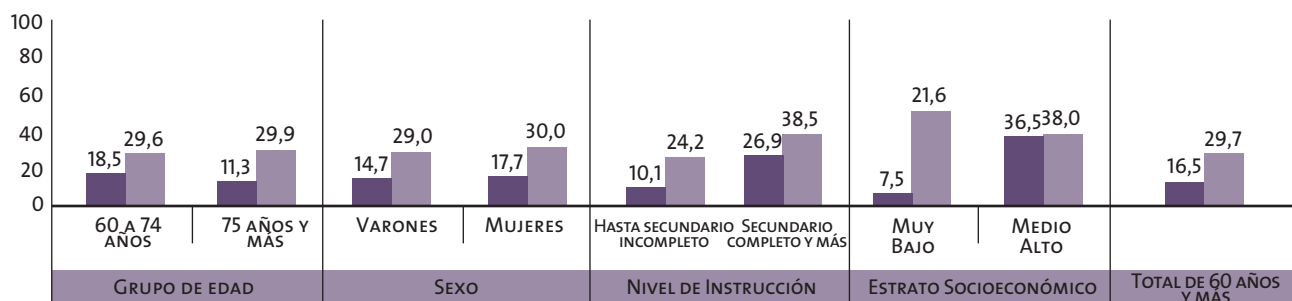
Las credenciales educativas de las personas mayores condicionan mucho las respuestas referidas a las actividades solidarias. Por un lado, hacerlas es mucho más frecuente entre quienes tienen mejor nivel educativo (26,9%) que en los otros casos (10,1%); ¡más del doble! Por otro lado, es también entre quienes tuvieron mejores oportunidades educativas que se halla más asiduamente (38,5%) el deseo y la posibilidad de realizarlas (ver Figura 2.2.1.B).

Esta situación se ve con más claridad en el plano socioeconómico, donde las diferencias entre estratos son notorias: cuanto más alto es el nivel, más frecuente es la realización de actividades solidarias. Concretamente, las lleva a cabo el 36,5% de las personas mayores del estrato medio alto y sólo el 7,5% del estrato muy bajo. Conviene recordar aquí lo observado en el Capítulo 1: que las personas mayores de los estratos bajos están más afectadas a tareas y responsabilidades dentro del hogar, por lo que no debe concluirse que en el estrato muy bajo las personas mayores no sean solidarias, sino que no son tales actividades las que realizan con más frecuencia.

También en materia de vocación solidaria hay diferencias relevantes entre estratos: no es poco que el

DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES RECREATIVAS SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO
Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

FIGURA 2.2.1.B



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

21,6% de las personas mayores del estrato muy bajo declare que si bien hoy no practica actividades solidarias, sí le gustaría y podría hacerlas (el voluntariado potencial triplica el que hoy se realiza); pero el porcentaje es mucho menor que el hallado en el estrato medio alto, donde asciende al 38,0% (ver Figura 2.2.1.B).

¿Deseos distintos? ¿Posibilidades distintas? También es factible que las actividades solidarias seleccionadas para la pregunta estén bastante asociadas a un cierto umbral educativo, por ejemplo las actividades de “ayuda en tareas escolares”, “asesoramiento y transmisión de saberes” y “lectura para otros”.

No se observan diferencias significativas respecto a la realización efectiva de actividades solidarias o de ayuda y el tipo de hogar, puesto que 2 de cada 10 personas mayores realizan estas actividades independientemente de que pertenezcan a una u otra categoría. Tampoco hay diferencias en términos de voluntariado potencial, dado que 3 de cada 10 personas mayores expresan su deseo de realizar alguna actividad solidaria como voluntariado, sin importar que vivan solas o acompañadas.

Sin embargo, se notan diferencias significativas entre quienes viven en barrios con trazado urbano y quienes tiene su hogar en villas o asentamientos precarios: los primeros manifiestan realizar actividades solidarias en un porcentaje mucho mayor (17,1%) que los segundos (2%).⁹ En cuanto al voluntariado poten-

cial, también la diferencia es grande: mientras que el 30,2% de las personas mayores residentes en barrios con trazado urbano expresa su deseo de hacer alguna tarea voluntaria, sólo manifiesta dicha voluntad el 16% de quienes residen en villas o asentamientos (ver Figura 2.2.1.C).

Diferencias no menos importantes arroja el cotejo según el tipo de aglomerado urbano. Así pues, las actividades solidarias realizadas por las personas mayores que viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuadruplican las detectadas entre quienes residen en el Conurbano Bonaerense. Aunque en menor grado que en CABA, en el resto urbano del interior del país (ciudades medias) también son frecuentes estas actividades. Y la misma pauta se puede apreciar respecto del potencial solidario: en CABA llega al 43,7%, cifra que duplica la registrada en el Conurbano Bonaerense, donde alcanza al 23,9% de las personas mayores (ver Figura 2.1.1.C).

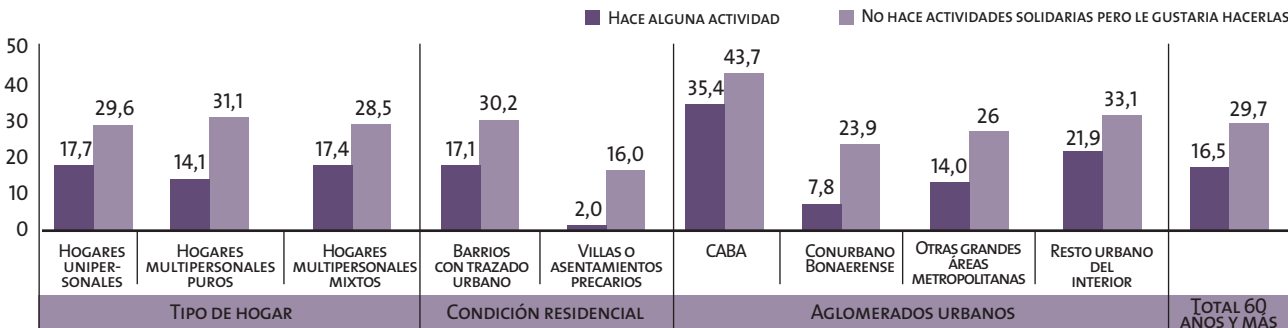
Corresponde seguidamente contrastar los valores de tres tipos de actividades solidarias, siempre dentro

9 No obstante, es válido reiterar (ver nota al pie inmediata anterior) el tipo de actividades indagadas en la encuesta EDSA y la particularidad de otras actividades comunitarias solidarias que se dan más comúnmente en villas y asentamientos precarios, como son la participación en comedores comunitarios y la ayuda escolar barrial, entre otras, no relevadas por la EDSA en esta oportunidad.

REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD SOLIDARIA O DE AYUDA Y DESEO DE REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD SOLIDARIA O DE AYUDA SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 2.2.1.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

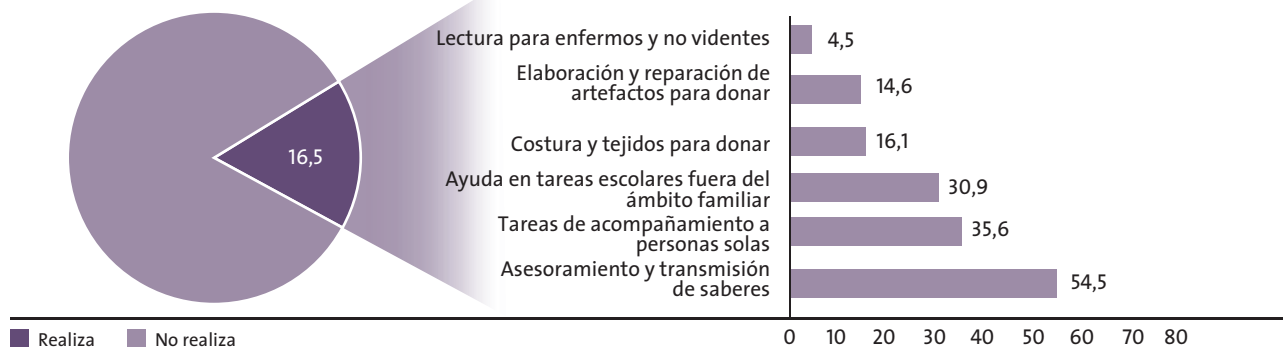


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

RANKING DE INTERÉS/ADHESIÓN EN ACTIVIDADES DE AYUDA SOLIDARIA QUE REALIZAN LAS PERSONAS MAYORES

FIGURA 2.2.2.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

de la batería de actividades consultadas: las que despiertan mayor interés y/o adhesión, las que resultan más realizadas y las que potencialmente podrían realizar las personas mayores. Así pues, si se toma solamente el caso de las personas mayores que han manifestado practicar alguna actividad solidaria de las antes mencionadas y se evalúa cuáles han obtenido mayor adhesión, se deduce el siguiente orden de preferencias: el 54,5% elige actividades de asesoramiento y transmisión de saberes; el 35,6% selecciona el acompañamiento a personas solas; el 30,9% opta por ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar; el 16,1% prefiere las tareas de costura y tejido para donar; el

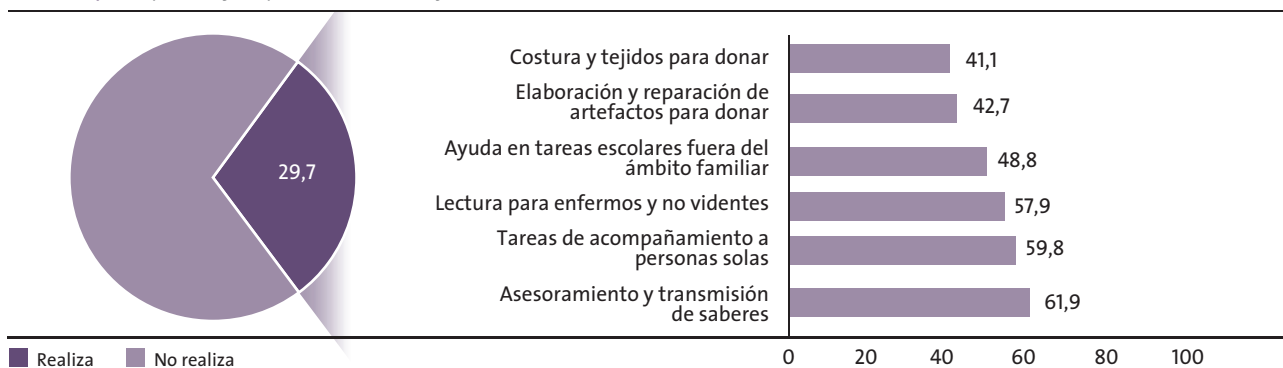
14,6% elige la elaboración y reparación de artefactos para donar; y apenas el 4,5% selecciona la lectura para no videntes y enfermos (ver Figura 2.2.2.A).

En lo que atañe al deseo o interés por alguna de estas actividades, se destacan con el 61,9% las de asesoramiento y transmisión de saberes, seguidas de cerca por el acompañamiento a personas solas (59,8%), la lectura para no videntes y enfermos (57,9%), la ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar (48,8%), la elaboración y reparación de artefactos del hogar (42,7%), y por último, aunque con valor similar (41,1%), las tareas de costura y tejido para donar (ver Figura 2.2.2.B). Llama la atención que ante la consulta

RANKING DE ACTIVIDADES DE AYUDA SOLIDARIA PREFERIDAS POR QUIENES NO REALIZAN NINGUNA ACTIVIDAD

FIGURA 2.2.2.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

por algunas actividades como la lectura para enfermos y no videntes, el porcentaje de personas mayores que manifiestan interés o deseo de realizarlas sea cercano al 60%, mientras que el porcentaje de las que efectivamente realizan esta actividad, computado entre quienes realizan alguna de ellas, es del 4,5%.

En términos de logros vinculados con el proceso de envejecimiento activo propulsado por la Organización Mundial de la Salud en las últimas décadas –lo hemos señalado al comienzo de este apartado–, la realización efectiva de actividades solidarias y la predisposición o voluntariado potencial son aspectos de importancia de-

cisiva en la conformación de las relaciones sociales de las personas mayores. Pero más relevante aun es la impronta que genera la realización de estas actividades en la cotidianidad de las personas mayores, tanto en forma efectiva como potencial, es decir, como proyectos por cumplir. Porque pueden sentir en esta etapa de sus vidas, cuando ya se han retirado del mundo laboral, que siguen siendo “necesarios” para los otros: sus pares de edad u otras generaciones con las que conviven. En este punto radica la importancia de aquello que las personas mayores pueden brindar todavía al conjunto de la sociedad en la que viven, y que ya hemos puesto de manifiesto.

Actividades solidarias y personas mayores. ¿Todos ayudan de la misma forma? ¿Qué hacen y qué prefieren hacer?

Dado lo importante que resulta para el logro real de un proceso de envejecimiento activo considerar la efectiva participación de las personas mayores en actividades sociales, comunitarias, solidarias y culturales que suponen la interrelación con otras personas, sean o no mayores, cobra interés el análisis de la realización de actividades solidarias tanto en forma efectiva, es decir llevadas a cabo por las personas mayores, como en forma potencial, teniendo en cuenta su interés/adhesión de llevarlas a cabo en un futuro próximo. Esta dimensión predica acerca de las potencialidades de las personas mayores para encarar nuevos proyectos en su tiempo disponible, contemplando la pertinencia y adecuación que debe existir entre los deseos de realizar determinadas actividades y las posibilidades físicas y psicológicas efectivas que su realización requiere.

A continuación se examinan, pues, las actividades solidarias que las personas mayores realizan efectivamente y aquellas que les gustaría realizar según los parámetros de grupo de edad, sexo, nivel educativo alcanzado, estrato socioeconómico y aglomerado de residencia.

Las actividades solidarias más realizadas efecti-

vamente no registran diferencias según el grupo etario: tanto las personas de 60 a 74 años como las de 75 años y más practican, en primer lugar, las vinculadas con asesoramiento y transmisión de saberes; y en segundo lugar, el acompañamiento a personas solas. Por su parte, el primer grupo etario menciona en tercer lugar la ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, mientras que los más envejecidos se inclinan por las tareas de costura y tejido para donar a instituciones (ver Figura 2.B).

Tampoco se distinguen grandes diferencias por sexo; tanto varones como mujeres prefieren en primer término las tareas solidarias orientadas al asesoramiento y transmisión de saberes. Sin embargo, en segundo término, los varones eligen realizar tareas de ayuda escolar fuera del ámbito familiar, mientras que las mujeres seleccionan el acompañamiento a personas solas. En tercer término, los varones optan por realizar acompañamiento a personas solas, a diferencia de las mujeres, que prefieren la ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar (ver Figura 2.B).

Distintas opciones se observan en cuanto a preferencias respecto de aquellas actividades solidarias que les resultan interesantes y que podrían poner en práctica en un futuro inmediato. En este caso, las diferencias surgen por grupo de edad y por sexo.

Así, las personas de 60 a 74 años priorizan la dedicación de su tiempo y disponibilidad a la lectura para enfermos y no videntes; luego prefieren las de asesoramiento y transmisión de saberes; y en último lugar, el acompañamiento a personas solas. En cambio, quienes tienen más de 75 años dan prioridad al acompañamiento a personas solas; luego a la elaboración y reparación de artefactos; y finalmente a la lectura para enfermos y no videntes (ver Figura 2.B).

Los varones expresan interés en dedicar su tiempo principalmente a las actividades solidarias de asesoramiento y transmisión de saberes; luego a la elaboración y reparación de artefactos; y en último lugar al acompañamiento a personas solas. Las mujeres, por su parte, manifiestan interés principalmente en realizar tareas de lectura para enfermos y no videntes; luego se inclinan por el acompañamiento a personas solas; y finalmente optan por costura y tejido para donar a instituciones diversas (Ver Figura 2.B).

Las dimensiones concernientes a la estratificación social ponen de relieve situaciones diversas conforme al nivel de instrucción y a la posición económica a las que han tenido acceso las personas mayores. De este modo, entre quienes tienen hasta nivel secundario incompleto, las actividades solidarias preferidas son: el acompañamiento a personas solas, el asesoramiento y transmisión de saberes, y la elaboración y reparación de artefactos (en ese orden de prioridad); mientras que las personas mayores que han accedido a mejores niveles educativos prefieren las actividades solidarias de asesoramiento y transmisión de saberes, la ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, y por último el acompañamiento a personas solas. En esta distinción se puede observar que la realización efectiva de actividades solidarias guarda cierta relación con el conjunto de saberes apprehendidos en el transcurso de la vida de las personas mayores (ver Figura 2.C).

Otro tanto ocurre cuando se confrontan las di-

ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS REALIZADAS* Y ACTIVIDADES SOLIDARIAS POTENCIALMENTE MÁS MENCIONADAS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO**

FIGURA 2.B

Año 2014 En porcentaje de 60 años y más

	GRUPO DE EDAD		SEXO	
	60 A 74 AÑOS	75 AÑOS Y MÁS	VARONES	MUJERES
ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS REALIZADAS *PRIMEROS 3 LUGARES MÁS MENCIONADOS POR LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS QUE REALIZAN ALGUNA ACTIVIDAD SOLIDARIA				
1° LUGAR	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES
2° LUGAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS
3° LUGAR	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR	COSTURA Y TEJIDO PARA DONACIONES A INSTITUCIONES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR
ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS MENCIONADAS EN LA OPCIÓN DE INTERÉS Y POSIBILIDAD DE HACERLO **PRIMEROS 3 LUGARES MÁS MENCIONADOS POR LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS A LAS QUE LES GUSTARÍA Y PODRÍAN REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD SOLIDARIA				
1° LUGAR	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES
2° LUGAR	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ELABORACIÓN Y REPARACIÓN DE ARTEFACTOS PARA DONAR	ELABORACIÓN Y REPARACIÓN DE ARTEFACTOS PARA DONAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS
3° LUGAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	ACOMPANIAMIENTO DE PERSONAS SOLAS / LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	COSTURA Y TEJIDO PARA DONAR A INSTITUCIONES

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

ferencias por estrato socioeconómico: en el estrato más alto se realizan en primer lugar actividades solidarias vinculadas con el asesoramiento y la transmisión de saberes, mientras que en el estrato más bajo las personas mayores prefieren el acompañamiento a personas solas, en detrimento de las tareas ligadas al asesoramiento y la transmisión de saberes, las cuales colocan en tercer lugar en su escala de actividades realizadas (ver Figura 2.C).

En cuanto a las preferencias por actividades que les gustaría realizar, es decir que tienen disposición para hacer, nuevamente se observan diferencias por nivel educativo y por estrato socioeconómico. Concretamente, quienes poseen menos credenciales educativas se inclinan por la posibilidad de realizar tareas solidarias con menos requisitos en cuanto a conocimientos formales, como el acompañamiento a personas solas; actividad elegida como tercera opción por quienes han tenido acceso a mejores oportunidades educativas. Las personas mayores que ocupan las posicio-

nes más bajas en la escala socioeconómica eligen, después del acompañamiento a personas solas, actividades de asesoramiento y transmisión de saberes, y elaboración y reparación de artefactos para donar, frente a quienes poseen mejor posición en la escala social, que prefieren en primer lugar la realización de tareas de lectura para enfermos y no videntes (ver Figura 2.C).

Del cotejo entre localización de residencia y realización efectiva o potencial de actividades solidarias surge el siguiente cuadro de situación. Las personas mayores residentes en la Ciudad de Buenos Aires y en otras grandes áreas metropolitanas dedican su tiempo a tareas relativas al asesoramiento y la transmisión de saberes, en primer lugar, mientras que quienes residen en el Conurbano Bonaerense y en el resto urbano del interior realizan primordialmente tareas de acompañamiento a personas solas (ver Figura 2.D). En lo concerniente a las actividades que preferirían realizar, en la Ciudad de Buenos Aires expresan su predilección por tareas de lectura

ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS REALIZADAS* Y ACTIVIDADES SOLIDARIAS POTENCIALMENTE MÁS MENCIONADAS** SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.C

Año 2014 En porcentaje de 60 años y más

	NIVEL DE INSTRUCCIÓN		ESTRATO SOCIOECONÓMICO	
	HASTA SECUNDARIO INCOMPLETO	SECUNDARIO COMPLETO Y MÁS	MEDIO ALTO	MUY BAJO
ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS REALIZADAS *PRIMEROS 3 LUGARES MÁS MENCIONADOS POR LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS QUE REALIZAN ALGUNA ACTIVIDAD SOLIDARIA				
1° LUGAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS
2° LUGAR	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR	ELABORACIÓN Y REPARACIÓN DE ARTEFACTOS PARA DONAR
3° LUGAR	ELABORACIÓN Y REPARACIÓN DE ARTEFACTOS PARA DONAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES
ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS MENCIONADAS EN LA OPCIÓN DE INTERÉS Y POSIBILIDAD DE HACERLO **PRIMEROS 3 LUGARES MÁS MENCIONADOS POR LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS A LAS QUE LES GUSTARÍA Y PODRÍAN REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD SOLIDARIA				
1° LUGAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS
2° LUGAR	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES
3° LUGAR	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ELABORACIÓN Y REPARACIÓN DE ARTEFACTOS PARA DONAR

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

para enfermos y no videntes, actividades asociadas con el asesoramiento y la transmisión de saberes y el acompañamiento a personas solas (en ese orden de interés); mientras que en el Conurbano Bonaerense se destaca la preferencia por tareas de acompañamiento a personas solas. En otras grandes áreas metropolitanas, por su parte, se prefiere la lectura para enfermos y no videntes (al igual que en CABA); y por último, en el resto urbano del interior del país, a la hora de pensar en alguna tarea solidaria que les gustaría y estarían en condiciones de realizar, aparece la asociada con el asesoramiento y la transmisión de saberes como la preferida en primer lugar (ver Figura 2.D).

En suma, tras examinar la realización efectiva y/o potencial de actividades solidarias por parte de las personas mayores, no se observan grandes diferenciales por grupo de edad ni por sexo, más allá de las preferencias lógicas que reproducen los roles de género de nuestra sociedad, expresadas en la distribución de tareas en el espacio doméstico y social. Sí se han podido detectar diferenciales en conso-

nancia con las oportunidades educativas y de posicionamiento en la escala social. Así pues, quienes cuentan con más credenciales educativas realizan y/o prefieren realizar actividades solidarias que implican el despliegue de mayores habilidades cognitivas (asesoramiento y transmisión de saberes, ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, lectura para enfermos y/o personas no videntes); mientras que quienes han tenido menos oportunidades educativas expresan la realización efectiva y/o el deseo de realizar tareas solidarias que implican saberes menos formalizados (costura y tejido para donar, elaboración y reparación de artefactos). Por último, el área de residencia también pone de manifiesto diferenciales entre las opciones elegidas, tanto en actividades solidarias efectivamente realizadas como en el deseo de llevarlas a cabo en el futuro. Por lo general, en los ámbitos de residencia que tienen mayor oferta de actividades solidarias para realizar, es decir en los ámbitos más urbanizados (CABA y otros grandes aglomerados del interior del país) se observa la realización efectiva y

ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS REALIZADAS* Y ACTIVIDADES SOLIDARIAS POTENCIALMENTE MÁS MENCIONADAS** SEGÚN GRUPO DE AGLOMERADOS URBANOS

FIGURA 2.D

Año 2014

	CABA	CONURBANO BONAERENSE	OTRAS ÁREAS METROPOLITANAS	RESTO URBANO DEL INTERIOR
ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS REALIZADAS *PRIMEROS 3 LUGARES MÁS MENCIONADOS POR LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS QUE REALIZAN ALGUNA ACTIVIDAD SOLIDARIA				
1° LUGAR	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS
2° LUGAR	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES
3° LUGAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR	ELABORACIÓN Y REPARACIÓN DE ARTEFACTOS PARA DONAR
ACTIVIDADES SOLIDARIAS MÁS MENCIONADAS EN LA OPCIÓN DE INTERÉS Y POSIBILIDAD DE HACERLO **PRIMEROS 3 LUGARES MÁS MENCIONADOS POR LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS A LAS QUE LES GUSTARÍA Y PODRÍAN REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD SOLIDARIA				
1° LUGAR	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES
2° LUGAR	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	LECTURA PARA ENFERMOS Y NO VIDENTES	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS
3° LUGAR	ACOMPANIAMIENTO A PERSONAS SOLAS	COSTURA Y TEJIDO PARA DONAR A INSTITUCIONES	ASESORAMIENTO Y TRANSMISIÓN DE SABERES	AYUDA EN TAREAS ESCOLARES FUERA DEL ÁMBITO FAMILIAR

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

potencial de una mayor diversidad de tareas solidarias que en el resto de los ámbitos analizados (Conurbano Bonaerense y resto urbano del interior).

Como se ha podido observar, los diferenciales destacados en la elección de actividades de ayuda solidaria por parte de las personas mayores están principalmente condicionados por las oportunidades educativas a las que han tenido acceso, así como

por la mejor o peor posición ocupada en la escala de estratificación social. No son significativas las diferencias por grupo de edad ni por sexo, si bien el ámbito de residencia tiene una influencia algo significativa en tanto entorno social donde se propicia o no el desarrollo de este tipo de actividades sociales y participativas, caracterizadas por el énfasis puesto en las acciones solidarias.

2.3 PERCEPCIÓN SOBRE VALORACIÓN SOCIAL EN LA VEJEZ

Sentirse valioso, algo importante para toda persona y por ende también para las mayores, es función tanto de los criterios que tiene una sociedad para valorar a sus miembros (por ejemplo, el poder, el prestigio, el dinero, etc.) como de los atributos que cada uno posee respecto de esos criterios. Al tratarse de personas mayores, pesan entonces dos procesos que, aunque distintos, se entrecruzan. Por un lado, que una sociedad mantenga o modifique sus criterios de valoración cuando se trata de personas mayores (una vara común para todos o varas diferentes según la edad); y por otro lado, que para las personas mayores, justamente por ser de más edad, se modifiquen los valores (en el sentido de puntajes) en los atributos importantes para la valoración. Supongamos que en una sociedad se valora tener buenos ingresos obtenidos del trabajo y que el grueso de las personas mayores los disminuye por vía de su estatus jubilatorio. Este sería un ejemplo de la misma vara para todos. En cambio, en otra sociedad (o en la misma sociedad en otro tiempo)¹⁰ puede considerarse valioso tanto el hecho de llevar una vida muy activa en cuanto a la actividad económica –“no parar” en las edades adultas hasta lo que se considera la edad jubilatoria– como llevar una vida más pasiva –reposada, serena, “sin correr”– a partir de cierta edad; o bien considerar especialmente valioso que a determinada edad se esté más disponible para la familia y los

afectos. He aquí un ejemplo de distintas varas de medir según la edad. También pesa la propia visión de cada uno. En su libro más reciente, R. Iacub (2015) pone en boca de una persona mayor la siguiente frase: “siento que lo que diga ahora no va a ser considerado como antes, porque lo dice un jubilado”.

En el Capítulo 1 se expuso la percepción de las personas mayores acerca de su inclusión en los procesos de toma de decisiones familiares. Corresponde ahora averiguar en qué medida las personas mayores se sienten valoradas, reconocidas, estimadas o apreciadas por la sociedad.

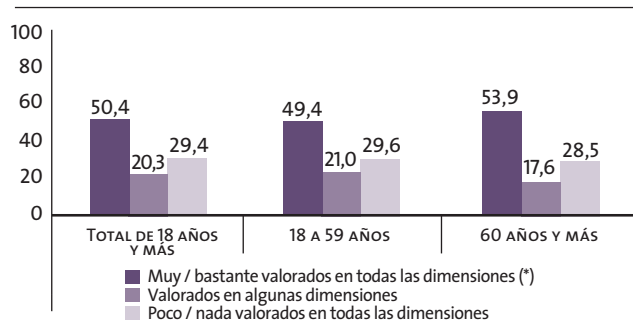
La EDSA 2014 incluyó una nueva pregunta, originalmente pensada para las personas mayores exclusive pero finalmente aplicada a toda la población, para indagar en qué medida siente la persona encuestada que la sociedad valora su palabra u opinión, sus conocimientos, su experiencia laboral y el cuidado que puede brindar a su cónyuge, familiares o entorno. Las categorías de respuesta utilizadas fueron cuatro: “mucho”, “bastante”, “poco” o “nada”. A los fines de su procesamiento, se construyó un índice que varía de 0 (percibe que son poco o nada valorados en las cuatro dimensiones) a 4 (percibe que son muy o bastante valorados en las cuatro dimensiones), y se agruparon los resultados en tres categorías: las dos ya mencionadas y una tercera

10 En el caso argentino, las personas mayores (60 años y más) nacieron antes de 1955 y muchos de ellos, los más viejos, antes de 1940, unas sociedades bastante distintas de la actual en un sinnúmero de aspectos estructurales y simbólicos.

VALORACIÓN SOCIAL GENERAL SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 2.3.1.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

(*) Dimensiones: su palabra/opinión, sus conocimientos, su experiencia laboral, el cuidado que puede brindar a otros.

de valoración intermedia, que comprende a quienes se sienten muy o bastante valorados en alguna de las dimensiones consideradas.

El resultado es que actualmente el 53,9% de las personas mayores siente que es valorada en todas las dimensiones; en contrapartida, el 46,1% siente que la sociedad no la valora o la valora en pocas de las cuestiones mencionadas. Específicamente, el 28,5% (cerca de 1 de cada 3 personas) siente que la sociedad no la valora en ninguna de estas cuestiones. Con todo, es muy importante ver que estos resultados no difieren significativamente de los encontrados en la población cuya edad oscila entre 18 y 59 años, donde el 29,6%

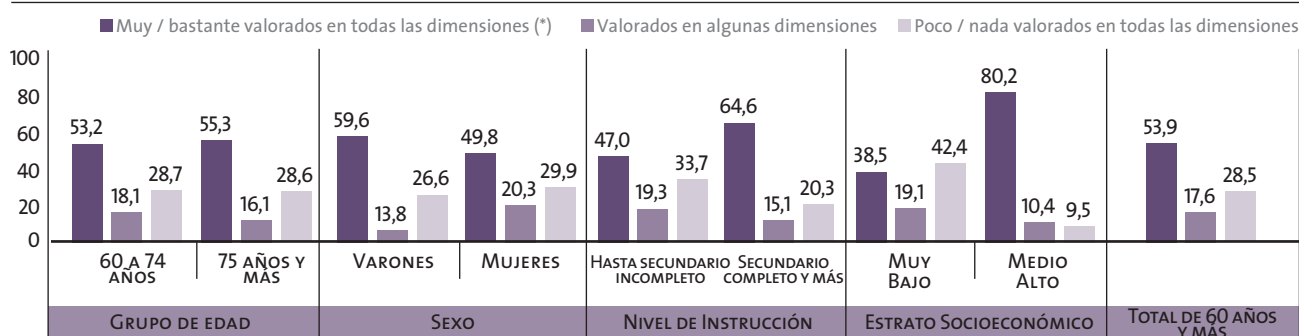
también siente que la sociedad no la valora en ninguna de las dimensiones mencionadas. Es decir que, en general, las personas mayores no se sienten particularmente poco valoradas por la sociedad, por lo menos en lo que concierne a estos cuatro aspectos en forma conjunta (ver Figura 2.3.1.A).

Al analizar si esta pauta se modifica según los distintos perfiles de personas mayores, es posible concluir que no hay diferencias significativas entre grupos de edad. Si bien los sujetos de 75 años y más no se sienten menos valorados que los de 60 a 74 años, sí es levemente mayor la percepción de valoración en el grupo de mayor edad, entre quienes el 55,3% percibe que es valorado en todas las dimensiones; y lo mismo ocurre para el 53,2% de los que tienen entre 60 y 74 años. Ello indica que no se siente valorado en ninguna de las dimensiones de análisis el 44,8%, y el 46,7% sólo en algunas de ellas. Por el contrario, sí hay diferencias cuando se aborda el análisis por sexo de las personas mayores: los varones tienden a percibirse más valorados que las mujeres. Concretamente, 6 de cada 10 personas mayores de sexo masculino sienten que la sociedad los valora en todos los aspectos, mientras que esto le sucede a 5 de cada 10 de sexo femenino. Asimismo, entre las mujeres mayores es más frecuente el sentimiento de no ser valoradas por la sociedad en todos los aspectos indagados (50,2% versus 40,4% entre los varones). Más adelante se verá si este resul-

VALORACIÓN SOCIAL GENERAL SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.3.1.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



(*) Dimensiones: su palabra/opinión, sus conocimientos, su experiencia laboral, el cuidado que puede brindar a otros

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

tado es general o remite a cuestiones específicas (ver Figura 2.3.1.B).

En cuanto a los factores que expresan la estratificación social, son las personas mayores que han tenido menos oportunidades educativas a lo largo de su vida las que más sienten (53%) no estar siendo valoradas en todos o en algunos de los aspectos considerados; de hecho, un tercio (33,7%) percibe que no es valorado en ninguna de estas cuestiones (una fracción muy alta). Los resultados muestran que haber tenido más oportunidades educativas, con todo lo que ello implica, aumenta las chances de sentirse socialmente valorado, ya que 2 de cada 3 personas mayores (64,6%) con mejores credenciales educativas (que, siempre hay que recordarlo, son una minoría dentro de esta población) sienten que todas sus cuestiones son valoradas por la sociedad. Pero las diferencias se profundizan muchísimo cuando se computan los resultados a la luz del estrato socioeconómico. Así pues, las personas mayores del estrato muy bajo que no se sienten valoradas en todas las cuestiones triplican a las que sienten lo mismo en el estrato medio alto. Y las que perciben que la sociedad no valora ninguna de estas cuestiones en el estrato muy bajo cuadriplican (42,4%) a las del estrato medio alto (9,5%). En contraste, son 4 de cada 5 las del estrato medio alto para quienes la sociedad valora mucho sus cuestiones, esto es, que su palabra y sus opiniones, sus conocimientos y experiencia laboral y

sus cuidados son muy valorados socialmente (ver Figura 2.3.1.B).

Las diferencias según el tipo de hogar no son tan importantes como las recién señaladas, pero los cómputos muestran que convivir exclusivamente con otras personas mayores (hogares multipersonales puros) disminuye el sentimiento de poca valoración social, que es bastante más frecuente entre quienes viven solos. Asimismo, en las villas y asentamientos sólo el 36,7% de las personas mayores se sienten valoradas en todos los aspectos indagados, mientras que el 63,3% percibe que se las valora parcialmente o en ninguno de los aspectos. No es una cuestión de edad, sino de desigualdades sociales en el terreno socioeconómico.

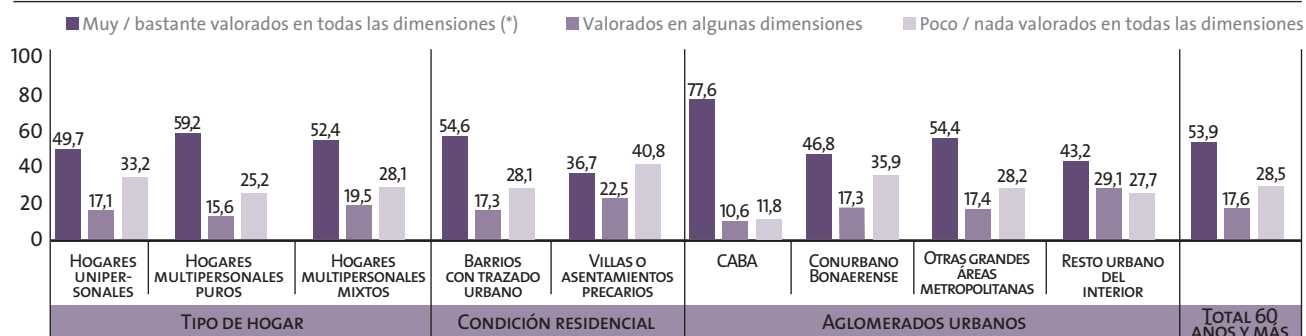
También se observan diferencias regionales: quienes menos valorados se sienten son las personas mayores de las ciudades medias del interior del país (57,8%) y las que habitan en el Conurbano Bonaerense (53,2%). Claramente, las que viven en la Ciudad de Buenos Aires son las que se sienten más valoradas (ver Figura 2.3.1.C).

Hasta aquí se ha considerado la valoración social en general, medida a partir de los cuatro aspectos mencionados. En adelante se analizan estos aspectos por separado y utilizando dos categorías para medir la valoración: “bastante o mucho”, por un lado, y “poco o nada”, por otro. Se examina primeramente en qué medida las personas mayores sienten que la sociedad valora su palabra/opinión, una dimensión crucial en lo

VALORACIÓN SOCIAL GENERAL SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 2.3.1.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



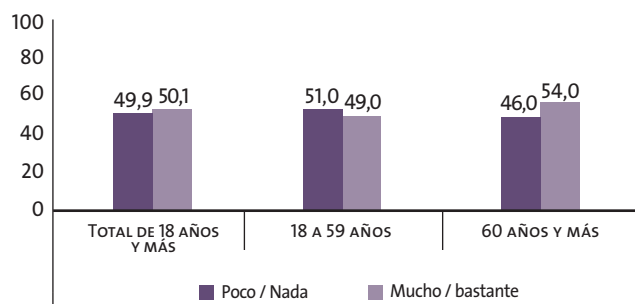
(*) Dimensiones: su palabra/opinión, sus conocimientos, su experiencia laboral, el cuidado que puede brindar a otros.

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

VALORACIÓN DE SU PALABRA Y OPINIÓN SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 2.3.2.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

que concierne a la identidad de cada uno. Vale decir, no se trata de valorar o no “un” aspecto de una persona mayor, se trata de “su palabra”, que en la especie humana es un atributo esencial. En un extremo, no valorar la palabra del otro es como negarlo, negar su existencia como persona. Obviamente, quien habla, quien hace uso de la palabra, el que se expresa oralmente, con frecuencia emite opiniones, es decir “valora”, considera valiosas ciertas cosas y otras no tanto. El resultado es que el 46% de las personas mayores siente que la sociedad valora poco o nada su palabra/su opinión. Es un guarismo muy alto y muy preocupante, pero su significado se entiende mejor cuando se lo

compara con las respuestas de la población que tiene entre 18 y 59 años de edad, cuyo 51% siente que le ocurre lo mismo, que su palabra/opinión no es tenida en cuenta. Las cifras son similares en uno y otro grupo poblacional, e incluso entre las personas mayores la no valoración es algo más baja (ver Figura 2.3.2.A). En definitiva, no se trata de una especificidad de las personas mayores, sino de un problema de todos, de los mayores y también de los aún no mayores.

Aunque no demasiado, son las personas de edad más avanzada (75 años y más) las que perciben su palabra como menos valorada, quizá también porque esperan menos ser tenidas en cuenta en cuanto a opiniones. Y son las personas mayores de sexo femenino las que acusan algo más esta poca valoración de su palabra (48,8%), frente a las de sexo masculino (42,0%).

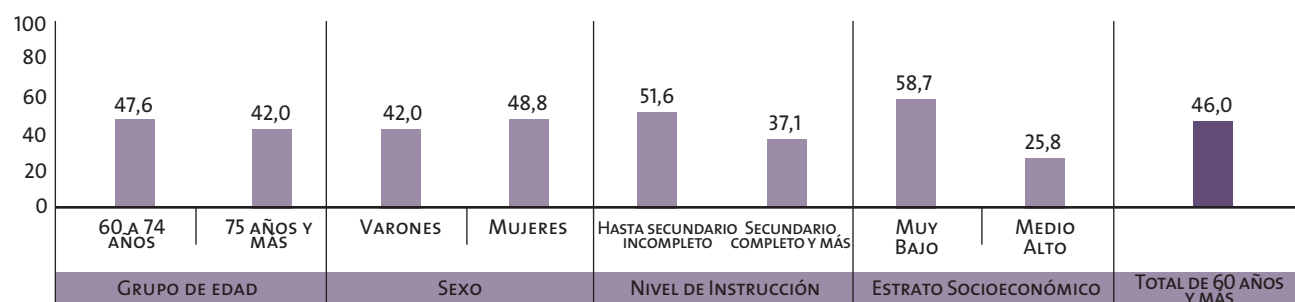
Pero estas diferencias son menos importantes que las halladas por los factores que expresan la estratificación social. Así, entre quienes han gozado de mejores oportunidades educativas, la percepción de poca o nula valoración es menor (37,1%) que entre quienes detentan niveles de instrucción inferiores (51,6%). Y la percepción de valoración de la propia palabra/opinión es más elevada entre las personas mayores con educación formal de nivel secundario completo y más.

Como reiteradamente se señala en este estudio, las diferencias por nivel educativo preanuncian las diferencias entre estratos socioeconómicos, que son abis-

DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SU PALABRA Y OPINIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.3.2.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

males en cuanto a esta dimensión de valoración social. En efecto, mientras que 1 de cada 4 personas mayores del estrato medio alto siente que la sociedad valora poco o nada su palabra/opinión, esto ocurre en 6 de cada 10 personas (58,7%) del estrato muy bajo. ¿La opinión de las personas mayores es valorada socialmente? Es una pregunta que no se puede responder de manera directa, pero lo que sí se puede decir es que si bien más de la mitad de las personas mayores percibe que su palabra/opinión es muy o bastante valorada, otro tanto percibe que lo es poco, y ello varía significativamente conforme al estrato socioeconómico de quien habla y opina (ver Figura 2.3.2.B).

No surgen diferencias muy significativas en el cotejo por tipo de hogar, aunque se puede señalar la tendencia siguiente: los que se sienten más valorados en cuanto a esta dimensión son las personas mayores que viven en hogares compuestos exclusivamente por personas mayores, ello teniendo en cuenta que el 41,1% es el porcentaje más bajo de no valoración entre los tres tipos de hogar considerados. Convivir exclusivamente con personas mayores mejora el sentimiento de valoración social, mientras que lo contrario ocurre con quienes cohabitan con otras generaciones.

Respecto a la condición residencial, quienes viven en villas y asentamientos precarios expresan que su palabra/opinión no es valorada socialmente en el 64% de los casos, frente a quienes residen en barrios con tra-

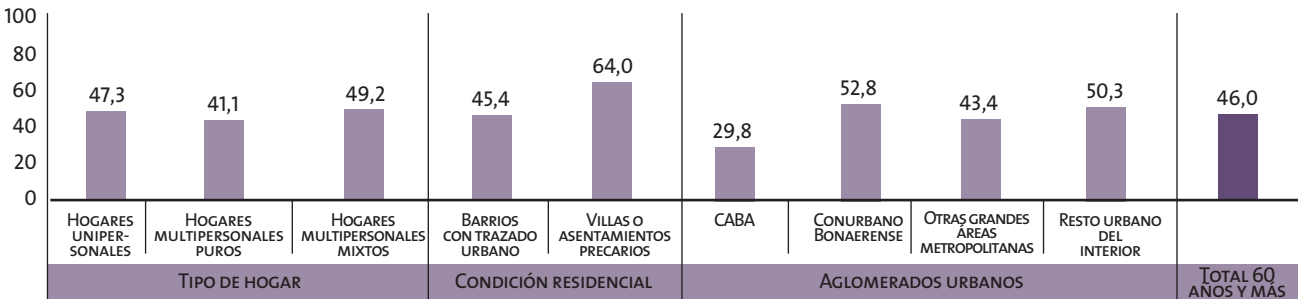
zado urbano, donde lo hace el 45,4%. En cuanto a la distribución regional, las comparaciones realizadas permiten concluir que la percepción de valoración positiva de la palabra entre las personas mayores es más alta en la Ciudad de Buenos Aires que en el resto de las regiones (los valores de déficit en CABA, que son los más bajos, alcanzan el 29,8%), siendo el Conurbano Bonaerense donde se detecta la mayor proporción de personas mayores (52,8%) que perciben su palabra u opinión como poco o nada valorada (ver Figura 2.3.2.C).

El análisis de la segunda dimensión, referida a la percepción sobre la valoración social de los conocimientos de las personas mayores, indica que el 42,3% siente que la sociedad valora poco o nada sus conocimientos. Aunque las diferencias no son demasiado significativas, esta valoración es algo menor que la encontrada entre las personas de 18 a 59 años (47,5%). No es que la edad agrave el cuadro; se trata de algo que caracteriza a la sociedad en su conjunto (ver Figura 2.3.3.A).

Tampoco hay diferencias al interior de la población de personas mayores: la percepción de poca o nula valoración alcanza al 42,9% del grupo de 60 a 74 años y al 40,5% del grupo de 75 años y más. En cambio, se advierte una brecha de género: las mujeres mayores sienten menos valorados sus conocimientos (46,0%) en comparación con lo percibido por los varones mayores (37,1%) (ver Figura 2.3.3.B).

DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SU PALABRA Y OPINION SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO **FIGURA 2.3.2.C**

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

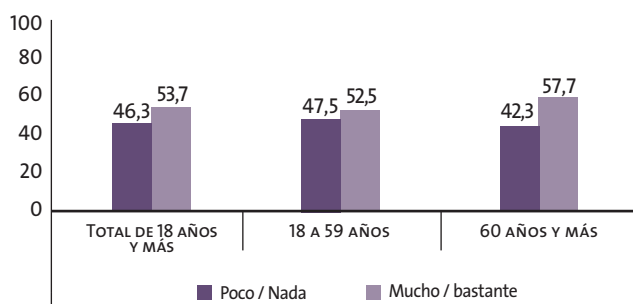


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

VALORACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 2.3.3.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En cuanto a los factores que expresan la estratificación social, la percepción de poca valoración de sus conocimientos es más frecuente entre de las personas mayores que han tenido menos oportunidades educativas (49,6%). Pero las diferencias más notorias se observan entre estratos socioeconómicos: la escasa valoración de los conocimientos es considerablemente más elevada cuando se trata de personas mayores del nivel muy bajo (57,0%) y significativamente inferior, aunque no inexistente, en el nivel medio alto (17%).

Al comparar el déficit de valoración social de los conocimientos según la conformación de los hogares, se observa que es más bajo en los hogares multipersona-

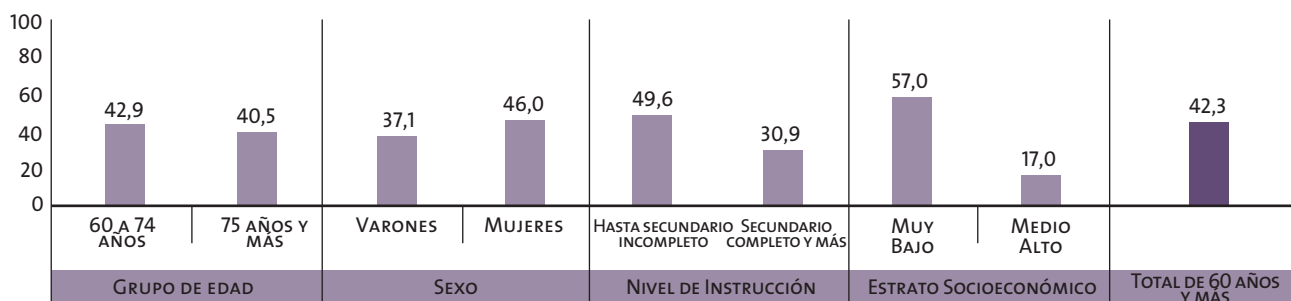
les puros, es decir, donde conviven sólo personas mayores (38,8%), frente a los unipersonales (41,8%) y los mixtos (45,5%). Ello evidencia que convivir con otras generaciones dificulta la valoración social de los conocimientos de este grupo etario. En lo concerniente a la condición residencial, las personas mayores que residen en villas y asentamientos precarios expresan que sus conocimientos son poco o nada valorados en el 55,1% de los casos, frente al 41,8% de quienes viven en barrios con trazado urbano. Ello pone de manifiesto un claro diferencial de valoración social según el lugar de residencia. También hay gran disparidad entre regiones: la poca o ninguna valoración social de los conocimientos de las personas mayores es relativamente baja en la Ciudad de Buenos Aires (18,5%) y muy alta (52,1%) en las ciudades medias del interior del país (ver Figura 2.3.3.C).

En el análisis de la tercera dimensión de la valoración social, que hace referencia a la experiencia laboral de las personas mayores, se destaca que el 44,7% siente que se valora poco o nada su experiencia en ese campo. Este porcentaje resulta algo menor al encontrado en la población de 18 a 59 años, donde registra el 49,2%. Aquí tampoco parece ser que la edad aumente la percepción de poca valoración social, sino que la misma está muy extendida en el conjunto de la sociedad y que las personas mayores no son la excepción (ver Figura 2.3.4.A).

DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.3.3.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

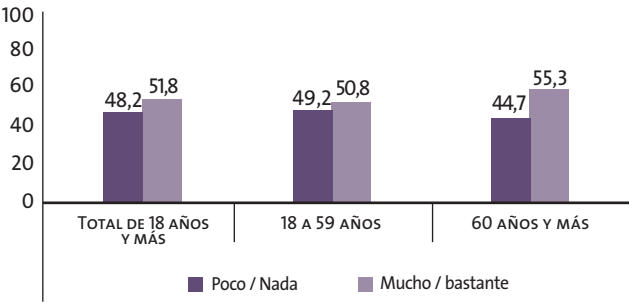
No se registran diferencias en esta dimensión entre los más recientemente envejecidos (60 a 74 años) y los más envejecidos (75 años y más). En cambio, sí las hay en el cotejo por sexo: son las mujeres mayores las que más exponen la sensación de escasa o nula valoración de su experiencia laboral (50,4% versus 36,7% en caso de varones). Por otro lado, entre quienes han tenido mejores oportunidades educativas, la percepción de escasa valoración es marcadamente menor. Este resultado lleva implícita una pregunta: ¿es la experiencia laboral de las personas mayores lo que se percibe como poco valorado o son especialmente las experiencias laborales muy asociadas con la estratificación? Entre las personas mayores del estrato medio alto, no es que la percepción de escasa valoración sobre este aspecto desaparezca, pero disminuye drásticamente (19,4%); en cambio, en el estrato muy bajo asciende al triple (60,9%). En definitiva, las diferencias entre estratos socioeconómicos son muy significativas, con una proporción de 1 a 3 (ver Figura 2.3.4.B).

Con respecto a la valoración social de la experiencia laboral según el tipo de hogar en el cual viven las personas mayores, se observa que –como en las dimensiones antes analizadas– es en los hogares multipersonales puros (en los cuales conviven personas mayores exclusive) donde se registra el déficit de valoración social más bajo (40,7%), frente a lo que ocurre en los hogares multipersonales mixtos y los hogares unipersonales. En lo

VALORACIÓN DE SU EXPERIENCIA LABORAL SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 2.3.4.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



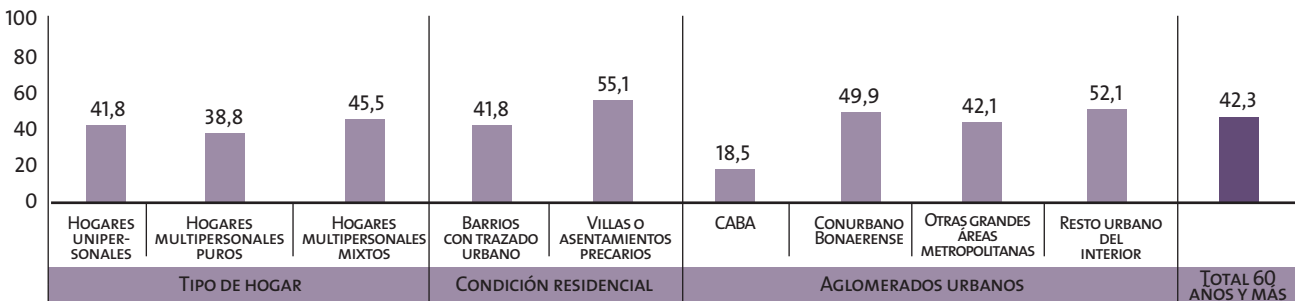
FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

atinente a la condición residencial, nuevamente las personas mayores que residen en villas o asentamientos precarios manifiestan en alto grado que su experiencia laboral es poco o nada valorada (68%), frente a quienes residen en barrios con trazado urbano, cuya valoración en este punto es sensiblemente inferior (43,7%). Finalmente, las diferencias regionales por aglomerado indican que quienes residen en la Ciudad de Buenos Aires obtienen un déficit muy bajo de valoración social de su experiencia laboral (21,5%) en comparación con el Conurbano Bonaerense (51,9%) y el resto urbano del interior (51,8%), donde se observan las mayores valoraciones negativas (ver Figura 2.3.4.C).

DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 2.3.3.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

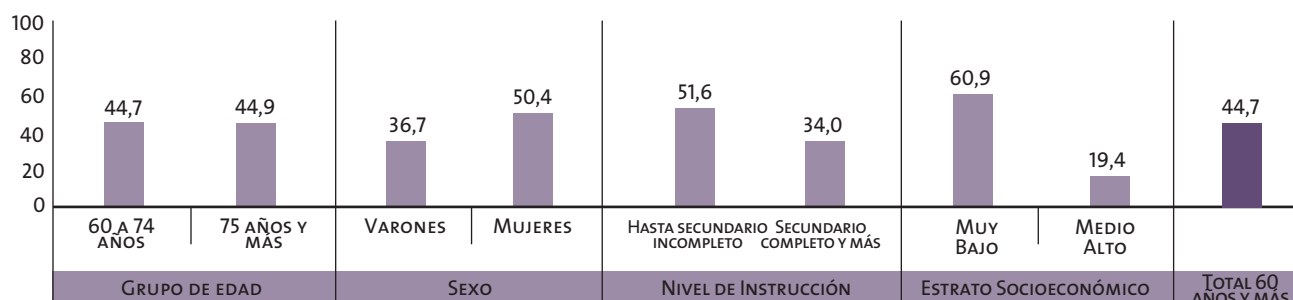


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SU EXPERIENCIA LABORAL SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.3.4.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

La cuarta y última de las dimensiones consideradas, la valoración sobre el cuidado que la persona mayor puede brindar a su cónyuge, familiares o entorno, hace referencia al sentimiento respecto del cual la sociedad valora o no el cuidado que los individuos pertenecientes a este grupo etario pueden brindar a otros. Si bien 1 de cada 3 personas mayores (33,9%) siente que sus cuidados brindados a otros son poco o nada valorados, esta valoración social negativa es menor que la expresada respecto de las otras dimensiones analizadas (palabra/opinión, conocimientos y experiencia laboral). Dicho en positivo: lo más valorado por la sociedad son los cuidados

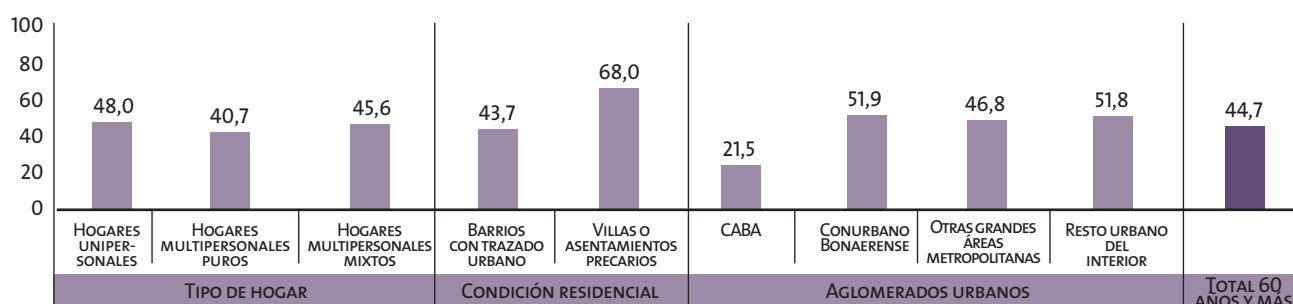
que las personas mayores brindan a los otros; pero esto no es exclusivo de las personas mayores: en la población de 18 a 59 años ocurre algo similar (ver Figura 2.3.5.A). En fin, el cuidado de los otros es lo más valorado. En una sociedad donde muchos, sean o no mayores, se sienten tan poco valorados, el cuidado de los otros se constituye en una excepción. Y específicamente sobre las personas mayores, parecería que a la sociedad no le interesan tanto sus opiniones, sus conocimientos o su experiencia laboral, sino el cuidado que pueden brindar a los otros, sean familiares o no.

Las diferencias en términos de déficit de valoración

DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SU EXPERIENCIA LABORAL SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 2.3.4.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

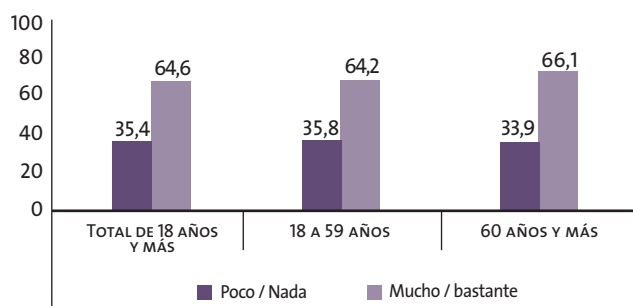


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE PUEDE BRINDAR A OTROS SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 2.3.5.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

no son tan grandes como podría esperarse, sin embargo, son las personas mayores menos envejecidas (33,0%) y los varones (32,1%) los que más perciben la valoración social de los cuidados que brindan a los otros, sean familiares o miembros de su entorno, dado que en ellos se registran los déficit de valoración más reducidos (ver Figura 2.3.5.B).

En lo que atañe a la estratificación social, ese menor déficit de valoración de los cuidados brindados a otros es percibido por los que tuvieron mejores oportunidades educativas. Y otra vez, las diferencias entre estratos socioeconómicos son abismales: mientras que es muy frecuente (45,1%) encontrar en el estrato muy bajo

personas mayores que perciben que la sociedad no valora sus cuidados, esto solo ocurre en el 14,5% de los casos del estrato medio alto. La desigualdad es de 3 a 1. Está claro que cuanto mejor es la posición en la estratificación social, menor es el sentimiento de falta de valoración en todos los órdenes, y que el mismo se amplifica al descender en la escala social.

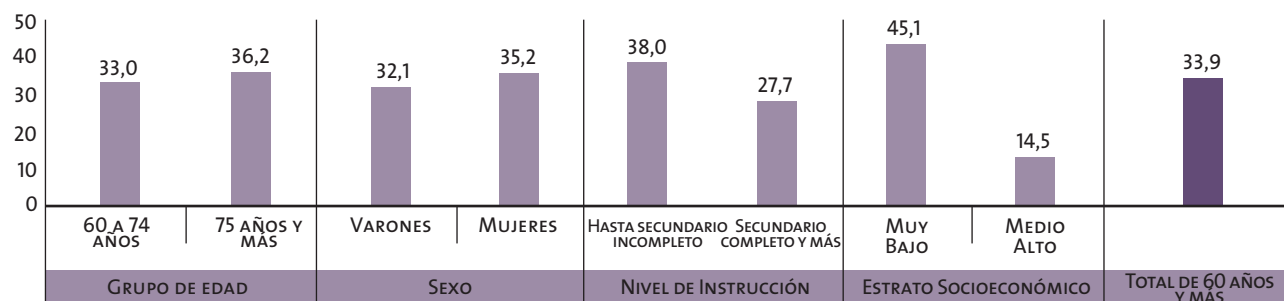
En casi todas las dimensiones de las condiciones de vida, quienes viven solos son los más vulnerables. Y también son los que sienten la menor valoración de los cuidados que pueden brindar (45,3%), en comparación con quienes viven acompañados, cualquiera sea la edad de los convivientes, es decir, si se trata también o no de personas mayores, donde la valoración descende al 28 % y al 30,6%, respectivamente. En cuanto a la condición residencial, nuevamente son quienes residen en villas o asentamientos precarios los que expresan poca valoración de tales cuidados (44%) en relación con quienes viven en barrios con trazado urbano, para quienes la valoración negativa es del 33,5%. Al considerar el área de residencia, se observan diferencias contundentes: nuevamente es en la CABA donde se registra el menor déficit de valoración de los cuidados que pueden brindar a los otros las personas mayores (15,5%), en clara diferenciación con los valores registrados en las otras regiones del país (ver Figura 2.3.5.C).

Hasta aquí, un primer dato para señalar sobre la

DÉFICIT DE VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE PUEDE BRINDAR A OTROS SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 2.3.5.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

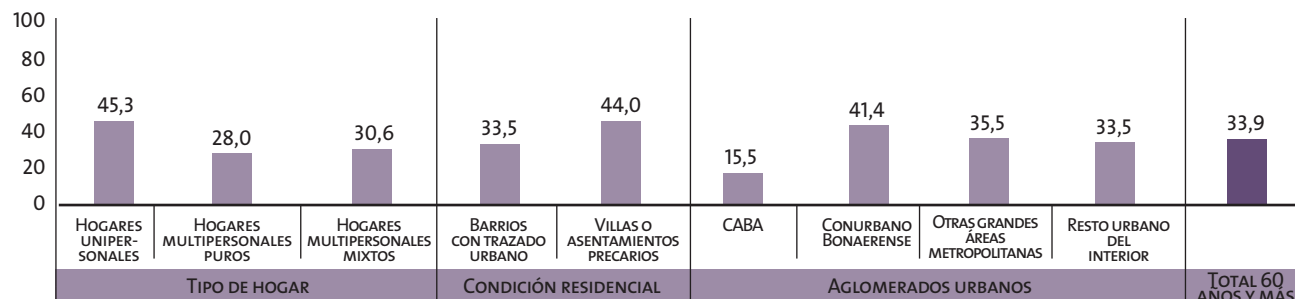


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

DÉFICIT DE VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE PUEDE BRINDAR A OTROS SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO

FIGURA 2.3.5.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

valoración social es que 1 de cada 3 de las personas mayores declara sentir que la sociedad no la valora en ninguna de las cuestiones consideradas (su palabra/opinión, sus conocimientos, su experiencia laboral y los cuidados que puede brindar a otros). No se ven desigualdades significativas por grupo de edad, aunque sí por sexo: los varones se perciben más valorados que las mujeres, pues 6 de cada 10 se sienten valorados en todos los aspectos (el déficit, lógicamente, es de 4 de cada 10). Entre las variables consideradas en el presente estudio, los menores déficits de valoración social se observan entre las siguientes personas mayores: las que han tenido mejores oportunidades educativas, las pertenecientes al estrato medio alto, las que conforman hogares multipersonales puros, aquellas residentes en barrios con trazado urbano y las que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Finalmente, al analizar por separado las diversas dimensiones respecto a la valoración social de la vejez, se deduce que son negativamente valoradas, en primer término, su palabra/opinión (46% de los casos); en segundo término, su experiencia laboral (44,7%); en tercer término, sus conocimientos (42,3%); y por último, también negativamente, los cuidados que pueden brindar a los otros (33,9%), ya sea que formen parte o no de su entorno familiar. Se aprecia claramente, en definitiva, que la dimen-

sión concerniente al cuidado de los otros es la que mejor valoración social recibe, lo cual es un hallazgo interesante respecto de la temática que se está tratando, más si se tiene presente que siempre se piensa en los cuidados que las personas mayores deben “recibir” más que en su capacidad de “brindar” cuidados a los otros.



María Julieta Oddone

Doctora en Antropología. Magister en Gerontología. Investigadora Principal del CONICET. Profesora de *Envejecimiento y Sociedad*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Directora del Programa *Envejecimiento y Sociedad*, FLACSO. Vicepresidente Gerontológica de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (SAGG)

NOTA DE INVESTIGACIÓN

CAMBIO SOCIAL Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO. REFLEXIONES EN TORNO A LA PARTICIPACIÓN E INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS DE MAYOR EDAD EN LA SOCIEDAD

Las sociedades actuales se caracterizan por el envejecimiento de sus poblaciones, que incrementan cada vez más su expectativa de vida. Las políticas científicas están orientadas a extender la vida humana a límites extremos, y en consecuencia la vejez se convierte en un período de la vida que puede prolongarse por más de cincuenta años. De este modo, si bien siempre hubo personas viejas en todas las sociedades, esta es la primera vez en la historia del mundo que las propias sociedades son “viejas” y, subsecuentemente, nunca hubo tantas personas que vivan tantos años como en la actualidad. En efecto, ya hacia

finis del siglo XX la prolongación de la vida, en conjunto con la disminución de la mortalidad, hizo que la denominada “tercera edad” se volviera casi tan larga como las otras dos etapas de la vida.

El desafío de un mundo que envejece consiste en reconocer el valor de envejecer y encontrar maneras de asegurar los ingresos suficientes, una calidad de vida razonable y los servicios sanitarios y sociales que requiere o requerirá la población mayor; pero sobre todo guarda estrecha relación con la optimización y el reconocimiento de las contribuciones productivas de estas personas a sí mismas, a sus familias y comunidades y a la economía en la producción de bienes y servicios, ya que los adultos mayores pueden realizar actividades remuneradas o de voluntariado social en la comunidad y proporcionar distintos tipos de ayuda a sus familias y amistades.

La toma de conciencia sobre el avance de esta etapa de la vida en las sociedades actuales hace que cobre importancia procurar un envejecimiento activo y saludable, es decir, con pocas probabilidades de enfermar, buena capacidad funcional y una participación activa en la vida de la comunidad. Ello implica considerar a los adultos mayores como sujetos autónomos y activos que constituyen un capital social y una fuente de bienestar para toda la sociedad. Esta contribución puede incrementarse previniendo la discapacidad en la población y fomentando la autonomía de las personas de mayor edad con limitaciones funcionales.

Envejecer de forma activa ha emergido como paradigma y la Organización Mundial de la Salud lo considera un objetivo. Este recoge las tres dimensiones esenciales (física, mental y bienestar social) que refuerzan la salud, la participación social y la seguridad como pilares de la calidad de vida de las personas. El concepto de envejecimiento activo es uno de los fundamentos de una línea de investigación clásica en los estudios sobre la población de edad avanzada, pero también ha sido un instrumento al servicio de las organizaciones específicas al funcionar como guía en la planificación de políticas públicas y la implementación de programas. Se trata de un concepto que ha trascendido los aspectos orientados a la salud, direccionando las políticas sobre envejecimiento en relación con los factores que contribuyen al bienestar de las

personas, enmarcado en su curso de vida (Walker, 2008; Zunzunegui y Beland, 2010).

Aunque son múltiples y diversas las definiciones sobre “envejecimiento activo” aportadas por la literatura científica, la tendencia más reciente se refiere al mismo como una estrategia que potencia la participación continua en asuntos sociales, económicos, culturales, y también el bienestar social del individuo. Por una parte, superando el dominio de la participación económica, el concepto se construye como sinónimo de actividad, abierto a la participación social y política más amplia (Kalache, 2011; European Commission, 2012). Quizá la definición de envejecimiento activo como “una estrategia integral para maximizar la participación y el bienestar a medida que la población envejece” debe operar al mismo tiempo en el nivel individual (estilo de vida), organizativo (gestión) y social (políticas) y en todas las etapas del curso de vida (Walker, 2007). Por otra parte, abarca componentes tanto objetivos como subjetivos. Entre los primeros se destacan satisfacer las necesidades básicas y el trabajo, y entre los segundos, estar satisfecho con la vida y actuar de acuerdo con los propios valores. Los dos componentes deben estar presentes en los proyectos de vida y encuadrados en lo que se ha llamado el sentido de coherencia, es decir, la capacidad de ver la vida propia y el mundo de manera comprensible, manejable y significativa.

Fernández-Ballesteros (2009) define el concepto de envejecimiento activo como el entrecruzamiento de la salud (o ausencia de enfermedad) y la habilidad funcional (o ausencia de discapacidad) con el óptimo funcionamiento cognitivo, físico y el alto compromiso con la vida. Dicho compromiso con la vida es una actitud cuyas manifestaciones son conductuales, al mantener la vinculación con las redes sociales y la productividad en un sentido amplio.

Ursula Lehr, a partir del estudio longitudinal de Bohn, plantea la importancia de los factores sociales y ecológicos para el logro de una vejez acompañada de bienestar psicofísico. En los estudios longitudinales (Ouweland *et al.*, 2007; Kholi *et al.*, 2009; Adams *et al.*, 2010; Pruchno *et al.*, 2010), el cotejo de los supervivientes y de los no supervivientes indica que, además de una serie de datos biológicos y fisiológicos, los supervivientes demostraron

tener un cociente intelectual más elevado, tanto en las pruebas verbales como en las prácticas, una mejor adaptación o un mejor modo de afrontar los problemas tanto cotidianos como los que surgen en el proceso de envejecimiento. Denotaban una capacidad de reacción más rápida y acusaban una mayor actividad en los más diversos sectores de intereses. En contraposición, aquellos que habían muerto en el curso de la investigación, solían quejarse de un empobrecimiento de su entorno, de monotonía y aburrimiento.

En los resultados de los diversos estudios, se observa que los supervivientes coinciden en tener una mayor actividad, una complejidad y variabilidad más amplia durante todo el curso de la vida, una actitud abierta al futuro, un estado de ánimo de matiz positivo y mayor frecuencia de contactos sociales. La longevidad coincide además con una mejor formación escolar, una profesión bien considerada y mayor actividad profesional, estatus más elevado y mayor inteligencia. El análisis de la variancia permite reconocer que los longevos son más activos, poseen mejor estado de ánimo y un grado más alto de adaptación. Los estudios longitudinales han hecho posible la demostración de una serie de correlaciones entre los diversos rasgos psíquicos, corporales, sociales y ecológicos y la mayor duración de la vida. Son precisamente estos resultados los que realzan la necesidad de una gerontología diferencial, al mostrar diversas formas de envejecimiento determinadas por un destino vital y hábitos de vida muy diferenciados en las esferas somáticas y psíquicas, promovidos por circunstancias sociales y ecológicas muy concretas, con todo lo cual se contribuye a la consecución de una *vejez feliz*.

Para Galvanovskis y Reig (1995), el enfoque de la calidad de vida como categoría socioeconómica y política implicó la necesidad de relacionar conceptos como modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida y estilo de vida, los cuales integran una estructura conceptual de una perspectiva biosocial de la salud, a la vez que permiten estimar la calidad de vida. El modo de vida incluye toda la actividad socializada, sistemática y necesaria que vincula de forma activa a los grupos humanos con los modos de producción; se encuentra integrado por actividades como trabajo, estudio, nutrición, sueño, actividades fisi-

cas, recreativas, sexuales, religiosas, etc. Si una parte considerable de estas actividades se realiza de forma favorable a la buena regulación psicobiológica y dentro de parámetros bien estimados por la sociedad y el individuo, deben favorecer la salud, la longevidad y la felicidad.

Recientemente, en sendas conferencias del Primer Congreso Internacional Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez (México, 2015), Ursula Lehr y Rocío Fernández-Ballesteros concordaron en que es necesario focalizarse en el paradigma del envejecimiento activo a fin de que la longevidad sea satisfactoria y plena. Coinciden en que, para ello, las personas deben orientarse hacia la práctica del deporte, la productividad, la participación, etc., “más” su integración social, y también en que es indispensable combatir el *ageism* (viejismo) a fin de evitar la marginación de los adultos mayores en la sociedad.

Por alguna razón, aún subsisten ciertos mitos o creencias erróneas acerca de los viejos a pesar de la evidencia aportada por la investigación gerontológica que las desmiente. A menudo, los encargados de formular políticas sociales y elaborar programas dirigidos a los mayores, como también los profesionales y técnicos que los ejecutan, lo hacen en función de estas creencias. Se dice que los mitos son elaboraciones fabulosas, de un hecho real, histórico o filosófico, que obedecen a un sistema de pensamiento primitivo ligado a la percepción sensible. Compartirían con el prejuicio la característica de basarse en algún aspecto parcial y limitado de la realidad que se toma por cierto y se lo generaliza, resistiendo toda revisión científica.

El *viejismo* se define como el estereotipo negativo y la devaluación sistemática de las personas simplemente por causa de su edad. Robert Butler introdujo el término en 1969 y proveyó las bases conceptuales para el estudio de la discriminación basada en la edad y los problemas que conlleva. Es un fenómeno complejo con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas.

Efectivamente, en las culturas viejistas, el envejecimiento se percibe de manera negativa, por lo cual se devalúa el estatus social de los viejos. Este proceso de devaluación puede tomar la forma de una discriminación interpersonal (micro) o institucional (macro), como la discriminación laboral, la esterotipia en los medios de co-

municación, la segregación intergeneracional, la evitación del contacto y un trato condescendiente o abusivo.

El surgimiento de culturas viejistas se atribuye a factores históricos tales como el desarrollo tecnológico, la industrialización, la competencia económica y los cambios en las actitudes sociales.

Definimos la discriminación como dar trato de inferioridad a otro u otros por motivos raciales, religiosos, políticos, sexuales, etc. Al igual que otras formas de discriminación, el *viejismo* involucra procesos psicosociales por los cuales los atributos personales son ignorados y los individuos son etiquetados de acuerdo con estereotipos negativos basados en la afiliación grupal.

En la sociedad occidental, los viejos son etiquetados como rígidos, físicamente no atractivos, seniles, improductivos, enfermos, caprichosos, empobrecidos y sin sexualidad. La investigación gerontológica muestra que estos estereotipos son espurios, que están basados en mitos y que contradicen los hechos empíricos.

La persistencia del *viejismo* se fundamenta en valores como la glorificación de la juventud, el individualismo, la competencia económica y la reducción del ser humano solamente a su utilidad económica. Estos valores crean un entorno cultural en el cual se enfatizan las desventajas del envejecimiento, se ignoran sus beneficios y se culpa a los individuos de mayor edad por problemas que ellos no han creado.

Volverse viejo en el mundo moderno está caracterizado por una mayor *cantidad* de vida (incremento en la expectativa de vida) y una menor *calidad* de vida (devaluación social y discriminación; particularmente la discriminación laboral y la segregación por edad en las relaciones sociales).

La segregación por edad y la evitación del contacto también los restringe en su participación social. Las relaciones intergeneracionales se restringen progresivamente a relaciones de mercado o solamente a las formales que surgen con los proveedores de servicios sociales. Al declinar las oportunidades para los contactos intergeneracionales informales, se produce una marginación de los viejos, que quedan situados en la periferia del manejo de las actividades sociales. También los jóvenes transitan su socialización sin tener los beneficios de

una sustantiva relación intergeneracional. Los jóvenes tienen así pocas oportunidades de experimentar el contacto con los viejos, y cuando lo hacen, este se tiñe de los estereotipos internalizados a lo largo de su socialización en una sociedad que desestima a la vejez.

Por otra parte, debido a que los individuos de todas las edades se entienden a sí mismos especialmente en términos de su compromiso y relaciones sociales con los otros, el trabajo y la actividad social son elementos claves para sostener el bienestar psicosocial. La pérdida de estos roles restringe el acceso a experiencias sociales de autoafirmación y amenaza la autoestima. La organización viejista de la sociedad simplemente confirma, a través de la experiencia de los ancianos, el mensaje cultural de que los viejos son inútiles, molestos y onerosos. No resulta extraño entonces que los viejos se perciban a sí mismos en términos de estos estereotipos culturales negativos que penetran a toda la sociedad. Se trata de un aspecto especialmente inquietante del viejismo, no solo porque significa que los mismos viejos contribuyen a su propia devaluación, sino porque además los coloca en riesgo de tener problemas en su salud, tanto física como psicosocial.

La autodevaluación de los viejos es frecuentemente observada en el trabajo de campo que implica contacto directo. Muchos viejos tienden a hacer comentarios depreciativos sobre sí mismos; he aquí algunos ejemplos: “¿Para qué quiere entrevistarme? Si mi vida no es nada importante” o “Yo soy viejo, no tengo nada importante para decir”. Ellos solo repiten estereotipos culturales viejistas, reforzados por los medios de comunicación masivos y confirmados en sus experiencias interpersonales.

El edadismo resulta un fenómeno que, a diferencia de otras formas de discriminación (racismo o estereotipos de género), es perpetrado y propagado por personas que algún día llegarán a ser viejas. La participación de la gente en el viejismo contribuye, por lo tanto, a su propia y futura victimización. En efecto, cuando se comportan así, ni los jóvenes ni los adultos tienen conciencia de su propio proceso de envejecimiento ni de su conducta viejista.

La discriminación etaria (*ageism*, en inglés) supone un prejuicio activo no basado en hechos, sino en el desconocimiento de la posibilidad de actividades socialmente

útiles que pueden desempeñar los ancianos. Es frecuente en las sociedades occidentales basadas en valores que exaltan la juventud y el cambio rápido de usos y costumbres, y que no se han preocupado en diseñar roles sociales para las personas de edad.

¿Cuál es el piso de edad a partir del cual comienza a sufrirse en carne propia la discriminación por ser viejo? El “corte” no se produce solamente al jubilarse, sino mucho antes: sabemos lo difícil que resulta emplearse a partir de los cuarenta años. Desde la segunda mitad de la vida *activa* y en toda la *pasiva*, soportamos un acoso social por el mero transcurrir del tiempo, más allá de las capacidades individuales.

¿Cuál es la reacción de los viejos frente a esta discriminación social? Pueden oponerse o aceptarla. El activismo reviste las formas más diversas de acción, pero sólo una minoría opta por ella. Así, estas normas sociales discriminatorias son incorporadas e interiorizadas en la visión personal de los ancianos y consideradas verdaderas para su ser y realidad.

Si no se toma conciencia sobre este prejuicio y no es combatido por toda la sociedad, puede originar una *gerontofobia*, que aunque no se manifieste abiertamente, se halla implícita en diversas reacciones legales, económicas y políticas.

Un ejemplo de esta conducta es el tratamiento diferencial en la calidad de atención médica que puede recibir una persona mayor accidentada y un joven en las mismas condiciones. En forma manifiesta, esta discriminación se ejemplifica en el incumplimiento de leyes jubilatorias o en la dificultad de encontrar un empleo.

Triangulando los resultados entre las investigaciones realizadas desde la década de 1970 en nuestro medio, vemos que ha habido a lo largo de estos cuarenta años una suerte de “reproducción cultural” en sucesión de las generaciones de viejos en el tiempo y en relación con su modo de vida. Así, observamos que las personas mayores son más proclives a utilizar su tiempo libre en realizar tareas para el hogar y su familia que a participar en la comunidad; y cuando se indaga acerca de los proyectos que tienen, se comprueba que una de las características de esta pobla-

ción es justamente la falta de proyectos. Cabe, pues, preguntarse si esta falta de proyectos obedece a una carencia de iniciativas personales o a la ausencia de propuestas integradoras de las personas mayores en la sociedad que las tengan en cuenta como ciudadanos plenos. En concordancia con lo antedicho, es de subrayar que la generalidad de este grupo de edad no visualiza ningún lugar que pueda ocupar en la sociedad como persona mayor.

Que la vejez sea una etapa de la vida cuyo significado todavía está por descubrirse constituye la médula del debate en la disciplina gerontológica actual, tanto más cuando ha pasado a ser, dentro del ciclo vital, un período tan prolongado como los anteriores. En este sentido, se observa una falta de adecuación entre los cambios demográficos y la organización social.

En cuanto a su participación social, si bien la mayoría se entera de lo que ocurre en el país por los diversos medios de comunicación, la asistencia a instituciones y clubes alcanza a apenas un quinto de la población mayor, y se observa una tendencia hacia una participación todavía menor. Para el grueso de los viejos siempre “hay una razón para no asistir”. Por otro lado, entre las preocupaciones de las personas mayores se encuentra el temor a no poder resolver los problemas de la vida cotidiana y a la falta de dinero o bien de trabajo. Consideran que la sociedad está en falta con la gente mayor por no atender a sus necesidades y que falta solidaridad.

Con respecto a los jóvenes, la percepción que tienen las personas mayores del trato que reciben de ellos incluye un porcentaje significativo de actitudes negativas que connotan marginación. Esta percepción se modifica en sentido positivo cuando se refieren a los jóvenes del entorno más cercano.

A través de los medios de socialización, en particular los libros de lectura de la escuela primaria, observamos que a principios del siglo XX los ancianos tenían la misión fundamental de transmitir los valores imperantes en la cultura. Más allá de su decrepitud y del papel que cumplieran en la familia, poseían un rol social de importancia en la sociedad argentina del período 1880 a 1960. La inclusión de los Derechos de la Ancianidad en la Constitución de 1949 y su presenta-

ción ante las Naciones Unidas indican una preocupación sobre la integración de los diferentes grupos de edad de la población.

A partir de la década del sesenta, con sus cambios en la tecnología espacial y en las comunicaciones, se produce una brecha entre los valores de las distintas generaciones. El papel asignado a los mayores en este período, que llega hasta los inicios del milenio, es particularmente el de abuelo: un rol familiar y no social. De allí que sus actividades de tiempo libre se focalicen en el mundo privado (la familia). Este rol es asumido en la relación marginación-aislamiento; y no proviene de las familias, como se cree erróneamente, sino de las instituciones sociales, que no brindan adecuados canales de participación comunitaria. Ante esta situación, las personas mayores tienden a manifestar sentimientos de soledad, aislamiento y depresión. Por el contrario, aquellos pocos que han podido acumular recursos variados (económicos, educativos, de salud, etc.), los cuales les permiten participar en actividades extrafamiliares, presentan una mejor adaptación al medio, mayor satisfacción y una mejor calidad de vida que el resto de sus coetáneos.

La sociedad actual, que valora en extremo la juventud, la fuerza y la belleza física, ignora la vejez en cuanto tal, y le atribuye valores negativos como decrepitud, declinación, enfermedad y muerte. La muerte, que esta sociedad tanto teme, es depositada en un sector de la población al que obviamente es mejor marginar. Si, por el contrario, las sociedades generasen un modelo menos restrictivo, capaz de integrar generacionalmente a jóvenes y mayores con intereses similares para trabajar en un proyecto a largo plazo (como un voluntariado, por ejemplo), podrían ayudar a romper las barreras. En general, se puede anticipar que los tipos de interacción que conducen a resultados más positivos deben consistir en relaciones persistentes que impliquen igualdad, intimidad y cooperación. Se podría plantear la hipótesis de que la integración entre edades tendería a reducir los estereotipos relacionados con la inactividad, la decrepitud y, sobre todo, la inmanencia de la muerte que los jóvenes tienen con respecto a los viejos.

BIBLIOGRAFÍA

- BOVENBERG, L.; Van Soest, A. H.; y Zaidi, A. (2010). *Ageing, health and pensions in Europe: an economic and social policy perspective*, Strasbourg: European Science Foundation.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*, Madrid: Pirámide.
- (2011). "Quality of life in old age: Problematic issues", *Applied Research in Quality of life*, 6 (1), pp. 21-40.
- GALVANOVSKIS, A.; Asili, N; Reig, E. (1994). "Percepción de la vejez en personas de diferentes edades", *Geriátrica*, 10 (1), 33, pp. 45-50.
- GASTRON, L. (coord.) (2013). "Dimensiones de la representación social de la vejez", Mar del Plata: EUDEM (Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata).
- GIORGI, L. (2006). "Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe", *International Social Science Journal*, 58 (190), pp. 617-631.
- HANK, K. (2011). "How 'successful' do older Europeans age? Findings from SHARE", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66 (2), pp. 230-236.
- KALACHE, A. (1999). "Active ageing makes the difference", *Current Opinion in Psychiatry*, 12 (4), pp. 449-450.
- 2011). "Una sociedad para todas las edades", en *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*, Madrid: IMSERSO, pp. 495-523.
- MOODY, H. (1995). "Ageing, Meaning and the Allocation of Resources", *Ageing and Society*, Vol. 15, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 163-184.
- (1998). "Aging. Concepts & Controversies", California: Pine Forge Press.
- ODDONE, M. J. (1991). "Ancianidad, contextos regionales y redes de intercambio", CEIL-CONICET, Serie de Documentos de Trabajo, N° 28.
- (1994). "La situación de pobreza y marginalidad de las personas de mayor edad" (capítulo), en K. Adenauer, *Pobreza y marginalidad social*, Buenos Aires: CESPAL.
 - (1998). "El Tercer Sector y la Tercera Edad" (capítulo), en *Conjuntos. Sociedad Civil en Argentina*. Buenos Aires: BID (Banco Interamericano de Desarrollo en Argentina).
 - (2001). "Actitudes, percepciones y expectativas de las personas de mayor edad", Buenos Aires: Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, Serie Informes de Investigación, Números 1, 2 y 3.
 - (2006). "El trabajo, la descronologización del ciclo vital y la exclusión de los trabajadores de mayor edad", *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales*, UBA, pp. 30-33.
 - (2013). "La vejez en los textos de lectura de la escuela primaria: un recorrido entre fines del siglo XIX y los inicios del siglo XXI en Argentina", artículo actualizado en *Salud Colectiva*, N° 1 (enero-abril), Vol. 9, pp. 27-40.
 - (2013). "Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo", Informes Envejecimiento en red, N° 4 (Fecha de publicación 28/09/2013), Madrid: CSIC.
 - (2014). "El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina", revista *Voces en el Fénix*, Año 5, N° 36, Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas, UBA, pp. 82-90.
- ODDONE, M. J.; Aguirre, M.; Simoni, S.; Bolatti, E.; Rothkpopf, M. (1979). "Actitudes y motivaciones asociadas a la tercera edad", Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP). Mimeo.
- ODDONE, M. J. y Salvarezza L. (2010). "Una mirada gerontológica sobre la vejez", en R. Roisinblit, *Odontología para las personas mayores*, Buenos Aires: AOA, E-Book (Capítulo 1), pp. 3-17.
- PALMORE, E. (1990). *Ageism. Negative and Positive*, Nueva York: Springer Publishing Company.
- STENNER, P.; McFarquhar, T.; y Bowling, A. (2011). "Older people and 'active ageing': subjective aspects of ageing actively", *Journal of health psychology* 16 (3), pp. 467-477.
- UBACyT (2011-2014). *Seguridad social, políticas sociales y redes de apoyo en la vejez. Un análisis integral entre programas institucionales y actores*. Directora: María Julieta Oddone, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- VARGAS GUADARRAMA, L. (2013). "Reflexiones sobre los procesos de envejecimiento", disertación en el Seminario Internacional *Vejez activa en el Mundo*

Iberoamericano, Madrid, 22 al 25 de abril.

VV.AA. (1995). “La situación de los ancianos en la Argentina”, estudio sobre expectativas, demandas y satisfacción de las personas mayores con respecto a las prestaciones médico-sociales. Buenos Aires: OISS y Secretaría de Desarrollo Social.

WALKER, A. (2005). “The emergence of age management in Europe”, *International Journal of organisational behaviour*, 10 (1), pp. 685-697.

- (2006). “Active ageing in employment: Its meaning and potential”, *Asia-Pacific Review*, 13 (1), pp. 78-93.
- (2007). “Active ageing. Paper to German Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth”, en *European Congress on Demographic Change as Opportunity*, Berlín, pp. 17-18.
- (2008). “The Emergence and Application of Active Aging in Europe”, *Journal of Aging & Social Policy*, 21 (1), pp. 75-93.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). “Active ageing: a policy framework”, Génova: WHO.

ZAIDI, A.; Gasior, K.; Hofmarcher, M. M.; Lelkes, O.; Marin, B.; Rodrigues, R.; Schmidt, A.; Vanhuysse, P. y Zolyomi, E. (2013). *Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results*, Informe del Centro Europeo de Viena.

ZUNZUNEGUI, M. V. y Béland, F. (2010). “Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo”, Informe SESPAS, *Gaceta Sanitaria*, 24, pp. 68-73.



Antonio M. Battro

Doctor en Medicina. Doctor en Psicología
Academia Nacional de Educación
Pontificia Academia de Ciencias

NOTA DE INVESTIGACIÓN

EL CEREBRO NO SE JUBILA

El programa Ibirapitá de inclusión digital de jubilados en Uruguay

Al cumplir 100 años, Rita Levi-Montalcini (1909-2012), cuyo descubrimiento del factor de crecimiento neuronal (NGF, Nerve Growth Factor) le valió en 1986 el Premio Nobel de Medicina, dijo en una celebración inolvidable que tuvo lugar en el Capitolio de Roma: *il cervello non va in pensione* (“el cerebro no se jubila”).

Esta nota se propone exponer el contundente mensaje de la gran bióloga italiana a la luz de Ibirapitá, el nuevo programa de inclusión digital del gobierno del Uruguay, a partir del cual se han comenzado a distribuir tabletas conectadas a Internet a las personas jubiladas con ingresos reducidos. Es decir, los mayores de 65 años contarán con los mismos recursos digitales que ya sus nietos han recibido a partir de los 5 años gracias al “modelo uno a uno”, una laptop/tablet por niño del Plan Ceibal (www.ceibal.edu.uy). De este

modo, se está construyendo en el Uruguay un amplio y generoso puente digital que abraza 60 años de vida. Se trata de un programa de inclusión digital intergeneracional, el primero de su tipo en el mundo, que merece destacarse y ser imitado.

La reserva cognitiva del cerebro adulto

El as en la manga hecha jirones es el título sugestivo de un libro de Rita Levi-Montalcini (1998) referido a la ancianidad y la creatividad. Recorre el testimonio excepcional de cinco personalidades longevas cuya actividad creadora se fue renovando en todas las etapas de sus vidas: Miguel Ángel (1475-1564), Galileo Galilei (1564-1642), Bertrand Russell (1872-1970), David Ben-Gurion (1886-1973) y Pablo Picasso (1881-1973). La persona anciana, el adulto mayor, el viejo, como quíerese llamar, tiene a su disposición, como dice la autora, el naípe de mayor valor, el as en la manga, que consiste en la capacidad de valerse de la actividad mental que sigue estando “a su disposición”. Esta capacidad se basa en la “reserva cognitiva” proveniente de la notable plasticidad neuronal que permanece intacta en el cerebro humano a pesar de la pérdida de neuronas y conexiones con el correr de los años. Las investigaciones al respecto son muy numerosas y contundentes.

Por ejemplo, en el *Center for Lifespan Psychology - Max Planck Institute for Human Development*, en Berlín, se han estudiado y puesto en práctica varios métodos para retrasar el “envejecimiento cognitivo” (Berlin Aging Studies, BASE), logrando establecer un umbral debajo del cual comienza el deterioro de las actividades cognitivas, especialmente de las llamadas “funciones ejecutivas”, que pueden ser estudiadas también a nivel cerebral. Los estudios muestran que esas actividades se pueden prolongar más de 10 años antes de comenzar su declinación cuando se realizan ejercicios que mitiguen el efecto de riesgo vascular, metabólico y de stress además de estimular la neuroplasticidad cerebral. En tal sentido es interesante mencionar la distinción entre las *habilidades cristalizadas*, basadas en experiencias de vida, como el vocabulario, y las *habilidades fluidas*, que no dependen tanto de la experiencia adquirida sino de la memoria

de trabajo (*working memory*) y del razonamiento. Estas últimas serán mejor aprovechadas –y más estimuladas– en un entorno digital como el propuesto por Ceibal-Ibirapitá (Battro y De la Paz, 2014).

Es sabido que la senescencia cerebral afecta la neuroquímica y la anatomía del sistema nervioso. Lindenberger (2014) habla de una *oferta* funcional y de una *demanda* que están en equilibrio dinámico, que cuando se altera puede dar lugar a un proceso compensatorio de neuroplasticidad (Battro, Dehaene y Singer, 2012). Hay casos bien estudiados de prodigiosa neuroplasticidad en lesiones cerebrales masivas como la producida por la extirpación quirúrgica de un hemisferio cerebral (hemisferectomía). Un ejemplo admirable es el de un niño que sufrió la extirpación de su cerebro derecho a los 3 años de edad como tratamiento de una epilepsia incontrolable, y que ha logrado cursar sus estudios primarios y secundarios, con medio cerebro, convirtiéndose a los 20 años en joven campeón de esgrima y talentoso pintor. Es interesante citar que una de sus primeras obras de arte fue realizada en computadora con el programa Logo cuando tenía 8 años (Battro, 2000, 2014). Es de prever que muchos adultos mayores también usarán las tabletas de Ibirapitá en las artes visuales, para componer dibujos y pinturas, procesar fotos y videos, gracias a sus reservas cognitivas y a las habilidades fluidas propias de una “inteligencia digital” en ejercicio, que compensarán el proceso natural de envejecimiento cerebral (Battro y Denham, 2007).

Otra de las notables ventajas del Plan Ibirapitá es que permitirá hacer *estudios longitudinales* sobre la evolución de las capacidades cognitivas de los usuarios, superando así las limitaciones de las metodologías que utilizan solo cortes transversales por edad. Las diferencias cognitivas entre personas de la misma edad pueden ser considerables, y el seguimiento longitudinal, que se realiza mediante la red digital, puede brindar informaciones valiosas sobre la dinámica individual, al describir el desempeño propio del usuario a través del tiempo en cada una de las actividades analizadas. Por ejemplo, cómo evoluciona cada usuario en la resolución de problemas, cómo cambia sus

estrategias cognitivas, cómo aplica su experiencia previa, etc. Toda esta información puede ser de gran utilidad para mejorar los programas disponibles en las tabletas y las respectivas intervenciones. En un futuro próximo las tabletas o equipos similares podrán incluso recabar información *on-line* de la propia actividad cerebral del usuario. Esto no sólo permitirá comprender en mayor profundidad los patrones de comportamiento e interacción con los dispositivos, sino que abrirá un aún inexplorado campo en cuanto a diseñar dispositivos (hardware y software) adaptados a las necesidades y características de este perfil de usuarios.

Merece destacarse el salto cualitativo y no sólo cuantitativo que significa avanzar en el monitoreo individual del desempeño cognitivo de los adultos mayores. Los estudios longitudinales habituales sobre el envejecimiento neurocognitivo se extienden de 10 a 20 años sobre muestras que raramente superan los 10.000 sujetos. Ibirapitá podrá hacerlo con cientos de miles... El cambio de escala es contundente y permitirá encontrar nuevos fenómenos de interés individual y comunitario. Mantener las habilidades cognitivas y prevenir las patologías de la vejez son objetivos centrales de la ciencia y de la sociedad. La *equidad digital* que ofrece Ceibal-Ibirapitá es ciertamente una plataforma incomparable para implementar programas solidarios e innovadores, sin límite de edad.

El diálogo intergeneracional

En el siglo XXI el gran desafío es ofrecer a todos una educación de calidad. Evidentemente el acceso a Internet es clave para un aprendizaje permanente y la propuesta de Ibirapitá es, en este sentido, muy oportuna y afortunada. Incluir a los adultos mayores es abrir nuevos caminos de entendimiento y de reciprocidad al incorporar una enorme capacidad cognitiva y emocional en la sociedad del conocimiento. Los adultos mayores pueden aportar mucho a los más jóvenes y viceversa. La abuela que les narra cuentos a sus nietos sigue siendo una tradición familiar de intercambio de experiencias y de ideas entre generaciones en un ambiente de cariño y comprensión. El nieto

que enseña a sus abuelos a usar un celular o una computadora es la novedad pedagógica del siglo. Los niños también enseñan, y lo hacen muy bien y espontáneamente (Strauss, 2005). Esta capacidad docente de los más jóvenes no ha pasado desapercibida para los psicólogos y educadores. En el Plan Ibirapitá, los más jóvenes tendrán un papel destacado en la inclusión digital de sus mayores.

La capacidad de aprender y de enseñar no se agota con el pasar de los años, y una prueba de ello es la enorme variedad de cursos de capacitación de todo tipo para personas de la tercera edad. Es más, muchas universidades prestigiosas han incorporado programas de educación para adultos mayores y maestrías o doctorados en esa especialidad (*elder education programs*). Es mejor “agregar vida a los años que años a la vida” y, ciertamente, la posibilidad de compartir un mundo digital sin fronteras es un gran aliciente para las personas que ya se han jubilado y pueden, así, no solo mantener una comunicación con amigos y familiares, dispersos tal vez pero unidos en el afecto, sino también explorar nuevos mundos, algunos insospechados, para incorporarlos a sus propias vidas y seguir creando, aprendiendo y enseñando, en comunidad.

De hecho, la capacidad de enseñar es propia de la especie humana y se despierta desde temprana edad. Nuestra especie es la del *Homo Educabilis* (Battro, 2007). Muchos son los estudios que se dedican a estudiar esta extraordinaria capacidad de transferir y conservar conocimientos de generación en generación, en suma, de crear las culturas más diversas a lo largo de la historia humana, pero solo en los últimos años se ha investigado en profundidad la capacidad que tienen los niños y jóvenes para enseñar. Esta situación es inédita. Tradicionalmente es la generación más adulta la que enseña a la más joven. Ahora el proceso educativo que va del mayor al menor se complementa con su inversa, del menor al mayor, habilidad que se ha potenciado extraordinariamente gracias a la creación y desarrollo del medio ambiente digital, una segunda naturaleza de carácter virtual que no tiene fronteras. Y siempre, como decían los antiguos,

docendo discimus (“enseñando aprendemos”), y lo hacemos en todas las edades (Battro *et al.*, 2013).

En este creciente entorno digital, Ibirapitá intenta establecer nuevos canales de diálogo, de aprendizaje y de enseñanza entre las generaciones, dentro de una familia y de toda una comunidad. En tal sentido, podemos citar el dicho: “¿Qué es la ciencia? Lo que el padre enseña al hijo. ¿Qué es la tecnología? Lo que el hijo enseña al padre”. He aquí una formulación propia de la era digital en que vivimos, donde los niños evidencian una capacidad notable para apropiarse de las tecnologías informáticas y comunicacionales, mientras que muchos adultos mayores se ven excluidos del entorno digital por diferentes razones. Ibirapitá se propone eliminar esta injusta brecha digital. Por una parte, muchos adultos mayores poseen habilidades y conocimientos de enorme valor que pueden transmitir a los más jóvenes; por otra, muchos jóvenes están preparados para capacitar a los mayores en las más variadas aplicaciones del entorno digital. Ibirapitá es, sin duda, una propuesta generosa y oportuna para establecer un fecundo ciclo solidario entre generaciones y una sociedad más justa y pacífica.

La pirámide poblacional se transforma

Ibirapitá es una respuesta constructiva al *envejecimiento poblacional*, puesto que brinda nuevas actividades y oportunidades a las personas mayores, en especial a las de escasos recursos económicos y culturales. Según el Banco Mundial, en 2020 habrá más de mil millones de personas mayores de 65 años (los llamados 65+). Este impresionante cambio cuantitativo en la distribución de las edades en la población mundial tendrá un enorme impacto en la humanidad y exigirá profundas transformaciones de todo tipo. En particular, ya estamos asistiendo a un cambio cualitativo de significativa importancia: hoy, en algunos países desarrollados, los adultos mayores de 75 años muestran un nivel más elevado de bienestar y de aprovechamiento de sus funciones cognitivas que aquellos de la misma edad hace veinte años. Como dicen algunos expertos: *old age is getting younger!* (“¡la vejez es cada vez más joven!”); un dato más a favor de

Ibirapitá y de los programas que capacitan a los adultos mayores en el buen uso de las nuevas tecnologías digitales, instrumentos que ofrecen mil oportunidades para seguir activos a cualquier edad.

La brecha digital en la tercera edad

Estamos viviendo en una época apropiada para expandir estas capacidades propias de cada edad e inventar nuevos modelos educativos utilizando el mundo digital que no ofrece fronteras entre las generaciones. Lamentablemente un contexto familiar favorable no es frecuente en muchas situaciones de pobreza y marginalidad, donde las urgencias vitales y la fragilidad de las relaciones tienden a fragmentar la vida de las personas. Muchos adultos mayores están solos y aislados, hace falta un compromiso personal y social para ofrecerles una vida más digna y compartida. Aquellos que se incorporen al Plan Ibirapitá podrán encontrar un medio formidable de comunicación para establecer nuevos contactos y encarar nuevos proyectos.

Así como el Plan Ceibal hizo desaparecer la brecha digital entre los estudiantes de diferentes estratos socioeconómicos, pues todos los niños y adolescentes uruguayos que concurren a una escuela pública, primaria, secundaria y técnica (más de 700.000) han recibido en propiedad una laptop conectada a Internet, también el Plan Ibirapitá podrá eliminar esa brecha entre los ciudadanos jubilados con sus tabletas (Battro y De la Paz, 2014). El beneficio para la sociedad será considerable, como ha sucedido con el Plan Ceibal entre los más jóvenes. Ambos extremos de edad se abrazarán también en un entorno digital, que ya está instalado en el país.

En este entorno digital expandido será necesario procesar enormes cantidades de datos, *Big Data*, una tarea que requiere avanzada tecnología y el concurso de expertos en distintas disciplinas. En esta dirección, el Plan Ceibal ha hecho progresos significativos en la evaluación simultánea de miles de estudiantes en temas relacionados con las matemáticas, las ciencias y el lenguaje. A su vez, la Fundación Ceibal está trabajando en conjunto con otros laboratorios científi-

cos de nivel mundial en la creación de un Centro de Datos para extender los beneficios de la métrica analítica en el aprendizaje (*LA, Learning Analytic Metrics*), lo que implica un sistema de colección y gestión de datos relacionados con los medios virtuales de aprendizaje (*VLA, Virtual Learning Environments*). A tal efecto, ha organizado un encuentro internacional sobre “Nuevas métricas y enfoques para la evaluación y la innovación en el aprendizaje”.

La incorporación de métodos semejantes en el seguimiento de las actividades virtuales incorporadas a las tabletas de Ibirapitá podrá convertirse en una verdadera mina de conocimientos sobre la tercera edad (*data mining*) que es la próxima frontera a explorar.

Llama la atención, en efecto, la escasez de datos en la literatura internacional sobre el comportamiento cognitivo de los adultos mayores en el medio digital. El Plan Ibirapitá será una oportunidad para investigar el tema en gran escala y de esa manera proporcionar datos confiables a la gestión pública encargada de la salud y el bienestar de las personas mayores. Es más, el hecho de compartir el mismo ambiente digital permitirá a los niños, jóvenes y adultos mayores una interacción creciente y continuada. Nunca hasta ahora se había presentado una situación tan favorable para ampliar el horizonte de las actividades cognitivas de la tercera edad, y en este nuevo campo está casi todo por hacer.

La inteligencia digital en la tercera edad

Es evidente que todo proceso de capacitación digital con los jubilados debe comenzar con sus aplicaciones prácticas, que van desde el cuidado de la salud y de la alimentación hasta la economía familiar. Pero ya se observa que muchos pasan a explorar nuevas vías de conocimiento. En realidad, se trata de promover las habilidades aún no ejercitadas de la *inteligencia digital* que todos los seres humanos poseemos. Hasta ahora la mayor parte de los estudios sobre inteligencia digital se realizaron con niños y jóvenes (Battro y Denham, 1997, 2007). La incorporación de una generación de adultos mayores en el mundo di-

gital ofrece una oportunidad magnífica para ampliar todavía más el alcance de las capacidades digitales, y posiblemente deparará novedades y sorpresas respecto de la evolución a lo largo de la vida de la inteligencia digital.

Howard Gardner, el prestigioso psicólogo y educador de Harvard, identificó en su teoría de las inteligencias múltiples la existencia de ocho inteligencias: interpersonal, intrapersonal, musical, espacial, lógico-matemática, lingüística, corporal y naturalista. Para reconocer una inteligencia específica, Gardner (1983,1994) propone que debe satisfacer los siguientes criterios:

Puede ser perturbada por una lesión cerebral o una enfermedad genética. Por ejemplo, la inteligencia lógico-matemática está limitada en los casos de discalculia o acalculia producidos por lesiones del lóbulo parietal inferior izquierdo; la afasia es una deficiencia de la inteligencia lingüística provocada por lesiones en las áreas de Broca y Wernicke. La inteligencia digital está limitada en la trisomía 21 (Síndrome de Down) y en otras patologías.

Tiene una historia evolutiva propia. Se pueden rastrear las trazas de una inteligencia digital en las culturas previas a la era digital. Especialmente en la construcción y uso de instrumentos que se pueden activar mediante una acción del tipo todo/nada, una opción elemental de carácter binario (disparar una flecha, activar una trampa).

Está compuesta de subinteligencias. Son ellas la opción clic (sí/no) y la heurística binaria, que nos permite hacer una búsqueda en Internet, por ejemplo.

Se puede codificar en un sistema simbólico. La inteligencia digital genera sus propios códigos simbólicos entre significante y significado. Por ejemplo, los diversos lenguajes de programación.

Evoluciona del novicio hasta el experto. Todos hemos experimentado este progreso en nuestras habilidades digitales, desde nuestro primer contacto con los equipos informáticos. Muchos adultos mayores no han tenido aún esa oportunidad. Ibirapitá les permitirá despertar su propia inteligencia digital y muchos también llegarán a ser expertos.

Tiene casos excepcionales, talentos y discapacidades. La existencia de talentos digitales precoces es bien conocida. El ingreso masivo de la tercera edad permitirá reconocer también la existencia de *talentos tardíos* excepcionales. Asimismo, se descubrirán discapacidades digitales específicas producidas por el envejecimiento cognitivo.

Hay interferencias y transferencias. El ejercicio de la inteligencia digital puede interferir en el de otra inteligencia. Por ejemplo, no podemos estar conversando con fluidez mientras programamos; la inteligencia digital en ese momento *interfiere* las inteligencias lingüística e interpersonal. Por otra parte, el ejercicio de la inteligencia digital se puede *transferir* a otra, por ejemplo puede *facilitar* el desarrollo de una inteligencia-interpersonal (redes sociales).

Puede medirse. La inteligencia digital se presta a muchos tipos de mediciones, especialmente en el tema de las nuevas disciplinas de evaluación (*Learning Analytic Metrics*). Por ejemplo, el monitoreo *online* permite evaluar e incentivar su desarrollo en cada persona a lo largo de los años.

Por todo lo dicho, el Plan Ibirapitá es, indudablemente, una plataforma ideal para explorar e incentivar esta inteligencia digital, que cada día será más importante en la sociedad del conocimiento. La decisión de incluir a la tercera edad en este ejercicio es de capital importancia, puesto que el número de adultos mayores seguirá creciendo y su inclusión acrecentará el capital humano disponible en la sociedad.

Talentos y discapacidades

En todas las edades existen talentos y discapacidades. A veces ambos van juntos, el caso del físico Stephen Hawking es paradigmático, un genio de la física que sufre una esclerosis lateral amiotrófica que lo paraliza. A pesar de estos graves impedimentos, hoy, a los 74 años, sigue haciendo investigación de enorme impacto en la física, dando así un admirable ejemplo de superación y brindando nuevas esperanzas a muchos. Para Hawking la computadora es una prótesis indispensable de su cerebro privilegiado, pues le permite comunicarse a través del sintetizador

de voz de la computadora que tiene incorporada a su silla de ruedas, dado que tampoco puede hablar. Como no puede mover las manos para teclear los mensajes, lo hace a través de clics producidos por ligeros movimientos de los músculos faciales, los que son captados por sensores en sus anteojos que envían las señales a la computadora para procesarlos como textos escritos. Se puede decir que su opción permanente para comunicarse es: “to click or not to click”, una decisión binaria elemental, “la opción clic”, en la cual se apoya toda su actividad intelectual y social. Su inteligencia digital es superior. Sin un equipo informático, su vida sería muy limitada; pero felizmente la tecnología ha venido a rescatarlo del dramático encierro producido por su enfermedad, para bien de todos.

Sin llegar a este extremo excepcional, es evidente que el mundo digital se presta de manera admirable para superar obstáculos e impedimentos de toda índole en una gran variedad de discapacidades de origen mental, motor o sensorial. En la tercera edad estas patologías son frecuentes y deben ser tratadas y atendidas. Las tabletas que Ibirapitá entrega a las personas mayores se convertirán en muchos casos en prótesis digitales muy apropiadas para superar determinadas limitaciones mediante programas individualizados. Lo mismo se ha venido haciendo exitosamente en el Plan Ceibal con niños discapacitados, una experiencia que puede transferirse a los adultos con discapacidades.

En cuanto a los talentos en la tercera edad, es una realidad que debe ser tomada muy en cuenta. Existen muchas formas de talentos que se despliegan en las personas que se han jubilado y descubren en esa etapa vital nuevas formas de creatividad e inclusión social. Se podría incluso hablar de “talentos tardíos” que aparecen en la tercera edad (Galenson, 2010). El ambiente digital de Ibirapitá puede ser muy bien aprovechado en esa etapa. E insistimos: está todo por hacer en este campo que, sin lugar a dudas, se irá convirtiendo en un nuevo objetivo de la sociedad globalizada de nuestro siglo.

APÉNDICE

Datos aportados por Cristóbal Cobo, director de la Fundación Ceibal; Albana Nogueira, gerente de proyecto Ibirapitá; y Cristina Sánchez, coordinadora de formación Ibirapitá.

<http://ibirapita.org/>

<https://www.facebook.com/ProgramaIbirapita/?fref=nf>

www.fundacionceibal.edu.uy

www.ceibal.edu.uy

Cronograma de entrega de tabletas

Durante 2015 fueron entregadas 26.037 tabletas en 11 localidades: Durazno, Florida, Fray Bentos, La Paz, Maldonado, Melo, Mercedes, Minas, Treinta y Tres, San José de Mayo y Rocha. En 2016 se entregarán 100.000 tabletas, distribuidas en el interior de los departamentos mencionados en 2015 e incorporarán nuevas localidades.

Selección de jubilados

Para ser beneficiaria de Plan Ibirapitá, la persona debe ser jubilada y percibir como toda retribución jubilatoria un tope de 24.416 pesos uruguayos. Esta selección incluye grupos heterogéneos en edad, sexo y nivel socioeducativo.

Capacitación de los adultos mayores

Los talleres del Plan Ibirapitá se brindan en el mismo momento de la entrega y se convierten así en un espacio de socialización, además de un lugar de aprendizaje. En estos talleres de capacitación se fomenta el uso e incorporación de las TICs para el mejor provecho personal de los jubilados.

Se comienza con tres procesos básicos: encender, apagar y cargar la tableta; conectarla a Internet; crear una cuenta Google. Durante el resto del taller, que dura 3 horas, se exploran las categorías o “mundos” que organizan los contenidos de la tableta y se muestran sus potencialidades, tratando de buscar contenidos cercanos a los jubilados.

Se ofrece también un listado de instituciones y lu-

gares donde los jubilados puedan seguir aprendiendo fuera del taller.

Programas incorporados en las tabletas

Se organiza en cada tableta una barra de navegación y se visualizan “mundos” o categorías que organizan los contenidos que ofrece Android. A saber: Multimedia, Redes sociales, Juegos, Espectáculos, Utilidades, Trámites y Gestión, Salud y Mis Aplicaciones. Incluye además: Cámara, Radios, Diarios, Libros, Navegador y Acceso directo a Wifi.

También se incorpora una opción de mensajes para enviar noticias o información de interés para jubilados, y un conversor de modo texto a voz para sortear problemas de visión, entre otras herramientas.

La sinergia entre formadores, jubilados, atención al usuario y el departamento de dispositivos de Ceibal es un proceso en constante construcción de mejoramiento e incorporación de contenidos.

Seguimiento y evaluación

Desde el Departamento de evaluación y monitoreo de Ceibal, junto con Atención al usuario e Ibirapitá, se lleva a cabo el seguimiento de las tabletas. Actualmente se está completando una encuesta de rendimiento y uso de las tabletas con 400 beneficiarios.

Las dos principales vías de comunicación para la atención de los jubilados del Plan Ibirapitá son:

Call Center

Mesas de ayuda ubicadas en los AJUPEN (Asociaciones de Jubilados) donde se entregan las tabletas. Una vez que concluye la entrega, queda disponible un Centro de Reparación como espacio de atención in situ.

BIBLIOGRAFÍA

- BATTRO, A. M. y Denham, P. J. (1997). *La educación digital*, Buenos Aires: Emecé.
- (2007). *Hacia una inteligencia digital*, Buenos Aires: Academia Nacional de Educación.
- BATTRO, A. M. (2000). *Half a brain is enough: The story of Nico*, Cambridge: Cambridge University Press.
- (2007). “Homo educabilis: A neurocognitive approach”, en M. Sánchez Sorondo (ed.), *What is our real knowledge of the human being?* Proceedings of the Working group, 4-6 de mayo 2006. The Vatican: Pontifical Academy of Sciences. Scripta varia 109.
- BATTRO, A. M.; Dehaene, S. y Singer, W. (2012). (Eds.) *Human neuroplasticity and education*. : The Vatican Pontifical Academy of Sciences.
- BATTRO, A. M.; Calero, C. I.; Goldin, A. P.; Holper, L.; Pezzatti, L.; Shalom, D. F. y Sigman, M. (2013). “The cognitive neurosciences of the teacher-student interaction”, *Mind, Brain and Education*, 7, 3, pp. 155-181.
- BATTRO, A. M. y De la Paz, C. (2014). “Sustainable education: Uruguay’s Plan Ceibal”, en *Sustainable Humanity, Sustainable Nature: Our Responsibility*. Vatican City: Pontifical Academy of Sciences, Extra Series 41.
- GALENSON, D. (2010). *Late bloomers in the arts and sciences*. NBER, National Bureau of Economic Research. Working Paper N° 15838, marzo.
<http://www.nber.org/papers/w15838.pdf>
- GARDNER, H. (1994 [1983]). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*, México DF: Fondo de Cultura Económica.
- LEVI-MONTALCINI, R. (1998). *L'asso nella manica a brandelli*, Milán: Baldini & Castoldi.
- LINDENBERGER, U. (2014). “Human cognitive aging: Corriger la fortune?”, *Science*, 346.
- NEGROPONTE, N. (2007). “The \$ 100 laptop”, en M. Sánchez Sorondo, E. Malinvaud y P. Léna (eds.), *Globalization and Education*, Nueva York: Pontifical Academy of Sciences and of Social Sciences & Walter de Gruyter.
- STRAUSS, S. (2005). “Teaching as a natural cognitive ability: Implications for classroom practice and teacher education”, en D. Pillemer y S. White (eds.), *Developmental psychology and social change*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 368-388.

Links

- <http://www.fundacionceibal.edu.uy/es/news/1er-en-cuentro-internacional-nuevas-m-tricas-y-enfoques-para-la-evaluaci-n-y-la-innovaci-n-en-el>.
- http://medios.presidencia.gub.uy/legal/2015/resoluciones/09/mef_175.pdf
- www.mpib-berlin.mpg.de/en/research/lifespan-psychology
- “El uso de las tabletas aumenta el sentido de estar conectado. Las tabletas pueden ser un camino para mejorar la inclusión digital entre los adultos mayores.”
- www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2015.1048165
- “Los resultados no avalan la proposición de que el uso de las TICs mejora directamente la salud mental o el bienestar de los adultos mayores, pero sí puede proteger de síntomas depresivos en aquellas personas que lidian con sus estados de salud, fuera de la pérdida de actividad en el funcionamiento de la vida diaria (ADL, en inglés).”
- <https://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/69/5/667.full>
- “...en particular las iPads mejoran la vida de los adultos mayores. Nuestras observaciones sugieren que el uso de las tecnologías aumentan los conocimientos, estimulan las relaciones familiares y llevan a una mayor conexión con la sociedad.”
- <http://jag.sagepub.com/content/early/2015/06/16/0733464815589985.abstract>
- “...en tanto los individuos mayores de 65 años comienzan a vivir más tiempo y a experimentar múltiples cambios de vida, existe una mayor incidencia del aislamiento social que lleva a la soledad, depresión y a una declinación de la salud.”
- <http://jag.sagepub.com/content/early/2015/06/16/0733464815589985.abstract>
- “Un acceso limitado y baja capacidad tecnológica propia son las razones claves por las cuales algunos grupos, especialmente el de los adultos mayores, han sido apartados de una verdadera inclusión en el mundo digital.”
- www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2015.1048165
- www.wds.worldbank.org/external/default/WDSTContentServer/WDSP/IB/2014/05/15/000333037_20140515110828/Rendered/PDF/880550WP0P13310o0vi-en0solos0FINAL.pdf



CAPÍTULO 3

ACCESO, CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD

Desde el paradigma del desarrollo humano y desde la Organización Mundial de la Salud, la definición de *salud* no se restringe a la mera ausencia de enfermedad, sino que se entiende en sentido amplio como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social de los individuos en un contexto dado (OMS, 1948, 1986; OPS, 1996). Como hemos sostenido en estudios anteriores (ODSA-UCA, 2013a y 2014), el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las que todos puedan vivir del modo más saludable posible, independientemente de que existan conductas personales que favorezcan una mejor condición en tal sentido.

Acerca de la salud de las personas mayores, debe considerarse que las enfermedades en la vejez difieren bastante en sus manifestaciones respecto del resto de la población; porque a una edad avanzada el organismo no responde de igual forma que en la juventud, ya que el envejecimiento implica el declive, asociado a la edad, de la capacidad de un órgano o sistema somático para adaptarse al medio. En este marco, la salud se ha convertido en una de las crecientes preocupaciones asociadas a la población mayor. Esto es así porque a medida que el proceso de envejecimiento se va desarrollando, se incrementan las probabilidades de padecer alguna enfermedad, lo que puede afectar la capacidad funcional, disminuyendo en consecuencia el nivel de

autonomía e independencia. De allí que, para maximizar el período de vida con salud e independencia en la vejez, deba tenerse en cuenta el concepto de autovalidez entendido como la capacidad de realizar de forma autónoma las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, para lo cual mantener las mejores condiciones de salud posibles resulta un objetivo central (ODSA-UCA, 2015a: 91).

Por otra parte, el concepto de salud en adultos mayores implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social (Gallegos Carrillo *et al.*, 2006: 793). No cabe duda de que la salud de los individuos, inseparable de su propia percepción, constituye un factor determinante para la calidad de vida. Según el Observatorio Social de las Personas Mayores, la percepción de la salud empeora conforme aumenta la edad, y simultáneamente la aparición de dolencias se relaciona con la facilidad o dificultad para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (OSPM, 2014: 64).

Así pues, en el presente informe, la primera dimensión para el análisis de las condiciones de salud de las personas mayores está dada por el estado de salud, con énfasis en el estado psicofísico y entendido aquél como un constructo complejo que, además de los criterios de

salud objetiva, incorpora los aspectos perceptuales de la propia capacidad de desenvolverse adecuadamente en la vida cotidiana. Se suma aquí un aspecto particular poco investigado pero muy relevante en el estado de salud: el adecuado descanso, por cuanto es sabido que los problemas en los trastornos del sueño afectan particularmente a la población adulta mayor debido a los cambios físicos y psicosociales por los que se atraviesa en esta etapa de la vida.

La segunda dimensión de análisis se vincula con la prevención y detección precoz de enfermedades. En este sentido, la atención de la salud, efectivizada en la visita a un profesional médico, sea por control, prevención o tratamiento, es un indicador de cuidado sobre la propia salud; esperándose que la población adulta mayor se cuide más y, en consecuencia, realice más consultas médicas que el resto de la población, teniendo en cuenta el devenir del proceso natural de envejecimiento antes mencionado (ODSA-UCA, 2015a). En función de analizar de manera más global el estado de salud, así como el acceso y la calidad de la atención recibida, adquiere relevancia en este apartado la propia percepción que las personas mayores tienen acerca de su satisfacción en lo que respecta a las distintas necesidades referidas a la atención de la salud.

La tercera dimensión se refiere a la calidad de atención recibida, aproximada a través de indicadores como la demora en la obtención de un turno, la demora en la atención efectiva en el consultorio, y la evaluación subjetiva sobre la calidad de la atención recibida.

Partiendo de estas premisas, en el presente capítulo se exponen resultados de las tres dimensiones relativas a las condiciones de salud.

3.1 EL ESTADO DE SALUD

El estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida, siendo un constructo complejo en el que influyen diversos factores, entre ellos el padecimiento de alguna enfermedad que conduce a una limitación para realizar actividades o comportamientos habituales. Ello repercute en la per-

cepción del propio estado de salud (Azpiazu Garrido *et al.*, 2002: 684), por lo cual es importante contemplar que el estado de salud percibido no se corresponde exactamente con criterios de salud objetiva.

El estado de salud durante la vejez parece relacionarse más directamente con un sistema de creencias por el cual tener una salud suficiente para desenvolverse adecuadamente en la vida cotidiana sería decisivo en una autovaloración buena de la salud, sin menosprecio del deterioro que puedan producir ciertas enfermedades comunes en tal etapa (Mendoza Sierra, 2004). Asimismo, la valoración del estado de salud indica no sólo las diversas formas de percibir la salud, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen; siendo la autopercepción del estado de salud un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital; en la medida que los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que aquellos que tienen percepciones más positivas (Abellán, 2003).

Por otra parte, y cómo se ha señalado más arriba, se parte de la premisa que considera los trastornos del sueño como indicadores de alteraciones en el estado de salud psicofísico de las personas mayores y, por tanto, merecen un análisis particular.

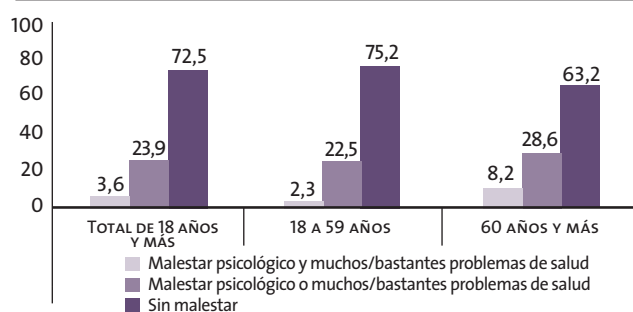
3.1.1 PERCEPCIÓN DEL ESTADO PSICOFÍSICO

En nuestro estudio anterior (ODSA-UCA, 2015a) se presentaron los resultados respecto de las creencias que cada uno tiene sobre su situación frente a la salud-enfermedad, incluyendo tanto aspectos físicos como psicológicos. Allí se ha señalado la existencia de una gran heterogeneidad de respuestas sobre las situaciones de salud, desde quienes sostienen que no tienen problemas de salud hasta quienes declaran que padecen alguna enfermedad crónica o grave. También se ha presentado información acerca de su relación con factores como la edad, el sexo, el grado de instrucción, el nivel socioeconómico y el tipo de hogar. De este modo se ha advertido que, entre las personas mayores, la percepción de una salud comprometida (es

PERCEPCIÓN DEL ESTADO PSICOFÍSICO SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 3.1.1.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

decir, con bastantes problemas de salud o con el padecimiento de alguna enfermedad crónica o grave) es más frecuente entre las que han tenido menos oportunidades de instruirse (secundario incompleto como máximo) y entre las pertenecientes al estrato socioeconómico más bajo. Asimismo, se ha señalado que las personas mayores tienen su salud más comprometida que la población de 18 a 59 años, pero que en materia de malestar psicológico las diferencias entre ambos grupos de edad no son significativas.

El malestar psicológico es un indicador primordial a la hora de estudiar el estado de salud psicofísico de las personas mayores, pues hace referencia a las capacidades emocionales a través de la sintomatología ansiosa y depresiva, la cual dificulta las respuestas a las demandas ordinarias de la vida cotidiana así como la posibilidad de desenvolverse socialmente y de tener relaciones con los otros.

El estudio que el lector tiene en sus manos introduce una nueva variable denominada *estado psicofísico*, construida a partir de las dos utilizadas anteriormente: el estado de salud percibido y el malestar psicológico. Esta nueva variable reconoce tres categorías para las personas mayores: a) las que tienen déficit de estado de salud pero además con malestar psicológico, b) las que tienen déficit de estado de salud pero no malestar psicológico o no tienen déficit de estado de salud pero sí malestar psicológico, es decir, valores críticos en una

de las dimensiones pero no en la otra, c) las que no tienen valores críticos en ninguna de las dos dimensiones, es decir que son personas mayores sin problemas de salud o con algunos pocos (siempre según la auto-percepción) y además no tienen malestar psicológico.

Según esta nueva variable, el 36,8% de las personas mayores se ubica en las categorías a) o b), es decir, presenta déficits en el estado psicofísico. Su condición es más crítica que la registrada en las personas de 18 a 59 años de edad (24,8%), especialmente porque las personas mayores en la categoría a) (valores críticos en ambas dimensiones) cuadruplican a las más jóvenes (ver Figura 3.1.1.A).

No hay desigualdades significativas entre los dos grupos de edad (hasta 74 años y desde 75 años). Si las hay, en cambio, cuando se confrontan mujeres y varones: las personas mayores de sexo femenino perciben con más intensidad el déficit en su estado psicofísico que las de sexo masculino. Concretamente, el 9,3% de las mujeres mayores muestra valores críticos en ambas dimensiones –estado de salud percibido y malestar psicológico–, mientras que hace lo propio sólo el 6,4% de los varones. Además, el 31,3% de las mujeres se ve afectada por alguna de las dos dimensiones, frente al 24,7% de los varones (ver Figura 3.1.1.B).

Los factores que expresan la estratificación social pesan mucho a la hora de comprender el estado psicofísico de las personas mayores. Su déficit es bastante más frecuente (41,4%) entre quienes tuvieron menos oportunidades educativas (hasta secundario incompleto), especialmente porque, entre estas personas, las que manifiestan déficits en ambas dimensiones (estado de salud percibido y malestar psicológico) duplican a las que cuentan con mejores niveles de instrucción. La mera condición de haber podido estudiar más, con todo lo que ello significa, implica disminuir a la mitad el riesgo de percibir un estado psicofísico muy crítico (ver Figura 3.1.1.B).

La desigualdad social, que se aprecia patentemente según el nivel educativo alcanzado por las personas mayores, aparece con toda crudeza cuando se analizan los resultados en el estado psicofísico conforme a los estratos socioeconómicos. La relación sigue una pauta

muy clara: se detecta déficit de estado psicofísico (estado de salud percibido y malestar psicológico) en el 19,6% de las personas mayores del estrato medio alto, mientras que casi la mitad de las personas mayores del estrato muy bajo manifiestan dicho déficit. En la categoría extrema del estado psicofísico –tanto percepción de problemas de salud como malestar psicológico– las diferencias son abismales: la proporción es de 1 a 10 entre los estratos medio alto y muy bajo. Esto significa que existen diez veces más probabilidades de tener un estado psicofísico muy crítico entre las personas mayores del estrato muy bajo (ver Figura 3.1.1.B).

Previsiblemente, el estado de salud objetivo, es decir el diagnóstico efectivo sobre alguna enfermedad, incide sobre la propia percepción de salud. En la EDSA se incluye una pregunta que indaga si alguna vez un profesional de la salud le dijo que padecía alguna de las siguientes enfermedades: a) presión alta/hipertensión arterial; b) angina de pecho, enfermedad coronaria, ataque cardíaco, infarto de miocardio; c) accidente cerebrovascular (ACV, infarto cerebral, derrame cerebral, apoplejía); d) cáncer (cualquier tipo, “tumor malo” o “tumor maligno”); e) EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), asma, enfisema o bronquitis crónica; f) diabetes; g) enfermedades reumáticas: artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia; y h) (en los últimos doce meses) confusión o pérdida de la memoria con más frecuencia o ha empeorado (se excluyen olvidos

ocasionales). Con ello se construyó una variable dicotómica como *proxy* de enfermedad objetiva.¹¹ Seguidamente abordaremos su relación con el estado psicofísico.

Prácticamente, 1 de cada 2 personas mayores (45,6%) que padece al menos una de las enfermedades apuntadas expresa déficit en su estado psicofísico. En cambio, entre los que no han tenido ninguna de esas enfermedades, tal déficit disminuye a un tercio (15,3%) (ver Figura 3.1.1.C).

Los distintos tipos de cobertura de salud a los que acceden las personas mayores¹² dan cuenta de un gradiente que va desde un mayor grado de cobertura por el sistema de seguridad social hasta una menor cobertura, donde queda al resguardo del sistema público de salud. Nos preguntamos entonces en qué medida el tipo de cobertura incide en el malestar psicofísico de las personas mayores.

Al respecto, quienes no poseen cobertura manifiestan tener un malestar psicofísico alto o medio en el 52,4% de los casos, presentando ambos déficits (percepción de problemas de salud y malestar psicológico)

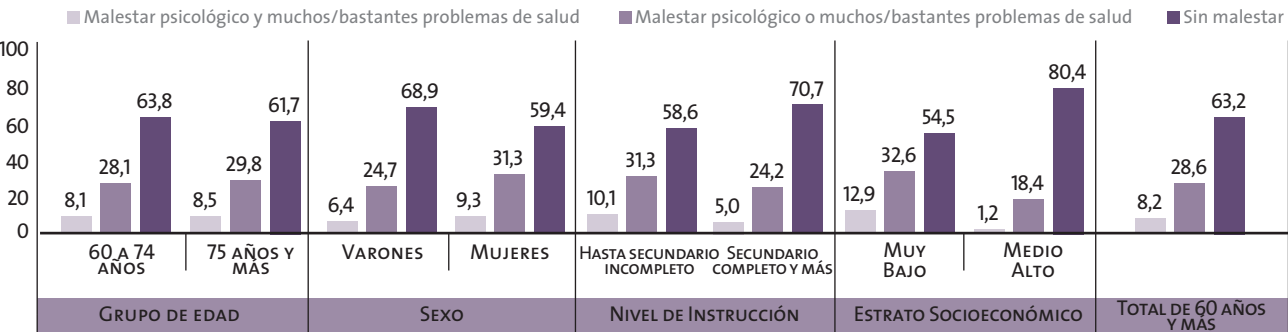
11 El resultado general es que el 36,8% de las personas mayores declara haber sido diagnosticado en algún momento en por lo menos una de estas enfermedades.

12 Entre las distintas opciones se registran: obra social o mutual; sistema de salud privado prepago; PAMI; y no poseer ninguna cobertura de salud, remitiendo al hospital público, a salas públicas de atención de salud y/o a médicos particulares.

PERCEPCIÓN DEL ESTADO PSICOFÍSICO SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 3.1.1.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

o al menos uno de ellos; una proporción bastante superior a la esgrimida por quienes poseen cobertura de PAMI (40,7%) y quienes están cubiertos mediante obra social o mutual (31,4%). Si bien se observa un gradiente descendiente asociado a la cobertura de salud, es importante destacar que, de todas formas, 1 de cada 3 personas mayores declara tener malestar psicofísico, independientemente de su cobertura (ver Figura 3.1.1.C).

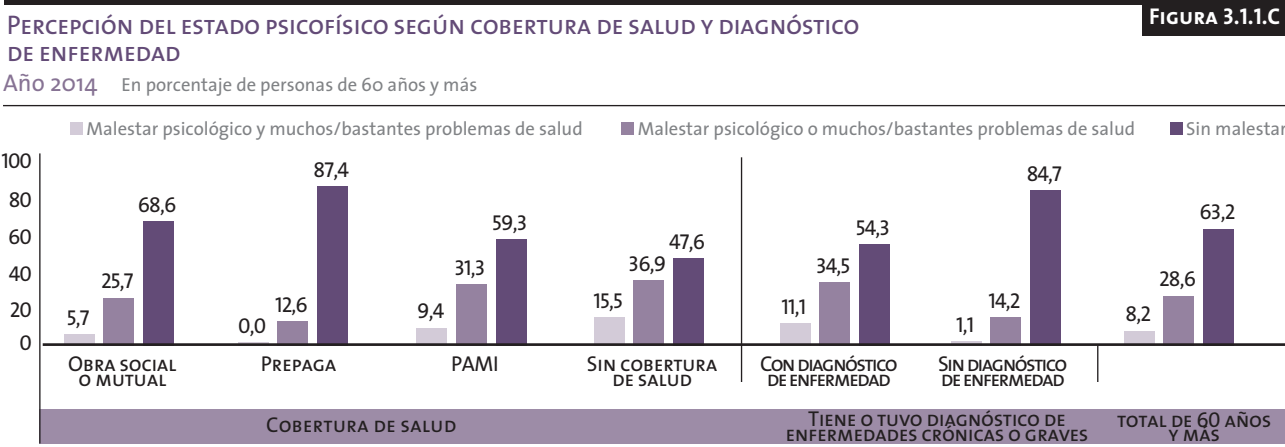
3.1.2 LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Incluyendo los problemas en el sueño y el dormir dentro de los cambios físicos propios del envejecimiento, tanto K. Schaie y S. Willis (2003) como C. Triadó (2007) señalan que las personas mayores suelen quejarse a menudo de problemas en el sueño y que las principales quejas son: tener dificultades para dormir, despertarse a menudo durante la noche y pensar que su sueño es pobre. También refieren que este tipo de problemas no sólo se manifiesta en edades avanzadas y que pueden verse provocados o agudizados por factores como el estrés, la ansiedad o los malos hábitos de sueño.

F. Rebok *et al.* (2014), para quienes el sueño es el proceso fisiológico vital a través del cual el organismo logra su restauración, homeostasis, termorregulación

y conservación de la energía, advierten que en la población en general, y en particular en los adultos mayores de 65 años, son muy frecuentes las alteraciones de dicho proceso fisiológico. Aunque la edad influye sobre el sueño afectando tanto la duración total como su arquitectura, estos autores sostienen que los cambios en los patrones del sueño con la vejez no son necesariamente provocados por el efecto de la edad *per se*, pues estudios realizados en ancianos sanos han demostrado que no presentan mayores alteraciones en el sueño en comparación con el resto de los adultos. En consecuencia, concluyen, los trastornos del sueño en esta población se deben a que, con el correr de los años, aumenta la prevalencia de depresión, discapacidades físicas, enfermedades clínicas concomitantes y problemas familiares, ambientales y sociales, siendo estos los que generan los trastornos del sueño y no el efecto de la edad.

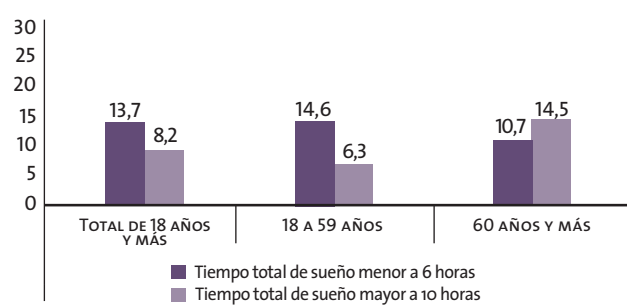
Otro antecedente valioso en este campo es el trabajo de A. Samuel Durán *et al.* (2014), focalizado en la asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en las personas mayores. Allí se señala que entre los problemas relacionados con el sueño en este grupo etario se destacan tres factores: el mayor tiempo para quedarse dormido, la dificultad en el mantenimiento ininterrumpido del sueño y la disminución de la eficiencia del sueño. En este marco, diversos estudios sostienen que la cantidad y calidad de sueño nocturno están di-



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

TIEMPO TOTAL DE SUEÑO MENOR A 6 HORAS Y MAYOR A 10 HORAS SEGÚN GRUPO GENERACIONAL **FIGURA 3.1.2.A.1**

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

rectamente relacionadas con la calidad de vida, entre otros factores. El principal hallazgo del estudio de Samuel Durán es que el grupo de adultos mayores chilenos que reporta dormir entre 7 y 8,5 horas presenta mejores puntajes de calidad de vida, autorrealización, responsabilidad en salud, ejercicio, apoyo interpersonal y manejo del estrés.

No solamente entre las personas mayores sino en toda la población existe una estrecha relación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica. Así, en el trabajo de E. Miró *et al.* (2005) se revisan algunas de las principales líneas de investigación que abordan las relaciones entre el sueño y la calidad de vida. Las investigaciones actuales muestran cada vez con mayor fuerza empírica la existencia de una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona.

La EDSA incluye una sección especial destinada a medir los hábitos de sueño a partir de varias preguntas que indagan: a) la hora en que habitualmente se acuesta para dormir por la noche; b) cuánto tiempo tarda habitualmente en quedarse dormido luego de apagar la luz; c) la hora en que habitualmente se despierta para comenzar la jornada por la mañana; d) el tiempo que realmente cree que duerme por la noche en forma habitual; e) el tiempo que duerme siesta durante el día; f) el tiempo que le gustaría dormir en total (por la noche y en las siestas) si pudiese elegir; y g)

cómo calificaría su calidad de sueño. Tal como se aclara en ODSA-UCA (2013a), se trata de una adaptación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.

¿Cuántas horas duermen las personas mayores?

Con esta información se construye una variable denominada *Tiempo Total de Sueño*, definida como el tiempo en la cama (menos) el tiempo que tarda en quedarse dormido (más) el tiempo de siesta. Las tres categorías utilizadas son: a) menos de 6 horas, b) entre 6 y 10 horas, c) más de 10 horas. El resultado es que el déficit de sueño (tiempo total de sueño menor de 6 horas) alcanza al 10,7% de las personas mayores, un porcentaje bastante menor que el encontrado en la población de 18 a 59 años (14,6%). La diferencia es más significativa aun respecto de “dormir mucho” (más de 10 horas), puesto que lo hace el 14,5% de las personas mayores, frente al 6,3% de la población cuya edad oscila entre los 18 y 59 años (ver Figura 3.1.2.A1).

Según Rebok *et al.* (2014), durante muchos años se consideró que la cantidad necesaria de horas de sueño diarias disminuía con la edad; sin embargo, estudios en adultos mayores han demostrado que en promedio estos necesitan 7 horas de sueño, cantidad equivalente a las horas de sueño necesarias en individuos jóvenes. Pese a ello, estudios epidemiológicos evidencian que aproximadamente el 50% de los adultos mayores tiene quejas acerca de perturbaciones significativas en el sueño. Una posible explicación sugerida en ese trabajo está dada por investigaciones que han descubierto que si bien las horas necesarias de sueño pueden no modificarse con la edad, la capacidad de obtener un sueño reparador sí declina a medida que se envejece. Serían entonces múltiples las causas que pueden explicar tales perturbaciones, entre ellas la presencia de enfermedades físicas y/o psiquiátricas, los cambios propios del ciclo vital (jubilación, pérdida de contactos sociales, etc.), los cambios ambientales y la polifarmacia. Por todo ello, los autores señalan que las dificultades en el sueño parecen deberse más a los factores relacionados con la vejez que al efecto de la edad *per se*.

Dentro de la población de personas mayores, no hay diferencias según la edad en lo que hace a “dormir poco”, pero sí en lo concerniente a “dormir mucho”:

esto ocurre mucho más frecuentemente –el doble– entre las personas de 75 años y más. No se detectan diferencias significativas al respecto entre mujeres y varones mayores (Ver Figura 3.1.2.B1).

Los factores que expresan la estratificación social sí tienen relación con el tiempo total de sueño. En efecto, entre las personas mayores que cuentan con más credenciales educativas se observa el doble de déficit de sueño que entre las de menor instrucción, pero especialmente se registran muchas menos situaciones de “dormir mucho”. Esta pauta se hace más evidente cuando se analizan los resultados sobre el tiempo total de sueño según los estratos socioeconómicos. Respecto de “dormir poco” (menos de 6 horas), es más frecuente entre las personas mayores del estrato medio alto que entre las del estrato muy bajo. La situación de “dormir mucho”, en cambio, es más habitual en las personas mayores del estrato muy bajo (18,8%) que en las del medio alto (7%). Estamos señalando los diferenciales; igualmente, no debe soslayarse que 3 de cada 4 personas mayores registran un tiempo total de sueño oscilante entre 6 y 10 horas (ver Figura 3.1.2.B1).

En línea con los resultados encontrados en el análisis por estrato y por nivel educativo, la relación entre el tiempo total de sueño y la cobertura de salud evidencia que “dormir mucho” es más frecuente en las personas mayores que cuentan con cobertura de PAMI, mientras que “dormir poco” lo es entre las que

tienen mutual o prepaga (ver Figura 3.1.2.C1).

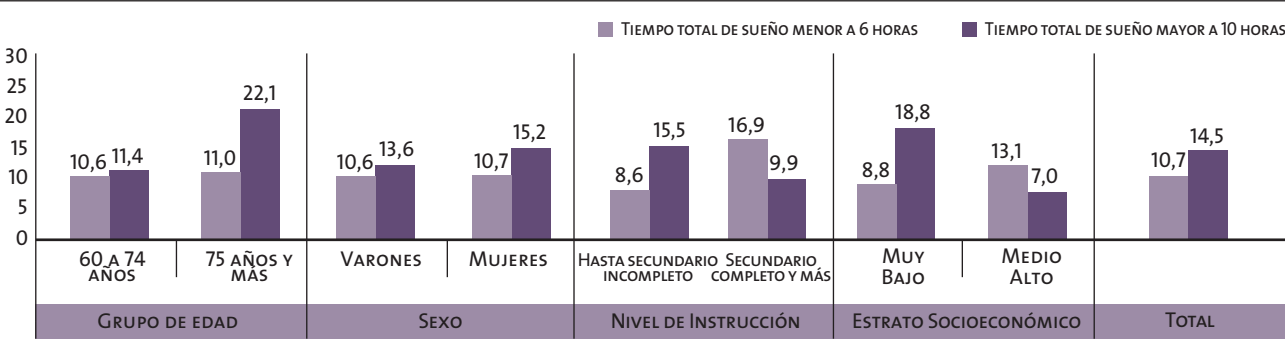
¿Con qué otras condiciones de salud está asociado el hecho de “dormir poco”? Parece no estarlo ni con el malestar psicológico ni con el estado de salud percibido. Sin embargo, “dormir mucho” aparece más asiduamente entre quienes padecen de malestar psicológico: el 20,1% de las personas mayores con dicho malestar registran un tiempo de sueño superior a 10 horas, en contraposición al 12,8% de las que declaran no sufrir malestar psicológico (ver Figura 3.1.2.C1).

Cuando se confronta el tiempo total de sueño con el estado de salud percibido, se deduce que el 15,4% del total de personas mayores que duermen más de 10 horas declara tener muchos problemas de salud, frente al 9% que manifiesta no padecerlos. Al analizar la población mayor que duerme menos de 6 horas, en cambio, no se advierten diferencias entre quienes tienen y no tienen problemas de salud (ver Figura 3.1.2.C1).

En definitiva, en términos de hábitos relacionados con el tiempo total dedicado al sueño, sea insuficiente o excesivo, se puede afirmar que son las personas de 75 o más años las que presentan dificultades en mayor medida, no habiendo diferencias sustanciales por sexo. Y en conclusión, que los factores inherentes a la estratificación social son los que explican las variaciones en los tiempos totales de sueño. Puntualmente, en com-

TIEMPO TOTAL DE SUEÑO MENOR A 6 HORAS Y MAYOR A 10 HORAS SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO
Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

FIGURA 3.1.2.B.1



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

paración con las personas mayores que han tenido escasas oportunidades educativas y las que ocupan la parte inferior de la escala social, las que poseen más credenciales educativas y las que pertenecen a los estratos más altos presentan las condiciones más óptimas del dormir, esto es, menos situaciones de déficit y/o de exceso y mejores hábitos del sueño.

¿Es buena la calidad de su sueño?

La pregunta que indaga cómo calificarían las personas mayores la calidad de su sueño durante el último mes, lo hace mediante cuatro categorías de respuesta: a) muy buena, b) bastante buena, c) bastante mala, d) muy mala. Con el propósito de medir déficits en materia de calidad del sueño, se agruparon las dos últimas categorías. La calidad del sueño resulta bastante mala o muy mala para el 14,7% de las personas mayores, cifra no muy distinta a la registrada por el grupo de 18 a 59 años (16,6%); lo cual permite dudar de la frecuente aseveración bibliográfica que sostiene que la calidad del sueño disminuye conforme asciende la edad. No obstante, tampoco puede aseverarse que los umbrales de calidad del sueño sean los mismos en uno y otro grupo etario (Ver Figura 3.1.2.A2).

El cotejo entre el grupo de 60 a 74 años (16,1%) y el de 75 años y más (11,4%) permite deducir que cuanto más edad tiene la persona, mejor es la calidad de su sueño. Ello tal vez se explique por la can-

tidad de cambios que sobrevienen a los “sesenta y pico”, producto del retiro de la condición laboral (tanto para el que trabajaba como para quienes conviven con el reciente jubilado), el hecho de devenir abuelos, entre otras circunstancias, y por las crisis que acompañan estos cambios. También se observa una tendencia más marcada al déficit de calidad de sueño en las mujeres (16,9%) con respecto a los varones (11,7%) (ver Figura 3.1.2.B2).

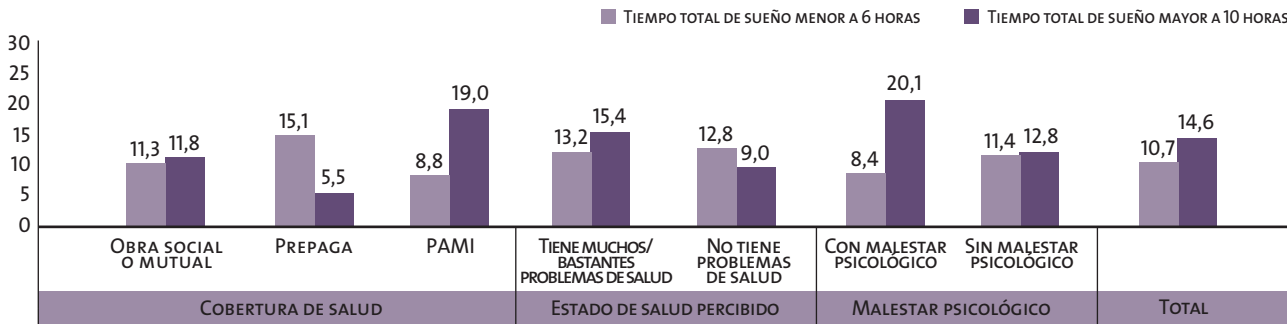
Aunque la buena calidad del sueño es predominante, los déficits se relacionan con los factores que expresan la estratificación social. Por ejemplo, se encuentra menos déficit en los individuos mayores con mejor nivel de instrucción (11,5%) que en aquellos que no han finalizado el nivel secundario. Pero es en el parangón entre estratos socioeconómicos donde las diferencias de calidad de sueño son más visibles. Así, el déficit hallado entre las personas del estrato muy bajo (19,6%) casi duplica al hallado en las del estrato medio alto (10,2%). En suma, a la posición inferior en la estratificación social le corresponde una menor calidad del sueño (ver Figura 3.1.2.B2).

Puesto que el tipo de cobertura médica también expresa la posición en la escala social, frente a las personas mayores que tienen acceso a prepagas o planes privados, es lógico que el déficit en calidad del sueño sea más asiduo entre quienes no tienen cobertura mé-

TIEMPO TOTAL DE SUEÑO MENOR A 6 HORAS Y MAYOR A 10 HORAS SEGÚN COBERTURA DE SALUD, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y MALESTAR PSICOLÓGICO

FIGURA 3.1.2.C.1

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

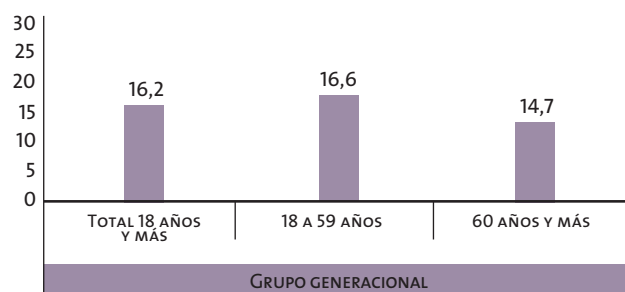


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

MALA CALIDAD DEL SUEÑO SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 3.1.2.A2

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

dica y se atienden en establecimientos (hospitales o salas) de la salud pública (20,1%) y entre los de PAMI (16,8%) (ver Figura 3.1.2.C2).

¿Hay relación entre la calidad del sueño y el estado de salud? La respuesta es afirmativa cuando se analizan los resultados respecto del estado de salud percibido. Precisamente, las personas mayores cuya salud está muy comprometida (tienen bastantes problemas de salud o padecen alguna enfermedad crónica o grave) registran más déficit en calidad del sueño (23,2%) que quienes declaran tener “algunos pocos problemas de salud” (13,8%), en total 47%; y deja de ser significativa la relación para quienes se

perciben a sí mismos como sin problemas de salud (8,6%). Esto no invalida que para 3 de cada 4 personas mayores con su salud muy comprometida la calidad de su sueño no sea un problema (ver Figura 3.1.2.C2).

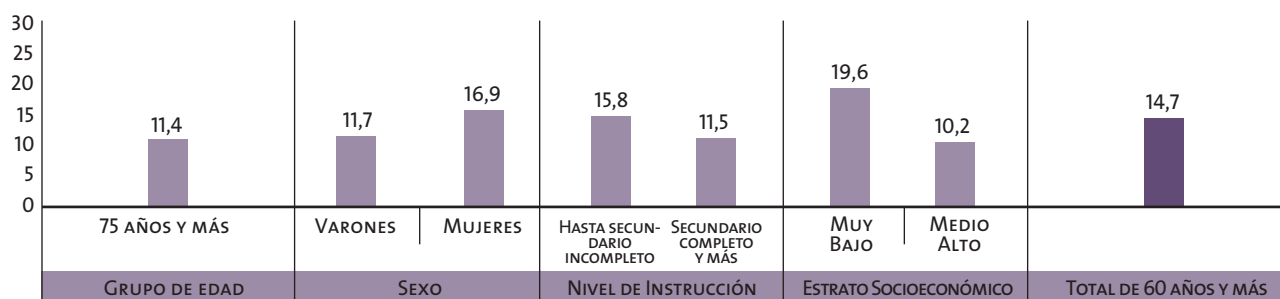
Conviene recordar aquí que el malestar psicológico expresa situaciones como sentirse frecuentemente “cansado sin motivo”, “nervioso”, “tan nervioso que nada podía calmarlo”, “desesperanzado”, “inquieto o impaciente”, “tan inquieto que no podía quedarse sentado”, “deprimido”, “que todo le costaba mucho esfuerzo”, “con tanta tristeza que nada podía alegrarlo” e “inútil, poco valioso”. Así definido, el déficit en la calidad del sueño de las personas mayores con malestar psicológico casi triplica (28%) el valor registrado por las que no padecen tal malestar (10,7%) (ver Figura 3.1.2.C2).

En síntesis, los perfiles de personas mayores que muestran los déficits más altos de calidad del sueño son, en primer lugar, los que manifiestan tener malestar psicológico (28%), y en segundo lugar, quienes refieren tener su salud muy comprometida (23,2%). Asimismo, las condiciones que más protegen contra una mala calidad del sueño son: tener acceso a una cobertura médica de tipo privado (7,8%), no tener problemas de salud (8,6%), pertenecer al estrato socioeconómico medio alto (10,2%) y no tener malestar psicológico (10,7%).

MALA CALIDAD DEL SUEÑO SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 3.1.2.B2

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

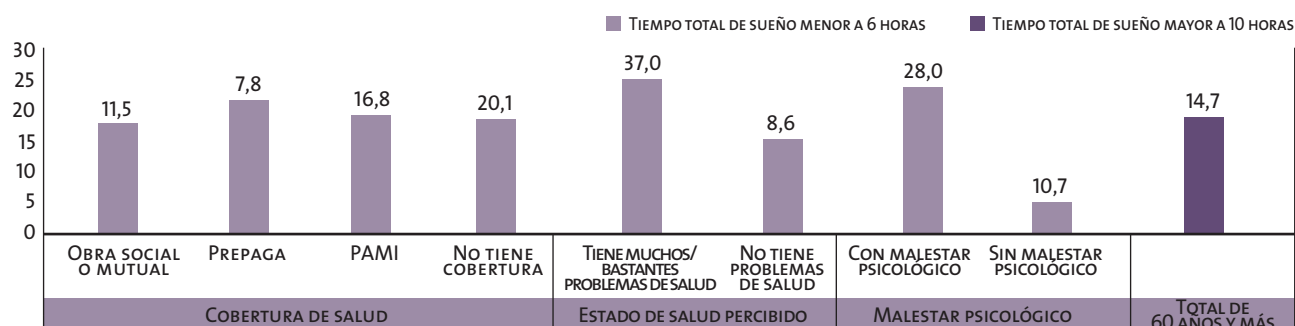


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

MALA CALIDAD DEL SUEÑO SEGÚN COBERTURA DE SALUD, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y MALESTAR PSICOLÓGICO

FIGURA 3.1.2.C.2

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

¿Problemas para permanecer despiertos durante el día?

La somnolencia diurna, es decir la presencia de letargo o sueño una o más veces a la semana en el transcurso del día, afecta a 1 de cada 5 personas mayores (19,4%), pero no es privativa de este grupo poblacional, pues lo mismo ocurre entre las personas que tienen entre 18 y 59 años (ver Figura 3.1.2.A3).

La somnolencia diurna tampoco aumenta significativamente con la mayor edad: en el grupo de 75 años y más, el 21% declara padecerla; también 1 de cada 5 personas mayores. Y no se advierten brechas entre mujeres y varones (ver Figura 3.1.2.B3).

Las diferencias se observan, sin embargo, en el examen de factores inherentes a la estratificación social: es bastante más elevado su índice entre quienes no finalizaron el nivel secundario (25,6% de las personas mayores); pero especialmente se aprecian en el cotejo de estratos socioeconómicos: la somnolencia diurna entre las personas mayores del estrato muy bajo (24,6%) cuadruplica la encontrada en el estrato medio alto (6,3%). Es decir que cuanto más se descende en la escala social, más aumenta este síntoma. La diferencia entre el estrato medio bajo y el medio alto es realmente significativa (ver Figura 3.1.2.B3).

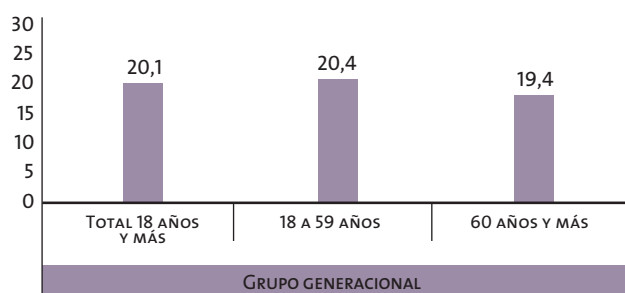
En la medida que la cobertura médica se asocia con la estratificación social, también exhibe variaciones en cuanto a la somnolencia diurna: sólo la sufre el 3,7% de quienes tienen cobertura a través de medicina prepaga o planes privados, mientras que entre los beneficiarios de PAMI alcanza al 22,7% (ver Figura 3.1.2.C3).

El estado de salud de las personas mayores tiene que ver con la somnolencia diurna especialmente en el caso del malestar psicológico: la somnolencia referida entre quienes tienen malestar psicológico (35,1%) más que duplica a la referida por el resto de las personas mayores. También está relacionada con el estado de salud percibido. Así, entre las personas mayores con su salud muy comprometida, la somnolencia diurna alcanza al 43,3%, frente al 14,4% de

PRESENCIA DE SOMNOLENCIA DIURNA SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 3.1.2.A3

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más

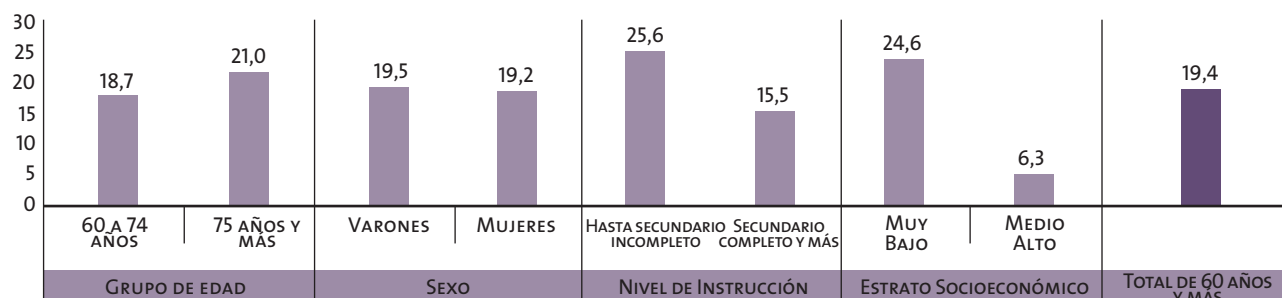


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

PRESENCIA DE SOMNOLENCIA DIURNA SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 3.1.2.B3

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

las que se perciben sin problemas de salud (ver Figura 3.1.2.C3).

En definitiva, ¿cuáles son los perfiles más asociados con la somnolencia diurna? El principal es tener malestar psicológico (35,1%), seguido por haber tenido las peores oportunidades educativas (25,6%) y por pertenecer al estrato socioeconómico muy bajo (24,6%).

De esta forma, se puede concluir que los trastornos del sueño, evidenciados en el tiempo total que le dedican, la mala calidad del sueño y la presencia de somnolencia diurna son situaciones que afectan a las personas mayores, no tanto según sus diferenciales por sexo y grupo de edad, sino conforme a aspectos

tales como el malestar psicológico, el estado de salud percibido y, en menor medida, el hecho de contar con buena cobertura de salud. Así, quienes mejores oportunidades educativas han tenido a lo largo de su vida y mejor posición detentan en la escala social manifiestan tener menos problemas vinculados con el tiempo total de sueño, la calidad del mismo y/o la presencia de somnolencia diurna.

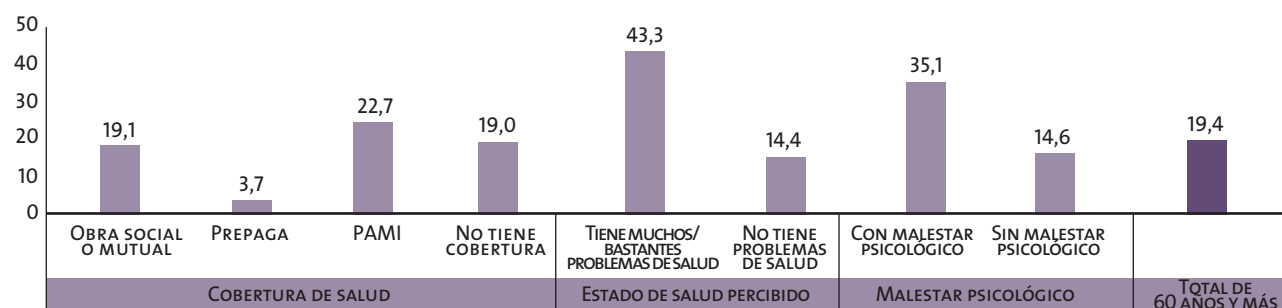
3.2 LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Este apartado indagará la atención de la salud en dos

PRESENCIA DE SOMNOLENCIA DIURNA SEGÚN COBERTURA DE SALUD, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y MALESTAR PSICOLÓGICO

FIGURA 3.1.2.C3

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

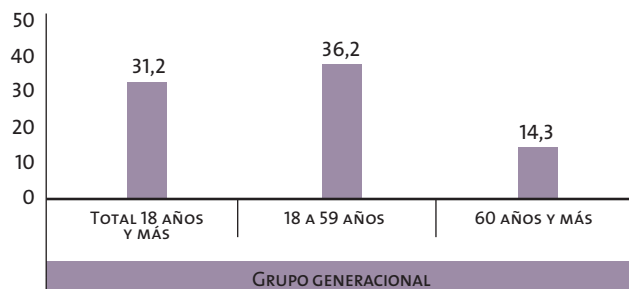


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

DÉFICIT DE CONSULTA MÉDICA SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 3.2.1.A

AÑO 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

aspectos constitutivos de la misma: en primer lugar, el déficit de consulta médica; y en segundo lugar, como un indicador perceptual y de carácter más global, la satisfacción de las necesidades de atención en salud.

3.2.1 DÉFICIT DE CONSULTA MÉDICA

Ya se ha destacado en la difusión de resultados anteriores (ODSA-UCA, 2015a) que un indicador de cuidado sobre la propia salud es la visita a un profesional médico al menos una vez por año, sea por control, prevención o tratamiento; siendo su finalidad la detección precoz de enfermedades, la evaluación de factores de riesgo, la prevención y el tratamiento y, por tanto, un consiguiente alcance de niveles de vida más satisfactorios, considerando que un examen integral e individualizado del estado de salud, para ser completo, debe incluir los aspectos físicos y psíquicos.

En este sentido, el 14,3% de las personas mayores no realizó una consulta médica en los últimos doce meses; un resultado que difiere significativamente del encontrado en la población de 18- 59 años (36,2%); lo cual confirma que con el avance de la edad hay un mayor cuidado de la salud que por supuesto incluye la consulta profesional (ver Figura 3.2.1.A).

Dentro de la población de personas mayores, la au-

sencia de consulta médica anual indica un déficit menor en el grupo etario de 75 años y más. De todas maneras, debe señalarse que son alrededor de 240.000 las personas de dicha edad que no han realizado dicha consulta: una cifra preocupante para el diseño de políticas de salud. En cambio, no se detectan diferencias significativas al respecto entre mujeres y varones mayores (ver Figura 3.2.1.B).

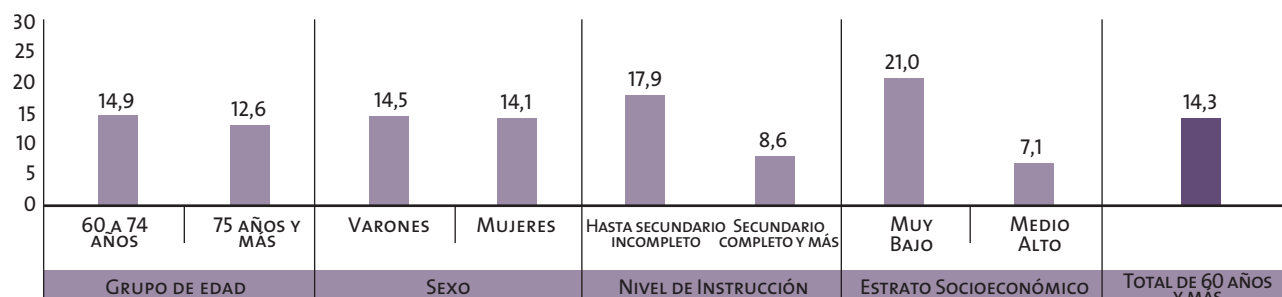
Previsiblemente, es muy amplia la brecha entre las personas de edad avanzada que tuvieron mejores oportunidades educativas (secundario completo y más) y el resto de esta población: el déficit en cuanto a consulta aumenta al doble (17,9%) entre los últimos. Este resultado sugiere que los factores que expresan la estratificación social condicionan en gran medida la realización de la consulta médica anual. Por fin, la comparación entre el estrato socioeconómico medio alto y el muy bajo señala una diferencia de 1 a 3 (7,1% versus 21,0%, respectivamente) (ver Figura 3.2.1.B).

Hasta aquí, los resultados más recientes confirman los presentados en nuestro estudio anterior (ODSA-UCA, 2015a: 100). En la presente edición se procura ver si estos resultados respecto de la realización de consulta médica se relacionan con el tipo de cobertura médica que poseen las personas mayores. Con este propósito, vale aclarar que mientras el 13,5% de las personas mayores con cobertura de PAMI y el 14,6% con cobertura de obra social o mutual no acudieron a una consulta médica durante el último año, el déficit aumenta al 24,9% de quienes no tienen cobertura médica y su único recurso es el hospital público, una sala de salud pública o un médico particular. En cambio, disminuye mucho entre quienes tienen acceso a una cobertura prepaga o a un plan privado de salud. Estos resultados indican, por un lado, que aun con coberturas como PAMI u obras sociales/mutuales hay un número importante de personas mayores (similar al promedio) que no hacen consultas médicas por lo menos una vez al año; pero también, que el déficit de consulta médica se potencia ante la falta de cobertura (ver Figura 3.2.1.C). Que los menores déficits de consulta se

DÉFICIT DE CONSULTA MÉDICA SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 3.2.1.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

presenten entre las personas mayores con prepaga o planes privados es coincidente con lo expresado más arriba respecto de una mayor tendencia a la atención de la salud entre quienes tuvieron mejores oportunidades educativas y específicamente forman parte del estrato medio alto, observándose importantes diferenciales por estratificación social en esta cuestión.

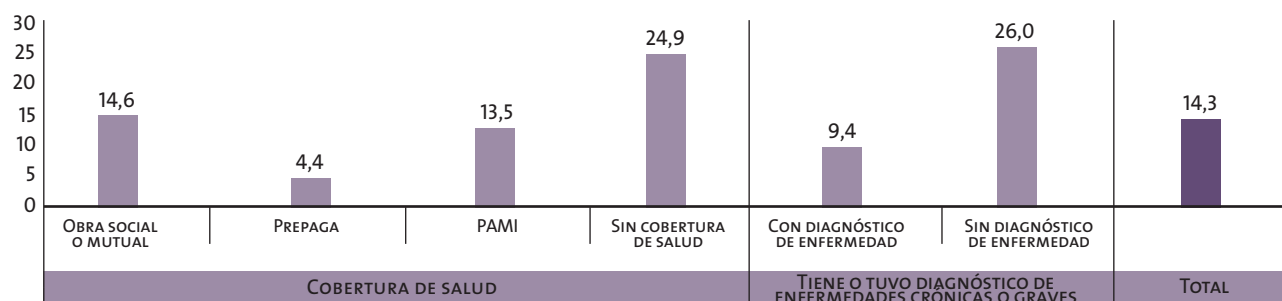
3.2.2 SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

Como ya se ha anticipado, la meta de un sistema de salud en cuanto a la salud y bienestar de las personas mayores debe dirigirse a expandir al máximo su potencial de vida, promoviendo el ejercicio de su autonomía y la mejor función física, mental y social posible. En tal sentido, se debe garantizar la atención integral a estas personas incluyendo las necesidades especiales de aquellos más vulnerables. Es con vistas a este propósito que se ha considerado el análisis del

DÉFICIT DE CONSULTA MÉDICA SEGÚN COBERTURA DE SALUD Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

FIGURA 3.2.1.C

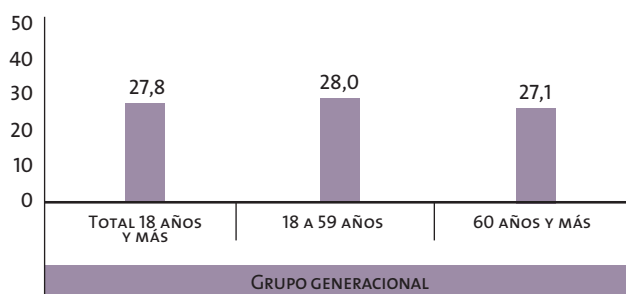
Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

DÉFICIT EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

AÑO 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

estado de salud y la calidad de atención brindada por el sistema de salud. Otro buen indicador de la deuda social con las personas mayores en esta materia es la percepción subjetiva de la satisfacción de las necesidades de atención en salud.¹³ En la medición de la EDSA 2014 se introdujo una nueva pregunta –originalmente pensada para las personas mayores pero que se aplicó al total de la población– que indaga sobre el grado de satisfacción de distintas necesidades durante los últimos seis meses. Una de ellas, la que nos interesa incluir en este capítulo, se refiere a las necesidades de atención en salud. A fin de construir un indicador de déficit se agruparon las respuestas en las categorías “poco satisfechas” y “nada satisfechas”.

El primer resultado para destacar del análisis de percepción subjetiva de la satisfacción de necesidades de atención en salud es que el 27,1% de las personas mayores considera que sus necesidades de atención están

poco o nada satisfechas. En el polo opuesto, quienes se consideran satisfechos (bastante o muy satisfechos), el 72,9% de las personas mayores, superan los resultados encontrados en Chile (64,4%). La insatisfacción hallada entre las personas mayores de la Argentina no difiere de la encontrada en la población que tiene 18-59 años de edad (28%), aunque nuestro estudio anterior (ODSA-UCA, 2015a) haya demostrado que el estado de salud percibido entre las personas mayores es más crítico que en las edades más jóvenes (ver Figura 3.2.2.A). ¿Umbrales distintos para uno y otro grupo de edad? ¿Mayor conformismo entre las personas mayores? ¿Un aumento de la presencia de PAMI en la atención de la salud? Estas preguntas surgen a partir de los valores encontrados en las respuestas de las personas mayores.

Aunque este capítulo se enfoque en el análisis de las condiciones de salud de personas mayores, es interesante comparar la insatisfacción respecto de las necesidades de atención en el campo de la salud con las otras necesidades enumeradas. Claramente, la insatisfacción de las necesidades de atención en salud es mucho menor que la hallada para las necesidades económicas (45,6%) y de recreación (32,6%). Pero si bien ambas esferas generan más insatisfacción que la atención en salud, la observada respecto de las necesidades de alimentación (17,9%), vivienda (15,7%) y afecto y cariño (14,3%) es mucho menor. También en el estudio de Chile estas tres últimas esferas son fuentes de insatisfacción más débil, y al igual que en la Argentina, las necesidades económicas y las de recreación son las principales fuentes de insatisfacción. En ambos países la atención de la salud está en una posición intermedia.

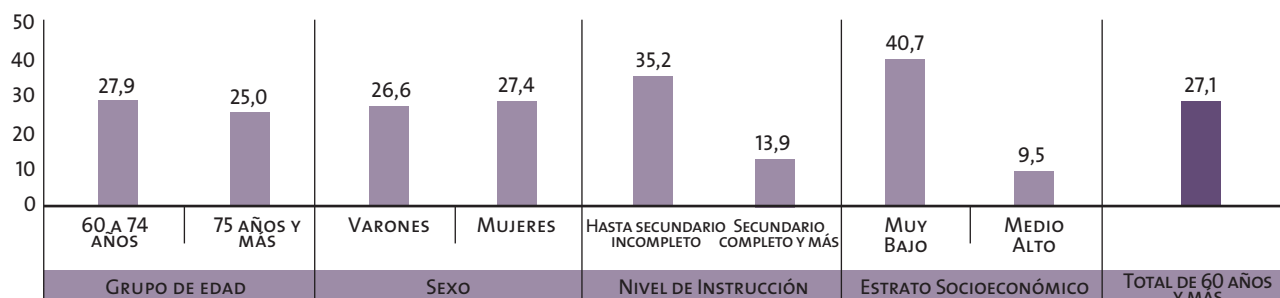
Específicamente en lo que hace a las necesidades de atención en salud de las personas mayores, la insatisfacción es algo más alta en las de 60 a 74 años y disminuye desde los 75 años. Esto muestra que en los primeros años de la vejez –a partir de los 60 años de edad– hay una mayor demanda de atención en salud no suficientemente satisfecha por los servicios ofrecidos, y que entre la población más envejecida (75 años y más) esa demanda disminuye por efecto de cierto proceso de “naturalización” del propio estado de salud. En cambio, no hay diferencias entre mujeres y varones mayores (ver Figura 3.2.2.B).

¹³ En la EDSA 2014 se incorporaron una serie de indicadores perceptuales sobre satisfacción de necesidades de distinta índole. Una de ellas se refiere a las necesidades de atención en salud. Los otros tipos de necesidades consideradas fueron las económicas, de vivienda, de alimentación, de afecto y cariño, y de recreación. Se trata de una replicación de las preguntas utilizadas en el estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile, publicado en Chile y sus mayores 2013 (Rojas et al., 2014). Es preciso mencionar además que las medidas subjetivas presentaron alta correlación con las variables de déficit objetivas en las dimensiones de vivienda, ingresos y alimentación.

DÉFICIT EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 3.2.2.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Los factores que expresan la estratificación social condicionan de modo importante el grado de insatisfacción inherente a las necesidades de atención en salud. Así, entre quienes tuvieron mejores oportunidades educativas, la insatisfacción es mucho menor (13,9%) que entre las demás personas mayores (35,2%). Esto se ve más crudamente en los estratos socioeconómicos: la insatisfacción en el estrato muy bajo cuadruplica (40,7%) la encontrada en el estrato medio alto (9,5%) (ver Figura 3.2.2.B).

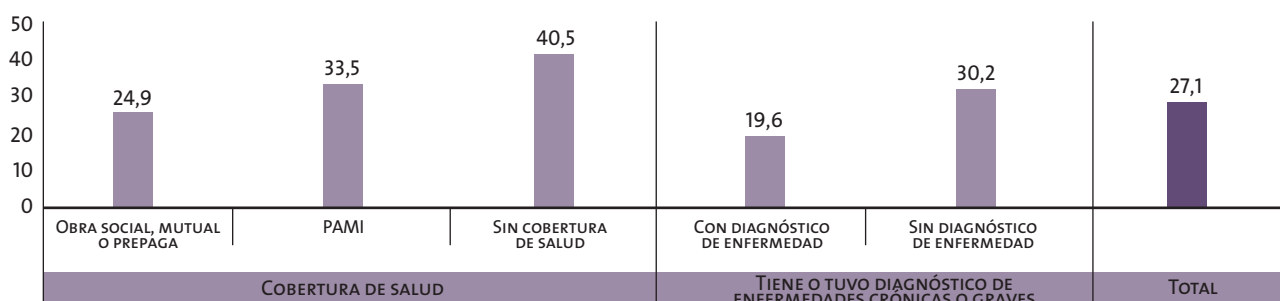
Aquí también resulta pertinente analizar la relación entre el tipo de cobertura médica y la satisfacción de las necesidades de salud. El grado de insatisfacción ad-

quiere su valor más crítico (40,5%) entre quienes no tienen cobertura médica y, por consiguiente, deben atenderse en hospitales o centros de salud pública. También es alto (33,5%) entre quienes se atienden por PAMI. La insatisfacción alcanza un porcentaje significativamente menor (5,9%) entre quienes acceden a una prepaga o un plan privado. Estas disparidades según cobertura médica no deben soslayar el siguiente dato: que 2 de cada 3 personas mayores con cobertura de PAMI están bastante o muy satisfechas con la atención a sus necesidades en salud (ver Figura 3.2.2.C). Por otra parte, el déficit en esta materia aparece relacionado con el diagnóstico de enfermedad objetiva, por cuanto las perso-

DÉFICIT EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD SEGÚN COBERTURA DE SALUD Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

FIGURA 3.2.2.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

nas mayores que han tenido dicho diagnóstico exhiben un déficit de satisfacción en sus necesidades de atención más elevado (30,2%) que el de quienes no han recibido tal diagnóstico (19,6%) (ver Figura 3.2.2.C).

En síntesis, la mayor insatisfacción en cuanto a las necesidades vinculadas con la atención de la salud se encuentra entre las personas mayores del estrato muy

bajo, entre las que no tienen cobertura salvo la salud pública, y entre quienes han tenido menores oportunidades educativas. Este panorama reafirma el papel que desempeña la estratificación social en los diferenciales de acceso, atención y satisfacción de las necesidades de salud, tal como ha sido constante a la luz de los datos analizados en este apartado.

Necesidades de atención en salud: determinantes y condicionantes principales

Según la Organización Mundial de la Salud, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen inciden de manera directa o indirecta sobre las inequidades que se producen en el campo de la salud. Esas circunstancias comprenden en particular la distribución del poder, los ingresos, y los bienes y servicios; el acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico, entre otros factores. La expresión “determinantes sociales” resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.

A lo largo de este capítulo se ha analizado el modo en que algunos de estos factores intervienen de manera individual en las oportunidades de acceso a la salud, en la percepción de la calidad de atención recibida y en la percepción de la satisfacción de las necesidades de salud.

Ahora bien, en la vida social, cada uno de estos factores no opera aislado de los demás; las personas no solo pertenecen a un grupo etario particular, o son varones o mujeres, o han tenido mayores o menores oportunidades educativas; por el contrario, estos atributos, condiciones y posiciones en la estructura social se presentan de manera simultánea, configurando un campo heterogéneo de situaciones. Es válido entonces preguntarse por el modo en el que operan estos factores si se los analiza controlando el efecto de unos y otros simultá-

neamente; vale decir: ¿cómo incide en el acceso a condiciones adecuadas de salud el grupo de edad si se mantiene constante el resto de los factores? ¿Qué peso conlleva el nivel educativo si se controla al mismo tiempo el estrato social? ¿Existen desigualdades significativas en las oportunidades de acceso a la salud entre varones y mujeres si se controla el efecto de las demás variables?

Interrogantes de este tipo pueden ser respondidos mediante la técnica de regresión logística que permite evaluar cuáles son los factores que determinan y/o condicionan la aparición de un suceso determinado. Permite también evaluar la capacidad explicativa de un conjunto de factores sobre la sucesión de ese evento al mismo tiempo que brinda información sobre el peso, la significatividad y la desigualdad que genera cada uno de esos factores controlando el efecto del resto.

En este marco, y siguiendo las nociones propuestas por la OMS, nos preguntamos: ¿con qué magnitud y de qué modo los factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales inciden en la satisfacción de necesidades de salud abordada desde el punto de vista subjetivo?

Siguiendo también las nociones mencionadas por la OMS, y con el fin de profundizar el alcance de los resultados ya expuestos, se consideraron en el análisis los siguientes condicionantes:

- Ingresos (a partir de la clasificación de la población en cuartiles de ingresos per cápita familiares y su reagrupación en tres categorías: 25-50-25)
- Acceso a la atención sanitaria (a partir del indicador de cobertura de salud, distinguiendo en la

cobertura por obra social/mutual/prepaga; PAMI y sin cobertura)

- Escolarización y educación (a partir del nivel educativo alcanzado)

- Estado de la vivienda y entorno físico (a partir de la identificación de hogares que residen en viviendas con déficits en las condiciones de habitabilidad y de dos indicadores de entorno: el primero a partir de la identificación de zonas residenciales con problemas de infraestructura urbana y el segundo a partir de la identificación de situaciones de déficits en las condiciones ambientales)

Se agregan en el análisis también los atributos sociodemográficos de sexo y edad.

Los resultados expresan que las desigualdades más amplias se generan a partir del acceso diferencial al sistema de salud,¹⁴ el nivel de ingresos, las condiciones de la vivienda y el entorno. No resultan significativas las desigualdades sobre atributos personales como el sexo y la edad.

Más precisamente, y en lo que concierne a las desigualdades que genera el tipo de cobertura de salud, se verifica que las personas mayores con cobertura por PAMI o sin cobertura tienen más del doble de riesgo de ver poco o nada satisfechas sus necesidades de salud en relación con las personas mayores cuya cobertura es por obra social, mutual o prepaga. Por otra parte, en el análisis de la desigualdad provocada por los diferenciales de ingresos, se evidencia que el riesgo de los sectores medios (segundo y tercer cuartil) de encontrar sus necesidades de salud poco o nada satisfechas es 60% más alto que el de las personas mayores del cuarto cuartil (el de mayor poder adquisitivo),

14 Para hacer más clara y sencilla la interpretación del modelo de regresión se decidió no incluir variables de interacción. No debe desestimarse, sin embargo, que todas las variables que se incluyen en el modelo presentan efectos de interacción, y en este caso puntual, que el tipo de cobertura social está correlacionada con la posición ocupada en la estructura social.

mientras que las personas mayores de los sectores económicamente más desfavorecidos duplican el riesgo de insatisfacción de los sectores más acomodados (ver Figura 3.A).

En consonancia con lo sostenido por la OMS, la evidencia aquí analizada vuelve a mostrar que para las personas mayores las condiciones de vivienda y el entorno también son factores que generan desigualdad en las condiciones de salud. La satisfacción de necesidades en esta materia no es una excepción. En tal contexto, se verifica que las personas mayores que residen en hogares cuyas viviendas presentan problemas habitacionales¹⁵ tienen también más riesgos de ver sus necesidades de salud insatisfechas que quienes residen en viviendas con condiciones habitacionales adecuadas. Puntualmente, el riesgo es 90% superior entre quienes residen en viviendas deficitarias. También las condiciones del entorno son generadoras de desigualdad en este aspecto: las personas mayores que residen en contextos urbanos con déficits de acceso a infraestructura¹⁶ tienen 35% más riesgo de insatisfacción en cuanto a necesidades de este tipo que el registrado por las personas que residen en contextos de infraestructura urbana más adecuada. Asimismo, también es mayor el riesgo entre residentes en entornos poco saludables o que presentan problemas de contaminación;¹⁷ en este caso el riesgo de encontrar necesidades de salud poco o nada satisfechas es 85% superior al de las personas que residen en entornos ambientales más adecuados. Se destaca además que la educación también

15 Hogares que declaran malas condiciones edilicias, falta de retrete y/o hacinamiento.

16 Hogares que declaran no tener calles pavimentadas y/o no tener recolección habitual de residuos y/o no contar con desagües pluviales.

17 Hogares que declaran que se encuentran en zonas cercanas a basurales, a fábricas contaminantes, espejos de agua contaminados, quema de pastizales o basura.

incide en las desiguales condiciones de salud a las que se accede: quienes no han finalizado el nivel medio de enseñanza formal tienen un riesgo 67% más alto de ver sus necesidades de salud poco o nada satisfechas en relación con quienes finalizaron dicho nivel. No debe omitirse en este punto que también las oportunidades educativas están afectadas por la desigual distribución de los ingresos y las condiciones de educabilidad que devienen de las características económicas, políticas y sociales del entorno. Como enunciamos al principio, factores contingentes como el sexo y la edad no re-

sultan significativos en la percepción de la satisfacción de necesidades de salud (ver Figura 3.A).

Se hace preciso en este cuadro de situación resaltar una vez más que las mayores desigualdades se encuentran estrechamente vinculadas con las condiciones estructurales de vida y la desigual distribución de poder, ingresos y oportunidades. De allí que merezcan ser citadas las dos recomendaciones principales de la OMS en este sentido: a) mejorar las condiciones de vida, y b) luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos.

DETERMINANTES PRINCIPALES DE LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

FIGURA 3.A

Año 2014

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
Primer cuartil *Cuarto cuartil	7,51	**	2,039
Segundo y tercer cuartil *Cuarto cuartil	7,86	**	1,605
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	23,90	**	2,344
Sin cobertura *Obra social/mutual	10,59	**	2,165
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	3,92	**	1,676
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	10,78	**	1,919
Déficits de infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	4,55	**	1,351
Déficits en las condiciones ambientales *Infraestructura urbana adecuada	14,49	**	1,853
Aspectos sociodemográficos			
Personas mayores de 60 a 74 años *75 años y más	0,22		0,937
Mujeres *Varones	0,56		0,887
R cuadrado de Nagelkerke	0,18		

* Categoría de comparación **p valor <0,1

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

3.3 CALIDAD DE ATENCIÓN

Retomando el enfoque desarrollado sobre la atención de la salud en sus dos dimensiones: el déficit de consulta médica y la satisfacción de las necesidades de atención en salud, en este apartado se indagan de manera particular los aspectos vinculados con la calidad de atención recibida, considerando para ello tres indicadores: demora en la obtención de un turno, demora

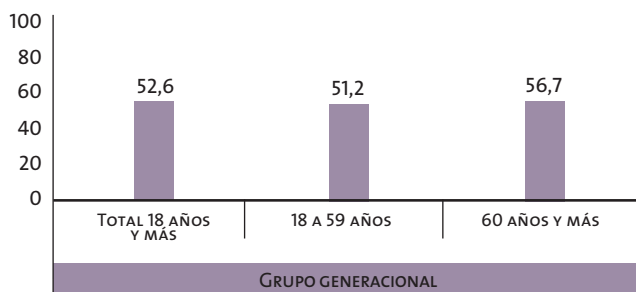
en la realización efectiva de la consulta y evaluación subjetiva de la calidad de atención recibida.

Sin duda, la extensión de la cobertura médica es una buena noticia para la salud de las personas mayores, y en esto, tanto PAMI como el sistema de obras sociales ocupan un lugar muy destacado. También, aunque con menor peso, es importante la extensión tanto del sistema de salud pública (los hospitales públicos) como de las prepagas y planes privados de salud. Todo ello configura un enorme esfuerzo del conjunto de la so-

DEMORA DE UN MES O MÁS EN LA OBTENCIÓN DE UN TURNO SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 3.3.1.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

ciudad para mejorar el acceso de las personas mayores a los servicios sanitarios. Pero hay otra pregunta que es necesario formular: ¿a qué calidad de servicios de salud están accediendo las personas mayores?

En el trabajo de A. Gaviglio (2014) se toma una definición de Lohr (1990) acerca de la calidad de atención considerada como “el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”.

Las fuentes de información disponibles a partir de la EDSA no permiten responder cabalmente tan importante cuestión, pero sí aproximarse a través de in-

dicadores como el tiempo transcurrido entre la obtención de un turno con un médico o especialista, la espera para ser efectivamente atendido y la evaluación de la calidad de atención recibida.

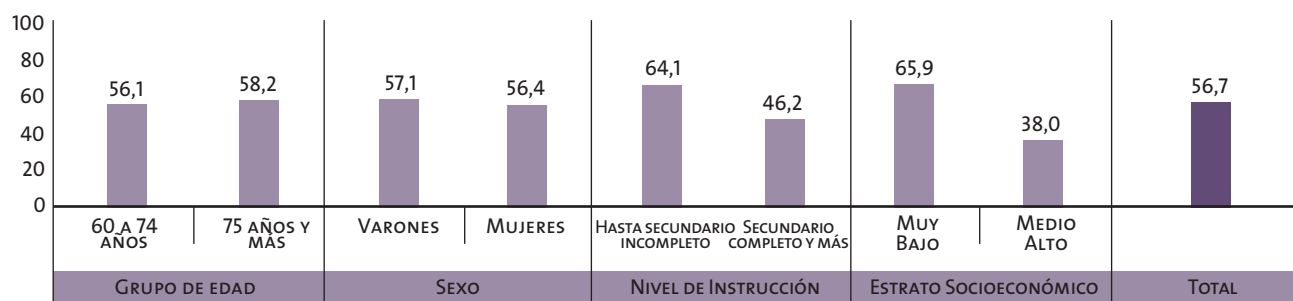
El resultado es que más de la mitad de la población encuestada tiene que esperar más de un mes para la obtención de un turno, dado que el 56,7% de las personas mayores han debido esperar un mes o más tiempo, frente al 51,2% de quienes tienen entre 18 y 59 años (ver Figura 3.3.1.A). De modo que, en este punto, existe un déficit general que afecta a toda la población y de manera particular a las personas mayores. Es oportuno señalar aquí que en el caso de este grupo etario, debido a la prevalencia de enfermedades preexistentes y a la ocurrencia de nuevas enfermedades, es conveniente que se pueda acceder de inmediato a la consulta médica para lograr una mayor calidad en los cuidados de la salud en términos de inmediatez en el acceso y tiempos de espera breves. “Conseguí turno para... (tal fecha)” suele no ser una buena noticia...

No se registran diferencias significativas por edad dentro del grupo total de personas mayores (esto significa que a los más viejos no les va peor ni mejor con los turnos); tampoco entre mujeres y varones. En cambio, los factores asociados con la estratificación social tienen incidencia en la extensión del tiempo transcurrido desde la solicitud del turno hasta la consulta efectiva. Entre quienes cuentan con mayores credenciales educativas,

DEMORA DE UN MES O MÁS EN LA OBTENCIÓN DE UN TURNO SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 3.3.1.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

las personas mayores que deben esperar como mínimo un mes son el 46,2%, frente al 64,1% de quienes tuvieron menos oportunidades educativas. En el análisis de los distintos estratos socioeconómicos el cuadro es más patente: la demora es mucho más extensa para las personas del estrato muy bajo (65,9%) que para las del estrato medio alto (38%) (ver Figura 3.3.1.B).

Ahora bien, para un análisis profundo de la calidad de atención recibida, es oportuno explorar estos indicadores también según las particularidades que la prestación de servicios de salud requiere en la población de adultos mayores, tanto en términos de inmediatez como de eficacia y eficiencia de las prestaciones brindadas por los distintos efectores de salud. Al respecto, se comprueba que el tiempo de espera entre la obtención del turno y la atención médica efectiva también está relacionado con el prestador o sistema de salud mediante el cual se realizó la consulta. Según las respuestas, la espera es muy prolongada cuando el prestador es PAMI (el 70,7% de las personas mayores debe esperar más de un mes), mucho más prolongada que cuando la consulta se hace mediante cualquiera de los otros sistemas de salud: obra social o prepaga (46,5%) o incluso el hospital público (50,4%) (ver Figura 3.3.1.C). Respecto a la relación entre demora en la obtención del turno para ser atendido y el diagnóstico de enfermedad objetiva, se observa que la demora es más extensa entre quienes tienen diagnóstico de enferme-

dad objetiva (59,8%, frente a 48,2% de quienes no han tenido tal diagnóstico). Esta situación estaría indicando un diferencial de calidad en la atención de la salud que perjudica a las personas mayores que tienen o han tenido diagnóstico de enfermedades graves o crónicas, afectando lógicamente la calidad de atención recibida (ver Figura 3.3.1.C).

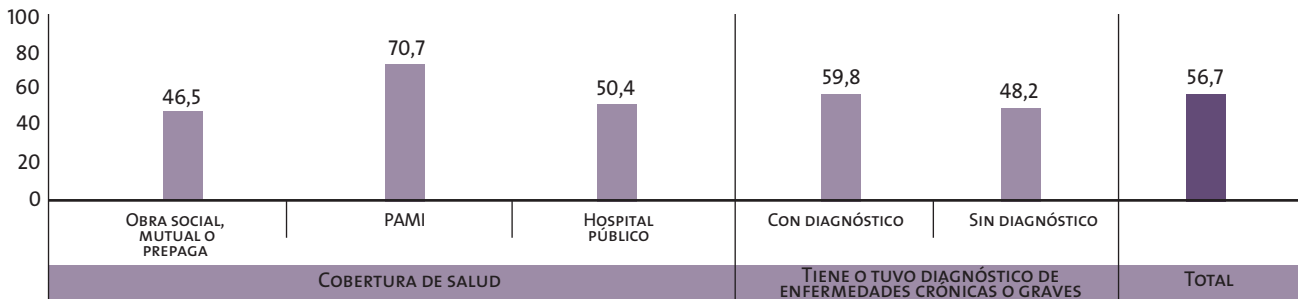
El otro indicador que aproxima a la calidad de atención se obtiene a través del tiempo que transcurre entre la hora fijada para la consulta y la atención efectiva por parte del médico. La pregunta hace referencia a la última consulta médica realizada. En este punto, debe considerarse también la situación de que el tiempo de espera en la consulta no sea demasiado prolongado, atendiendo a la calidad de las instalaciones de los prestadores médicos en relación con las necesidades de las personas mayores (consultorios pequeños, instalaciones inadecuadas a sus requerimientos de movilidad y/o permanencia, etcétera). El resultado es que 1 de cada 2 personas mayores (45,7%) ha debido esperar más de una hora para ser atendida. Esta situación es levemente superior a la observada entre quienes tienen 18-59 años (42,2%), dando cuenta de que no es un problema que afecte en forma exclusiva a las personas mayores (ver Figura 3.3.2.A).

A los más envejecidos (75 años y más) no les va ni mejor ni peor que al resto (60 a 74 años). Tampoco hay diferencias sustanciales en el tiempo de espera entre

DEMORA DE UN MES O MÁS EN LA OBTENCIÓN DE UN TURNO SEGÚN PRESTADOR DE LA ÚLTIMA CONSULTA Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

FIGURA 3.3.1.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

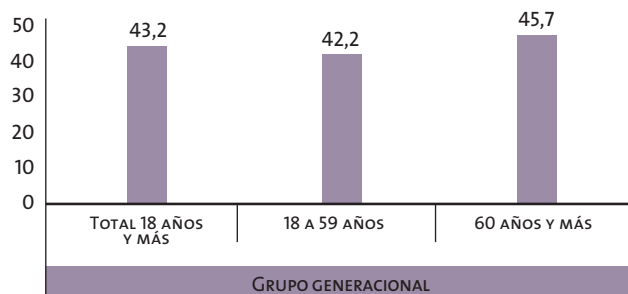


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

DEMORA DE MÁS DE UNA HORA EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 3.3.2.A

Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

mujeres y varones mayores (ver Figura 3.3.2.B). Las personas menos expuestas a esperas prolongadas son quienes tuvieron mejores oportunidades educativas, las cuales son minoría dentro del conjunto de personas mayores. La incidencia de la estratificación socioeconómica aparece con toda su fuerza cuando se analiza el indicador de calidad en la atención. Las desigualdades entre estratos se reproducen en desigualdades en tiempos de espera: las demoras de al menos una hora afectan al 59,9% de las personas mayores (6 de cada 10) en el estrato muy bajo, y al 23,7% del estrato medio alto. Una brecha realmente significativa en términos de calidad de atención (ver Figura 3.3.2.B).

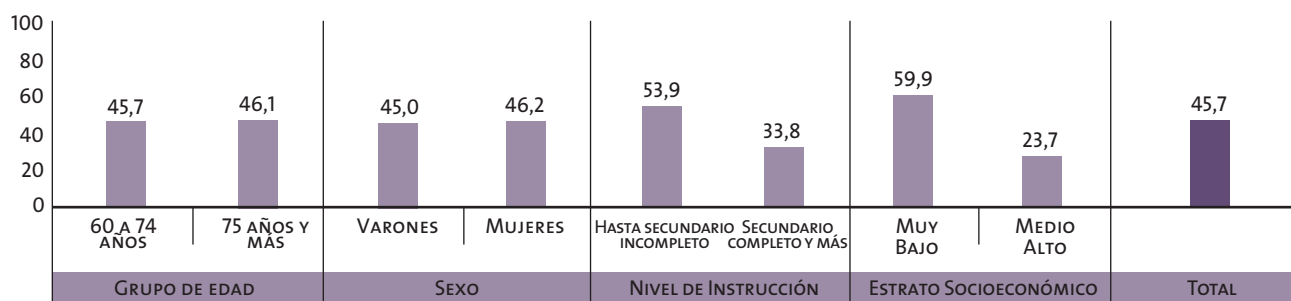
También resulta desigual la calidad de atención conforme al prestador de salud donde se efectúa la consulta. En el hospital público se registran las mayores esperas (64,4%), más que en PAMI (54,3%) y el doble que en el caso de obras sociales o medicina prepaga (31,3%) (ver Figura 3.3.2.C). Respecto a la demora en la realización efectiva de la consulta médica y la posesión de un diagnóstico de enfermedad objetiva, quienes tienen dicho diagnóstico también se ven obligados a afrontar tiempos más extensos de espera que quienes no lo tienen (48,3% versus 37,9%). Nuevamente, este indicador estaría dando cuenta de un diferencial desfavorable para quienes presentan un cuadro de salud más complejo.

Al analizar simultáneamente los dos indicadores referidos a la calidad de atención (el tiempo para conseguir turno y la demora en ser atendido al momento de realizarse la consulta), surgen las siguientes situaciones: a) en el hospital público se consigue turno antes que en PAMI, pero la demora en el consultorio es más prolongada; b) cuando el prestador es PAMI, se tarda mucho en conseguir turno, pero la espera en el consultorio es menor que en el hospital, aunque mayor que en los otros sistemas; c) con los otros sistemas de salud (obras sociales, prepagas) la calidad de atención es mejor, en el doble sentido, ya que el tiempo para conseguir un turno y el de espera para ser atendido resultan inferiores a los de PAMI y el hospital público.

DEMORA DE MÁS DE UNA HORA EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 3.3.2.B

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En síntesis, las personas mayores que deben esperar más tiempo para conseguir un turno son las que tienen cobertura de PAMI. Y las más expuestas a tiempos prolongados de espera en el consultorio son las que se atienden en el hospital público,¹⁸ que muy probablemente pertenezcan a los estratos socioeconómicos más bajos.

Más allá de las demoras para acceder a la consulta, cobra relevancia la calificación que el paciente da a la atención médica recibida, considerando la distinción entre calidad de atención brindada y de la atención percibida según el planteo de la Organización Panamericana de la Salud (1999) cuando define a esta última como “la calidad tal como la perciben los propios usuarios”, contemplando las condiciones materiales y psicológicas de los mismos (Becerra Viera, 2007: 8). He aquí un resultado que hace a la deuda social con las personas mayores: la calidad de atención le resulta regular, mala o muy mala al 15,6%. La buena noticia es que el 84,4% restante la califica de buena o muy buena (ver Figura 3.3.3.A).

La deuda social del 15,6% es un poco mayor que la encontrada en la población de 18-59 años. ¿Estándares distintos que varían con la edad? ¿Una mayor exigencia entre las personas mayores? Difícil saberlo con la infor-

mación disponible; pero es interesante ver los resultados al interior del conjunto de personas mayores cuando se las clasifica en dos grupos de edad: mayores o menores de 75 años. Entre las de 75 años y más, este indicador cae al 10,4% y crece al 17,7% en el grupo de 60 a 74 años. Es de la población menos envejecida –que además es la más numerosa– la insatisfacción mayor. Aquí pueden estar jugando factores como una exigencia más firme entre los sexagenarios, aun con una salud menos comprometida, y también una posible mayor naturalización de las condiciones de salud por parte de la población más envejecida (75 años y más). Ambos grupos de edad difieren significativamente en cuanto a la evaluación de la atención médica recibida. En cambio, no hay diferencias según el sexo (ver Figura 3.3.3.B).

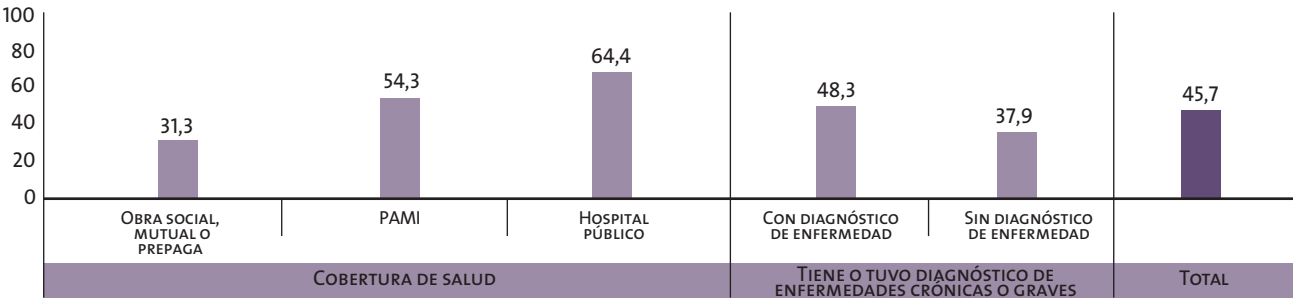
La estratificación social tiene un peso considerable en la evaluación de la calidad de atención médica. Entre las personas mayores que poseen credenciales educativas hasta la enseñanza media inclusive, el déficit disminuye al 8,8%, proporción mucho menor (menos de la mitad) que la registrada entre las que no finalizaron el secundario (20,2%) y que son mayoría en este grupo etario. La brecha es más pronunciada según el estrato socioeconómico: cuanto más alto se ubica la persona en la escala social, mayor es su satisfacción con la atención médica recibida, a saber: mientras que el 23,5% del estrato muy bajo afirma que la atención es regular, mala o muy mala, esa visión la tiene sólo el 4,7% en el estrato

18 Cabe aclarar que las consultas realizadas en hospitales públicos pueden ser efectuadas en el marco de la cobertura por PAMI.

DEMORA DE MÁS DE UNA HORA EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA SEGÚN PRESTADOR DE LA ÚLTIMA CONSULTA Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

FIGURA 3.3.2.C

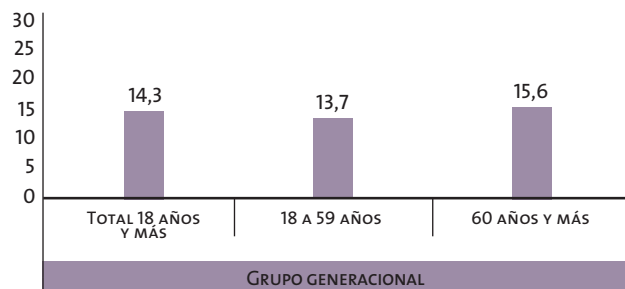
Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA SEGÚN GRUPO GENERACIONAL
Año 2014 En porcentaje de personas de 18 años y más

FIGURA 3.3.3.A



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

medio alto. Esto significa que cuando la calidad de la atención médica hacia las personas mayores es deficiente, se distribuye de manera desigual según estratos. La brecha es enorme: de 1 a 5 (ver Figura 3.3.3.B).

Sobre el modo en que las personas mayores evalúan la calidad de atención recibida según el prestador de la última consulta, los más críticos son quienes reciben cobertura a través de PAMI (25,3%); no obstante, no hay que desestimar que el 74,7% sostiene que la atención recibida por PAMI es buena o muy buena. Si la consulta se hizo en un hospital público, la evaluación es menos crítica que con este prestador (14,9%). ¿Menor exigencia con los hospitales públicos que con PAMI? Se observa

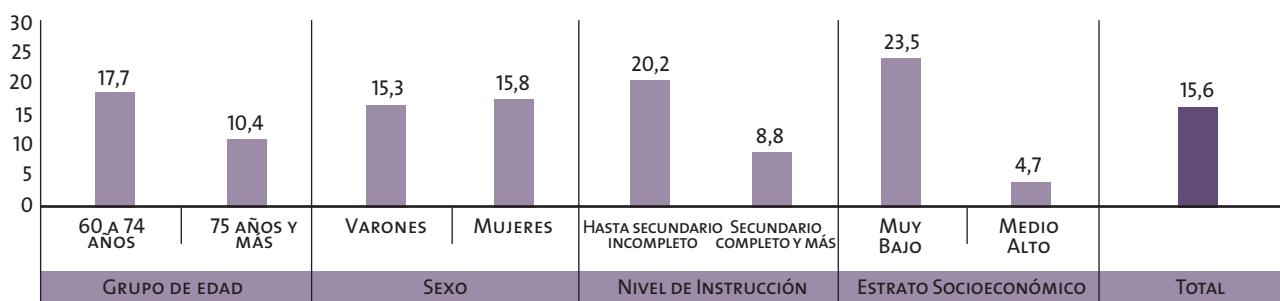
también que quienes se atendieron por otros sistemas de salud (obras sociales, prepagas, etc.) son menos críticos (7,1%) (ver Figura 3.3.3.C). Por su parte, el 18,1% de quienes cuentan o han contado con diagnóstico de enfermedades crónicas o graves evalúan negativamente la calidad de atención recibida, frente al 8% de quienes no cuentan con diagnósticos de ese tipo (ver Figura 3.3.3.C).

De este modo, la proporción más amplia de quienes evalúan la consulta médica recibida como regular, mala o muy mala se encuentra entre las personas mayores cuyo prestador es PAMI y las que cuentan con diagnóstico de enfermedad objetiva.

Sintetizando lo expuesto hasta aquí, en lo que concierne a la atención y la calidad de atención recibida, debe destacarse que quienes presentan mayor déficit en la realización de consulta médica son los que no poseen cobertura y se atienden por el sistema público de salud, verificándose déficits altos también entre quienes tuvieron menores oportunidades educativas y pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos. Al considerar la calidad de atención recibida, también se colige que las personas mayores que tienen PAMI como prestador son las que deben esperar más tiempo para conseguir un turno, mientras que las más expuestas a tiempos de espera en el consultorio son quienes se atienden en el hospital público, y que probablemente pertenezcan a los estratos socioeconómicos más bajos. En suma, quienes evalúan inadecuada la calidad de atención recibida son:

EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO
Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

FIGURA 3.3.3.B

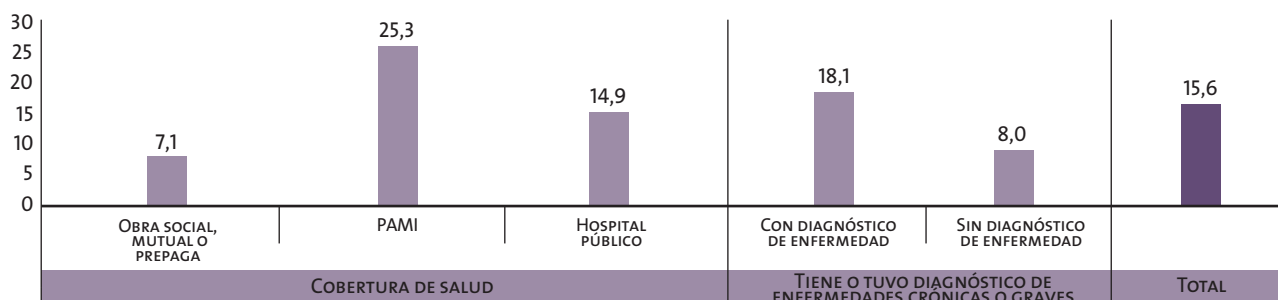


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA SEGÚN PRESTADOR DE LA ÚLTIMA CONSULTA Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

FIGURA 3.3.3.C

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

las personas mayores que se atienden por PAMI, las que pertenecen al estrato socioeconómico muy bajo y las que presentan diagnóstico de enfermedad objetiva.

Todo ello da cuenta de una deuda social en materia de salud que nos vuelve responsables ante las personas mayores con menos credenciales educativas, o que per-

tenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, o que tienen niveles inferiores de cobertura de salud en el gradiente de la seguridad social. Este panorama nos permite llamar la atención sobre las peculiaridades de la población adulta mayor y las necesidades específicas de atención inmediata y adecuada que requiere su salud.

La atención de la salud de las personas mayores en contextos residenciales desfavorables

María Rosa Cicciari

La condición residencial de las personas es uno de los indicadores capaces de dar cuenta de los diferenciales relacionados con la desigualdad y la vulnerabilidad social. Desde esta perspectiva, tal como plantean diversos autores de la teoría social clásica, las condiciones materiales de vida constituyen la base sobre la que se desarrollan las capacidades humanas en toda su complejidad, principio que es retomado desde la perspectiva de derechos en las teorías del desarrollo humano (Salvia, 2011b).

En la conceptualización utilizada en la EDSA respecto de la condición residencial, se propone la representación de dos modalidades diferentes de urbanización, que remiten a grados diversos de presencia del Estado en lo que hace a planificación, regulación e inversión pública en bienes urbanos, registrándose también una presencia heterogénea de

los distintos estratos socioeconómicos. De esta forma es posible distinguir entre las personas que residen en:

Villas y asentamientos precarios¹⁹

Barrios con trazado urbano

Las villas y asentamientos precarios se caracterizan, entre otros rasgos, por poseer “calles de tierra, ausencia de cloacas y de agua corriente, dificultad para acceder a las redes de gas y al servicio eléctrico, presencia de basurales, calles inundables, proximidad a fábricas”. En consecuencia, “las poblaciones que habitan en estos ambientes están expuestas no sólo a la falta de confort, sino principalmente a la aparición de problemas de salud y de accidentes vinculados a las desfavorables condiciones ambientales y residenciales” (De la Torre, 2013: 17).

19 Se considera villa o asentamiento a aquel barrio cuyas viviendas fueron autoconstruidas de manera irregular por la población residente, sobre terrenos fiscales o privados, y donde la tenencia no está legalizada o se encuentra en proceso de regularización.

Las condiciones de habitabilidad (en términos de acceso a una vivienda digna, a servicios públicos y a condiciones ambientales saludables) constituyen una dimensión analítica que permite asegurar un mínimo de satisfactores materiales y no materiales, garantizando el derecho al hábitat urbano en tanto espacio socialmente estructurado en el cual tiene lugar la reproducción biológica y social de los sujetos. Elementos tales como la infraestructura edilicia insuficiente de la vivienda, el espacio público deteriorado, la mala calidad de los servicios públicos, la presencia de basurales, la cercanía a fábricas y otras fuentes contaminantes, merman la calidad del hábitat donde las personas viven. En estos contextos particulares, las cuestiones inherentes al acceso y la calidad de atención recibida en el campo de la salud cobran particular interés.

Como se ha venido demostrando en los datos presentados en este capítulo, es sabido que la atención de la salud de las personas mayores está afectada por los niveles de instrucción alcanzados y también por su pertenencia a distintos estratos socioeconómicos, siendo más desfavorecidos quienes han tenido a lo largo de su vida menores oportunidades educativas y de ascenso en la estratificación social. En este marco, la condición residencial resulta un indicador de la doble vulnerabilidad de esta población, en su condición de personas mayores y en su condición de residentes en espacios urbanos desfavorables.

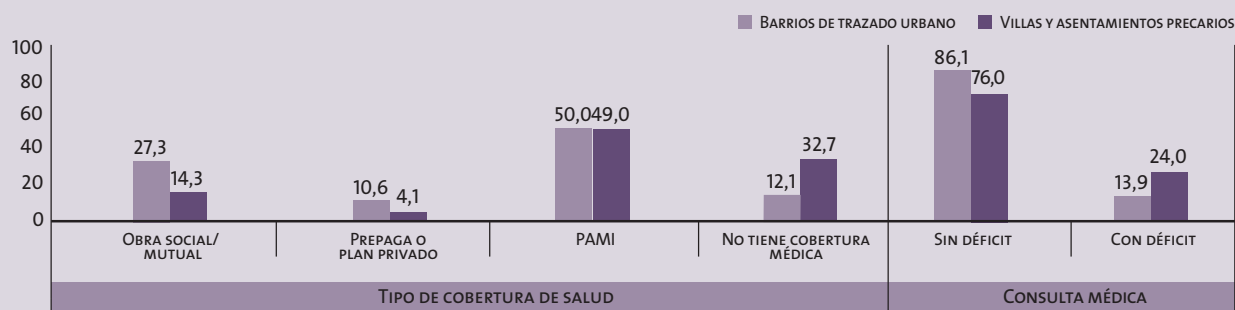
En primer lugar, se considera el tipo de cobertura de salud que tienen las personas mayores según su condición residencial. En este plano se observa que el 32,7% de quienes residen en villas no tiene cobertura médica, frente al 12,1% de quienes residen en barrios con trazado urbano. Por su parte, los residentes en villas tienen como cobertura médica una obra social o mutual en el 14,3% de los casos, y el 4,1% posee plan privado o prepaga. La cobertura de ambos sistemas es mayor en los barrios con trazado urbano: el 27,3% responde que está cubierto por obra social o mutual, mientras que el 10,6% declara cobertura privada o prepaga. Cabe destacar, sin embargo, que no se observan diferenciales por condición residencial entre las personas mayores que cuentan con cobertura médica de PAMI (ver Figura 3.B). De este modo, son observables dos cuestiones más: por un lado, el déficit de cobertura de salud entre las personas mayores que habitan en villas y asentamientos; y por el otro, el alcance de la cobertura de PAMI, que resulta equitativo en ambas zonas residenciales.

En cuanto a la realización de una consulta médica como indicador relevado para conocer la atención de la salud, se observa que el 13,9% de las personas mayores residentes en barrios con trazado urbano no ha realizado consulta médica en el último año, mientras que este porcentaje asciende al 24% entre residentes en villas y asentamientos (ver Figura 3.B).

TIPO DE COBERTURA DE SALUD Y REALIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA SEGÚN CONDICIÓN RESIDENCIAL

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

FIGURA 3.B



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

No obstante, como ya se ha señalado, no basta con estar cubierto en el sistema de salud, sino que también es necesario considerar la calidad de la atención recibida, aproximada aquí a partir de la demora en la obtención de un turno médico, de la demora en la atención efectiva de la consulta médica, de la evaluación subjetiva de la calidad de atención recibida y de la satisfacción de las necesidades de atención en salud.

En cuanto a la demora en la obtención de un turno, el 56% de residentes en barrios de trazado urbano han esperado un mes o más, mientras que en villas y asentamientos ese porcentaje asciende al 78,8% de los casos, lo cual equivale a 8 de cada 10 personas mayores (ver Figura 3.C).

También se observa una situación desfavorable en la demora en la atención de la consulta para quienes residen en villas y asentamientos: el 54,1% ha debido esperar más de una hora para ser atendido, frente al 45,5% de los residentes en barrios con trazado urbano. Tal como se señaló más arriba, esta situación está asociada al tipo de prestador médico que da cobertura a la persona mayor según su condición residencial (ver Figura 3.C).

La evaluación de la calidad de atención recibida mostró las siguientes proporciones: opinan que es regular, mala o muy mala el 15,8% de los adultos ma-

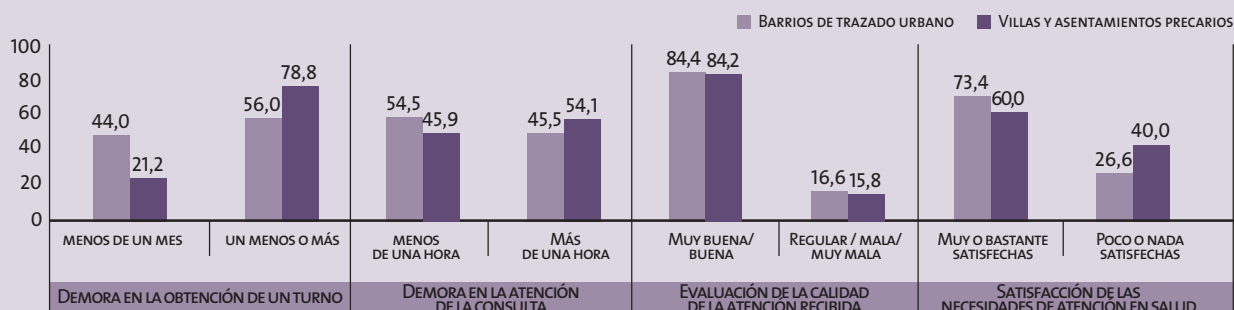
yores residentes en villas y asentamientos, y el 16,6% de los que viven en barrios con trazado urbano (ver Figura 3.C). Cabe preguntarse si ello es producto de cuestiones vinculadas efectivamente a la calidad de la atención o si no tiene más bien que ver con una percepción menos crítica por parte de quienes se hallan en peores condiciones generales de existencia, no sólo en términos residenciales.

Por último, en cuanto a la evaluación de la satisfacción de las necesidades de atención en salud, el 40% de las personas mayores que viven en villas y asentamientos las considera “poco o nada satisfechas”, mientras que ese porcentaje disminuye al 26,6% entre varones y mujeres mayores que habitan en barrios de trazado urbano (ver Figura 3.C).

Las variables hasta aquí consideradas dan cuenta de un proceso diferencial de atención de la salud en detrimento del grupo de personas mayores que poseen peores condiciones de residencia y de existencia en general. Así expresados, los procesos de acceso a la salud y calidad de atención sanitaria percibida quedan diferenciados por la segregación residencial, poniendo de manifiesto una doble o triple vulnerabilidad vinculada principalmente con dos hechos: ser “personas mayores” que residen en villas o asentamientos y no contar con otra cobertura médica que el sistema de salud pública.

DEMORA EN LA OBTENCIÓN DE UN TURNO, DEMORA EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA, EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA Y SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD SEGÚN CONDICIÓN RESIDENCIAL **FIGURA 3.C**

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.



Margarita Murgieri

Doctora en Medicina. Master en Gerontología Social Aplicada. Magister en Género, Sociedad y Políticas. Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (SAGG)

NOTA DE INVESTIGACIÓN

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS MAYORES

PRESENTACIÓN

Coincidentemente con el espíritu del Observatorio de la Deuda Social Argentina, cuya atención e interés dirigido a las personas mayores contempla, como es sabido, que cada vez nos encontramos ante una proporción más extendida de este grupo etario por efecto del aumento en la expectativa de vida, es que nos vemos en la responsabilidad de profundizar en conceptos como calidad de vida y calidad de atención, educación permanente, bienestar biopsicosocial y funcional, a fin de observar sus implicaciones.

Como campo del conocimiento, la Salud Pública nos obliga a redefinir constantemente el rol del Estado para subsanar desequilibrios persistentes, como la inequidad en el acceso a los servicios públicos, la falta de coordinación entre los subsectores y la ineficiente asignación de recursos. Por otra parte, entre las perso-

nas mayores contamos con ciudadanos cada vez más autónomos, capaces de defender sus derechos.

Haremos una aproximación desde la teoría y la práctica gerontológica a la problemática de las personas mayores relacionadas con algunos aspectos de la salud.

ACERCA DE LA VEJEZ

El envejecimiento individual y demográfico no debe dejar indiferentes a los gestores de las políticas públicas. Fericgla (1992: 65) se pregunta: ¿Qué significa ser viejo en nuestra Sociedad? ¿Quién es viejo? Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es un proceso irreversible, universal y deletéreo, que se manifiesta con mayor vulnerabilidad ante distintas situaciones o noxas.

La vejez es un estado, una parte del ciclo vital; no es enfermedad, pese a que las enfermedades son más frecuentes a esa edad. Pero la vejez puede definirse también desde el punto de vista psicológico y como cuestión cultural y social; en consecuencia puede desvincularse relativamente de la evolución biológica (Fericgla, 1992: 65). Este autor se pregunta si se puede generalizar al hablar de este colectivo progresivamente más diferenciado. De hecho, todos los autores coinciden en que los ancianos constituyen el grupo de población más heterogéneo.

Sin embargo, el término *viejo* se ha transformado en un estigma con claros referentes cargados de sentido peyorativo, que los mismos mayores rechazan y ponen fuera de ellos. Incluso muchos se refieren a “esos viejos” cuando ellos también lo son.

Las personas mayores se mueven en un doble marco: el factor clase social y el factor étnico, que constituirían su etnoclase, de la que resulta una doble marginación. A esto hay que sumar la interrelación de género. Clase social, etnia y género ocupan un nivel central en la asignación y redistribución de recursos en una sociedad jerárquica, fuente de inequidad (Gómez Gómez, 2002: 2).

En los últimos estudios internacionales se han incorporado expresiones como envejecimiento con éxito, activo o saludable, lo cual tiene algunos matices culturales, pero que define la vejez como el desarrollo posible de un envejecimiento positivo.

Podremos con el tiempo evolucionar hacia un cam-

bio de paradigma: el de las competencias de vida de las personas mayores, que constituyen un verdadero “capital humano”.

ACERCA DE LA SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD

En los adultos mayores, con frecuencia se asocia el estado de salud a las medidas objetivas, es decir, las bioquímicas, fisiológicas y anatómicas (Badía, 1995), dejando de lado todas las valoraciones subjetivas, por ejemplo el dolor (Lezaun, 2006). Quienes nos especializamos en la atención de personas mayores sabemos que no hay grupo etario donde lo biopsicosocial y funcional esté tan imbricado e interrelacionado, tanto que no se puede hacer un verdadero diagnóstico y posterior intervención si no es de forma multidimensional e interdisciplinaria, a través de la llamada Valoración Geronto-Geriátrica Integral.

La piedra angular de la gerontología es el mantenimiento de la función. No hay bienes más preciados para las personas mayores que la salud (desde la percepción que tienen de la misma), la autonomía y la independencia funcional.

El derecho a la salud se halla garantizado por la Constitución Nacional, en especial desde la incorporación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), cuyo artículo 12 lo define como “el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Así, el Estado argentino tiene la obligación de adoptar las siguientes medidas a fin de asegurar la efectividad de este derecho (www.cels.org):

Prevención y tratamiento de las enfermedades [...] y la lucha contra ellas.

Creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Esto significa que el Estado debe garantizar:

- 1- Disponibilidad: un número suficiente de establecimientos, bienes, programas y servicios públicos de salud.
- 2- Calidad: que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén en condiciones sanitarias adecuadas, como agua potable, personal médico y

profesional capacitado, y medicamentos esenciales.

3- Accesibilidad: que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles a todos sin discriminación alguna. Esto significa que no pueden ser discriminados: grupos socialmente desfavorecidos, minorías étnicas, poblaciones indígenas, mujeres, niños, personas mayores, personas con discapacidades, personas con VIH/SIDA, inmigrantes regulares y/o irregulares.

Por “determinante de salud” entendemos un elemento que ejerce un efecto positivo o negativo sobre la misma. La OMS, en su Informe de la Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, define estos últimos como “los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país”, agregando que se trata en particular de: “la distribución de poder, los ingresos y los bienes y servicios, las circunstancias que rodean las vidas de las personas, tales como su acceso a la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión determinantes sociales resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud” (OMS, 2008). Las desigualdades en salud hacen referencia a las disparidades sanitarias consideradas injustas, injustificadas, evitables e innecesarias en un país determinado y entre países (United Nations Development Programme, 2000); lo cual implica las diferencias en el estado de salud o en la distribución de los determinantes de salud entre diferentes grupos sociales. Puesto que las inequidades son desigualdades “innecesarias, injustas y evitables” (Gómez Gómez, 2002), la equidad en salud es un concepto ético fundamental en el estudio de sus determinantes sociales. En cuanto a los determinantes del envejecimiento activo, según la OMS (2002) serían económicos, sociales, físicos, de salud y servicios sociales, personales (psicológicos y biológicos), y comportamentales (estilos de vida).

La reciente Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Ma-

yores (acordada por el Consejo Permanente de la OEA en la sesión celebrada el 9 de junio de 2015) también protege los Derechos Humanos de las Personas Mayores y reza en su artículo 19 sobre “Derecho a la salud”:

La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. Para hacer efectivo este derecho, los Estados Parte se comprometen a tomar las siguientes medidas: a) Asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres. b) Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable. c) Fomentar políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva de la persona mayor. d) Fomentar, cuando corresponda, la cooperación internacional en cuanto al diseño de políticas públicas, planes, estrategias y legislación, y el intercambio de capacidades y recursos para ejecutar planes de salud para la persona mayor y su proceso de envejecimiento. e) Fortalecer las acciones de prevención a través de las autoridades de salud y la prevención de enfermedades, incluyendo la realización de cursos de educación, el conocimiento de las patologías y opinión informada de la persona mayor en el tratamiento de enfermedades crónicas y otros problemas de salud. f) Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles

y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual. g) Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor. h) Promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer. i) Fortalecer las capacidades de los trabajadores de los servicios de salud, sociales y socio-sanitarios integrados y de otros actores, en relación con la atención de la persona mayor, teniendo en consideración los principios contenidos en la presente Convención. j) Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos. k) Formular, adecuar e implementar, según la legislación vigente en cada país, políticas referidas a la capacitación y aplicación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, en relación con la atención integral de la persona mayor. l) Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias. m) Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos. n) Garantizar a la persona mayor el acceso a la información contenida en sus expedientes personales, sean físicos o digitales. o) Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.

Una primera reflexión sería cómo podemos, basándonos en valores y en derechos, mejorar la calidad de vida de las personas mayores, principalmente las vulnerables.

Los valores que deben guiar la acción política son aquellos enraizados en la esencia misma de la vida democrática, cuyos beneficiarios son portadores de derechos de ciudadanía o derecho-habientes.

Aquí es necesario enlazar dos conceptos: calidad de atención y calidad de vida, y con relación a ambos, el de buenas prácticas.

ACERCA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Cuando hablamos de calidad de atención nos referimos a aquellos servicios que además de cumplir los objetivos para los que fueron pensados, lo hacen eficientemente y satisfacen al usuario.

1- Ellos son: bienestar, necesidades y demandas. También derechos, preferencias y deseos (Martínez, 2010).

2- La calidad de atención expresada en términos de satisfacción o insatisfacción tiene también componentes objetivos como la calidad científico-técnica, y otros subjetivos como el bienestar que generan las relaciones interpersonales, el respeto, la puntualidad, las explicaciones brindadas y otras cuestiones del entorno.

3- El usuario es quien se convierte en juez de la calidad del servicio de salud. Muchas veces esta valoración no se condice con la verdadera calidad. Por ejemplo, tener que hacerse muchos estudios puede ser bien visto, pero no estar indicado; un resultado no esperado puede dejar disconforme a un paciente; la negativa del médico a una solicitud innecesaria o poco ética del paciente puede ser juzgada como una mala atención, etcétera.

Las Buenas Prácticas hacen referencia al quehacer profesional como acción modelo que busca ser transmitida. Una primera definición englobaría a aquellas acciones de carácter innovador para el sector como ejemplo de intervención. Serían programas, proyectos, estrategias o experiencias que responden de manera innovadora y satisfacen el objetivo de mejorar la atención y calidad de vida de las personas mayores.

Las Buenas Prácticas pueden ser asimismo concebidas y utilizadas como instrumentos de mejora, como

acciones-guía para introducir cambios en las relaciones o las actividades que mejoran la calidad de atención; es decir, formas óptimas de ejecutar un proceso.

Pero pueden definirse además como aquellas recomendaciones para el buen hacer profesional: “buena praxis” en el día a día, en los asuntos cotidianos que hacen mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Martínez, 2010).

Toda acción o intervención considerada una buena práctica debe responder a un doble control: el correspondiente a la calidad científica y el correspondiente a la ética del cuidado, bajo el viejo precepto de “primero no dañar” o idealmente brindar el máximo beneficio posible.

Los principios que se aplicarán serán los descriptos por Diego Gracia (1991), quien ordena los cuatro principios de la bioética: no-maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

ACERCA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

Durante las últimas décadas ha comenzado a surgir un concepto relacionado con la calidad de vida y no tanto con la cura de enfermedades; ello produce un tejido más denso entre salud y bienestar.

Para lograr una mejor calidad de vida en las personas mayores debe comprimirse no solo la mortalidad sino también la morbilidad, logrando más años libres de incapacidad, además de prevenir la dependencia.

La calidad de vida en la vejez es un constructo objetivo-subjetivo que surge en la literatura social, psicológica y biomédica alrededor del último tercio del siglo XX. Lawton (1983) define *calidad de vida* como la valoración multidimensional de criterios, tanto intrapersonales como sionormativos, del sistema persona-ambiente de un individuo, e incorpora los dominios: bienestar, competencia, calidad de vida percibida y calidad ambiental objetiva.

De acuerdo con una revisión efectuada por el Laboratorio de Gerontología de la Universidad Autónoma de Madrid, bajo el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), si la vida está formada por millares de elementos, la calidad de vida está compuesta por factores biopsicosociales y am-

bientales objetivos sumados a su valoración subjetiva y a la interacción entre ellos. Las investigaciones de Franks, Herzog, Hoimber y Markus (1999, en Fernández-Ballesteros, 2009b) exponen datos relacionados con vejez y nivel educativo según los cuales las personas de este grupo etario con más nivel educativo presentan mayor autoestima, sentimientos de autocontrol y convicción acerca de sus propias capacidades, que llevan a niveles más elevados de bienestar psicológico. Autores como Ryff, Mager, Kling y Wing (1999) suman a este criterio el nivel socioeconómico, compatible también con mayor bienestar en la vejez. La participación social, por ejemplo, es un fuerte factor protector cuando de salud se trata.

La satisfacción con la vida ha sido estudiada por autores españoles a través de la Escala de Satisfacción con la Vida, de Lawton, más dos preguntas directas (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Ruiz, 2001). En este modelo la satisfacción se explica mediante factores socioeconómicos directa e indirectamente, atravesando la enfermedad física y la salud percibida. Las actividades sociales y de ocio, así como las relaciones sociales, se relacionan tanto directamente como a través de la salud percibida, la cual está íntimamente relacionada con la satisfacción.

El Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) fue concebido para ser administrado mediante entrevista o autoadministrado a personas mayores (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996). Contiene 17 elementos agrupados en 9 áreas: Salud (subjetiva, objetiva y psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos, y Servicios sociales y sanitarios. Con el fin de ponderar la importancia subjetiva e ideográfica de cada uno de los componentes, el CUBRECAVI contiene también una pregunta en la que se interroga al sujeto sobre el orden de importancia que atribuye a los distintos determinantes de la calidad de vida. Los factores vinculados con la competencia objetiva (representada por medidas de inteligencia, de aprendizaje y físicas) fueron: edad, estatus socioeconómico (medido por ingresos y educación), capacidad subjetiva y salud (estimación subjetiva de fuerza, flexibilidad, resisten-

cia, velocidad, salud subjetiva) y estilos de vida. Factores sociales, control interno y enfermedad (a través de problemas de salud, crónicos y del sueño) actúan según el estudio europeo ESAP (Protocolo europeo de investigación en el envejecimiento) a través del ítem Capacidad subjetiva y salud percibida.

CALIDAD DE VIDA, VEJEZ Y SALUD

Además del CUBRECAVI, el cuestionario diseñado por Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, 1996) que de hecho puntúa la calidad de vida en salud objetiva, subjetiva y psíquica, otro concepto afín es Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Health Related Quality of Life, HRQOL), que tiene sus orígenes en la definición de salud dada en 1983 por la OMS. Se trata de un concepto particularmente importante en un momento en el que la esperanza de vida había “alcanzado niveles considerables” y cuando el objetivo fundamental era “la mejora de los años por vivir, a pesar de los efectos acumulativos de la salud asociados con el hecho de envejecer y sus procesos patológicos concomitantes” (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2005).

En la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) se preguntó sobre enfermedades que les fueron diagnosticadas a las personas mayores, y si bien la percepción de salud fue afectada por la presencia de las mismas, no siempre la valoración subjetiva presentó correlación efectiva. Observamos en nuestros trabajos de investigación que personas mayores con enfermedades severas pero no invalidantes presentan mejor percepción de su salud que aquellas con patologías más leves pero que les traen algún impacto funcional.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud alude a la percepción que tiene un paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar (Gómez-Vela y Sabeh, 2001). Debe identificar no solo el estado o funcionamiento físico, psicológico y social, sino también el bienestar mental y social, las percepciones y la satisfacción con los niveles que en estos aspectos hayan sido alcanzados. A escala comunitaria o social, la CVRS incluye

también recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene de su salud y estado funcional. Como se ve, el componente subjetivo de la calidad de vida mediante conceptos como bienestar y satisfacción implica el estudio de la valoración de la salud desde la perspectiva del propio individuo, con el fin de obtener un diagnóstico de su estado general de salud. Este diagnóstico quedará matizado por las características socioeconómicas de la población, constatándose que el principal factor de desigualdad en la percepción de la salud es el nivel de instrucción, coincidentemente con el estudio presentado por el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA. La enfermedad y sus consecuencias, desde un punto de vista social no individual, es otro factor definitorio del estado de salud de una población, y el grado de utilización de un sistema sanitario es un indicador de la necesidad percibida de estos servicios, así como una prueba efectiva de accesibilidad (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2005).

En el nuevo estudio del Observatorio de la Deuda Social Argentina (UCA) se introdujo como variable la percepción del estado psicofísico de las personas mayores, observándose que un gran porcentaje registraba déficit en el mismo. Intentaremos a continuación desmenuzar sus componentes.

El nivel educativo, además de influir sobre la percepción psicofísica de la salud y la calidad de vida, está demostrado por diversos investigadores como relacionado con la incidencia de Alzheimer y de deterioro cognitivo.

Estudios efectuados también por Fernández-Ballesteros (2009a) con relación a la salud comparan la calidad de vida de quienes viven en su domicilio con los residentes en hogares públicos o privados, haciendo hincapié en el número de medicamentos que consumen, si presentan dolor y si padecen enfermedades crónicas. Una investigación realizada en forma acotada por esta autora, y que debería extenderse en el país, es la de calidad de vida en residencias geriátricas.

La edad parece determinar grandes diferencias en la mayor parte de los indicadores de salud objetivos. Según se va incrementando la edad, y a pesar de no modificarse significativamente la salud percibida, los sujetos mayo-

res informan padecer más problemas crónicos, más dolores, más trastornos psíquicos, que han guardado más días de cama en el último mes y que tienen más problemas de audición, aunque no informan ingerir más medicamentos (Fernández-Ballesteros, 2009a).

Coincidentemente con la investigación ODSA-UCA, ese mismo patrón se presenta con referencia a la posición social. En efecto, según se asciende en las condiciones socioeconómicas, los sujetos informan tener menos problemas crónicos de salud, menor número de dolores y mejor salud psíquica.

ACERCA DEL ENTRECRUZAMIENTO CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE ATENCIÓN

Si bien hay diferencias en la presente investigación ODSA-UCA entre quienes se atienden por PAMI y quienes lo hacen en el hospital público, como bien aclara este informe, muchos pacientes de PAMI pertenecen a cápitales de hospitales públicos, los horarios de atención de sus consultorios son menos extensos en general que los de obras sociales o mutuales, y por otro lado los pacientes con pensiones no contributivas (PRO.FE) tienen grandes dificultades para conseguir ser atendidos por sus médicos de cabecera, adquirir elementos protésicos o ingresar a una institución geriátrica.

La salud como dominio importante de la calidad de vida en la vejez parece estar funcionalmente relacionada con el sexo, la mayor edad, la posición social y las condiciones de la vivienda.

Asimismo, la participación social mejora el sentimiento de autoeficacia y control personal. Promover los comportamientos pro-sociales y la participación social es uno de los retos del envejecimiento activo. En este sentido, es muy importante la promoción de contextos educativos para los mayores, a fin de facilitar el aprendizaje continuo a lo largo del ciclo vital.

La autopercepción de la salud se verifica más positiva cuanto mayor es el nivel educativo del adulto mayor. Esta asociación significativa se sostiene aun después de ajustar por sexo: los varones registran una percepción más positiva pero esta se incrementa progresivamente con el nivel educativo de la misma forma que se incrementa entre las mujeres.

También se observa mayor cuidado de la salud cuanto más alto es el nivel educativo en etapas más tempranas de la vida.

En la evaluación a través del instrumento CUBRECAVI (Fernández-Ballesteros, 2009b) se observa el dominio servicios sociales y sanitarios y su satisfacción con los mismos.

Contar con una cobertura sanitaria, más si es eficiente, constituye un factor que suma a la calidad de vida en cuanto a la percepción del individuo.

Respecto a los indicadores utilizados para medir la calidad de atención recibida, la demora en la obtención de un turno es más perjudicial que la tardanza en ser atendido, que se mide por tiempo en la sala de espera.

No fueron evaluados en esta investigación indicadores que no pueden ser medidos por el paciente, como retraso en el diagnóstico de la patología, retraso en la derivación especializada, diagnóstico de efecto adverso de medicación, falta de adherencia al tratamiento, omisión de medidas preventivas y errores en la comunicación (barreras culturales, comunicación entre profesionales).

La demora en la sala de espera debería diferenciarse también si es con turno o por demanda espontánea.

Es comprobable también que los ancianos concurren a sus turnos con gran anticipación, cuestión tal vez relacionada con su disponibilidad de tiempo libre.

La falta de servicios geriátricos en la mayoría de los hospitales públicos atenta contra la calidad de la atención; y en los servicios donde se internan personas mayores se producen altas precoces, a veces sin control de los medicamentos indicados al alta, sin contrastar con los consumidos en el domicilio, siendo un momento crítico para el paciente mayor.

Otro aspecto que merece consideración es la imposibilidad o demora para acceder a estudios de alta complejidad: se observa una relación inversa entre el nivel de cobertura (subsistema de prepagas o de obra social versus público), siendo desventajosas tanto la distancia para acercarse a los efectores como las dificultades para trasladarse.

Por último, los déficits de información sobre la oferta de coberturas de salud, en sus distintos niveles, afectan principalmente a los ancianos y a los que

menos tienen, pues no van a exigir un derecho relacionado con la salud que no saben que poseen.

LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Que para la salud, bienestar y acceso efectivo a recursos, tanto mujeres como varones mayores tengan necesidades, riesgos y oportunidades diferentes no depende solo de sus diferencias biológicas, sino también y sobre todo de los roles que la sociedad les asigna y aquellos que debieron cumplir en el curso de su vida.

Estas diferencias varían y deben ser estudiadas en los contextos socioeconómico, étnico y cultural. Los entrecruzamientos ofrecen vulnerabilidades diferenciales aunque no siempre femeninas, como en el caso de la feminización de la pobreza o de la vejez; ya que los roles que deben cumplir los hombres en el sistema patriarcal también los lleva a modos diferenciales de enfermar, de consultar y de acceder a los recursos.

El enfoque de género no es un nuevo campo dentro de la salud, sino una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones desde una perspectiva de ciudadanía y de derechos (Tajer, 2004), conceptos ambos tan vapuleados cuando de adultos mayores se trata.

Por ello, cuando nos referimos a la atención de la salud del adulto mayor y a su calidad de vida, necesariamente debemos abordar dimensiones diferenciales de género en cuanto a estado de salud y sus determinantes socioeconómicos, a la asignación de recursos y el acceso efectivo a la atención conforme a necesidades, distribución del poder y a la carga de responsabilidades. Si bien estadísticamente las mujeres sobreviven a los varones, ello no habla de una mejor salud. Por el contrario, las mujeres presentan mayor morbilidad que los varones durante el curso de su vida y pueden vivir más años discapacitadas. Pero para el varón la perspectiva no es mucho mejor, dado que las representaciones sociales ligadas al sexo “fuerte” y la falta de reconocimiento de los primeros síntomas hacen que consulte menos por no ausentarse del trabajo en función del rol que se le ha asignado de proveedor del hogar. Este hecho, sumado a la resolución violenta de los conflic-

tos, suele ocasionar un impacto negativo en su integridad psicofísica y social (Murgieri, 2011).

Con respecto al impacto diferencial de género en la salud, los varones sufren en este punto un problema relacionado con los estereotipos, ya que por la obligación hetero y autoimpuesta de trabajar y aportar dinero a la familia, subestiman sus síntomas y no consultan a tiempo, postergando muchas veces los tratamientos e intervenciones quirúrgicas que les brindarían largos períodos de recuperación sin trabajar.

Por otro lado, la presencia de enfermedades en la vejez es producto también de conductas de riesgo adoptadas en la juventud o en la edad madura. El tabaquismo y el alcoholismo son adicciones frecuentes en los varones, aunque actualmente se observa un incremento en su incidencia en las mujeres.

La mujer en la edad reproductiva, y dependiendo de su posición social, cuida más su salud, pero al envejecer, tanto varones como mujeres se encuentran en una situación desventajosa en los sistemas de salud. Es por ello que puede no encontrarse diferencia en los niveles de insatisfacción según el sexo. La mujer de edad avanzada es particularmente vulnerable en términos físicos y económicos, por su mayor morbilidad, mayor índice de discapacidad, mayor desgaste físico por la “doble jornada” y subordinación económica multiplicada por la soledad, ya que son más longevas que sus cónyuges.

ACERCA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Como bien dice Gil Gregorio (2010), los trastornos del sueño son frecuentes en personas de edad avanzada e inciden en el sentimiento de bienestar de los mismos, y es un mito pensar que tales trastornos son propios de la vejez, es decir, comunes en esa edad, cuando muchos de ellos surgen como efecto secundario de patologías físicas o psíquicas. Además, debe tenerse en cuenta el elevado consumo de psicofármacos en este grupo etario y las complicaciones de su uso y abuso, como el desarrollo de síndromes geriátricos, verbigracia el de inestabilidad y caídas, así como el de incontinencia.

Cierto es que uno de los factores que más contribuyen a alcanzar un estado de bienestar físico y psicológico es el sueño. La investigación actual muestra cada vez con

mayor fuerza empírica que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. Asimismo, es muy frecuente la presencia de problemas con el sueño en diversas afecciones médicas y trastornos psicopatológicos (Benca, Obermeyer, Thisted, Gillin, 1992).

La calidad del sueño es otro parámetro que diferencia a unas personas de otras. Diversos estudios sugieren la existencia de una relación positiva entre calidad del sueño y salud autoinformada, como señala Gil Gregorio (2010). Este autor demuestra, con 130 personas funcional y socialmente activas de 65 años y de ambos sexos (102 femenino y 24 masculino), que los principales factores que contribuyen positivamente a la satisfacción del sueño son la cantidad de sueño, su calidad y profundidad, y de forma negativa, los despertares nocturnos. Muestra incluso que cuanto mayor es la satisfacción de sueño autoevaluada, menores son los síntomas de depresión y ansiedad, menor el número de enfermedades padecidas y menor la cantidad de medicamentos consumidos. De estos aspectos, en dicho trabajo la depresión es la que mejor correlaciona con la satisfacción del sueño.

La propia vejez es fuente de ansiedad para la persona que está envejeciendo y no logra compensar pérdidas con ganancias en su esfera narcisista.

Hay un asunto que la investigación de ODSA-UCA refiere como malestar psicológico relacionado con la calidad de sueño, y aquí es importante rescatar las expresiones “desesperanza”, “deprimido” e “inútil”. Recordemos que la forma de presentación de las enfermedades en los ancianos suele ser “atípica” y haber expresiones minimizadas de tristeza. De hecho, una pregunta clave para detectar depresión es justamente el sentimiento de desesperanza, y una de las manifestaciones de la depresión es el insomnio de despertar temprano. Es atinado entonces proponer el esfuerzo de no infradiagnosticar depresiones que podrían ser tratadas.

En Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Mental, que efectuó una encuesta entre 450 pacientes con cáncer, observó que solo dos preguntas del PHQ-9 ayudaban a aproximarse al diagnóstico. La encuesta

pregunta a los pacientes si en las dos últimas semanas han experimentado poco interés o placer en hacer las cosas, o si se sentían desanimados, deprimidos o desesperanzados. Se puntúa a los pacientes según las respuestas a las dos preguntas. Por cada pregunta, un paciente puede responder que no en lo absoluto (lo que vale 0 puntos), varios días (1 punto), más de la mitad de los días (2 puntos) o casi todos los días (3 puntos). Los pacientes que puntúan un total de al menos 3 puntos en ambas preguntas se consideran en riesgo de depresión (Cuestionario de salud PHQ-9, dos primeras preguntas, Kroenke, Spitzer, 2001).

Por otra parte, la somnolencia diurna puede ser efecto de los trastornos primarios del sueño; un paciente con apnea del sueño o síndrome de piernas inquietas puede tenerla y los encuestados no fueron aparentemente estudiados (polisomnografía). Claro que influye indirectamente en los sectores de bajos recursos la posibilidad de efectuarse dicho estudio, por lo que habría un infradiagnóstico relacionado con la calidad de atención y con los recursos.

Con respecto a la relación entre estatus socioeconómico y mejor calidad de sueño, se podría inferir una mejor higiene del sueño (luz adecuada, temperatura agradable, no pasar hambre, no dormir hacinados, etc.) en aquellas personas con menos problemas relacionados con la pobreza, mayor nivel educativo y mejor cobertura de salud.

REFLEXIÓN FINAL

Lo expresado en todos los puntos anteriores permite concluir la necesidad de repensar el modelo de atención de salud para centrarlo en la persona, con los mejores conocimientos científico-técnicos de los que se disponga y especializado en geriatría y gerontología, acorde a las necesidades del grupo etario, con un conocimiento cabal acerca de los componentes de la calidad de vida de las personas mayores, de los recursos existentes y a través de una adecuada planificación estratégica del sistema de salud.

Habrà que trabajar en políticas para aumentar las capacidades de las personas mayores y prevenir la dependencia, fomentar los procesos de rehabilitación y,

finalmente, brindar una adecuada atención a la fragilidad y la dependencia.

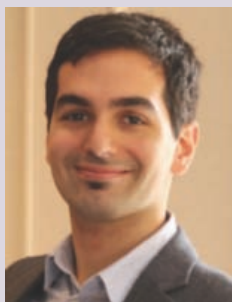
Para efectuar mejores diagnósticos de situación, consideramos que sería conveniente ampliar en los estudios el uso de variables, incluso algunas de carácter objetivo, como lo son el consumo de medicación inadecuada y los ingresos hospitalarios por reacciones adversas a medicamentos, la atención brindada por médicos especialistas en geriatría y las depresiones no diagnosticadas.

Acordamos con la importancia de haber incluido la percepción de la salud como factor determinante en la valoración de la calidad de vida que atañe a este campo, subrayando la necesidad de trasladar a las intervenciones y prácticas las cuestiones de género apreciadas.

BIBLIOGRAFÍA

- BADÍA, X. (1995). "La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos", en J. Sacristán, J. Badía y J. Rovira (eds.), *Farmaco-economía*, Madrid: Editores Médicos.
- BALTES, P. B. y Baltes, M. M. (1990a). *Successful aging*, Nueva York: Cambridge University Press.
- BENCA, R.; Obermeyer, W.; Thisted, R.; Gillin, J. (1992). *El sueño y los trastornos psiquiátricos, un meta-análisis*, Chicago: Arco Gen Psychiatry.
- FERICGLA, J. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Barcelona: Anthropos.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997). "Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales", *Anuario de Psicología*, 73 (2), pp. 89-104.
- (2009a). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*, Madrid: Ediciones Pirámide.
 - (2009b). *Psicogerontología, perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; Zamarrón, M. D.; Tárraga, L.; Moya, R. e Íñiguez, J. (2003). "Learning Potential in healthy, Mild Cognitive Impairment subjects and in Alzheimer patients". *European Psychologist*, 8, pp. 148-160.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; Zamarrón, M. D. y Ruiz, M. A. (2001). "The contribution of sociodemographic and psychosocial factors to life satisfaction", *Ageing and Society*, 21, pp. 1-28.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. y Zamarrón, M. D. (1996).

- “Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI)”, en R. Fernández-Ballesteros, M. D. Zamarrón y A. Maciá (eds.), *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*, Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. y Rojo Pérez, F. (2005). “Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación”, *Territoris*, revista del Departament de Ciències de la Terra, 5, pp. 117-135.
- GIL GREGORIO, P. (2010). *Tratado de Neuropsicogeriatría*, Madrid: SEGG.
- GÓMEZ GÓMEZ, E. (2002). “Equidad, género y salud: Retos para la Acción”, Documentos PRIGEPP, 2007).
- GÓMEZ-VELA, M. y Sabeh, E. (2001). “Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica”, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Universidad de Salamanca.
- GRACIA, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*, Madrid: EUDEMA.
- KROENKE, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. (2001). “PHQ9: Validez de una medida de gravedad de depresión breve”, *Journal of General Internal Medicine*.
- LAWTON, M. (1983). “Environment and other determinants of well-being in older people”, *Gerontologist* 23, pp. 349-357.
- LEZAUN, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la vejez desde una perspectiva multidimensional*, Colección Estudios (1ª ed.), Madrid: IMSERSO.
- MARTÍNEZ, T. (2010). *Centros de atención diurna a personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*, Madrid, Ed. Médica-Panamericana.
- MURGIERI, M. (2011). *Salud y representaciones sociales de vejez y género: Más que la intersección de construcciones sociales asimétricas*, tesis de maestría en Género, Sociedad y Políticas, FLACSO.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). *Active Aging*, Génova: World Health Organization.
- RYFF, C. D.; Magee, W. J.; Kling, K. C. y Ala, E. H. (1999). “Macro y micro vínculos en el estudio de bienestar psicológico”, en *Persona y sociedad en los procesos del envejecimiento*, The Annual Review of Psychology, Rochester.
- RODRÍGUEZ, P. (2006). *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*, Madrid: Fundación Alternativas.
- TÁJER, D. (2004). “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”, en *Políticas Públicas: Mujer y Salud*, Popayán (Colombia): Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC (Documentos PRIGEPP, 2006), pp. 27-39.
- www.ar.undp.org
- www.cels.org.ar
- www.oas.org
- www.who.int

**Guido Simonelli**

Médico
Departamento de
Docencia e Investigación
e Instituto de
Investigaciones
Biomédicas (BIOMED),
UCA-CONICET

**Daniel P. Cardinali**

Médico. Doctor en
Ciencias Biológicas.
Departamento de
Docencia e Investigación
e Instituto de
Investigaciones
Biomédicas (BIOMED),
UCA-CONICET

**Daniel E. Vigo**

Doctor en Medicina
Departamento de
Docencia e Investigación
e Instituto de
Investigaciones
Biomédicas (BIOMED),
UCA-CONICET

**Daniel Pérez
Chada**

Médico
Departamento de
Neumonología,
Universidad Austral

NOTA DE INVESTIGACIÓN

TRASTORNOS DE SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Si bien el número requerido de horas de sueño varía de persona a persona, existe un rango “saludable” que varía según la edad. Este rango “óptimo” de sueño se basa en estudios epidemiológicos que suelen reportar una mayor morbi-mortalidad cuando se duerme menos o más de lo recomendado (Knutson, 2006). El hecho de que la cantidad de horas recomendadas varíe con la edad refleja que dormir es un proceso fisiológico cuya evolución, durante nuestro desarrollo y envejecimiento, es similar a otros procesos y funcional a los diversos requerimientos de la etapa en la que se encuentra el individuo. De esta forma, un recién nacido requiere entre 14 y 17 horas diarias de sueño para un desarrollo pleno, mientras que los adultos requieren entre 7 y 9 horas para un normal funcionamiento. Dormir de forma insuficiente se asocia con una mayor incidencia de obesidad, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, deterioro cognitivo y mortalidad. No dormir lo suficiente se suele manifestar mediante excesiva somnolencia diurna asociada a un aumento del riesgo de accidentes domésticos, laborales o viales, sumado a un deterioro de la capacidad de trabajo (Capuccio, 2010).

Envejecer se asocia con alteraciones del sueño como despertares tempranos y menor cantidad de sueño lento. Los individuos tienden a reportar una peor calidad de sueño al envejecer. Los trastornos de sueño más comunes como el síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) e insomnio también aumentan su prevalencia con la edad (Crowley, 2011). SAHOS es una condición crónica de obstrucción cíclica de la vía aérea superior durante el sueño con importantes consecuen-

cias cardiometabólicas. Por otro lado, el insomnio se caracteriza por una dificultad en iniciar o mantener el sueño, que compromete la salud y la calidad de vida. Varios trastornos de salud en esta etapa tienen comorbilidades (coexistencia de dos o más enfermedades) o factores de riesgo asociados a alguna alteración del sueño (Irwin, 2015), por ejemplo enfermedades neurológicas como las de Parkinson y Alzheimer; desórdenes psiquiátricos como la depresión y ansiedad; enfermedades cardiometabólicas como diabetes tipo 2, obesidad y afecciones coronarias; así como también ciertos trastornos oncológicos.

La mayor parte de los estudios que han analizado el sueño en adultos mayores proviene de los países desarrollados. La necesidad de estudiar a esta población nace de la posibilidad de paliar el impacto de algunas de las enfermedades crónicas complejas propias de esta etapa, a través de ajustes en el estilo de vida y políticas gubernamentales de salud pública. De este modo, dormir insuficientemente o mal pasa a ser un factor de riesgo (prevenible) contra un número creciente de enfermedades crónicas. Las diferencias culturales entre las poblaciones de los países desarrollados y regiones del mundo como Latinoamérica incluyen múltiples actitudes y comportamientos hacia lo que es “dormir”. Así pues, estudiar el sueño y los factores de riesgo asociados en los adultos mayores de la Argentina es de vital importancia para el diseño de políticas de salud pública.

MÉTODOS

En esta nota de investigación se reportan los resultados correspondientes a ocho preguntas basadas en la versión castellana del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh; a saber: 1) Durante el último mes, ¿a qué hora habitualmente se acostó para dormir por la noche?; 2) Luego de apagar la luz para dormir, ¿cuánto tiempo tardó en quedarse dormido en promedio?; 3) ¿A qué hora se levantó habitualmente por la mañana?; 4) ¿Cuánto tiempo cree que realmente duerme por la noche en forma habitual? (“sueño efectivo”; se aclaró que el tiempo puede ser

diferente al que se permanece en la cama); 5) ¿Cómo calificaría en general su calidad de sueño? (muy buena, bastante buena, bastante mala, muy mala); 6) ¿Con qué frecuencia tuvo problemas para permanecer despierto durante el día? (nunca o esporádicamente, una o dos veces a la semana, tres o más veces a la semana); 7) Si duerme siesta en forma habitual (todos o casi todos los días), ¿por cuánto tiempo lo hace?; 8) Si pudiese elegir, ¿cuánto tiempo le gustaría dormir en total (por la noche y siestas)?

A partir de las preguntas se definieron las siguientes variables: “Hora de acostarse” (a qué hora se acuesta); “Hora de levantarse” (a qué hora se levanta); “Tiempo en la cama” (TEC = hora de levantarse - hora de acostarse); “Período de sueño” (PS = TEC - latencia de sueño); “Sueño efectivo” (horas que cree que durmió); “Tiempo total de sueño” (TTS = PS + siesta); “Porcentaje de sueño” (% Sueño = Sueño efectivo / TEC); “Eficiencia de sueño” (Eficiencia de sueño = Sueño efectivo / PS); “Deuda de sueño” (Deuda de sueño = Tiempo deseado de sueño - (PS + siesta); “Deuda de sueño efectivo” (Deuda de sueño = Tiempo deseado de sueño - (Sueño efectivo + siesta). Se tomaron los valores propuestos por la National Sleep Foundation de Estados Unidos (Hirshkowitz, 2015) según la edad para definir “Sueño insuficiente” (< 6 hs en menores de 65 años y < 5 hs en adultos de 65 años y más) y “Sueño excesivo” (> 11 hs en adultos de menos de 25 años, > 10 hs en adultos entre 25 y 65 años y > 9 hs en adultos de 65 años y más). Se definió “mala calidad de sueño” como la presencia de bastante o muy mala calidad de sueño. Se definió “presencia de somnolencia diurna” como la presencia de somnolencia una o más veces a la semana.

Por otro lado, a fin de evaluar asociaciones con variables sociodemográficas, se obtuvo información sobre el sexo de los participantes; su edad (mayores y menores de 75 años); su nivel de instrucción (hasta secundario incompleto y secundario completo y más); su estrato socioeconómico (medio alto o medio bajo y bajo o muy bajo); tipo de residencia (barrios de nivel socioeconómico medio, barrios de

nivel socioeconómico bajo y villas o asentamientos precarios); y su lugar de residencia (Área metropolitana de Buenos Aires –conformada por Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense– e Interior). Se recabaron datos respecto de posibles actividades que pudiesen condicionar la cantidad o calidad del sueño, a saber: estado de actividad; realizar tareas domésticas (cocina y limpieza); cuidado de familiares; y actividad física habitual. Se relevaron asimismo datos acerca de las posibles condiciones médicas o enfermedades que pudiesen estar asociadas con trastornos de sueño: haber sufrido un accidente en la vía pública; índice de masa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$), definiéndose la presencia de obesidad cuando $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$; diagnóstico de diabetes; diagnóstico de enfermedad cardiovascular; diagnóstico de hipertensión arterial; diagnóstico de enfermedad cerebrovascular; diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica; diagnóstico de trastornos osteoartromusculares; diagnóstico de cáncer; problemas de memoria; síntomas compatibles con ansiedad (nerviosismo, agitación) y síntomas compatibles con depresión (afectividad negativa, fatiga).

Se analizaron los datos obtenidos en el grupo etario de los adultos de 60 años o más (adultos mayores) comparándolos en primera instancia con el grupo de los adultos de 18 a 59 años (adultos jóvenes), utilizando un test de T para muestras independientes para las variables numéricas y un test de chi cuadrado para las variables categóricas. Se examinó el impacto de las distintas variables sociodemográficas en los trastornos de sueño a través de análisis bivariados (test de chi cuadrado) y multivariados (análisis de regresión logística binomial o multinomial). Finalmente, se evaluó el impacto de la realización de distintas actividades sobre la cantidad y calidad de sueño, así como el riesgo de padecer condiciones o trastornos médicos según la presencia de trastornos de sueño. Con tal finalidad, se utilizaron modelos de regresión logística binomial o multinomial ajustados por las distintas variables sociodemográficas descriptas precedentemente. En todos

los casos, los riesgos multivariados se expresaron como valores de odds-ratio (IC 95%).

RESULTADOS

Las características generales que describen calidad y cantidad de sueño en los adultos mayores se muestran en las Tablas 1a y 1b. Si bien se comparan con las del grupo de adultos jóvenes, este no debe ser tomado como un “control” sano, ya que las alteraciones de sueño son muy prevalentes en ambos grupos etarios. En término medio, los adultos mayores se acuestan a las 23:15 hs y se levantan a las 7:12 hs, totalizando cerca de ocho horas de tiempo en la cama, de las cuales refieren dormir alrededor de siete (89% de sueño). La mitad de ellos suelen dormir siesta, cuya duración promedio es de 77 minutos. El 15% tiene una calidad de sueño mala o muy mala y el 17% padece de excesiva somnolencia diurna. En comparación con los adultos jóvenes, los mayores están más tiempo en la cama, refieren dormir más cantidad de tiempo, su porcentaje y eficiencia de sueño es menor, y una proporción levemente menor de todo este grupo etario manifiesta padecer mala calidad de sueño. Respecto de la “deuda de sueño efectivo”, se destaca que los adultos jóvenes desearían dormir casi una hora y media más de lo que duermen, mientras que los adultos mayores desearían dormir alrededor de media hora más. Estos valores disminuyen cuando se considera el “período de sueño” en vez del “sueño efectivo” (ver Tabla 1a).

Tomando los valores de corte sugeridos por la National Sleep Foundation respecto de la cantidad de horas de sueño considerada como “saludable” en función de la edad, el 10% de los adultos mayores presentan sueño insuficiente, y el 6%, sueño excesivo. Estos valores son significativamente distintos a los presentados por los adultos jóvenes, cuyo 25% manifiesta sueño insuficiente y apenas el 1%, sueño excesivo. El 15% de las personas mayores describe su sueño como malo o muy malo, porcentaje levemente menor al de los adultos jóvenes; y el 17% refiere somnolencia diurna, sin diferencias con los adultos jóvenes (ver Tabla 1b).

Tabla 1a: Características del sueño en adultos jóvenes y adultos mayores (variables numéricas)

	18 a 59 años		60 años y más		Total	
	Media	ES	Media	ES	Media	ES
Hora de acostarse (hh:mm) ***	23:46	00:01	23:13	00:02	23:38	00:01
Hora de levantarse (hh:mm) *	7:20	00:01	7:14	00:02	7:19	00:01
Tiempo en la cama (min) ***	454	1	482	3	461	1
Latencia de sueño (min) *	16,8	0,3	18,2	0,6	17,2	0,3
Período de sueño (min) ***	437	1	463	3	443	1
Sueño efectivo (min) ***	425	1	437	3	428	1
Porcentaje de sueño (%) ***	91	0,1	89	0,3	91	0,1
Eficiencia de sueño (%) ***	95	0,1	93	0,3	94	0,1
Siesta (min) (#) **	83	1	77	2	81	1
Sueño deseado (min) ***	520	1	491	2	513	1
Deuda de sueño (min) ***	57	2	-10	3	41	2
Deuda de sueño efectivo (min) ***	80	2	25	3	67	1

(#) Valores referidos a los sujetos que acostumbra dormir siesta (n=634, 50%). * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, Test de T para muestras independientes.

Tabla 1b: Características del sueño en adultos jóvenes y adultos mayores (variables categóricas)

	18 a 59 años		60 años y más		Total	
	N	%	n	%	n	%
Sueño insuficiente ***	961	23,7%	125	9,9%	1086	20,4%
Sueño excesivo ***	28	0,7%	72	5,7%	100	1,9%
Mala calidad de sueño *	772	17,7%	198	15,3%	970	17,1%
Somnolencia diurna	794	18,4%	222	17,2%	1016	18,1%
Siesta ***	1298	32,0%	634	50,3%	1932	36,3%*

p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, Test de chi cuadrado.

En las Tablas 2a, 2b y 2c se describe el impacto de las características sociodemográficas en el sueño. Se observa un mayor porcentaje de varones con sueño reducido y un mayor porcentaje de mujeres con mala calidad de sueño. De todas las personas de más de 60 años, las que superan los 75 años presentan un porcentaje más amplio de individuos que refieren dormir más horas de las recomendadas y un menor porcentaje con mala calidad de sueño. El más bajo nivel de instrucción se asocia con sueño excesivo, mala calidad de sueño y

presencia de somnolencia diurna. El nivel socioeconómico más bajo se asocia con mala calidad de sueño y somnolencia diurna. Los habitantes de barrios con trazado urbano de nivel socioeconómico bajo (pero no villas o asentamientos) presentan un mayor porcentaje de sujetos con sueño insuficiente o excesivo, mala calidad de sueño y somnolencia diurna. En cuanto a la distribución por lugar geográfico de residencia, el área metropolitana de Buenos Aires exhibe un mayor porcentaje de sujetos que muestran sueño excesivo.

Tabla 2a: Características sociodemográficas y duración del sueño

		Duración del sueño							
		Normal		Insuficiente		Excesivo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo **	Varón	399	37,6%	65	52,0%	35	48,5%	499	39,6%
	Mujer	663	62,4%	60	48,0%	37	51,5%	760	60,4%
Edad ***	60 a 74 años	768	72,3%	102	81,6%	36	50,3%	907	72,0%
	75 años y más	294	27,7%	23	18,4%	36	49,7%	353	28,0%
Nivel de instrucción **	Hasta secundario incompleto	653	61,5%	84	67,2%	58	80,2%	795	63,1%
	Secundario completo y más	409	38,5%	41	32,8%	14	19,8%	464	36,9%
NSE	Muy bajo y bajo	452	42,6%	50	40,3%	32	45,1%	535	42,5%
	Medio bajo y medio alto	610	57,4%	75	59,7%	39	54,9%	724	57,5%
Vivienda **	Barrio de NSE medio	406	38,2%	29	23,4%	18	25,1%	453	36,0%
	Barrios de NSE bajo	613	57,7%	92	73,4%	51	71,6%	756	60,1%
	Villas o asentamientos	44	4,1%	4	3,2%	2	3,3%	50	4,0%
Localidad **	Área metropolitana de Buenos Aires (CABA y Conurbano Bonaerense)	693	65,2%	78	61,9%	61	84,3%	831	66,0%
	Ciudades del interior	369	34,8%	48	38,1%	11	15,7%	428	34,0%

NSE: nivel socioeconómico. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, Test de chi cuadrado.

Tabla 2b: Características sociodemográficas y calidad de sueño

		Calidad de sueño					
		muy/bastante buena		muy/bastante mala		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo **	Varón	466	42,5%	60	30,3%	526	40,6%
	Mujer	631	57,5%	138	69,7%	769	59,4%
Edad *	60 a 74 años	780	71,1%	155	77,9%	934	72,1%
	75 años y más	317	28,9%	44	22,1%	361	27,9%
Nivel de instrucción **	Hasta secundario incompleto	658	60,0%	138	69,7%	796	61,5%
	Secundario completo y más	439	40,0%	60	30,3%	499	38,5%
NSE **	Muy bajo y bajo	431	39,3%	101	50,8%	532	41,1%
	Medio bajo y medio alto	666	60,7%	98	49,2%	763	58,9%
Vivienda ***	Barrio de NSE medio	443	40,4%	46	23,2%	489	37,8%
	Barrios de NSE bajo	614	56,0%	142	71,5%	756	58,4%
Localidad	Villas o asentamientos	39	3,6%	11	5,3%	50	3,9%
	Área metropolitana de Buenos Aires (CABA y Conurbano Bonaerense)	725	66,0%	136	68,4%	860	66,4%
	Ciudades del interior	373	34,0%	63	31,6%	435	33,6%

NSE: nivel socioeconómico. * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, Test de chi cuadrado.

Tabla 2c: Características sociodemográficas y somnolencia diurna

		Somnolencia diurna					
		Ausente		Presente		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Varón	450	41,9%	78	34,9%	527	40,7%
	Mujer	624	58,1%	145	65,1%	768	59,3%
Edad	60 a 74 años	778	72,5%	156	70,2%	934	72,1%
	75 años y más	295	27,5%	66	29,8%	362	27,9%
Nivel de instrucción ***	Hasta secundario incompleto	627	58,4%	171	77,0%	799	61,6%
	Secundario completo y más	446	41,6%	51	23,0%	497	38,4%
NSE ***	Muy bajo y bajo	420	39,1%	115	51,7%	535	41,3%
	Medio bajo y medio alto	654	60,9%	107	48,3%	761	58,7%
Vivienda ***	Barrio de NSE medio	447	41,6%	40	18,0%	487	37,6%
	Barrios de NSE bajo	585	54,5%	174	78,3%	759	58,6%
Localidad	Villas o asentamientos	42	3,9%	8	3,6%	50	3,8%
	Área metropolitana de Buenos Aires (CABA y Conurbano Bonaerense)	716	66,7%	150	67,7%	867	66,9%
	Ciudades del interior	357	33,3%	72	32,3%	429	33,1%

NSE: nivel socioeconómico. * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, Test de chi cuadrado.

La Tabla 2d muestra el riesgo (en término de odds ratio) de padecer algunas de las condiciones referidas según un modelo de regresión logística en el que se incluyeron las variables: sexo, edad, nivel educativo, estrato social, condición residencial y lugar geográfico de residencia. Así, se aprecia que los varones, el grupo etario de menor edad, la condición residencial en barrios con trazado urbano de nivel bajo y el estrato medio alto aumentan el riesgo de padecer sueño reducido; mientras que el grupo etario de

mayor edad, el nivel de educación más bajo, y vivir en el área metropolitana de Buenos Aires aumentan el riesgo de padecer sueño excesivo. Asimismo, el hecho de ser mujer y la condición residencial en barrios con trazado urbano de nivel bajo incrementan el riesgo de padecer mala calidad de sueño. Finalmente, ser mujer, el nivel de educación más bajo y la condición de residencia en barrios con trazado urbano de nivel bajo aumentan el riesgo de padecer somnolencia diurna.

Tabla 2d: Riesgo de padecer trastornos de sueño según características sociodemográficas

	Sueño reducido	Sueño excesivo	Mala calidad de sueño	Somnolencia diurna
Sexo masculino	1,8 (1,2-2,7) **	ns	0,6(0,4-0,8)**	0,72 (0,53-0,98)*
Edad > 75 años	0,6 (0,4-0,9)*	2,4 (1,5-3,9)***	Ns	ns
Hasta secundario incompleto	Ns	2,2 (1,2 – 4,3) *	Ns	1,6 (1,1, – 2,3)*
NSE muy bajo y bajo	0,62 (0,40-0,95)*	ns	Ns	ns
Condición de residencia en barrios con trazado urbano de nivel bajo	2,5 (1,5-4,2)***	ns	2,1(1,4-3,2)**	2,7 (1,7-4,1) ***
Condición de residencia en villas o asentamientos	Ns	ns	Ns	ns
Ciudades del interior	Ns	0,3 (0,2-0,7)**	Ns	ns

NSE: nivel socioeconómico. Se presentan los odds-ratio e IC95% para los diversos trastornos de sueño según las características sociodemográficas expuestas. Ns: no significativo, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, modelos de regresión logística que incluyen duración de sueño (multinomial), calidad de sueño (binomial) y somnolencia diurna (binomial) como distintas variables dependientes y características sociodemográficas como variables independientes.

La Tabla 3 muestra el impacto de la realización de diversas actividades sobre los trastornos de sueño, controlando las características sociodemográficas descriptas previamente. Así, se observa que estar activo económicamente o realizar tareas domésticas incrementa el riesgo de sueño disminuido; estar activo económicamente disminuye el riesgo de sueño excesivo; cuidar familiares disminuye el riesgo de mala calidad de sueño; y realizar tareas domésticas o ejercicio físico disminuye el riesgo de padecer somnolencia diurna.

Tabla 3: Riesgo de padecer trastornos de sueño según actividades

	Sueño reducido	Sueño excesivo	Mala calidad de sueño	Somnolencia diurna
Activo	2,5 (1,6-3,7)***	0,42 (0,20-0,90)*	Ns	ns
Tareas domésticas	Ns	Ns	Ns	0,50(0,34-0,76)**
Cuidado de familiares	1,64 (1,03-2,59)*	Ns	0,59(0,41-0,85)**	ns
Ejercicio físico	Ns	Ns	Ns	0,63(0,41-0,96)*

Se presentan los odds-ratio e IC95% para los diversos trastornos de sueño según las actividades expuestas. Ns: no significativo, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, modelos de regresión logística que incluyen duración de sueño (multinomial), calidad de sueño (binomial) y somnolencia diurna (binomial) como distintas variables dependientes, y las distintas actividades, sexo, edad, nivel educativo, estrato social, condición de residencia y localidad como variables independientes.

La Tabla 4 muestra los riesgos de padecer diversas condiciones o enfermedades médicas asociadas con trastornos de sueño, controlando las variables por sexo, edad, nivel educativo, estrato social, condición residencial y lugar geográfico de residencia. Se deduce que el sueño reducido aumenta el riesgo de ACV (accidente cerebro-vascular) y depresión; el sueño excesivo incrementa el riesgo de hipertensión arterial, ACV y ansiedad; la mala calidad de sueño aumenta el riesgo

de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos osteoarticulomusculares, cáncer, trastornos de memoria, ansiedad, depresión; y la somnolencia diurna se asocia con la presencia de accidentes, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, trastornos de memoria, ansiedad y depresión.

Tabla 4: Riesgo de padecer condiciones o enfermedades según diversos trastornos de sueño

	Sueño reducido	Sueño excesivo	Mala calidad de sueño	Somnolencia diurna
Accidentes	ns	Ns	Ns	6,8 (1,3-34,9)*, #
Obesidad	ns	Ns	1,6 (1,1-2,2) **	4,0(1,6-10,1)**, #
Diabetes	ns	Ns	2,5(1,8-3,6)***	1,7(1,2-2,5)**
Hipertensión arterial	ns	2,3(1,4-3,8)**	1,4(1,1-2,0)*	1,4(1,1-2,0)*
Enfermedad cardiovascular	ns	Ns	3,7(2,4-5,7)***	2,3(1,5-3,5)***
Accidente cerebrovascular	2,2(1,2-6,8)*	3,1(1,1-8,7)*	Ns	ns
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	ns	Ns	2,4(1,4-4,2)**	4,0(2,4-6,8)***
Trastornos osteoarticulomusculares	ns	Ns	1,6(1,2-2,2)**	ns
Cáncer	ns	ns	3,6(2,0-6,4)***	2,2(1,2-4,2)*
Trastornos de memoria	ns	ns	2,2(1,4-3,5)**	2,4(1,6-3,8)***
Ansiedad	ns	2,0 (1,04-4,04)*	2,6 (1,7-4,0)***	2,3 (1,5-3,5)***
Depresión	2,6(1,5-4,7)**	ns	6,2(3,9-9,9)***	4,9(3,1-7,7)***

Se presentan los odds-ratio e IC95% para las diversas condiciones o enfermedades según los trastornos de sueño expuestos. Ns: no significativo, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, modelos de regresión logística binomial que incluyen las condiciones o enfermedades como variables dependientes y los trastornos de sueño, sexo, edad, nivel educativo, estrato social, condición residencial y localidad como variables independientes. (#) Padecer somnolencia se asocia significativamente con la presencia de obesidad y accidentes solo cuando la somnolencia estaba presente tres o más veces por semana.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados indican que un importante porcentaje de adultos mayores presenta alteraciones de sueño, en forma de sueño insuficiente, excesivo, mala calidad de sueño o somnolencia diurna. A su vez, factores sociodemográficos como el nivel educativo alcanzado, el empleo, el nivel socioeconómico, las condiciones de la vivienda y el lugar de residencia afectan diferentes aspectos del dormir en esta población. Ajustando por dichos factores, observamos asociaciones significativas entre dormir de forma deficiente y la presencia de distintas enfermedades crónicas.

Efectivamente, entre los adultos mayores, los sujetos con sueño insuficiente y mala calidad de sueño conforman un porcentaje menor que en el grupo de adultos jóvenes, lo que probablemente refleje la mayor carga laboral o familiar de estos últimos, que no deben ser tomados –como se mencionó anteriormente– como un “control” sano. En este sentido, el 15% de las personas mayores padece mala calidad de sueño y el 10% sueño insuficiente, cifras altas de prevalencia. Se destaca el elevado porcentaje de adultos mayores con sueño excesivo. Es aceptado que los que integran este grupo etario pueden pasar tiempos excesivos en la cama, ya sea para compensar alteraciones de sueño, por asumir que deberían dormir la misma cantidad de tiempo que cuando eran jóvenes, o simplemente por considerar que se lo han ganado luego de una vida de levantarse temprano y trabajar duro. Sin embargo, el tiempo excesivo en la cama puede predisponer a sufrir somnolencia diurna y exacerbar la mala calidad de sueño, generando un círculo vicioso de más tiempo en la cama y peor calidad de sueño. La restricción de sueño en estos casos puede ser beneficiosa para los adultos mayores y es, tal vez, el tratamiento más efectivo para el insomnio primario (Youngstedt, 2004).

Entre los adultos mayores en su totalidad, los de más edad presentan diferencias similares a las descritas en el párrafo anterior respecto de los de menos edad. Las mujeres manifiestan un riesgo mayor de reportar mala calidad de sueño, mientras que los varones reportan más frecuentemente dormir menos. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la lite-

ratura y pueden deberse a factores hormonales o comportamentales (Jaussett, 2011). En líneas generales, los análisis univariados han puesto de relieve que los trastornos de sueño se asocian con bajo nivel socioeconómico, de instrucción o residencial. Diversas explicaciones justifican estos descubrimientos. Por ejemplo, se ha reportado que un mayor nivel de instrucción se relaciona con una mejor calidad de sueño a través de la posibilidad de obtener un mejor nivel de ingresos (Moore, 2002). Por otro lado, las condiciones de vivienda precaria se asocian con factores ambientales como ruido, luz y percepción de inseguridad, situaciones que alteran el sueño (Simonelli, 2013a y 2015). No obstante, en el análisis multivariado estas asociaciones se modificaron parcialmente, lo que muestra la complejidad del fenómeno analizado. En este sentido, es interesante notar que el porcentaje de sujetos con sueño insuficiente es mayor entre las personas de nivel socioeconómico medio alto, hallazgo que puede ser atribuido a un mayor nivel de ocupación laboral. Además, los trastornos de sueño en general impactaron sobre los residentes de barrios con trazado urbano de nivel bajo, más que en las villas o asentamientos. Este acierto contradice lo reportado por nuestro grupo en la población general (Simonelli, 2013b) y puede reflejar factores como la alta participación de habitantes de villas o asentamientos en Organizaciones de la Sociedad Civil (Suárez, 2014), que a su vez afectan positivamente el sueño (Cacciopo, 2002). Por último, vivir en ciudades del interior del país ha resultado ser un factor protector para el riesgo de sueño excesivo. Si bien las grandes ciudades presentan características diferenciales en cuanto a las condiciones laborales y de esparcimiento, que se asocian a un menor riesgo de sueño prolongado en comparación con áreas rurales (Hale, 2007), algunos aspectos de la calidad de vida podrían ser mejores en ciudades medianas respecto de ciudades grandes (Sun, 2011).

Acerca de las distintas actividades que pueden condicionar la presencia de trastornos de sueño, la condición de ocupación activa o la realización de tareas domésticas aumentan el riesgo de sueño insuficiente, al mismo tiempo que estas actividades u otras, como

cuidar familiares o realizar actividad física, son factores protectores para los trastornos de sueño prolongado, mala calidad de sueño o somnolencia diurna. Los resultados muestran que si bien la sobrecarga de tareas laborales o domésticas resulta perjudicial, las actividades productivas, sociales o físicas en el adulto mayor contribuyen positivamente al envejecimiento saludable (Chilvers, 2010).

El análisis de la asociación entre condiciones médicas y trastornos de sueño mostró que problemas de salud muy prevalentes, como accidentes, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos osteoarticulomusculares, cáncer, trastornos de memoria, ansiedad o depresión se relacionan significativamente con al menos un problema de sueño. Se han establecido relaciones de causalidad bidireccionales entre algunas de estas condiciones. Por ejemplo, la falta de sueño es un factor de riesgo para la presencia de obesidad, la que por otra parte aumenta el riesgo de SAHOS (Cardinali, 2011). En igual sentido, el sueño insuficiente incrementa el riesgo de deterioro cognitivo; y el depósito de beta-amiloide vinculado con la enfermedad de Alzheimer deviene en una alteración de los patrones de sueño (Cardinali, 2014). Muchas de las condiciones descritas constituyen enfermedades crónicas complejas; mejorar las condiciones de sueño a través de intervenciones educativas, cognitivo-conductuales o mediante fármacos que respeten la ritmicidad circadiana del organismo puede contribuir a prevenirlas o paliar sus síntomas.

Para concluir, esta nota de investigación ha descrito el modo en el que se asocian distintos factores sociodemográficos y condiciones de actividad con distintos trastornos de sueño en adultos mayores. Los trastornos en la duración y calidad del sueño son importantes para explicar cómo los factores sociales se traducen en patologías específicas muy prevalentes en este grupo etario. Es por ello que los datos aquí expuestos aportan información relevante para el diseño de políticas tendientes a disminuir el impacto de tales patologías.

BIBLIOGRAFÍA

CACIOPPO, J. T.; Hawkey, L. C.; Berntson, G. G.; Ernst, J. M.; Gibbs, A. C.; Sickgold, R. *et al.* (2002). "Do Lonely Days Invade the Nights? Potential Social Modulation of Sleep Efficiency", *Psychological Science*, 13 (4), pp. 384-387.

CAPPUCCIO, F. P.; D'Elia, L.; Strazzullo, P.; Miller M.A. (2010). "Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies", *Sleep*, 33 (5), pp. 585-592.

CARDINALI, D. P.; Vigo, D. E.; Olivar, N.; Vidal, M. F.; Brusco, L. I. (2014). "Melatonin Therapy in Patients with Alzheimer's Disease", *Antioxidants*, 3 (2), pp. 245-277.

CARDINALI, D. P.; Cano, P.; Jiménez-Ortega, V.; Esquifino, A. I. (2011). "Melatonin and the metabolic syndrome: physiopathologic and therapeutical implications", *Neuroendocrinology*, 93 (3), pp. 133-142.

CHILVERS, R.; Corr, S.; Singlehurst, H. (2010). "Investigation into the occupational lives of healthy older people through their use of time", *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, pp. 24-33.

CROWLEY, K. (2011). "Sleep and sleep disorders in older adults", *Neuropsychology Review*, 21 (1), pp. 41-53.

HALE, L.; Phuong Do, D. (2007). "Racial Differences in Self-Reports of Sleep Duration in a Population-Based Study", *Sleep*, 30 (9), pp. 1096-1103.

HIRSHKOWITZ, M.; Whiton, K.; Albert, S. M.; Alessi, C.; Bruni, O.; Don Carlos, L. *et al.* (2015). "National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary", *Sleep Health*, 1 (1), pp. 40-43.

IRWIN, M. R. (2015). "Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. *Annual Review of Psychology*, 66, pp. 143-172.

JAUSSENT, I.; Dauvilliers, Y.; Ancelin, M. L.; Dartigues, J. F.; Tavernier, B.; Touchon, J. *et al.* (2011). "Insomnia symptoms in older adults: associated factors and gender differences", *Am J Geriatr Psychiatry*, 19 (1), pp. 88-97.

KNUTSON, K. L.; Turek, F. W. (2006). "The U-shaped association between sleep and health: the 2 peaks do not mean the same thing", *Sleep*, 29 (7), pp. 878-879.

MOORE, P. J.; Adler, N. E.; Williams, D. R.; Jackson, J. S. (2002). "Socioeconomic status and health: the role

of sleep”, *Psychosom Medicine*, 64 (2), pp. 337-344.

SIMONELLI, G.; Leanza, Y.; Boilard, A.; Hyland, M.; Augustinavicius, J. L.; Cardinali, D. P. *et al.* (2013). “Sleep and quality of life in urban poverty: the effect of a slum housing upgrading program”, *Sleep*, 36 (11), pp. 1669-1676.

SIMONELLI, G.; Patel, S. R.; Rodríguez Espínola, S.; Pérez Chada, D.; Salvia, A.; Cardinali, D. P. *et al.* (2015). “The impact of home safety on sleep in a Latin American country”, *Sleep Health*, 1 (2), pp. 98-103.

SIMONELLI, G.; Rodríguez Espínola, S.; Pérez Chada, D.; Cardinali, D. P.; Vigo, D. E. (2013). “Trastornos de Sueño: aspectos sociodemográficos y su relación con el estado de salud”, en *Desajustes en el desarrollo humano y social (2010-2011-2012)*, Buenos Aires: Educa, pp. 233-235.

SUÁREZ, A. L.; Mitchell, A.; Léporé, E. (eds.) (2014). “Las villas de la Ciudad de Buenos Aires: territorios frágiles de inclusión social” [en línea], Buenos Aires: Educa. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/libros/villas-ciudad-buenos-aires.pdf> [Fecha de consulta: 05/10/2015].

SUN, S.; Chenc, J.; Johannesson, M.; Kinde, P.; Xuf, L.; Zhangf, Y. *et al.* (2011). “Regional differences in health status in China: Population health-related quality of life results from the National Health Services Survey 2008”, *Health & Place*, 17 (2), pp. 671-680.

YOUNGSTEDT, S.; Kripke, D. (2004). “Long sleep and mortality: rationale for sleep restriction”, *Sleep Medicine Reviews*, 8, pp. 159-174.



CAPÍTULO 4

EL BIENESTAR EN SU DIMENSIÓN SUBJETIVA: SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Entre la diversidad de enfoques en torno al bienestar de las personas, la perspectiva del Desarrollo Humano se destaca por entender el desarrollo como realización plena de las capacidades humanas. Se trata de una concepción que coloca la calidad de vida en el centro de las preocupaciones y, desde esta posición, promueve el enriquecimiento de las capacidades y la expansión de las libertades reales de las personas como un objetivo de desarrollo (PNUD, 2000). De este modo, el bienestar humano es parte de un fenómeno integral que comprende no solo las condiciones materiales de vida, sino también la sociabilidad y la sensación de bienestar o satisfacción con la vida que experimentan los sujetos; en nuestro caso particular, las personas mayores.

Sentirse feliz y satisfecho reafirma la autoestima y la autonomía de los individuos, por eso es una de las condiciones que les permite desenvolverse como personas activas, socialmente implicadas, que logran percibirse como miembros de comunidades más prósperas y satisfechas. Ello amplía las oportunidades de llevar adelante un proceso de desarrollo humano continuo, activo, el cual expande el ejercicio de las libertades y las oportunidades para la participación y la toma de decisiones. La felicidad y la satisfacción con la vida devienen entonces un objetivo en sí mismo, por los niveles de bienestar que comportan y retroalimentan en el

individuo; de allí que resulte pertinente analizar sus determinantes y consecuentes principales.

Los modos de abordar y problematizar el tema de la calidad de vida en sus aspectos subjetivos son múltiples, complejos y de larga data. El bienestar, como tema de reflexión, se remonta por lo menos hasta los grandes filósofos griegos. Inicialmente no había acuerdo dentro de la comunidad científica acerca de su definición y se utilizaban de manera similar los conceptos de satisfacción, bienestar, felicidad y calidad de vida; siendo que el ser humano aspira al bienestar y a la felicidad. Desde la Antigüedad clásica hay preocupación por saber qué es una vida buena o de calidad y de qué depende; sin embargo, no hay respuestas concluyentes (Villar *et al.*, 2003).

El bienestar subjetivo se inscribe dentro de un marco emocional que ha tomado diversas denominaciones, como *felicidad* o *satisfacción con la vida*, y afectos positivos o negativos que se desprenden de las condiciones en las que se desenvuelve nuestra existencia. De este modo, el bienestar subjetivo viene a ser el resultado de un “balance global” que hace la persona de sus oportunidades vitales (recursos sociales, recursos personales y aptitudes individuales); del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta (privación-opulencia, ataque-protección, soledad-compañía, etc.); y de la ex-

perencia emocional derivada de ello: “la satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva” (Veenhoven, 1994)²⁰.

El estudio del bienestar en su dimensión subjetiva reviste ciertas particularidades en la población de personas mayores, considerando que los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que pueden acontecer durante la vejez parecen determinar en algunas personas mayores cierta incapacidad para percibir sus propias competencias y habilidades, además de valorar los aspectos positivos de la vida en general y del entorno que los rodea en particular (Mella *et al.*, 2004). Sin embargo, si se considera que la satisfacción y, por ende, el bienestar subjetivo no declinan necesariamente con el incremento de los años –ni mejoran ni empeoran con la edad, ya que los individuos se adaptan a las circunstancias en las que se encuentran inmersos–, el estudio del bienestar psicológico en este grupo etario en su conjunto cobra una especial significación a fin de desmitificar la imagen de las personas mayores cansadas y deprimidas como algo natural de por sí. Asimismo, el análisis de los factores que inciden en el bienestar de las personas mayores, considerado desde sus aspectos subjetivos, resulta valioso para definir qué aspectos influyen en las dimensiones relativas a su bienestar para que su posible modificación pueda influir en su calidad de vida.

Si bien en la mayor parte de la literatura que trata

esta materia la satisfacción con la vida es una evaluación global de la propia calidad de vida, también es posible realizar una aproximación al tema a través de la satisfacción con áreas específicas, como la matrimonial, laboral, etc. (Ramírez Pérez *et al.*, 2012), constituyendo una dimensión que subyace al resto de las dimensiones de la calidad de vida y que, en gran medida, depende del balance personal de cada individuo (Inga Aranda y Varna Horna, 2006).

Con relación a los modelos explicativos del bienestar subjetivo, o de la satisfacción de necesidades “internas” o “subjetivas”, García Martín (2002) señala la existencia de dos modelos explicativos:

- a) El primero de ellos centrado en identificar cuáles son las necesidades o factores externos que afectan el bienestar del sujeto, que se corresponde con las teorías denominadas de abajo-arriba (*bottom-up*).
- b) El segundo de ellos interesado por descubrir los factores internos que determinan cómo la persona percibe sus circunstancias vitales, independientemente de cómo sean objetivamente, y de qué modo dichos factores afectan sus juicios o valoraciones sobre su felicidad o bienestar personales, que se corresponde con las teorías denominadas de arriba-abajo (*top-down*).

Cabe destacar que las investigaciones iniciales en la temática del bienestar subjetivo estuvieron guiadas por la primera de estas perspectivas, que defiende la idea de que el bienestar se logra cuando una necesidad “objetiva” es alcanzada.²¹ No obstante, debido a las reiteradas evidencias empíricas que indicaban la escasa varianza explicada por las variables objetivas y factores demográficos expuestos, muchos investigadores decidieron adentrarse en la segunda de estas sendas, identificando las variables internas que llevan a las personas a experimentar bienestar o a considerarse a sí mismas felices.

20 Desde la perspectiva del Análisis Existencial se plantea otra postura sobre esta problemática, centrada en “el sentido de la existencia humana y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre” (Frankl, 2004). Esta tradición se basa en que nuestra vida carece de un significado auténtico, pensamiento que ha penetrado considerablemente en los cimientos de la sociedad contemporánea, como lo demuestran tanto el caso del adolescente que sufre ante la inseguridad y la duda, como el del anciano que padece aislamiento y rechazo, siendo que la cultura actual parece sumida en la vulnerabilidad y la desesperación. En tal sentido, esta postura demuestra que el ser humano aún puede encontrar un cierto sentido a su vida cotidiana.

21 Las teorías de los humanistas Maslow y Murray, con sus jerarquías de necesidades, se encuadran en esta perspectiva. Ambas clasificaciones tratan de ordenar qué aspectos carenciales deben ser satisfechos para alcanzar el bienestar o, cuando menos, no experimentar malestar por su falta.

El análisis que sigue constituye un ejercicio que consiste en describir y evaluar de qué modo y en qué medida distintas dimensiones del bienestar se relacionan entre sí. Buscamos entonces, a través de la información disponible, aproximarnos a la medición de la satisfacción con la vida de las personas mayores.

4.1 PERCEPCIONES SOBRE LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES EN LAS PERSONAS MAYORES

En la EDSA 2014 se incluyó una pregunta –pensada originalmente solo para las personas mayores pero que fue incorporada para toda la población relevada– que indaga acerca de la percepción de la satisfacción de necesidades. La pregunta es la misma que la utilizada en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, que desde 2007 lleva adelante la Pontificia Universidad Católica de Chile junto con Caja Los Andes y el apoyo del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Además del interés sustantivo en este aspecto central del bienestar de las personas mayores, la intención era replicar, respecto de una variable, la experiencia acumulada en esos estudios con el fin de sumar en el futuro una encuesta especial –al estilo de Chile– o un módulo especial sobre personas mayores.

La pregunta en cuestión indaga sobre qué tan satisfechas han sido determinadas necesidades del encuestado en los últimos seis meses. Las necesidades consideradas son: i) económicas, ii) de atención en salud, iii) de vivienda, iv) de alimentación, v) de afecto y cariño, vi) de recreación. Las opciones de respuesta fueron cuatro: “muy satisfechas”, “bastante satisfechas”, “poco satisfechas” y “nada satisfechas”.

Esto permitió construir un índice de satisfacción de necesidades que varía entre 6 (todas las necesidades nada satisfechas) y 24 (todas las necesidades muy satisfechas) y que fue normalizado en valores entre 0 como valor mínimo y 1 como valor máximo. Además, la variable métrica fue categorizada en una variable ordinal de 4 valores posibles para responder a la pregunta de cuán satisfechas se sienten las personas mayores.

De este modo, nos aproximamos a dar cuenta de la dimensión subjetiva del bienestar de las personas mayores conforme a las definiciones anteriormente presentadas. Veamos los resultados:

Los valores ordinales que puede asumir la variable son “nada satisfechos” (0 a 0,25 puntos), “poco satisfechos” (0,26 a 0,5 puntos), “satisfechos” (0,51 a 0,80 puntos) y “muy satisfechos” (0,81 a 1 puntos) (ver Figura 4.1.1.).

Si se considera a los “poco o nada satisfechos” como una medida del déficit de satisfacción de necesidades, esta distribución muestra que el déficit alcanza a 1 de cada 4 personas mayores (24,9%), un valor en sí mismo importante. En nuestras presentaciones públicas –ya mencionadas en la Introducción del presente Informe– se suele llamar la atención cuando algún indicador de déficit alcanza al menos al 20% de las personas mayores (1 de cada 5), lo que en términos absolutos implica al menos 1.200.000 personas mayores (como la insuficiencia de ingresos, el déficit de acceso a la red de cloacas, a varios de los indicadores de entorno saludable, el estado de salud percibido, el malestar psicológico, varios de los indicadores de capacidades sociales o el déficit de proyectos personales). Pero también es significativo que en la población cuya edad oscila entre 18 y 59 años, los “poco o nada satisfechos” alcancen al 26,5% (1 de cada 4) de ese grupo etario. Es decir que ambas poblaciones, a uno y otro lado de los 60 años, presentan valores similares. Así pues, la insatisfacción no aumenta ni decrece con la edad; se mantiene; deducción que puede ser leída de varias maneras, una de las cuales es que se trataría del mismo monto de insatisfacción pero con más años, lo que implicaría menos o distintos recursos para enfrentar ese déficit.

Para las personas mayores el índice promedio da 0,63 (valor comprendido en la categoría “bastante satisfechos”) y 0,62 para la población de 18 a 59 años. Como no se debe hablar de promedios sin señalar al mismo tiempo su dispersión, señalamos que ese valor promedio representa muy bien la forma de la distribución, es decir que hay poca dispersión alrededor de ese valor, tanto entre las personas mayores como en la población de 18 a 59 años (ver Figura 4.1.2).

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

FIGURA 4.1.1

Año 2014 Personas de 60 años y más

CATEGORÍAS	PUNTAJES NORMALIZADOS	Porcentaje (personas de 60 años y más)
Muy satisfechos	0,81-1	16,2
Bastante satisfechos	0,51-80	58,9
Poco satisfechos	0,26-0,50	21,9
Nada satisfechos	0-0,25	3,0

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tal como se aclaró al comienzo de este capítulo, en este índice intervienen esferas de necesidades que pueden o no estar relacionadas (económicas, atención en salud, vivienda, alimentación, afecto y cariño, recreación). En algunos casos –por ejemplo económicas y vivienda– es esperable una mayor interrelación que en otras –por ejemplo afecto/cariño y recreación) que lucen como más independientes. Por otro lado, en el análisis precedente se viene predicando acerca de la importancia de los factores que expresan la estratificación social en general y el estrato socioeconómico en particular. Para ilustrar este punto, se presenta a continuación el análisis de las relaciones entre estas variables.

Para comenzar, cuando cruzamos la satisfacción de las necesidades económicas con la satisfacción de aten-

4.2 RELACIONES Y CORRELACIONES EN LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

ción en salud, resulta que: a) el 46% de las personas mayores tiene satisfechas ambas necesidades, esto es lo más frecuente; b) el 24,2% (1 de cada 4) tiene insatisfechas ambas; c) casi no hay personas mayores con necesidades económicas satisfechas y necesidades de atención de salud insatisfechas; d) entre los que tienen insatisfechas las necesidades económicas, hay tanto personas satisfechas como insatisfechas con las necesidades de atención en salud.

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES.

FIGURA 4.1.2

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

Año 2014 Personas de 60 años y más

CATEGORÍAS	PUNTAJES NORMALIZADOS
Media 18-59 años	0,62
Media 60 años y más	0,63
Desvío 18-59 años	0,19
Desvío 60 años y más	0,18

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

La forma de la distribución entre satisfacción de necesidades económicas y de vivienda es similar a la recién enunciada; a saber: a) el 47,2% de las personas mayores tiene ambas necesidades satisfechas; b) casi no hay personas mayores con satisfacción de las necesidades económicas que no vaya acompañada por satisfacción en necesidades de vivienda; y c) hay una proporción importante que, aun con sus necesidades económicas insatisfechas, ve satisfechas sus necesidades de vivienda.

Con respecto a la distribución entre satisfacción de necesidades económicas y de alimentación, se observa que: a) el 47,7% tiene ambas necesidades satisfechas; b) el 30% tiene poco o nada satisfechas sus necesidades económicas aunque tenga satisfechas sus necesidades de alimentación; c) una proporción importante (20,9%) tiene insatisfechas ambas necesidades –económicas y de alimentación–; y d) casi no hay personas mayores con satisfacción de las necesidades económicas que no vaya acompañada por la satisfacción de las necesidades de alimentación.

El cuadro que relaciona la satisfacción de las necesidades económicas y las de afecto y cariño debe ser observado tomando en consideración que el 85,4% de las personas mayores responde haber tenido satisfechas las necesidades de afecto y cariño. Entonces las dos situaciones más frecuentes son: a) los que tienen satisfechas ambas necesidades (45,3%); y b) un número

similar (40,1%) que aun con las necesidades económicas insatisfechas declara satisfacción en las necesidades de afecto y cariño; pero además, c) si hay satisfacción en las necesidades económicas es muy difícil que no la haya en materia de afecto/cariño.

Por último, los cuadros de satisfacción de las necesidades económicas en su relación con las necesidades de recreación indican que: a) la situación más frecuente es la de quienes tienen satisfechas ambas necesidades (40,7%); b) el caso menos frecuente es el de personas mayores satisfechas con las necesidades económicas pero insatisfechas en cuanto a recreación; c) entre quienes tienen las necesidades económicas insatisfechas, hay un buen número de satisfechos respecto de la recreación; d) 1 de cada 4 personas mayores (24,8%) se halla en la situación más vulnerable: con insatisfacción en ambas dimensiones (ver Figura 4.2.1).

Así, se observa una fuerte correlación entre haber tenido bastante o muy satisfechas las necesidades económicas y las de atención de salud o las de alimentación; en cambio, la correlación es muy débil con la satisfacción de las necesidades de afecto y cariño. En

un punto intermedio se halla la correlación entre las necesidades económicas y las necesidades de recreación o de vivienda. La más independiente, respecto de las necesidades económicas satisfechas, es la adecuada satisfacción de las necesidades de afecto y cariño.

Difícilmente se piense en las personas mayores sin asociar su bienestar con sus condiciones de salud. Por eso es importante cotejar las necesidades bastante o muy satisfechas de atención en el campo de la salud de este grupo etario con el estado en que se hallan sus demás necesidades.

Concretamente, el 67,3% de las personas mayores satisfechas en la dimensión de las necesidades de atención de su salud lo están también con respecto a las necesidades de afecto y cariño. El resto se distribuye así: a) el 7,2% está insatisfecho en ambas dimensiones, esto es, en cuanto a la atención de su salud y en cuanto al afecto y cariño; b) el 20,8% se reconoce insatisfecho en lo que atañe a la atención de su salud pero satisfecho en cuanto a sus necesidades de afecto y cariño; lo cual implica que entre los individuos insatisfechos con la atención de su salud, 2 sobre 3 ven satisfechas sus ne-

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES ECONÓMICAS SEGÚN SATISFACCIÓN DE OTRAS NECESIDADES

FIGURA 4.2.1

Año 2014 En porcentaje de 60 años y más

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES ECONÓMICAS					CORRELACIÓN PARCIAL
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE...		Mucho/Bastante	Poco/Nada	Total	
ATENCIÓN DE SALUD	Mucho/Suficiente	46,0	26,7	72,7	0,462**
	Poco/Nada	3,1	24,2	27,3	
	Total	49,1	50,9	100	
VIVIENDA	Mucho/Suficiente	47,2	36,8	84,0	0,328**
	Poco/Nada	1,9	14,2	16,0	
	Total	49,0	51,0	100	
ALIMENTACIÓN	Mucho/Suficiente	47,7	30,0	77,8	0,460**
	Poco/Nada	1,3	20,9	22,2	
	Total	49,1	50,9	100	
AFECTO Y CARÍO	Mucho/Suficiente	45,3	40,1	85,4	0,186**
	Poco/Nada	3,9	10,7	14,6	
	Total	49,2	50,8	100	
RECREACIÓN	Mucho/Suficiente	40,7	25,6	66,3	0,331**
	Poco/Nada	8,9	24,8	33,7	
	Total	49,6	50,4	100	

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD SEGÚN SATISFACCIÓN DE OTRAS NECESIDADES

FIGURA 4.2.2

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD					CORRELACIÓN PARCIAL
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE...		Mucho/Bastante	Poco/Nada	Total	
AFECTO Y CARIÑO	Mucho/Suficiente	67,3	20,8	88,1	0,248**
	Poco/Nada	4,8	7,2	11,9	
	Total	72,0	28,0	100	
ALIMENTACIÓN	Mucho/Suficiente	65,5	13,6	79,1	0,498**
	Poco/Nada	6,5	14,4	20,9	
	Total	72,0	28,0	100	
RECREACIÓN	Mucho/Suficiente	56,8	12,7	69,5	0,304**
	Poco/Nada	15,3	15,1	30,5	
	Total	72,1	27,9	100	

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

cesidades de afecto y cariño y 1 sobre 3 no tienen tal percepción; c) el caso menos frecuente (4,8%) es el de los individuos satisfechos en materia de atención de la salud pero insatisfechos en el plano de sus necesidades de afecto y cariño.

En cuanto a la satisfacción de las necesidades de atención en salud y de alimentación, se observa lo siguiente: a) la mayoría (65,5%) tiene ambas necesidades satisfechas; b) el 13,4% está poco o nada satisfecho en lo que atañe a sus necesidades de atención en salud, pero no así en sus necesidades de alimentación; c) un porcentaje similar (14,4%) declara ambas necesidades insatisfechas; y d) el caso menos frecuente (6,5%) es el de quienes se reconocen satisfechos en materia de necesidades de atención de su salud pero insatisfechos en cuanto a sus necesidades de alimentación.

Cuando se cotejan los guarismos de la relación entre la satisfacción de las necesidades de atención en salud y las de recreación, el caso más frecuente es el de personas mayores satisfechas en ambas dimensiones. El resto se distribuye así: a) el 15,1% presenta déficit en ambas dimensiones, es decir que al déficit de atención en salud se le suma el déficit en recreación, configurando la situación más crítica; b) el 15,3% no tiene déficit en materia de atención en salud pero sí respecto de sus necesidades de recreación; y c) la situación menos frecuente (12,7%) es la de personas mayores con déficit de atención en salud pero satisfechas en el terreno de

sus necesidades de recreación (ver Figura 4.2.2).

Todas estas especificaciones dan relieve a un aspecto ya señalado: que existe una fuerte correlación entre ver bastante o muy satisfechas tanto las necesidades de atención en el plano de la salud como sus necesidades de alimentación, o económicas, o de vivienda; mientras que, por el contrario, la relación es más débil con respecto a la satisfacción de afecto y cariño, encontrándose en un punto intermedio la correlación con las necesidades de recreación y esparcimiento. Una adecuada satisfacción de las necesidades de afecto y cariño, otra vez, es la más independiente con respecto a las necesidades de atención de la salud.

Por otra parte, teniendo presente que el 15,9% de las personas mayores declara que sus necesidades de vivienda están poco o nada satisfechas, también interesa desarrollar aquí qué ocurre en su relación con la satisfacción de otras necesidades. Una de ellas es la de alimentación. Como siempre, hay cuatro situaciones para distinguir: a) una mayoría (68,7%) declara satisfacción en ambas necesidades; b) 1 de cada 10 personas mayores (13,4%) está en la situación más crítica, con déficits en ambas dimensiones; c) también hay otro grupo de tamaño similar (10,4%) que aunque ve sus necesidades de vivienda satisfechas, no se encuentra satisfecho en cuanto a su alimentación; y d) la situación menos frecuente (7,5%) es la de personas mayores con sus necesidades de vivienda poco o nada satisfe-

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE VIVIENDA SEGÚN SATISFACCIÓN DE OTRAS NECESIDADES

FIGURA 4.2.3

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE VIVIENDA					CORRELACIÓN PARCIAL
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE...		Mucho/Bastante	Poco/Nada	Total	
ALIMENTACIÓN	Mucho/Suficiente	68,7	10,4	79,1	0,463**
	Poco/Nada	7,5	13,4	20,9	
	Total	76,2	23,8	100	
AFECTO Y CARIÑO	Mucho/Suficiente	70,5	17,6	88,1	0,292**
	Poco/Nada	5,6	6,3	11,9	
	Total	76,2	23,8	100	
RECREACIÓN	Mucho/Suficiente	58,7	10,8	69,5	0,316**
	Poco/Nada	17,5	13,0	30,5	
	Total	76,2	23,8	100	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

chas pero con bastante o mucha satisfacción en lo que concierne a las necesidades de alimentación.

Las dos dimensiones de necesidades anteriores: de vivienda y de alimentación, son expresión directa de las condiciones económicas, del presente en el caso de la alimentación y del pasado y el presente en el caso de la vivienda.

A continuación se expone la forma de distribución hallada entre las necesidades de vivienda y las de afecto y cariño. Las cuatro situaciones son: a) el 70,5% manifiesta satisfacción en ambas dimensiones; b) la situación menos frecuente (6,3%) es la de insatisfacción en ambas necesidades; c) quienes en materia de vivienda declaran poca o ninguna satisfacción se ven satisfechos sin embargo en cuanto a sus necesidades de afecto y cariño (17,6%); y d) quienes declaran satisfacción respecto de sus necesidades de vivienda no la declaran en cuanto a afecto y cariño (5,6%).

Si se cotejan los guarismos entre las necesidades de vivienda y de recreación de las personas mayores, teniendo en cuenta que el 33,7% (cifra comparativamente alta) declara sus necesidades de recreación como poco o nada satisfechas, de las cuatro situaciones deducidas, dos abarcan ambas dimensiones: a) el 58,7% (una mayoría no tan abultada como la señalada en los dos párrafos anteriores) manifiesta satisfacción; y b) el 13% registra déficits. Es decir que en el primer caso las personas mayores se reconocen satisfechas en

el plano de sus necesidades de vivienda y de recreación, mientras que en el segundo caso se perciben insatisfechas en ambas esferas. En cuanto a las dos situaciones restantes: c) el 17,5% (una proporción importante) no registra déficit en vivienda pero sí en sus necesidades de recreación; y d) el caso menos frecuente (10,8%) es el de aquellos que, aun con déficit en materia de vivienda, consideran bastante o muy satisfechas sus necesidades de recreación (ver Figura 4.2.3).

De modo que la relación entre la satisfacción de las necesidades de vivienda y las de alimentación o de atención en salud –aspecto ya señalado– es bastante fuerte. En cambio, la correlación se debilita respecto de la satisfacción de necesidades de afecto y cariño. En un punto intermedio se encuentra la correlación respecto de las necesidades de vivienda o de recreación. En cuanto a la adecuada satisfacción de las necesidades de afecto y cariño, se observa como la más independiente de las necesidades de vivienda.

Tal como ha quedado dicho en el análisis de las distintas necesidades y su relación con las necesidades de afecto y cariño, la satisfacción de las personas mayores con estas últimas muestra mayor correlación con la satisfacción de las referidas a la recreación que con el resto de las necesidades. Más precisamente, nos encontramos con las siguientes cuatro situaciones: a) una mayoría (67,5%) con ambas dimensiones de necesidades satisfechas; b) el 20,6% con sus necesidades de

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE AFECTO Y CARIÑO					CORRELACIÓN PARCIAL
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE RECREACIÓN		Mucho/Bastante	Poco/Nada	Total	0,446**
	Mucho/Suficiente	67,5	2,0	69,6	
	Poco/Nada	20,6	9,9	30,4	
	Total	88,1	11,9	100	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

afecto y cariño satisfechas pero no así sus necesidades de recreación; c) el 9,9% insatisfecho en lo que atañe a ambas necesidades; y d) el caso menos frecuente (2%), las personas mayores cuyas necesidades de afecto y cariño se encuentran poco o nada satisfechas aun cuando expresan satisfacción ante sus necesidades de recreación (ver Figura 4.2.4).

En este apartado se han analizado las relaciones entre las distintas dimensiones de necesidades consideradas para la población de las personas mayores en su conjunto. En primer lugar, la satisfacción de las necesidades económicas se encontró correlacionada positivamente con las necesidades tanto de atención en salud como de alimentación; hallándose en un punto intermedio la correlación con las necesidades de vivienda y de recreación; y presentándose las necesidades de afecto y cariño más independientes con respecto a las necesidades económicas. En segundo lugar, la satisfacción de las necesidades de atención en salud se halló muy correlacionada –en forma positiva– con el cumplimiento de las necesidades de alimentación, siendo más débil su correlación con las necesidades de afecto y cariño; y registrándose asimismo en el nivel intermedio las necesidades de recreación.

En cuanto a la satisfacción de las necesidades de vivienda, han aparecido bien correlacionadas con las necesidades de alimentación, en un término medio con respecto a las necesidades de atención de la salud, y en

forma muy débil con las necesidades de recreación, económicas y de afecto/cariño, cuya satisfacción aparece correlacionada únicamente con las necesidades de recreación, siendo las otras relaciones muy débiles. Por último, en materia de recreación, se confirma su correspondencia con la satisfacción de las necesidades de afecto y cariño, siendo las otras correlaciones muy débiles.

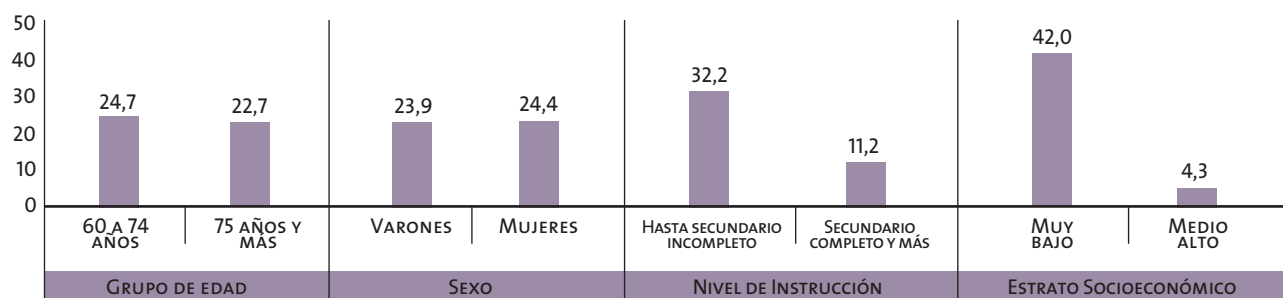
4.3 DESIGUALDADES EN LAS OPORTUNIDADES DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

Al examinar este índice según los distintos perfiles de personas mayores, surge la pregunta de si en función de los mismos varía su percepción de la satisfacción de sus necesidades. No sucede esto según los grupos de edad al interior de la población considerada ni en la clasificación por sexo. En particular, los valores del índice no difieren significativamente cuando se compara a las personas de 60 a 74 años con las de 75 años y más. Ello vuelve a confirmar, esta vez al interior del grupo etario en su conjunto, que la insatisfacción no aumenta ni decrece con la edad, sino que se mantiene constante. Así, el 24,7% de las personas de 60 a 74 años presenta déficit en la percepción de la satisfacción de sus necesidades, y lo mismo le ocurre al 22,7% del grupo de mayor edad. Tampoco el índice di-

DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES SEGÚN GRUPO DE EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

FIGURA 4.3.1

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



Puntaje promedio obtenido en el índice de satisfacción de necesidades según grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y estrato socioeconómico

Grupo de edad		Sexo		Nivel de instrucción		Estrato socioeconómico	
60 a 74 años	75 años y más	Varones	Mujeres	Hasta secundario incompleto	Secundario completo y más	Muy bajo	Medio alto
0,62	0,64	0,63	0,62	0,58	0,58	0,53	0,74

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

fiere entre mujeres y varones, cuyo cotejo arroja un nivel de déficit similar (ver Figura 4.3.1).

Las diferencias importantes aparecen con los indicadores que expresan la estratificación social. Por ejemplo, el índice sube a 0,70 entre quienes tuvieron mejores oportunidades educativas, en comparación con el 0,58 de quienes no pudieron finalizar el nivel secundario. Además, entre las personas mayores con secundario completo, solo 1 de cada 10 presentan déficit en la percepción de satisfacción de necesidades, mientras que sobre el mismo total son 3 las personas que declaran tal percepción entre quienes no han finalizado la escuela media.

El escenario es más claro todavía cuando se lo analiza según el estrato socioeconómico: el índice crece a 0,74 en el estrato medio alto y decrece a 0,53 en el muy bajo, lo cual pone de relieve una gran diferencia entre estratos respecto de la satisfacción de necesidades.

La misma tendencia puede apreciarse en cuanto a la condición residencial: el índice asciende a 0,63 en los barrios de trazado urbano y desciende a 0,52 entre las personas mayores que residen en villas y asentamien-

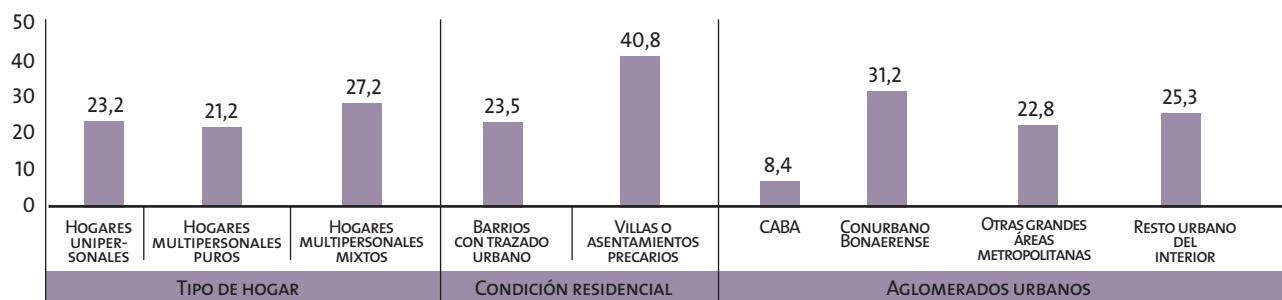
tos precarios. Asimismo, mientras que en los barrios de trazado urbano el 23,5% de las personas mayores considera poco o nada satisfechas sus necesidades, entre las residentes en villas o asentamientos el porcentaje aumenta al 40,8% (ver Figura 4.3.2).

El tipo de hogar –definido por vivir solo o acompañado, con personas mayores o también con personas de otras edades– muestra diferencias pero mucho menores en comparación con los indicadores correspondientes a la estratificación social. Así pues, el índice alcanza su máximo valor (0,65) entre quienes conviven únicamente con otras personas mayores, y encuentra su valor más bajo cuando la convivencia incluye a personas de menor edad (0,61). No debe pasarse por alto que el índice tiene un valor intermedio entre quienes viven solos. En tal dirección, y en términos de déficit, el análisis indica que el 27,2% de las personas mayores que conviven con otras personas no mayores ve poco o nada satisfechas sus necesidades; y lo mismo ocurre con el 23,2% de los que viven solos, situación que se reitera para el 21,2% de quienes conviven únicamente con otras personas mayores (ver Figura 4.3.2).

DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES SEGÚN TIPO DE HOGAR, CONDICIÓN RESIDENCIAL Y AGLOMERADO URBANO

FIGURA 4.3.2

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



Puntaje promedio obtenido en el índice de satisfacción de necesidades según tipo de hogar, condición residencial y grupo de aglomerados urbanos

Tipo de hogar			Condición residencial		Grupo de aglomerados urbanos			
Hogares unipersonales	Hogares multipersonales puros	Hogares multipersonales mixtos	Barrios con trazado urbano	Villas o asentamientos precarios	CABA	Conurbano Bonaerense	Otras grandes áreas metropolitanas	Resto urbano del interior
0,62	0,65	0,61	0,63	0,52	0,73	0,58	0,64	0,63

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En cuanto a la distribución regional, el índice asume su valor máximo entre las personas mayores de Ciudad de Buenos Aires (0,73), y el más bajo en el Conurbano Bonaerense (0,58). El interior del país, tanto en otras áreas metropolitanas como en las ciudades medias, asume valores intermedios (0,64 y 0,63; respectivamente). Ello remite a una mayor satisfacción en la Ciudad de Buenos Aires y a niveles de déficits considerablemente más altos en el resto de los espacios urbanos, particularmente en el Conurbano Bonaerense (ver Figura 4.3.2).

En términos analíticos, se observan desigualdades en las oportunidades de satisfacción de necesidades en los distintos perfiles de personas mayores. Si bien no se registran diferencias por sexo ni por grupo de edad, las desigualdades aparecen cuando se consideran los indicadores que expresan la estratificación social: nivel de instrucción alcanzado, estrato socioeconómico al que pertenece la persona y condición residencial. Así pues, tal como se ha propuesto en los considerandos analíticos que introducen este capítulo, quienes han tenido menos oportunidades educativas, quienes ocupan las posiciones más bajas en la escala social y quie-

nes residen en villas o asentamientos precarios son las personas mayores que registran los niveles más bajos de satisfacción de sus necesidades, tanto objetivas como internas.

Por otra parte, son las personas mayores que viven exclusivamente con otras personas mayores (hogares multipersonales puros) las que perciben más satisfechas sus necesidades. En términos de distribución regional, por fin, el nivel más alto de satisfacción de necesidades se registra en la Ciudad de Buenos Aires, mientras que el más bajo lo hace en el Conurbano Bonaerense.

4.4 SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y DÉFICITS MÁS FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES

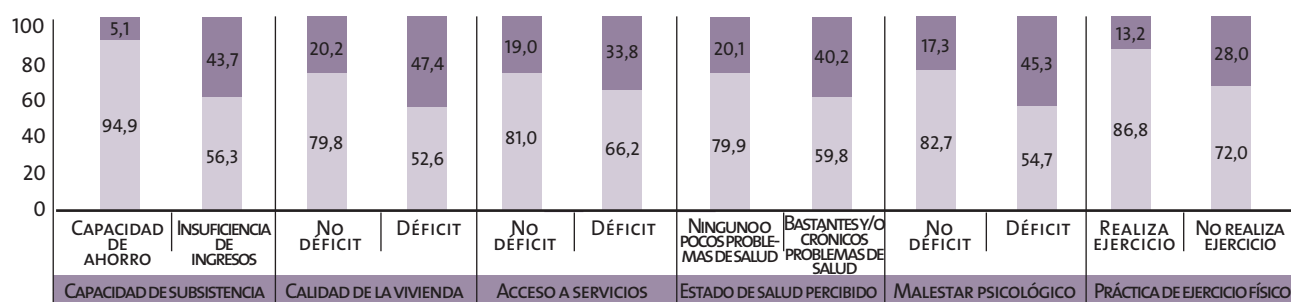
Como se ha anticipado en la Introducción, durante 2015 tuvimos oportunidad de presentar los resultados del primer Barómetro de la Deuda Social de las Personas Mayores en la Ciudad de Buenos Aires y, fuera de ella, en el Conurbano Bonaerense y el interior del país.

DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES SEGÚN CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA, CALIDAD DE LA VIVIENDA, ACCESO A SERVICIOS, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO, MALESTAR PSICOLÓGICO Y PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

FIGURA 4.4.1

Año 2014 En porcentaje de hogares

■ Sin déficit ■ Con déficit



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En esas presentaciones aprendimos que, en materia de comunicación, uno de los mensajes que más llegaba en cuanto a resultados era el que mostraba la incidencia de cada uno de los déficits escalonados de mayor a menor, esto es, del más frecuente al menos frecuente. Pero también advertimos que ‘incidencia importante’ no es lo mismo que ‘críticidad’; que determinado déficit puede afectar a una proporción más circunscripta de personas mayores pero señalar una situación muy crítica; y a la inversa, que otro déficit puede afectar a un número enorme de personas mayores pero, siempre en términos comparativos, representar una situación menos crítica. En definitiva, algo similar a lo que ocurre entre indigencia y pobreza.

Con estos antecedentes y esta advertencia, se analizan a continuación las relaciones entre algunos indicadores seleccionados de déficit y el índice de percepción de satisfacción de necesidades. En casi todos los casos, se han seleccionado indicadores de déficit de la mayor incidencia entre las personas mayores. Asimismo, se ha seleccionado como criterio de presentación el de los capítulos de nuestro primer Barómetro, es decir, en primer lugar un par de indicadores de capacidad de subsistencia; en segundo lugar, sobre hábitat, vivienda y derecho a la ciudad; en tercer lugar, tres indicadores sobre condiciones de salud; y por último, aquellos que tienen que ver con los recursos psicológicos para el bienestar subjetivo.

Entre los indicadores sobre capacidad de subsistencia,

el de mayor incidencia es el de insuficiencia de ingresos, déficit que afecta al 34,6% de las personas mayores; de las cuales el 43,7% forma parte de los poco o nada satisfechos respecto del índice que estamos analizando y que, como se dijo, incluye no solo insatisfacción/satisfacción de las necesidades económicas sino otras como la atención en salud, vivienda, alimentación, afecto y cariño, y recreación. Así, el 56,3% de las personas mayores encuestadas, aun con insuficiencia de ingresos, percibe que respecto de las necesidades mencionadas se encuentra “bastante o muy satisfecho” (ver Figura 4.4.1).

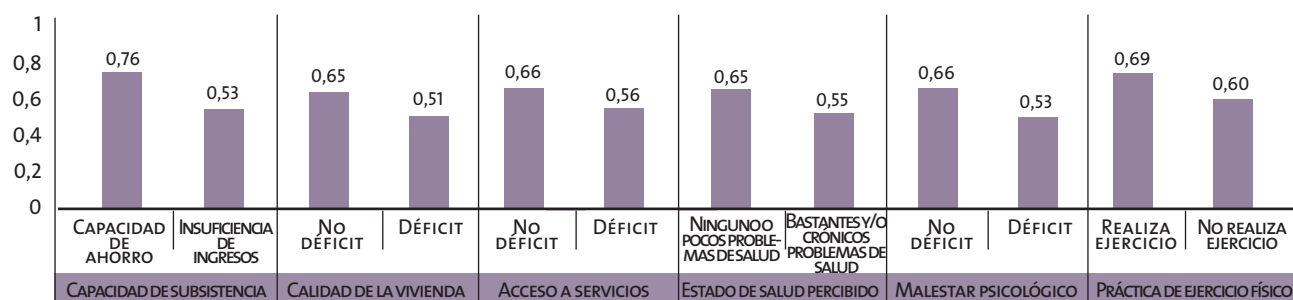
Una situación enteramente distinta de quienes declaran recibir ingresos insuficientes es la de las personas mayores que reconocen que los ingresos de su hogar les alcanzan y pueden ahorrar algo. De estas últimas personas, apenas el 5,1% encuentra insatisfechas sus necesidades (las especificadas en el índice). Sin duda, he aquí una medida de lo que implica la capacidad de ahorro para la percepción de satisfacción de necesidades. Estos resultados sugieren, pues, que la capacidad de ahorro del hogar opera como una suerte de seguro contra la insatisfacción de necesidades.

Otro modo de medir esa desigualdad es comparar el puntaje medio obtenido en el índice de satisfacción de necesidades por cada uno de estos dos grupos (tal como hicimos en el análisis de las variables anteriores). Este análisis evidencia que el índice llega a 0,76 entre las personas mayores con capacidad de ahorro, mien-

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES (MEDIA) SEGÚN CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA, CALIDAD DE LA VIVIENDA, ACCESO A SERVICIOS, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO, MALESTAR PSICOLÓGICO Y PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

FIGURA 4.4.2

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

tras que para aquellas que no cuentan con ingresos suficientes no supera los 0,53 (ver Figuras 4.4.1 y 4.4.2).

Hasta aquí, dos indicadores de la esfera de la capacidad de subsistencia. Veamos ahora algunos que expresan las condiciones habitacionales. Dado que en nuestro primer Barómetro se presentó (Capítulo 2) una variedad de indicadores que dan cuenta de las condiciones habitacionales, a los fines del presente análisis se han construido dos indicadores sintéticos. El primero de ellos expresa el déficit en la calidad de la vivienda, considerando vivienda deficitaria aquella donde ocurre al menos una de las siguientes condiciones: a) hacinamiento, b) mala calidad (de los materiales), c) sin retrete, d) tenencia irregular. El resultado es que entre las personas mayores con déficit en calidad de la vivienda hay dos situaciones de parecido peso: a) 1 de cada 2 (47,4%) también presenta déficit en la percepción de satisfacción de necesidades (una de las cuales es la necesidad de vivienda); b) pero también, 1 de cada 2 considera bastante o muy satisfechas sus necesidades (las consideradas dentro del índice). Es decir, existe una gran diversidad al interior de aquellas personas mayores que registran déficit en calidad de vivienda. En cambio, entre quienes no registran tal déficit, la gran mayoría (79,8%) percibe que sus necesidades se encuentran satisfechas. Nuevamente, el análisis de los puntajes del índice es ilustrativo de esta desigualdad: asciende a 0,65 entre quienes no tienen

problemas de vivienda, y desciende a 0,51 entre quienes sí presentan estos déficits habitacionales (ver Figuras 4.4.1 y 4.4.2).

El otro indicador sintético de las condiciones habitacionales se refiere al déficit de acceso a servicios, considerando como tal aquella vivienda donde ocurre al menos una de las siguientes condiciones: a) sin acceso al agua corriente por la red pública, b) sin conexión a la red de gas natural, c) sin conexión a la red de cloacas, d) sin conexión a la red eléctrica. Importa tener en cuenta que este tipo de déficits alcanza al 35,2% de las personas mayores, es decir que es mucho más frecuente que los déficits vinculados con la calidad de la vivienda. El resultado, entonces, es que 2 de cada 3 personas mayores (66,2%) con déficit de acceso a servicios consideran satisfechas sus necesidades, frente a 1 de cada 3 (33,8%) que presenta déficit en dicha satisfacción. Si a ello se suma que entre quienes no tienen problemas de acceso a servicios, el 81% no registra déficits en la satisfacción de necesidades y el 19% sí presenta esta problemática, se deduce que, aun cuando no todos los que tienen problemas de acceso a servicios en la vivienda se encuentran insatisfechos de manera global, existe una desigualdad entre ambos grupos que cristaliza también en los puntajes obtenidos en el índice: 0,66 para quienes no tienen problemas de acceso a servicios, y 0,56 para quienes sí los padecen (ver Figuras 4.4.1 y 4.4.2).

Como se ha observado en este apartado, la satisfac-

ción de necesidades de las personas mayores está vinculada con las condiciones materiales objetivas de su existencia (las aquí consideradas son, entre otras, capacidad de subsistencia y condiciones habitacionales) y también con su percepción subjetiva acerca de la satisfacción de esas necesidades, aunque no siempre expresen una relación de determinación entre unas y otras. En tal sentido, es necesario recuperar el planteo analítico que considera, en primer lugar, las necesidades humanas como resultado de un constructo social, es decir, inmersas en contextos sociohistóricos particulares; y en segundo lugar, cómo las personas mayores perciben sus circunstancias vitales, es decir, cuál es el modo en que dichos factores objetivos afectan los juicios y/o valoraciones que cada persona realiza sobre su propio bienestar, en una perspectiva teórica denominada de “abajo hacia arriba” que parte de la consideración subjetiva para intentar comprender el nivel de satisfacción de necesidades alcanzado por un grupo social determinado, en este caso, las personas mayores.

En cuanto a condiciones de salud, se han seleccionado tres indicadores. El primero se refiere al estado de salud percibido, considerando déficit el hecho de tener bastantes problemas de salud o padecer enfermedades crónicas o graves. Esta condición de salud alcanza al 20,2% de las personas mayores y representa a los que perciben que tienen su salud comprometida. Acerca de la relación entre déficit de salud y satisfacción de necesidades, es atinado recordar aquí que el índice de medición utilizado incluye una dimensión referida a la satisfacción de necesidades de atención en salud. El resultado, entre las personas mayores con su salud más comprometida, indica que el 59,8% de las mismas no registra déficit en materia de satisfacción de necesidades, mientras que el 40,2% se siente insatisfecho en este último plano, carencia que se suma al déficit en su estado de salud. Como se puede apreciar, la situación de salud no es determinante respecto de la satisfacción de necesidades en general, pero no deja de tener un peso importante: las probabilidades de presentar déficits de necesidades entre quienes perciben su salud comprometida es el doble que la presentada por quienes aseguran no tener problemas de salud. Los

puntajes obtenidos en el índice también muestran esta desigualdad (0,55 versus 0,65; respectivamente) (ver Figuras 4.4.1 y 4.4.2).

El segundo indicador se refiere al malestar psicológico y mide el déficit de las capacidades emocionales a través de síntomas de ansiedad y depresión. Este déficit tiene una alta incidencia, y alcanza a 1 de cada 4 personas mayores (24,7%). Concretamente, entre quienes expresan malestar psicológico, más de la mitad (54,7%) considera que sus necesidades (las incluidas en el índice) están satisfechas; en tanto que la proporción restante (45,3%) suma a su malestar psicológico su déficit en materia de satisfacción de necesidades. ¿Qué pasa con quienes no manifiestan este tipo de malestar? El 82,7% de estos individuos percibe muy satisfechas sus necesidades (como se ve, un porcentaje mucho más elevado que el de aquellos que presentan malestar: 54,7%). En contrapartida, la percepción de poca satisfacción entre quienes refieren malestar más que duplica la de quienes no lo refieren (45,3% versus 17,3%; respectivamente) (ver Figura 4.4.1).

El tercer indicador seleccionado sobre las condiciones de salud presentó la incidencia más alta: se trata del déficit de ejercicio físico, que afecta al 74,1% de las personas mayores. Es justamente este indicador el que tomamos como ejemplo en nuestras presentaciones para hablar de la diferencia entre ‘incidencia’ y ‘críticidad’. De hecho, entre los individuos con déficit de ejercicio físico –una abultada mayoría–, el 72% se considera satisfecho con sus necesidades, mientras que el 28% restante suma a su déficit de ejercicio físico la insatisfacción en aquel plano. No obstante, entre quienes no registran déficit de ejercicio físico, existe un porcentaje menor (la mitad) pero no desdeñable (13,2%) con insatisfacción de necesidades. Tal desigualdad se pone en evidencia además en los puntajes obtenidos en el índice de satisfacción de necesidades: 0,69 para los que practican ejercicio versus 0,60 para quienes no lo practican (ver Figuras 4.4.1 y 4.4.2).

Se expone seguidamente la relación entre los resultados arrojados por el índice de satisfacción de necesidades y los “recursos psicológicos para el bienestar subjetivo”, tal como se los denomina en los estudios de

la Deuda Social Argentina. En nuestro primer Barómetro se han presentado resultados acerca de seis de ellos: déficit de proyectos personales, afrontamiento negativo, sin paz espiritual, creencia de control externo, sentirse poco o nada feliz, sentirse solo. Respecto de todos ellos, la incidencia mostró variaciones entre el 25 y el 15%. A los fines de este capítulo, seleccionamos tres de ellos.

El primer indicador es el déficit de proyectos personales, definido como la percepción de incompetencia para proponerse metas y objetivos en procura de su bienestar personal, y que alcanza al 26,4% de las personas mayores. El modo de distribución del índice de satisfacción de necesidades entre quienes tienen dicho déficit muestra que 2 de cada 3 personas mayores (63,9%) consideran satisfechas sus necesidades, mientras que la cantidad restante (36,1%) suma a su déficit de proyectos personales su insatisfacción de necesidades. La relación es fuerte, desde ya, pues solo 1 de cada 5 individuos mayores (20%) que no registra déficit en proyectos personales se siente insatisfecho en sus necesidades, lo que contrasta con el 36,1% de insatisfacción percibida por quienes presentan déficits de proyectos. Por supuesto, este cuadro se refleja también en la diferencia de puntajes obtenidos en el índice: 0,65 para quienes pueden generar proyectos, y 0,55 para quienes no pueden proyectarse más allá del día a día.

El segundo indicador seleccionado es el de no encontrar paz espiritual, déficit que alcanza al 18,5% de las personas mayores. También aquí predominan (61,9%) los individuos que ven satisfechas sus necesidades, frente al 38,1% que perciben insatisfacción en ambos casos: respecto de su paz espiritual y de sus necesidades. Incluso entre quienes no tienen déficit de paz espiritual, el 21% percibe sus necesidades como insatisfechas. Otra vez, la percepción de insatisfacción entre quienes no encuentran paz en su espíritu supera ampliamente la de quienes sí logran esta sensación; y ello se hace evidente también en los puntajes obtenidos en el índice de satisfacción de necesidades: 0,64 para quienes logran encontrar paz espiritual, y 0,56 para quienes no logran encontrarla (ver Figura 4.4.3).

Cuando el año anterior (2015) se difundieron los re-

sultados del análisis de recursos psicológicos, hubo uno que alcanzó una mayor repercusión mediática: el referido a sentirse poco o nada feliz. Así fue como el déficit de felicidad alcanzó al 10,9% de las personas mayores. Muchos se preguntaron ¿o sea que hay una gran mayoría de personas mayores, que pese a todo –los diferentes déficits señalados, en suma la deuda social- son felices? A continuación se presenta la relación establecida por este índice y el de satisfacción de necesidades.

Entre quienes se sienten poco o nada felices, el 42,4% asegura tener satisfechas las necesidades relevadas en la EDSA, frente al 57,6% que suma al sentimiento de infelicidad la percepción de insatisfacción de sus necesidades. Aunque la relación es fuerte y evidente, también hay que señalar que aun entre aquellas personas mayores bastante o muy felices, el 19,4% percibe sus necesidades como insatisfechas. En esta variable, la desigualdad en los puntajes del índice se hace más notoria: 0,65 para los que se sienten felices, frente a 0,45 para quienes se sienten poco o nada felices (ver Figura 4.4.3).

Recapitulando, hemos abordado la temática del bienestar en su dimensión subjetiva relacionada con la satisfacción de necesidades y con los sentimientos de satisfacción ante la vida. En el primer apartado, hemos hecho referencia inicialmente a las percepciones sobre la satisfacción de necesidades en las personas mayores, concluyendo que de acuerdo con el índice de satisfacción de necesidades construido, 6 de cada 10 personas mayores se encuentran bastante satisfechas; casi 2 de cada 10, muy satisfechas (el 16,2%); y 2 de cada 10, poco satisfechas. En el segundo apartado hemos analizado las correlaciones en la satisfacción de necesidades, teniendo en cuenta que las esferas de necesidades analizadas (necesidades económicas, de atención de salud, de vivienda, de alimentación, de afecto o cariño y de recreación) no siempre están interrelacionadas entre sí. Se han identificado de este modo correlaciones muy fuertes y otras muy débiles, dando cuenta de un entramado de satisfacción de necesidades que no siempre resulta homogéneo y donde se entrecruzan percepciones y valoraciones subjetivas con condiciones objetivas de existencia.

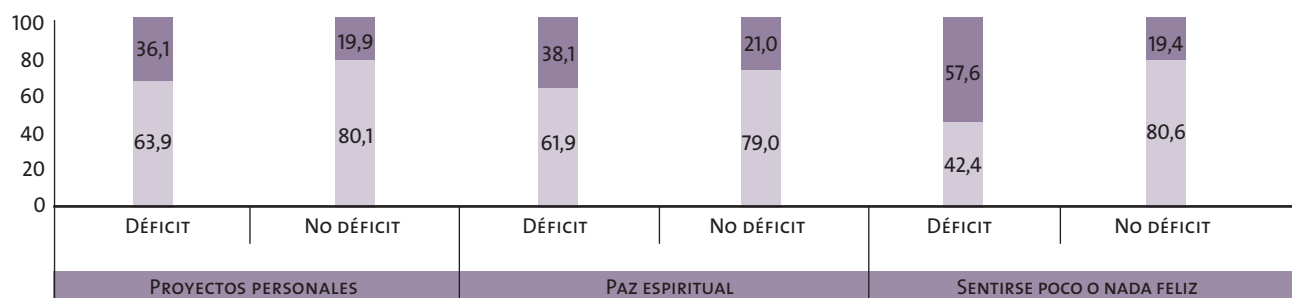
En el tercer apartado hemos analizado las desigualdades en las oportunidades de satisfacción de necesidades

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES SEGÚN RECURSOS PSICOLÓGICOS PARA EL BIENESTAR SUBJETIVO Y SENTIMIENTO DE FELICIDAD

FIGURA 4.4.3

Año 2014 En porcentaje de personas de 60 años y más

■ Sin déficit ■ Con déficit



Puntaje promedio obtenido en el índice de satisfacción de necesidades según proyectos personales, paz espiritual y sentirse poco o nada feliz

Proyectos personales		Paz espiritual		Sentirse poco o nada feliz	
Déficit	No Déficit	Déficit	No Déficit	Déficit	No Déficit
0,65	0,55	0,64	0,56	0,65	0,45

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

según los diferentes perfiles de personas mayores. En este aspecto, si bien no se registran diferencias por sexo ni por grupo de edad, aparecen desigualdades cuando se consideran los indicadores que expresan la estratificación social: nivel educativo alcanzado, estrato socioeconómico, condición residencial y, en menor grado de incidencia, tipo de hogar donde reside la persona mayor y distribución regional en el conjunto del país.

Por último, en el cuarto apartado hemos abordado la referencia al déficit de satisfacción de necesidades según los principales indicadores de déficit que afectan a las personas mayores en sus condiciones de vida. Entre ellos, se consideraron: la capacidad de subsistencia; las condiciones habitacionales (calidad de la vivienda y acceso a servicios); las condiciones de salud (estado de salud percibido, malestar psicológico y práctica de ejercicio físico); y los recursos psicológicos. Se observó en este caso que el déficit de necesidades afecta al 35% de las personas mayores que afirman padecer insuficiencia de ingresos en su hogar, mientras que la proporción de individuos se reduce al 5% entre los que pueden ahorrar, poniendo

en evidencia que la capacidad de ahorro del hogar opera como una suerte de seguro contra la insatisfacción de necesidades. Finalmente, en lo concerniente a las condiciones habitacionales, la desigualdad fue observada entre quienes tienen y no tienen problemas habitacionales.

Al estudiar los indicadores referidos a condiciones de salud, se pudo concluir que si bien la situación en este plano no es determinante en lo que hace a la satisfacción de necesidades, los indicadores de desigualdad dividen a quienes tienen y quienes no tienen problemas de salud. El malestar psicológico, por su parte, presenta una incidencia más alta que el estado de salud percibido, registrando desigualdad entre quienes tienen déficit de capacidades emocionales y quienes no carecen de las mismas. Para terminar, es importante llamar la atención sobre la práctica de ejercicio físico, pues presenta la incidencia más alta de los tres indicadores de salud considerados: las personas mayores que registran déficit en esta práctica consideran satisfechas sus necesidades en dos tercios de su totalidad.

Percepción de satisfacción, felicidad y proyecto de vida

Existe consenso en señalar que la calidad de vida, es decir el bienestar, no involucra únicamente aspectos materiales de la vida, sino también cierto estado de felicidad, es decir, implica además la percepción de bienestar. En el caso de las personas mayores, tales impresiones adquieren un carácter particular: la felicidad, porque es la percepción más inmediata sobre el estado subjetivo global del presente y de lo vivido; y fundamentalmente, la posibilidad de proyectarse más allá del día a día, porque la proposición y persecución de metas se torna más difusa cuando se tiene esa edad. En tal sentido, tanto el sentimiento de felicidad como la posibilidad de proyectarse en el tiempo podrían debilitarse en esta etapa de la vida. Ahora bien, si pudiéramos conocer los elementos que refuerzan los sentimientos de bienestar y aquellos que los debilitan, podríamos entonces evaluar cuáles son los elementos que las políticas pueden impulsar en pos de promover un proceso de envejecimiento con una mejor calidad de vida y bienestar.

Al respecto, la bibliografía ha desplegado una intensa producción sobre el dominio de la condición económica como riesgo social. En esta línea, algunos estudios tienden a señalar que si bien la valoración positiva de la situación económica juega un papel considerable en el bienestar subjetivo, es menor que otras variables subjetivas tales como la satisfacción con el trabajo. Suele señalarse, además, que las variables que más pesan en la probabilidad de estar satisfecho con la vida se hallan ligadas a un ámbito de experiencias íntimas o cercanas (Millán y Mancini, 2014). En este rumbo, se han distinguido también dos modelos explicativos: el primero, centrado en identificar las necesidades o factores externos que afectan el bienestar del sujeto; y el segundo, interesado en descubrir los factores internos que determinan cómo la persona percibe sus circunstancias vitales, independientemente de cómo sean objetivamente, y de qué modo dichos

factores afectan los juicios o valoraciones que realiza sobre su felicidad o bienestar personales.

Por ello, precisamente, resulta pertinente, apropiado y oportuno poner a prueba el juego de interrelaciones entre la percepción subjetiva del bienestar –abordadas a través del sentimiento de felicidad y de la capacidad de proyectarse más allá del día a día–, las dimensiones objetivas del bienestar –como son las variables sociodemográficas y estructurales de sexo, edad, nivel educativo, estrato socioeconómico, condición residencial y contexto político institucional– y distintos aspectos subjetivos particulares –como la percepción de satisfacción de necesidades de áreas determinadas– que pueden incidir en la percepción global de bienestar para las personas mayores. En otras palabras, los interrogantes que guían el análisis podrían ser precisados de la siguiente manera: ¿cuáles son los factores que contribuyen al sentimiento de felicidad y la capacidad de proyección futura de las personas mayores? ¿De qué modo y en qué magnitud incide la percepción de satisfacción de necesidades económicas, de salud, de vivienda, de afectos y de esparcimiento en la percepción subjetiva de bienestar general?

Para dar respuesta a estas preguntas, elaboramos dos modelos de regresión logística binaria que evalúan el modo en que distintos factores intervienen en las oportunidades de sentirse feliz y de proyectarse más allá de la experiencia de vida cotidiana. En ambos modelos, introdujimos un conjunto de variables explicativas en función de tres dimensiones de análisis: a) percepción subjetiva de satisfacción de necesidades; b) condiciones sociodemográficas; y c) condiciones materiales y estructurales objetivas.

Dentro de la dimensión aludida como percepción de satisfacción, se introdujeron las siguientes variables referidas a las necesidades: económicas, de atención en salud, de vivienda, de alimentación, de afecto y cariño, y de recreación. En este marco, se comparan las ventajas/desventajas de quienes encuentran sus necesidades muy/bastante satisfechas en compara-

ción con quienes perciben sus necesidades poco o nada satisfechas en cada aspecto estudiado.

En la dimensión de características sociodemográficas, introdujimos las variables de grupo de edad, sexo y tipo de hogar. En este punto evaluamos las ventajas/desventajas que presentan los individuos que tienen entre 60 y 74 años en comparación con quienes tienen 75 años o más; de los varones respecto de las mujeres; y de los que viven solos y conviven solamente con otras personas mayores respecto de quienes conviven dentro de un grupo familiar cuyos miembros pertenecen a más de una generación.

Finalmente, en la dimensión de condiciones materiales y estructurales objetivas, introdujimos las variables de nivel educativo (comparamos personas mayores con secundario completo y más con las que no finalizaron el nivel medio); estrato socioeconómico (comparamos el estrato más alto con el más bajo); condición residencial (consideramos las oportunidades y riesgos de quienes viven en barrios de trazado urbano en comparación con quienes residen en villas o asentamientos precarios); y espacio urbano de residencia (donde comparamos las ventajas/desventajas de quienes viven en el área metropolitana de Buenos Aires en comparación con quienes viven en ciudades medias o grandes del interior del país).

En primer lugar, evaluamos el modo en que la satisfacción de necesidades, abordadas desde la perspectiva subjetiva, incide en la medida más global de bienestar, como puede ser el sentimiento de felicidad. Los resultados del modelo indican que el conjunto total de variables explicativas presenta buenos coeficientes de bondad de ajuste, vale decir, que contribuyen a explicar las variaciones en el sentimiento de felicidad de manera significativa. Más precisamente, se ha observado que la mayor parte de la explicación está dada por las variables de percepción de satisfacción de necesidades. Dentro del conjunto de variables explicativas de orden sociodemográfico y estructural, la única que presenta significatividad estadística en la explicación es la que identifica el es-

trato socioeconómico de pertenencia. Ahora bien, conviene analizar en detalle el modo en que cada una de esas variables contribuye al sentimiento de felicidad entre las personas mayores. Al respecto, debe destacarse que la variable que presenta mayor peso en la explicación del sentimiento de felicidad es la satisfacción de necesidades de recreación y esparcimiento; en segundo lugar, la satisfacción de necesidades económicas; en tercer lugar, la satisfacción de necesidades de vivienda, seguida por la satisfacción de necesidades de afecto y cariño y finalmente por el estrato socioeconómico. Resulta pertinente, en este marco, preguntarse cuáles son las desigualdades que se generan en las oportunidades de envejecer con felicidad de acuerdo con estos factores.

Como primera consideración, se destaca que las chances de sentirse feliz o muy feliz de las personas mayores que tienen sus necesidades de recreación y esparcimiento satisfechas son 2,6 veces las de las personas que consideran que tienen tales necesidades insatisfechas. Algo muy similar ocurre con la satisfacción de necesidades económicas: su satisfacción contribuye a multiplicar las chances de sentirse feliz en casi 3 veces; y las personas mayores que tienen sus necesidades de vivienda satisfechas casi duplican las chances de felicidad de quienes consideran que tienen carencias en materia de vivienda, una desigualdad equivalente a la generada por la satisfacción de necesidades de afecto y cariño. La satisfacción de necesidades de atención en salud, por su parte, también contribuye positivamente al sentimiento de felicidad de las personas mayores: quienes tienen sus necesidades de atención en salud satisfechas registran 58% más oportunidades de sentirse felices que quienes no encuentran satisfechas tales necesidades.

Ahora bien, ¿qué pasa con el efecto del estrato social en las oportunidades de ser feliz? En el Barómetro de Personas Mayores 2014 señalamos que 1 de cada 10 individuos mayores de los estratos más altos se siente poco o nada feliz; mientras que entre las

personas mayores de los estratos más bajos ese porcentaje se duplica. Sin embargo, esta relación bivariable parece alterarse cuando se incorporan al análisis otras variables explicativas, como la satisfacción de necesidades de salud, de afecto, de recreación e incluso las mismas necesidades económicas, de vivienda y alimentación, es decir, variables que relevan el modo en que la persona percibe sus circunstancias vitales, independientemente de cómo sean objetivamente dichas circunstancias. De hecho, tal como mencionamos inicialmente, son las variables de percepción de satisfacción de necesidades las que más contribuyen a explicar el fenómeno, minimizando o diluyendo el efecto de las variables más estructurales u objetivas. De modo que si bien la situación socioeconómica objetiva puede contribuir a mejorar las chances de sentirse feliz, no es en modo alguno una condición suficiente para lograr el bienestar.

Hasta aquí hemos analizado los factores que in-

ciden en las oportunidades de sentir felicidad de las personas mayores. Corresponde ahora examinar el modo en que este conjunto de variables objetivas y subjetivas interviene sobre las posibilidades de proyectarse en el futuro, esto es, de idear planes para su vida. El primer aspecto que merece ser destacado en este sentido es que muchas de las variables de orden estructural o socio-demográfico, que no incidían significativamente a la hora de evaluar los sentimientos de felicidad, adquieren un carácter relevante en las oportunidades de que las personas puedan proyectarse trascendiendo el día a día. De hecho, la variable de mayor peso en esta relación es el grupo de edad. En efecto, las personas del grupo de menos de 75 años de edad tienen el doble de chances de proyectar su futuro que las del grupo de 75 años y más. Por otra parte, la satisfacción de necesidades de recreación y esparcimiento contribuye tam-

OPORTUNIDADES DE SENTIRSE FELIZ Y DE TENER PROYECTOS

FIGURA 4.A

Año 2014 Personas de 60 años y más

	Sentirse muy feliz / feliz			Tener proyectos más allá del día a día		
	Wald	Sig.	Exp(B)	Wald	Sig.	Exp(B)
Percepción subjetiva de satisfacción de necesidades						
Satisfacción de necesidades económicas *No satisfechas	12,531	**	2,703	9,95	**	1,747
Satisfacción de necesidades de atención en salud *No satisfechas	3,641	**	1,582	0,25		1,097
Satisfacción de necesidades de vivienda *No satisfechas	5,68	**	1,851	0,15		0,921
Satisfacción de necesidades de alimentación *No satisfechas	0,055		0,939	0,63		0,848
Satisfacción de necesidades de afecto y cariño *No satisfechas	5,076	**	1,813	13,22	**	2,122
Satisfacción de necesidades de recreación *No satisfechas	15,771	**	2,664	16,78	**	1,983
Elementos sociodemográficos						
60 a 74 años *75 años y más	0,401		0,867	20,12	**	2,027
Varones *Mujeres	0,603		1,176	4,88	**	1,387
Hogares unipersonales *Hogares multipersonales mixtos	1,445		1,372	0,24		1,093
Hogares multipersonales puros *Hogares multipersonales mixtos	0,589		0,829	1,66		0,798
Condiciones materiales objetivas						
Secundario completo y más *Hasta secundario incompleto	1,082		1,450	0,86		0,809
Residentes en barrios de trazado urbano *Residentes en villas o asentamientos precarios	0,794		1,443	0,09		0,900
Estrato alto *Estrato muy bajo	5,114	**	0,336	9,39	**	2,720
Residentes en CABA *Residentes en aglomerados medios y chicos del interior	0,023		0,967	15,70	**	1,817
Constante	0,249		0,792	9,36	**	0,281
R cuadrado de Nagelkerke	0,21			0,21		

* Categoría de comparación **p valor <0,1

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

bién de manera positiva a mejorar las posibilidades de tener proyectos, puesto que las chances de proyectarse de quienes encuentran satisfechas este tipo de necesidades duplican las de quienes las consideran poco o nada satisfechas. Un rol muy importante juega asimismo la satisfacción de necesidades de afecto y cariño, dado que las personas que encuentran satisfechas tales necesidades registran más del doble de posibilidades de proyectarse en su vida futura que quienes las consideran insatisfechas.

Por lo demás, la situación objetiva material dada por el nivel socioeconómico incide de manera significativa en las oportunidades de poseer proyectos en el caso de los individuos mayores: las chances de poder proyectarse en los estratos más altos son 2,7 veces las que tienen quienes pertenecen a los estratos más bajos. También las condiciones de dinamismo urbano contribuyen a poder proyectarse, por cuanto las personas mayores residentes en el área metropolitana de Buenos Aires tienen 81% más chances de pensarse más allá del día a día que sus pares residentes en ciudades medias y grandes del interior del país.

La incidencia del nivel socioeconómico en esta dimensión del bienestar es entonces distinta a la registrada en el sentimiento de felicidad, dimensión en la cual el estrato socioeconómico no tiene una contribución positiva una vez que se ha contemplado la satisfacción subjetiva de necesidades económicas, afectivas, de salud, entre otras; en cambio; en las oportunidades de proyectarse, las condiciones materiales objetivas desempeñan un rol importante y positivo en sí mismas.

Resulta importante señalar, en este marco, que si bien las condiciones materiales de vida y las experiencias de escasez o privación juegan un papel preponderante en el bienestar subjetivo de las personas mayores, existe otro conjunto de factores, fundamentalmente vinculados con los afectos, con las redes próximas y con lo lúdico, que pueden contribuir a mejorar la calidad de vida en esta etapa. Sin duda, fortalecer las experiencias vitales positivas en tales dimensiones resulta un desafío en el objetivo de contribuir al desarrollo de un proceso de envejecimiento con bienestar y felicidad.



ANEXO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA APLICADA

La Encuesta de la Deuda Social Argentina, EDSA-Bicentenario (2010-2016) releva hogares y personas de 18 aglomerados urbanos de 80.000 habitantes y más. Este conjunto de aglomerados está conformado por: Capital Federal, Conurbano Bonaerense, Gran Rosario, Gran Córdoba, Gran San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, Gran Mendoza, Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plottier-Cipoletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia, y Ushuaia y Río Grande.

Asimismo, la EDSA-Bicentenario (2010-2016) aborda el estudio de las privaciones y realizaciones en materia de desarrollo humano de la sociedad argentina a través de una muestra multipropósito, probabilística, conglomerada y estratificada no proporcional de hogares particulares urbanos.²² En 2014 se creó la línea de investigación en materia de desarrollo humano de las personas mayores. Para la elaboración del Informe 2015 se contó con los datos obtenidos de las encuestas anteriores

(2010-2014) más una serie de preguntas nuevas incorporadas al cuestionario. Esto implicó una sucesión de pruebas y decisiones metodológicas sobre el modo de trabajar con los datos, basada en la representación que las personas mayores tenían en la muestra correspondiente a cada año del relevamiento (ver Tabla AM1).

Teniendo en cuenta que se trabajó con base en los principios de a) lograr análisis lo más robustos posible (en términos de validez y confiabilidad) minimizando los márgenes de error y b) presentar in-

REPRESENTACIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS EN LA MUESTRA DE LA EDSA (2010-2014)

TABLA AM1

Año 2014 Personas de 60 años y más

NÚMERO DE CASOS POR AÑO		
AÑO	TOTAL DE ENCUESTADOS DE 60 AÑOS Y MÁS	TOTAL DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS RESIDENTES EN HOGARES ENCUESTADOS
2010	1.311	3.460
2011	1.278	3.149
2012	1.285	3.142
2013	1.248	2.915
2014	1.310	2.978
Total	6.432	15.644

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

22 Para más detalles sobre la muestra, ver Anexo metodológico del Barómetro de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

UNIDAD DE ANÁLISIS Y TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA CADA CAPÍTULO

TABLA AM2

CAPÍTULO	UNIDAD DE ANÁLISIS	AÑOS	NÚMERO TOTAL DE CASOS	NÚMERO DE CASOS DE 60 AÑOS Y MÁS
1	ENCUESTADOS	2010-2014	6.432	15644
		2014	1.310	2978
	POBLACIÓN	2010-2014	28.348	99927
		2014	5.683	19119
2	ENCUESTADOS	2010-2014	6.432	15644
		2014	1.310	2978
3	ENCUESTADOS	2010-2014	6.432	15644
		2014	1.310	2.978
4	ENCUESTADOS	2010-2014	6.432	15.644
		2014	1.310	2978

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

formación relevante en las cuestiones vinculadas con las personas de edad, en cada capítulo se optó por trabajar con unidades y universos de análisis diferentes en virtud de los interrogantes planteados en cada uno de ellos (ver Tabla AM2).

DIMENSIONES, VARIABLES E INDICADORES

A continuación se presentan las dimensiones objeto de análisis en cada capítulo. Las variables independientes se exponen al final del apartado.

CAPÍTULO 1. FAMILIA, REDES E INTEGRACIÓN FAMILIAR EN LA VEJEZ

1.1 CONFORMACIÓN DE LOS HOGARES DE LAS PERSONAS MAYORES

HOGARES CON PERSONAS MAYORES	Es una medida objetiva que permite clasificar los hogares en los que residen personas mayores de 60 años.	Porcentaje de hogares en donde reside al menos una persona mayor de 60 años.
FUENTES DE INGRESOS	Es una medida objetiva que permite identificar la percepción de ayudas monetarias y no monetarias.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran percibir ayudas (monetarias y no monetarias).
OCUPADOS	Entrevistados de 60 años y más que se encuentran ocupados.	Porcentaje de entrevistados de 60 años y más que se encuentran ocupados respecto del total de la población de 60 años y más.
INACTIVOS	Entrevistados de 60 años y más con propensión a no participar del mercado de trabajo.	Porcentaje de personas de 60 años y más que no pertenecen a la población económicamente activa respecto del total de personas de 60 años y más.
ACTIVOS	Entrevistados de 60 años y más con propensión a participar del mercado de trabajo.	Porcentaje de personas de 60 años y más pertenecientes a la población económicamente activa respecto del total de personas de 60 años y más.
CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA	Evaluación subjetiva sobre la capacidad de los ingresos totales del hogar para cubrir consumos básicos mensuales, sostener patrones de consumo y poder ahorrar.	- Porcentaje de personas de 60 años y más que evalúan sus ingresos como insuficientes para cubrir sus necesidades básicas de consumo.

		<p>- Porcentaje de personas de 60 años y más que evalúan sus ingresos como apenas suficientes para cubrir sus necesidades básicas de consumo.</p> <p>- Porcentaje de personas de 60 años y más que evalúan sus ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas de consumo y además les resultan suficientes para poder ahorrar.</p>
RECORTES DE GASTOS	Disminución o suspensión en la realización de pagos por conceptos de: servicios, impuestos, cuotas de la casa, alquiler o gastos en salud.	Porcentaje de personas de 60 años y más que en el último año han disminuido o suspendido la realización de pagos en concepto de servicios, impuestos, cuotas de la casa, alquiler o gastos en salud.
REDES DE APOYO SOCIAL	Es una medida subjetiva que permite identificar cómo está conformado el entorno familiar de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran tener 3 o más familiares cercanos, 1-2 familiares cercanos y/o no contar con familiares cercanos.
SENTIRSE SOLO	Percepción de soledad, de sentir que no se tiene a nadie a quien acudir.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran sentirse solo “todo el tiempo” o “muchas veces”.
DÉFICIT DE APOYO SOCIAL AFECTIVO	Percepción de no tener a alguien que le demuestre amor y cariño.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran no tener a alguien que lo abraze y/o le demuestre amor y afecto.
DÉFICIT DE APOYO SOCIAL INSTRUMENTAL	Percepción de no contar con otras personas cuando necesita ayuda en tareas cotidianas o domésticas.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran no contar con alguien que le prepare la comida y/o lo ayude en tareas domésticas si lo necesita.
DÉFICIT DE APOYO SOCIAL ESTRUCTURAL	Percepción de no contar con una red de apoyo por considerarse	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran no

	sin amigos y en ausencia de alguien a quien recurrir frente a una necesidad.	tener amigos y/o no tener a nadie a quien acudir frente a una necesidad.
1.2. ROLES Y FUNCIONES DENTRO DEL HOGAR		
REALIZACIÓN DE TAREAS EN EL HOGAR	Es una medida objetiva que mide la realización efectiva o no de las tareas en el hogar relevadas en general.	Porcentaje de personas de 18 años y más que dicen realizar o no las tareas relevadas en el hogar.
TIPOS DE TAREAS REALIZADAS EN EL HOGAR	Es una medida objetiva que mide la realización efectiva de cada una de las tareas en el hogar relevadas: limpieza, lavado y planchado, preparación de la comida, cuidado de niños u otros familiares convivientes, realización de compras y mandados en almacenes y/o supermercados, y realización de arreglo de artefactos del hogar y/o trabajos de jardinería.	Porcentaje de personas de 18 años y más que dicen realizar cada una de las tareas relevadas en el hogar.
1.3 INTEGRACIÓN, RESPETO Y RECONOCIMIENTO FAMILIAR		
DÉFICIT DE PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES INDIVIDUALES Y FAMILIARES DE LAS PERSONAS MAYORES	Es una medida subjetiva que mide el déficit de la valoración que la persona mayor tiene respecto de si su familia tiene en cuenta sus opiniones, de si la persona mayor participa de las decisiones familiares y de si se respetan sus gustos y deseos en el entorno familiar.	Porcentaje de personas de 18 años y más que afirman tener déficit en al menos una de las valoraciones en las dimensiones propuestas.

DÉFICIT DE ATENCIÓN FAMILIAR DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES	Es una medida subjetiva que mide el déficit de la valoración que la persona mayor tiene respecto de si su familia se preocupa por su salud.	Porcentaje de personas de 18 años y más que afirman que su familia no se preocupa por su salud.
COMPRENSIÓN AFECTIVO/EMOCIONAL FAMILIAR SOBRE LAS PERSONAS MAYORES	Es una medida subjetiva que mide la valoración que la persona mayor tiene respecto de si su familia se interesa por ella y/o la comprende o no.	Porcentaje de personas de 18 años y más que afirman que su familia la comprende y/o se interesa por ella o no.

CAPÍTULO 2. SOCIABILIDAD, SOLIDARIDAD Y RECREACIÓN EN LA VEJEZ

2.1. RELACIONES INTERPERSONALES Y RECREACIÓN

DENSIDAD DE LAS REDES DE AMISTAD	Es una medida objetiva que mide la tenencia efectiva de amigos íntimos/cercanos.	Porcentaje de personas de 18 años y más que dicen tener amigos íntimos/cercanos.
DÉFICIT DE DENSIDAD EN LAS REDES DE AMISTAD	Es una medida objetiva que mide la no tenencia efectiva de amigos íntimos/cercanos.	Porcentaje de personas de 60 años y más que dicen no tener amigos íntimos /cercanos.
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES RECREATIVAS O LÚDICAS	Es una medida objetiva que mide la participación en reuniones recreativas o lúdicas (jugar a las cartas, dominó, burako, billar u otras actividades similares).	Porcentaje de población de 18 años y más que declara haber participado en forma habitual en reuniones recreativas o lúdicas.
PARTICIPACIÓN EN CLUBES Y/O CENTROS DE JUBILADOS	Es una medida objetiva que mide la participación en clubes y/o centros de jubilados.	Porcentaje de población de 18 años y más que declara haber participado en los últimos doce meses en clubes y/o centros de jubilados.

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES RECREATIVAS	Es una medida subjetiva que mide la percepción de satisfacción de las necesidades recreativas de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 18 años y más que expresan tener satisfacción de las necesidades recreativas en los últimos seis meses.
DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES RECREATIVAS	Es una medida subjetiva que mide la percepción de insatisfacción de las necesidades recreativas de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan no tener satisfacción de las necesidades recreativas en los últimos seis meses.

2.2. LO QUE LAS PERSONAS MAYORES PUEDEN DAR

REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD SOLIDARIA O DE AYUDA	Es una medida objetiva que mide la realización efectiva de algunas actividades solidarias o de ayuda mencionadas.	Porcentaje de personas de 18 años y más que declaran realizar alguna de las actividades solidarias o de ayuda mencionadas.
DESEO DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD SOLIDARIA O DE AYUDA	Es una medida objetiva que mide el deseo de realización de algunas actividades solidarias o de ayuda.	Porcentaje de personas de 18 años y más que declaran tener deseos de realizar alguna de las actividades solidarias o de ayuda mencionadas.
INTERÉS/ADHESIÓN EN ACTIVIDADES DE AYUDA SOLIDARIA QUE REALIZAN LAS PERSONAS MAYORES	Es una medida objetiva que describe el tipo de actividades solidarias o de ayuda realizadas por las personas mayores (ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, asesoramiento y transmisión de saberes, elaboración y reparación de artefactos, costura y tejidos para donar, acompañamiento de personas solas, lectura para no videntes).	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran realizar alguna de las actividades solidarias o de ayuda mencionadas.
ACTIVIDADES DE AYUDA SOLIDARIA PREFERIDAS POR QUIENES NO REALIZAN NINGUNA ACTIVIDAD	Es una medida objetiva que describe el tipo de actividades solidarias o de ayuda preferidas por las personas mayores que no re-	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran preferir realizar alguna de las actividades solidarias o de ayuda menciona-

	alizan ninguna actividad (ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, asesoramiento y transmisión de saberes, elaboración y reparación de artefactos, costura y tejidos para donar, acompañamiento de personas solas, lectura para no videntes).	das, siendo que actualmente no realizan ninguna de ellas.
2.3. PERCEPCIÓN SOBRE VALORACIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ		
VALORACIÓN SOCIAL GENERAL	Es una medida subjetiva que mide la valoración que la sociedad tiene respecto de la vejez (considerando alguna de las siguientes dimensiones: valoración de su palabra y opinión, valoración de sus conocimientos, valoración de su experiencia laboral y valoración de los cuidados que puede brindar a otros).	Porcentaje de personas de 18 años y más que declaran sentir una valoración social respecto de la vejez en general.
VALORACIÓN DE SU PALABRA Y SU OPINIÓN	Es una medida subjetiva que mide la valoración que la sociedad tiene respecto de la palabra y la opinión de las personas.	Porcentaje de personas de 18 años y más que declaran percibir una valoración respecto de su palabra y su opinión.
DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SU PALABRA Y SU OPINIÓN	Es una medida subjetiva que mide la no valoración que la sociedad tiene respecto de la palabra y la opinión de las personas.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran percibir una valoración negativa respecto de su palabra y su opinión.
VALORACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS	Es una medida subjetiva que mide la valoración que la sociedad tiene respecto de los conocimientos de las personas.	Porcentaje de personas de 18 años y más que declaran percibir una valoración respecto de sus conocimientos.
DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS	Es una medida subjetiva que mide la no valoración que la so-	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran percibir

	ciudad tiene respecto de los conocimientos de las personas.	una valoración negativa respecto de sus conocimientos.
VALORACIÓN DE SU EXPERIENCIA LABORAL	Es una medida subjetiva que mide la valoración que la sociedad tiene respecto de la experiencia laboral de las personas.	Porcentaje de personas de 18 años y más que declaran percibir una valoración respecto de sus experiencias laborales.
DÉFICIT DE VALORACIÓN DE SU EXPERIENCIA LABORAL	Es una medida subjetiva que mide la no valoración que la sociedad tiene respecto de la experiencia laboral de las personas.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran percibir una valoración negativa respecto de su experiencia laboral.
VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE PUEDE BRINDAR A OTROS	Es una medida subjetiva que mide la valoración que la sociedad tiene respecto del cuidado que puede brindar a otros (su cónyuge, sus familiares y/o su entorno social).	Porcentaje de personas de 18 años y más que declaran percibir una valoración respecto del cuidado que pueden brindar a otros (su cónyuge, sus familiares y/o su entorno social).
DÉFICIT DE VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE PUEDE BRINDAR A OTROS	Es una medida subjetiva que mide la no valoración que la sociedad tiene respecto del cuidado que puede brindar a otros (su cónyuge, sus familiares y/o su entorno social).	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran percibir una valoración negativa respecto del cuidado que pueden brindar a otros (su cónyuge, sus familiares y/o su entorno social).

CAPÍTULO 3. ACCESO, CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD

3.1. ESTADO DE SALUD

ESTADO PSICOFÍSICO	Estado de salud de las personas establecido a partir de la combinación de las posibilidades referidas al estado de salud percibido y al malestar psicológico percibido.	Personas mayores de 18 años y más que declaran poseer a) déficit de estado de salud y malestar psicológico, b) déficit de estado de salud pero no malestar psico-
---------------------------	---	---

		<p>lógico, o no tener déficit de estado de salud pero sí malestar psicológico, es decir valores críticos en alguna de las dimensiones consideradas, c) ningún valor crítico referido a problemas de salud y malestar psicológico.</p>
ESTADO DE SALUD OBJETIVO	<p>Diagnóstico efectivo sobre alguna enfermedad por parte de un profesional de la salud realizado durante los últimos doce meses.</p>	<p>Personas mayores de 60 años y más que manifiestan que se les ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades: a) hipertensión arterial; b) angina de pecho, enfermedad coronaria, ataque cardíaco, infarto de miocardio; c) accidente cerebrovascular; d) cáncer; e) EPOC; f) diabetes; g) enfermedades reumáticas; y h) confusión o pérdida de la memoria.</p>
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	<p>Estado general de salud percibido por las personas desde una noción que integra las dimensiones física, biológica y psicológica.</p>	<p>Porcentaje de personas de 60 años y más que dicen tener bastantes problemas de salud, padecer enfermedades crónicas o graves.</p>
MALESTAR PSICOLÓGICO	<p>Mide el déficit de las capacidades emocionales a través de sintomatología ansiosa o depresiva de las personas. El malestar psicológico dificulta responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, desenvolverse socialmente y tener relaciones satisfactorias con los otros.</p>	<p>Porcentaje de personas de 60 años y más que mencionaron síntomas de ansiedad y depresión integradas en una puntuación que indica riesgo moderado o alto de malestar psicológico en la escala KPDS-10.</p>

3.2. TRASTORNOS DEL SUEÑO

TIEMPO TOTAL DE SUEÑO	Mide el tiempo que una persona permanece en la cama menos el tiempo que tarda en quedarse dormida más el tiempo de siesta.	Porcentaje de personas de 18 años y más que declaran tener: a) Tiempo total de sueño menor a 6 horas diarias; b) Tiempo total de sueño entre 6 y 10 horas diarias; c) Tiempo total de sueño mayor a 10 horas diarias.
MALA CALIDAD DEL SUEÑO	Es una medida subjetiva de la calidad del sueño durante el último mes.	Personas mayores de 18 años que declaran tener una bastante mala o muy mala calidad de sueño.
SOMNOLENCIA DIURNA	Presencia de letargo o sueño una o más veces a la semana, durante el último mes.	Porcentaje de personas mayores de 18 años que expresan tener somnolencia diurna.

3.3. LA ATENCIÓN DE LA SALUD

DÉFICIT DE REALIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA	Mide la no asistencia a una visita profesional médica para realizar control, prevención o tratamiento durante el último año.	Porcentaje de personas de 60 años y más que afirman no haber realizado una consulta médica durante el último año.
TIPO DE COBERTURA DE SALUD	Indica el tipo de cobertura social que tiene la persona.	Porcentaje de personas de 60 años y más que poseen obra social, mutual o prepaga, cobertura médica de PAMI o que no poseen cobertura médica.

3.4. SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

DÉFICIT EN LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD	Mide la percepción de satisfacción de diversas necesidades de atención en salud.	Porcentaje de personas de 18 años y más que afirman tener déficit en la satisfacción de las necesidades de atención en salud.
---	--	---

3.5. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

DEMORA EN LA OBTENCIÓN DE UN TURNO DE ATENCIÓN MÉDICA	Indica el tiempo transcurrido para la obtención de un turno de atención médica.	Porcentaje de personas de 18 años y más que deben esperar un mes o más de un mes para la obtención de un turno de atención médica.
DEMORA EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA	Indica el tiempo transcurrido al momento de la atención efectiva de la última consulta médica realizada.	Porcentaje de personas de 18 años y más que deben esperar una hora o más de una hora para la atención efectiva de la última consulta médica realizada.
EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA SEGÚN PRESTADOR MÉDICO	Mide la valoración subjetiva negativa de la atención médica recibida según el prestador utilizado en la última consulta médica realizada.	Porcentaje de personas de 18 años y más que valoran en forma negativa la atención médica recibida en la última consulta médica realizada.

CAPÍTULO 4. EL BIENESTAR EN SU DIMENSIÓN SUBJETIVA: SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA

4.1. PERCEPCIONES SOBRE LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES EN LAS PERSONAS MAYORES

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la suma de las percepciones de satisfacción de las necesidades económicas, de atención de salud, de vivienda, de alimentación, de afecto y cariño, y de recreación en los últimos seis meses.	Porcentaje de personas de 60 años y más que obtienen puntaje entre 0,81 y 1 (muy satisfechos). Porcentaje de personas de 60 años y más que obtienen puntaje entre 0,51 y 0,80 (bastante satisfechos). Porcentaje de personas de 60 años y más que obtienen puntaje entre 0,26 y 0,50 (poco satisfechos). Porcentaje de personas de 60 años y más que obtienen puntaje entre 0 y 0,25 (nada satisfechos). Promedio del índice métrico que varía entre 0 y 1.
--	---	---

4.2 RELACIONES Y CORRELACIONES EN LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

SATISFACCIÓN DE NECESIDADES ECONÓMICAS	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la percepción de satisfacción de las necesidades económicas de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan tener satisfacción de las necesidades económicas en los últimos seis meses.
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la percepción de satisfacción de las necesidades de atención de salud de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan tener satisfacción de las necesidades de atención de salud en los últimos seis meses.
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE VIVIENDA	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la percepción de satisfacción de las necesidades de vivienda de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan tener satisfacción de las necesidades de vivienda en los últimos seis meses.
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE AFECTO Y CARÍO	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la percepción de satisfacción de las necesidades de afecto y cariño de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan tener satisfacción de las necesidades de afecto y cariño en los últimos seis meses.

4.3. DESIGUALDADES EN LAS OPORTUNIDADES DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la percepción de insatisfacción de las necesidades de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan no tener satisfacción de sus necesidades en los últimos seis meses.
---	---	--

4.4 SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y DÉFICITS MÁS FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES

CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA	Evaluación subjetiva sobre la capacidad de los ingresos totales del hogar para cubrir consumos básicos	- Porcentaje de personas de 60 años y más que evalúan sus ingresos como insuficientes para cubrir sus necesidades básicas.
----------------------------------	--	--

	cos mensuales, sostener patrones de consumo y poder ahorrar.	brir sus necesidades básicas de consumo. - Porcentaje de personas de 60 años y más que evalúan sus ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas de consumo y además les resultan suficientes para ahorrar.
CALIDAD DE LA VIVIENDA	Hogares que presentan déficit en las condiciones habitacionales (hacinamiento, tenencia irregular de la vivienda o mala calidad constructiva).	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que presentan uno o más déficits de calidad de la vivienda.
ACCESO A SERVICIOS	Hogares que presentan uno o más indicadores de déficit en el acceso a servicios (acceso a red de agua potable, acceso a red cloacal, acceso a red de gas natural).	Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que presentan uno o más déficits de acceso a servicios.
PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO	Se considera ejercicio físico el conjunto de acciones motoras, musculares y esqueléticas. Habitualmente se asocia a cualquier actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar del individuo.	Porcentaje de personas de 60 años y más que afirman realizar ejercicio físico por lo menos una vez por semana.

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CATEGORIAS
SEXO	Se refiere al sexo del encuestado	Varón Mujer
GRUPO GENERACIONAL	Se refiere al grupo de edad al que pertenece el encuestado	De 18 a 59 años De 60 años y más
GRUPO DE EDAD	Se refiere al grupo de edad de las	De 60 a 74 años

	personas mayores	De 75 años y más
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Variable dicotómica construida a partir del máximo nivel alcanzado	Hasta secundario incompleto Secundario completo y más
ESTRATO SOCIOECONOMICO	Constituye un índice factorial calculado a través del método de componentes principales categóricos (CAPTCA). Para ello se utilizan variables basales como el nivel educativo del jefe de hogar, el acceso a bienes y servicios de consumo durable del hogar y la condición residencial de la vivienda. El resultado de esta operación es un índice que a los fines del análisis se agrupa en cuatro niveles socioeconómicos: medio alto, medio bajo, bajo, muy bajo.	25% superior (medio alto) 25% inferior (muy bajo)
TIPO DE HOGAR	Permite clasificar los hogares en que residen las personas mayores según la conformación generacional de los mismos. Se identifican tres tipos.	Hogares unipersonales: sólo vive una persona de 60 años y más. Hogares multipersonales puros: son hogares unigeneracionales, donde sólo viven personas de 60 años y más. Hogares multipersonales mixtos: son hogares multigeneracionales, donde viven personas de 60 años y más con personas de 18 a 59 años.
CONDICIÓN RESIDENCIAL	Representa dos modalidades diferentes de urbanización con grados diversos de presencia del Estado en lo que concierne a la planificación, la regulación y la inversión pública en bienes urbanos y con una presencia también heterogénea de los distintos estratos socioeconómicos.	Villas y asentamientos precarios Barrios con trazado urbano

GRUPO DE AGLOMERADOS URBANOS

Reconoce de manera nominal cuatro modalidades de concentración urbana, las cuales son representadas en la muestra y presentan un valor geoeconómico y geopolítico destacado.

CABA
Conurbano bonaerense.
Otras grandes áreas metropolitanas
Resto urbano del interior

MARGEN DE ERROR DE LAS PRINCIPALES VARIABLES INDEPENDIENTES

A continuación se presenta un detalle de los errores muestrales para cada una de las variables independientes, calculados en función de los valores efectivamente

encontrados en la muestra; es decir, sin expandir ni ponderar.

El cálculo se realizó sobre la base de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95% (ver Tablas AM3 y AM4).

MÁRGENES DE ERROR PARA LA MUESTRA DE LA EDSA (2010-2014)

TABLA AM3

	Cantidad de población según Censo 2010	Tamaño de muestra unificada	Proporciones	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5
TOTALES	5725838	6432	0,7	1,0	1,1	1,2	1,2	
Estimación de cantidad de población según Censo 2010								
GRUPO DE EDAD								
Personas de 60 a 74 años	4134583	4614	0,9	1,2	1,3	1,4	1,4	
Personas de 75 años y más	1591255	1818	1,4	1,8	2,1	2,3	2,3	
SEXO								
Varón	2398404	2650	1,1	1,5	1,7	1,9	1,9	
Mujer	3327434	3783	1,0	1,3	1,5	1,6	1,6	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN								
Hasta secundario incompleto	4134583	3729	1,0	1,3	1,5	1,6	1,6	
Secundario completo y más	1591255	2703	1,1	1,5	1,7	1,8	1,9	
TIPO DE HOGAR								
Unipersonales	1141321	1733	1,4	1,9	2,2	2,3	2,4	
Multipersonales puros	1961524	1967	1,3	1,8	2,0	2,2	2,2	
Multipersonales mixtos	2622993	2732	1,1	1,5	1,7	1,8	1,9	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO								
Medio alto	912824	1285	1,6	2,2	2,5	2,7	2,7	
Medio bajo	1083729	1327	1,6	2,2	2,5	2,6	2,7	
Bajo	1310500	1532	1,5	2,0	2,3	2,5	2,5	
Muy bajo	2418785	2288	1,2	1,6	1,9	2,0	2,0	
CONDICIÓN RESIDENCIAL								
Trazado urbano	5536222	6143	0,8	1,0	1,1	1,2	1,3	
Villa o asentamiento precario	189616	287	3,5	4,6	5,3	5,7	5,8	
TIPO DE AGLOMERADO								
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1408206	1682	1,4	1,9	2,2	2,3	2,4	
Conurbano Bonaerense	2427015	2666	1,1	1,5	1,7	1,9	1,9	
Otras grandes áreas metropolitanas y Resto urbano	1890617	2084	1,3	1,7	2,0	2,1	2,1	

FUENTE: Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA; y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC).

	Cantidad de población según Censo 2010	Tamaño de muestra unificada	Propor- ciones					
			0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	
TOTALES	5725838	1310	1,6	2,2	2,5	2,7	2,7	
Estimación de cantidad de población según Censo 2010								
GRUPO DE EDAD								
Personas de 60 a 74 años	4134583	945	1,9	2,6	2,9	3,1	3,2	
Personas de 75 años y más	1591255	364	3,1	4,1	4,7	5,0	5,1	
SEXO								
Varón	2398404	538	2,5	3,4	3,9	4,1	4,2	
Mujer	3327434	771	2,1	2,8	3,2	3,5	3,5	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN								
Hasta secundario incompleto	4134583	751	2,1	2,9	3,3	3,5	3,6	
Secundario completo y más	1591255	559	2,5	3,3	3,8	4,1	4,1	
TIPO DE HOGAR								
Unipersonales	1141321	373	3,0	4,1	4,7	5,0	5,1	
Multipersonales puros	1961524	426	2,8	3,8	4,4	4,7	4,7	
Multipersonales mixtos	2622993	510	2,6	3,5	4,0	4,3	4,3	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO								
Medio alto	912824	314	3,3	4,4	5,1	5,4	5,5	
Medio bajo	1083729	252	3,7	4,9	5,7	6,0	6,2	
Bajo	1310500	303	3,4	4,5	5,2	5,5	5,6	
Muy bajo	2418785	441	2,8	3,7	4,3	4,6	4,7	
CONDICIÓN RESIDENCIAL								
Trazado urbano	5536222	1232	1,7	2,2	2,6	2,7	2,8	
Villa o asentamiento precario	189616	78	6,7	8,9	10,2	10,9	11,1	
TIPO DE AGLOMERADO								
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1408206	338	3,2	4,3	4,9	5,2	5,3	
Conurbano Bonaerense	2427015	589	2,4	3,2	3,7	4,0	4,0	
Otras grandes áreas metropolitanas y Resto urbano	1890617	383	3,0	4,0	4,6	4,9	5,0	

FUENTE: Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA; y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC).



BIBLIOGRAFÍA

A

- ABELLÁN, A.** (2003). “Percepción del estado de salud”, *Revista Gerontología*, N° 13, Vol. 5, pp. 340-342.
- ADASZKO, D.** (2010). “Hábitat, salud y situación económica de los hogares”, en Salvia, A. *et al.*, Barómetro de la Deuda Social Argentina, N° 6, *La Deuda Social Argentina frente al Bicentenario. Progresos Destacados y Desigualdades Estructurales del Desarrollo Humano y Social en la Argentina Urbana 2004-2009*, Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA, pp. 53-134.
- (2011). “Las condiciones habitacionales y de acceso a bienes y servicios urbanos en la Argentina 2010. Urbanización y desigualdad estructural”, en A. Salvia *et al.*, Barómetro de la Deuda Social Argentina del Bicentenario, Serie del Bicentenario (2010-2016), Año I, Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA, pp. 37-87.
 - (2012). “Condiciones de vida en el hábitat urbano”, en A. Salvia *et al.*, Barómetro de la Deuda Social Argentina del Bicentenario, Serie del Bicentenario (2010-2016), Año II, Buenos Aires: ODSA, UCA, pp. 85-131.
- ALBORCH, C.** (2014). *Los placeres de la edad*, Barcelona: Espasa Libros.
- ALFANO, A.**; Andrés, H.; Rodríguez Elénico, L. y Vitelli, M. (2007). “Desafíos éticos en la práctica de la atención de adultos mayores”, IV Congreso Panamericano de Gerontología y Geriatria, Puebla, México.
- ÁLVAREZ, M. Y BERTONE, C.** (2009). “Apoyo sociofamiliar y satisfacción con la vida del adulto mayor”, Villa María-Villa Nueva 2008-2009, X Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Asociación de Estudios de Población de la Argentina, San Fernando del Valle de Catamarca.
- ANTEQUERA JURADO, R. Y BLANCO PICABIA, A.** (2013). “Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano”, en L. Salvarezza (comp.), *La vejez. Una mirada gerontológica*, Buenos Aires: Paidós, pp. 95-124.
- ARAYA GUTIÉRREZ, A.** (2012). “Autocuidado de la salud”, en *Cartillas Educativas Calidad de vida en la vejez*, Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- ARLEGUI, M. A.** (2009). “Situación de los adultos mayores en la Argentina. Activos y capacidad de respuesta frente a la vejez en contextos vulnerables”, ponencia presentada en el XXVII Congreso Internacional de la

Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Disponible en: www.gerontología.org

AZPIAZU GARRIDO, M. et al. (2002). "Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años", *Revista Española de Salud Pública*, N° 6 (noviembre-diciembre), Vol. 76, pp. 683-699.

B

BARROS LEZAETA, C. (2005). "Calidad de vida en el adulto mayor", *Revista Cuestiones Sociales y Económicas*, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, UCA, Año 3, N° 4, pp. 18-42.

BARROS, C. y MUÑOZ, M. (2001). "Relaciones e intercambios familiares del Adulto Mayor", ponencia presentada en el IV Congreso Chileno de Antropología, Colegio de Antropólogos de Chile, Santiago de Chile.

BAUMAN, Z. (2003). *Modernidad líquida*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

BAZO ROYO, M. T. y GARCÍA SANZ, B. (2006). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*, Madrid: Panamericana.

BECERRA VIERA, C. et al. (2007). *Calidad de atención y representaciones sociales*. Programa del Adulto Mayor en la Atención Primaria de la Salud: Universidad Austral de Chile.

BELLIARD, M.; MASSA, C. y REDONDO, N. (2013). "Análisis comparado de la esperanza de vida con salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", *Población de Buenos Aires*, N° 18, Vol. 10, Buenos Aires: Dirección General de Estadística y Censos, pp. 7-29.

BLAISTEIN, N. y SALVIA, A. (comps.) (2011). *Derechos sociales para todos y entre todos. Hacia una ciudadanía plena*. Buenos Aires: AMIA.

BOIX GRAS, C. et al. (2009). "Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años", *Revista Atención Primaria*, N° 41, Vol. 10, pp. 564-569.

BOTELLA, J. (2005). "La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores", en S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, Madrid: Pearson Prentice-Hall, pp. 93-114.

BREA, L. M. (2014). *Factores determinantes del sentido de pertenencia de los estudiantes de Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Campus Santo Tomás de Aquino*, Universidad de Murcia.

BUENO, B. y NAVARRO, A. B. (2004). "Afrontamiento y calidad de vida". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, N° 39, supl. 3, pp. 31-37.

BUZ DELGADO, J. (2013). "Envejecimiento y soledad: la importancia de los factores sociales", en M. Cubillo y F. Quintanar (comps.), *Por una cultura del envejecimiento*, Puebla, México: CMUCH.

C

CARO, F. y SÁNCHEZ, M. (2005). "Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos", en S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, Madrid: Pearson Prentice-Hall, pp. 457-488.

CARTA MUNDIAL POR EL DERECHO A LA CIUDAD (2005). Foro Social de las Américas, Quito, julio 2004; Foro Mundial Urbano, Barcelona, octubre 2004; Foro Social Mundial, Porto Alegre, enero 2005. Revisión previa a Barcelona, septiembre. Disponible en: www.cafedelasciudades.com.ar

CASAS, F. y AYMERICH, M. (2005). "Calidad de vida de las personas mayores", en S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, Madrid: Pearson Prentice-Hall, pp. 117-144.

- CELADE-CEPAL** (2003). *América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050*, Boletín Demográfico N° 72, Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org>
- (2005). *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org>
 - (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org>
 - (2011). *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org>
- CEPAL** (2007). *Declaración de Brasilia*. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Brasilia: ONU. Disponible en: <http://www.cepal.org>
- CILLEY, C.** (2015). *Argentina solidaria. Una invitación a ser parte*. Buenos Aires: Ediciones Horizontales SRL.
- CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA** (2004). Disponible en: www.senado.gov.ar

D

- DE LA TORRE, L.** (2013). “Heterogeneidades sociales en la Región Metropolitana de Buenos Aires: un sistema fragmentado que demanda planificación y coordinación de políticas metropolitanas”, *Barómetro de la Deuda Social Argentina. Serie del Bicentenario 2010-2016, Informe Región Metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: Educa.
- DÍAZ, D. et al.** (2006). “Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff”, *Psicothema*, N° 3, Vol. 18, pp. 572-577.
- DIRECCIÓN NACIONAL DE LA TERCERA EDAD** (2001). *Actitudes, percepciones y expectativas de las personas de mayor edad*. Encuesta sobre Adultos Mayores. Informes N° I, II, III, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.

E

- ESPÍN ANDRADE, A.** (2009). “Escuela de cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia”, La Habana, *Revista Cubana de Salud Pública*, N° 2, Vol. 35.
- ETXEBERRIA MAULEON, X.** (2014). “Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad”, citado en S. Huenchuan y R. Rodríguez (2014), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, Naciones Unidas, CEPAL, México, pp. 61-70.

F

- FAO-OMS** (1994). *Situación de la seguridad alimentaria en América Latina*. Disponible en: <http://www.fao.org>
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. et al.** (1999). *¿Qué es la psicología de la vejez?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.** (1996). “Psicología del envejecimiento”, *Lección Inaugural del Curso Académico 1996-1997*, Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- (2009a). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*, Madrid: Pirámide.
 - (2009b). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*, Madrid: Pirámide.

FORTTES, A. (2011). “Participación y autonomía. Mucho por hacer”, en *Ser Mayor*, Santiago de Chile: SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), pp. 4-7.

Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/SERMAYOR.pdf>

FRANKL, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*, Barcelona: Herder.

G

GALLEGOS CARRILLO, K. et al. (2006). “Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México”, *Revista Saúde Pública*, N° 40, Vol. 5, pp. 792-801.

GALVANOVSKIS, A. y VILLAR, E. (2000). “Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el período de jubilación”, *Geriatrka*, N° 16, pp. 40-47.

GARCÍA MARTÍN, M. A. (2002). “Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual”, *Revista Digital*, Buenos Aires, Año 8, N° 48. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>

GASCÓN, S. y REDONDO, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*, CEPAL, Serie Políticas Sociales N° 207, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

GASTRÓN, L. (coord.) (2013). *Dimensiones de la representación social de la vejez*. Mar del Plata: EUDEM.

GASTRÓN, L. y LACASA, D. (2009). “La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según edad”, *Población y Sociedad*, N° 16, pp. 3-28. Disponible en: <http://www.ceviar.unlu.edu.ar>

GAVIGLIO, A. (2014). *Opinión sobre la salud y atención de la salud del adulto mayor en el Conurbano Bonaerense y el Gran La Plata*. Tesis de Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de La Plata.

GETTE, M. (2015). *Percepción de apoyo social y su relación con el bienestar psicológico, el sentimiento de soledad y felicidad en adultos mayores*, Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Educación, UCA.

GÓMEZ, G. y COLL I PLANAS, L. (2011). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

GRAGNOLATI, M.; ROFMAN, R.; APPELLA, I. y TROIANO, S. (2014). *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial.

GRIFFA, M. C. y MORENO, J. E. (2011). *Claves para una psicología del desarrollo. Adolescencia, Adulthood y Vejez*, Vol. II, Buenos Aires: Lugar Editorial.

GUZMÁN, M. y HUENCHUAN, S. (2005). “Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada”, en CELADE/CEPAL/ Reunión de expertos, *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*.

H

HERMIDA, P. y STEFANI, D. (2011). “La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas”, *Perspectivas en Psicología*, N° 2 (noviembre), Vol. 8, pp. 101-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5113918>

HURTIS, S. (comp.) (2007). *Ver y vivir la ancianidad. Hacia el cambio cultural*, Buenos Aires: Fundación Navarro Viola.

I

-
- IACUB, R.** (2006). *Erótica y vejez: perspectivas de Occidente*, Buenos Aires: Paidós.
- (2011). *Identidad y envejecimiento*, Buenos Aires: Paidós.
 - (2012). *El poder en la vejez: entre el empoderamiento y desempoderamiento*, Buenos Aires: INSSJP.
 - (2015). *Todo lo que usted siempre quiso saber sobre su jubilación y nunca se animó a preguntar*, Buenos Aires: Paidós.
- IMSERSO** (2004). *Informe 2004: Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, Madrid: IMSERSO.
 - (2014). *Informe 2012: Las personas mayores en España*, Madrid: IMSERSO.
- INGA ARANDA, J. Y VARA HORNA, A.** (2006). “Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima, Perú”, *Universidad de Psicología de Bogotá*, N° 3, Vol. 5, pp. 475-485.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS** (2013). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012: principales resultados*, Serie Estudios INDEC N° 46, Buenos Aires: INDEC.
- (2014a). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares ENGHo 2012/13*. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar>
 - (2014b). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares ENGHo 2012. Aspectos metodológicos*. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar>
 - (2015). *Población e inclusión social en la Argentina del Bicentenario: Indicadores demográficos y sociales*, Buenos Aires: INDEC.
- INSTITUTO DE POLÍTICA FAMILIAR-IPF** (2010). “Los mayores en España”. *Boletín Monográfico On Line*, N° 7 (diciembre 2009-enero 2010). Disponible en: <http://www.forofamilia.cat/wp-content/uploads/2010/02/Boletin-7- Los-Mayores-en-Espa%C3%B1a.pdf>

K

-
- KALACHE, A. Y KICKBUSCH, I.** (1997). “A global strategy for healthy ageing”, *World Health*, 50 (4) (julio-agosto), pp. 4-5.
- KRZEMIEN, D.; MONCHIETTI, A. Y URQUILJO, S.** (2005). “Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción”, *Revista Interdisciplinaria de Psicología y Ciencias Afines*, 22 (2), pp.183-210.

L

-
- LARNA-SENAMA** (2012). “Nuevos paradigmas del envejecimiento en América Latina”, Cuarta Conferencia Internacional LARNA (Red Latinoamericana sobre el Envejecimiento del Oxford Institute of Population Ageing), Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2522>
- LEÓN, D.; ROJAS, M. Y CAMPOS, F.** (2011). *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- LOMNITZ, L.** (1977). *Cómo sobreviven los marginados*, México DF: Siglo XXI Editores.
- LÓPEZ DOBLAS, J.** (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*, Madrid: IMSERSO.

M

- MARILUZ, G. R.** (2009). *Estado, política y vejez. La política social para la tercera edad en Argentina desde el Virreynato del Río de La Plata hasta el año 2000*, Buenos Aires: Centro de Documentación en Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social (GCBA).
- MAZZEO, V.** (2013). “Los adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires. Sus características socioeconómicas y sus condiciones de vida”, ponencia presentada en las X Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.aacademica.com>
- MELLA, R. et al.** (2004). “Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor”, *Revista Psykhe*, N° 1, Vol. 13, Santiago de Chile.
- MENDOZA SIERRA, M. et al.** (2004). “La calidad de vida de las personas mayores en una zona de salud de Huelva, España”, *Revista Portularia*, N° 4, pp. 199-208.
- MILLÁN, R. y MANCINI, F.** (2014). “Riesgos sociales y bienestar subjetivo, un vínculo indeterminado”, *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, N° 2 (mayo-agosto), Vol. 5, pp. 48-79. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
- MIRA ALBERT, S.** (2006). *Autonomía y cuidado de las personas mayores*, Murcia: Secretaría Autonómica de Acción Social.
- MIRALLES, I.** (2011). “Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad”, en *Trabajo y Sociedad*, N° 16, Vol. XV (verano 2011), Santiago del Estero (Argentina), pp. 137-161.
- MIRÓ, E. et al.** (2005). “Sueño y calidad de vida”, *Revista Colombiana de Psicología*, N° 14, pp. 11-27.
- MOOS, R. H. y BILLINGS, A. G.** (1982). “Conceptualizing and measuring coping resources and processes”, en L. Goldberger y S. Breznitz (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, Nueva York: The Free Press, pp. 212-230.

N

- NAVARRO, A. et al.** (2007). “Jubilación y tiempo libre”, en C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez*, Madrid: Alianza.

O

- OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (ODSA)** (2005), Salvia, A. y Tami, F. (coord.), *Barómetro de la Deuda Social Argentina*, N° 1: *Las grandes desigualdades*, Buenos Aires: UCA.
- (2006). Salvia, A. (coord.), *Barómetro de la Deuda Social Argentina*, N° 2: *Las desigualdades persistentes*, Buenos Aires: UCA.
 - (2007). Salvia, A. y Léporé, S. (coords.), *Barómetro de la Deuda Social Argentina*, N° 3: *Progresos sociales 2004-2006. Avances y retrocesos de una sociedad polarizada*. Buenos Aires: UCA.
 - (2008). Salvia, A. (coord.), *Barómetro de la Deuda Social Argentina*, N° 4: *Índices de desarrollo humano y social: 2004-2007*, Buenos Aires: Bouquet Editores.
 - (2009). Salvia, A. (coord.), *Barómetro de la Deuda Social Argentina*, N° 5: *La deuda social argentina: 2004-2008*, Buenos Aires: Bouquet Editores.
 - (2010). *Barómetro de la Deuda Social Argentina*, N° 6: *La Deuda Social Argentina frente al Bicentenario. Progresos destacados y desigualdades estructurales del desarrollo humano y social en la Argentina urbana*

2004-2009, Buenos Aires: UCA.

- (2011a). Salvia, A. (ed.), *Barómetro de la Deuda Social Argentina, N° 7: Asimetrías en el desarrollo humano y social (2007/2010-2011). Progresos económicos en un contexto de vulnerabilidad persistente*, Buenos Aires: UCA.

- (2011b). Salvia, A. (ed.), *Barómetro de la Deuda Social Argentina. Estado de situación del desarrollo humano y social. Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en el primer año del Bicentenario*, Buenos Aires: UCA.

- (2013a). Salvia, A. (coord.), *Desajustes en el desarrollo humano y social (2010-2011-2012). Inestabilidad económica, oscilaciones sociales y marginalidades persistentes en el tercer año del Bicentenario*. Barómetro de la Deuda Social Argentina. Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año III, Buenos Aires: Educa.

- (2013b). *Estimaciones de Tasas de Indigencia y Pobreza (2010-2012). Totales Urbanos*, Buenos Aires: UCA.

- (2014a). Salvia, A. (coord.), *Un régimen consolidado de bienestar con desigualdades sociales persistentes: claroscuros en el desarrollo humano y la integración social (2010-2013)*, Buenos Aires: UCA.

- (2014b). *Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Hacia una Argentina para todas las edades: las personas mayores en la sociedad*, Buenos Aires: UCA.

- (2015a). *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores. ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?*, Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año IV, Buenos Aires: Educa.

- (2015b). *Cultura democrática, confianza institucional, participación social y seguridad ciudadana. Una mirada sobre el modo en que las personas mayores piensan, evalúan y practican la democracia en la Argentina actual*, Barómetro de la Deuda social con las Personas Mayores, Boletín N° 2, Buenos Aires: Educa.

OBSERVATORIO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES (OSPM) (2014). “Para un envejecimiento activo”, Madrid: Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (2006). *Live Longer, Work Longer*, París: OCDE.

ODDONE, M. J. Y AGUIRRE, M. (2005). “Impacto de la diversidad en el envejecimiento”, *Psicólogos. Revista de Psicología*, Número Extraordinario: La vejez II, XV (15), Universidad Nacional de Tucumán.

ODDONE, M. J. Y LYNCH, G. (2008). “Las memorias de los hechos socio-históricos en el curso de la vida”, *Revista Argentina de Sociología*, Año 6, N°. 10. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>

ODDONE, M. J. Y SALVAREZZA, L. (2010). “Una mirada gerontológica sobre la vejez”, en R. Roisinblit y colab., *Odontología para las personas mayores*, Buenos Aires: E-Book, pp. 3-17.

ODDONE, M. J. (2012a). “Estrategias de supervivencia, vida cotidiana e impacto de las redes de apoyo social para los trabajadores de mayor edad desocupados”, *Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle*, N° 38 (julio-diciembre), Vol. 10, México DF, pp. 117-139.

- (2012b). “Envejecimiento y familia en un contexto de cambio”, *Revista de Ciencias Sociales*, N° 81 (agosto), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

- (2012c). “Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión”, *Revista Población*, Año 5, Vol. 9 (septiembre), Ministerio del Interior y Transporte (Argentina).

- (2013a). “Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo”, *Informes del Envejecimiento en red*, N° 4, Madrid.

- (2013b). “La vejez en los textos de lectura de la escuela primaria: un recorrido entre fines del siglo XIX y los inicios del siglo XXI en Argentina”, *Salud Colectiva*, N° 9, Vol. 1, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>

- (2014a). “El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina”, *Revista Voces en el Fénix*, Año 5, N° 36 (julio), Buenos Aires: UBA, pp. 82-90.

• (2014b). “Ancianas y cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales”, *Cadernos de Pesquisa*, N° 152, Vol. 44, San Pablo, pp. 354-377.

OEA (2015). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

OMS (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en:

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>

• (1986). “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”, Ottawa: OMS.

• (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”, *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, N° 37 (S2), pp. 74-105.

• (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría, 62°, Asamblea Mundial de la Salud.

• (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.

• (s/f). “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”. Disponible en:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es>

ONU (1982). “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”, Viena: Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Disponible en:

http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf

• (1991). “Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad” (AG Anexo Res. 46/91).

• (2002). “Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid)”, Nueva York: Naciones Unidas.

• (2007). “Previsiones demográficas mundiales, revisión 2006”, Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.

• (2012). “Día Internacional de la Felicidad”. Res. 66/281 de la Asamblea General. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/happinessday>

• (2013a). “Seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad”, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

• (2013b). “Ulterior aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002”, Consejo Económico y Social.

• (2014). “Tendencias demográficas en el mundo”, Consejo Económico y Social, Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas.

OPS/OMS (1996). *Promoción de la salud: una antología*, Washington DC: OPS/OMS.

OSORIO PARRAGUEZ, P. (1998). “La jubilación y sus implicancias socioculturales”, en Actas del III Congreso Chileno de Antropología, Colegio de Antropólogos de Chile, Temuco, pp. 1063-1069.

P

PALLOMBA, R. (2002). “Calidad de vida: conceptos y medidas”, Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores, Santiago de Chile: CELADE/CEPAL.

PÉREZ, L. (2005). “Envejecimiento y género”, en S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, Madrid: Pearson, pp. 71-92.

PÉREZ DÍAZ, J. (2004). *La feminización de la vejez*, Madrid: IMSERSO.

- PINAZO, S.** (2005). “El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores”, en S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, Madrid: Pearson, pp. 219-256.
- (2007). “Relaciones sociales”, en C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez*, Madrid: Alianza.
- PÍREZ, P.** (2000). “Servicios urbanos y equidad en América Latina. Un panorama con base en algunos casos”, Serie Medio Ambiente y Desarrollo, N° 26 (septiembre), Santiago de Chile: CEPAL/ECLAC.
- PNUD (2000). Informe sobre Desarrollo Humano 2000, Madrid.
- POLIZZI, L. y ARIAS, C. J.** (2010). “La red de apoyo social en la vejez. Diferencias y similitudes entre varones y mujeres”, ponencia presentada en el II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

R

- RAMÍREZ PÉREZ, M. et al.** (2012). “Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años”, *Polis*, Revista de la Universidad Bolivariana, N° 33, Vol. 11, pp. 407-427.
- REBOK, F. et al.** (2014). “Tratamiento integral del insomnio en el adulto mayor”, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, N° 4, Vol. 18, pp. 306-321.
- REPETTO, F.; POTENZA, F.; MARAZZI, V. y FERNÁNDEZ, J. P.** (2011). “Políticas y acciones orientadas a los adultos mayores”, Documento de trabajo N° 75, Buenos Aires: CIPPEC. Disponible en: <http://www.cippec.org/-/politicas-y-acciones-orientadas-a-los-adultos-mayores>
- RODRÍGUEZ DE LA FUENTE, J. et al.** (2012). “Jubilación, tiempo y vida cotidiana. La distribución del tiempo en la vejez desde las representaciones de personas en edad prejubilatoria”, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Universidad de Málaga, pp. 1-20. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/20/.
- RODRÍGUEZ ESPÍNOLA, S.** (2012). “Las maneras de afrontar la adversidad según el entorno social y económico”, en A. Salvia (ed.), *Asimetrías en el desarrollo humano y social (2007/2010-2011): progresos económicos en un contexto de vulnerabilidad persistente*, Buenos Aires: UCA, pp. 205-207.
- ROJAS, M.; CAMPOS, F.; HERRERA, S. y FERNÁNDEZ, B.** (2010). *Chile y sus mayores. Resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes.
- (2014). *Chile y sus mayores. Resultados de la Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013*, Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes.

S

- SALVAREZZA, L.** (comp.) (2013). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*, Buenos Aires: Paidós.
- SALVIA, A.; TUÑÓN, I. y MUSANTE, B.** (2012). *Informe sobre la Inseguridad Alimentaria en la Argentina. Hogares Urbanos. Año 2011*. Documento de trabajo del Observatorio de la Deuda Social Argentina, Buenos Aires: ODSA, UCA.
- SAMUEL DURÁN, A. et al.** (2014). “Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile”, *Revista Médica de Chile*, N° 142, pp. 1371-1376.
- SAN JUAN PABLO II** (1999). *Carta a los Ancianos*, Buenos Aires: Ediciones Paulinas.
- SANTROK, J.** (2006). *Psicología del Desarrollo: el ciclo vital*, Madrid: Mac Graw Hill (10ª ed.).
- SCHAE, K. y WILLIS, S.** (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*, Madrid: Pearson.

- SCOLNI, M. y GORIS WALKER, G.** (2012). “Un estudio cualitativo sobre la autonomía y los vínculos en relación al bienestar psicológico en adultos mayores y jóvenes”, ponencia presentada en el IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- SENAMA** (2009). “Estudio cualitativo: trabajo doméstico y de cuidado que realizan las personas mayores”, Santiago de Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile.
- SIMONELLI, G. et al.** (2013). “Trastornos de sueño: aspectos sociodemográficos y su relación con el estado de salud”, en A. Salvia et al., *Desajustes en el desarrollo humano y social (2010-2011-2012). Inestabilidad económica, oscilaciones sociales y marginalidades persistentes en el tercer año del Bicentenario*, Barómetro de la Deuda Social Argentina, Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año III, Buenos Aires: Educa, pp. 231-233.
- STAFFORD, J. y RYLKO, S.** (1998). *La dignidad del anciano y su misión en la Iglesia y en el mundo*. Documento del Pontificio Consejo para Laicos en el año dedicado a la tercera edad, Vaticano (octubre). Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/>
- STEFANI, D. y FELDBERG, C.** (2006). “Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados”, *Anales de Psicología*, N° 2 (diciembre), Vol. 22, Universidad Nacional de Murcia, pp. 267-272.

T

- THE FAMILY WATCH.** Instituto internacional de estudios sobre la familia (2013). “El papel de la familia en el envejecimiento activo”, Informe TFW 2013-2, Madrid. Disponible en: www.thefamilywatch.org
- TRIADÓ, C.** (2007). “Cambios físicos en el envejecimiento”, en C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez*, Madrid: Alianza.

V

- VEENHOVEN, R.** (1994). “El estudio de la satisfacción con la vida”, *Intervención Psicosocial*, N° 3, pp. 87-116. Citado en A. Blanco y D. Díaz (2005), “El bienestar social: su concepto y medición”, *Psicothema*, N° 4, Vol. 17, pp. 582-589.
- VIDAL, V.** (2010). “Tejiendo redes. Los adultos mayores y las redes sociales”, II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- VILLAR, F.; TRIADÓ, C.; SOLÉ, C. S. y OSUNA, M. J.** (2003). “Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio”, *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, N° 13, pp. 152-162.
- VILLAR POSADA, F.** (2005). “El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento”, en S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, Madrid: Pearson Prentice-Hall, pp. 147-181.

Y

- YUJNOSVKY, O.** (1984). *Claves políticas del problema habitacional argentino 1955-1981*, Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Z

- ZAPATA FARIAS, H.** (2001). “Adulto Mayor: participación e identidad”, *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, N° 1, Vol. X, Santiago de Chile.