

Factores que afectan la auto-percepción de salud en adultos mayores de la ciudad de Córdoba, 2011.

Laura D. Acosta, Elvira Carrizo, Enrique Peláez, Carola Bertone.

Cita:

Laura D. Acosta, Elvira Carrizo, Enrique Peláez, Carola Bertone (2013). *Factores que afectan la auto-percepción de salud en adultos mayores de la ciudad de Córdoba, 2011. XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Bahía Blanca.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiijornadasaepa/33>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edrV/UsA>



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

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

FACTORES QUE AFECTAN LA AUTO-PERCEPCIÓN DE SALUD EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA, 2011

Laura D. Acosta¹, Elvira Carrizo²,
Enrique Peláez³ y Carola Bertone⁴

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Ante el constante aumento de la esperanza de vida de la población humana y el consecuente incremento de población en edades avanzadas, en las últimas décadas, ha generado, que se indague acerca de los factores que afectan la autonomía y la salud de la población mayor a 60 años de edad. La auto-percepción de la salud es uno de los indicadores más utilizados en investigaciones gerontológicas, ya que está relacionado con la mortalidad y el declino funcional.

¹ Centro de Investigaciones y Estudio sobre Cultura y Sociedad (CIECS) CONICET- Universidad Nacional de Córdoba. laudeac@hotmail.com

² Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba. Elvira carrizo@yahoo.com.ar

³ Centro de Investigaciones y Estudio sobre Cultura y Sociedad (CIECS) CONICET- Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba. epelaez@eco.unc.edu.ar

⁴ Centro de Investigaciones y Estudio sobre Cultura y Sociedad (CIECS) -Universidad Nacional de Córdoba.

El objetivo del presente trabajo es evaluar el estado de salud en un grupo de personas de 60 y más años de edad de la ciudad de Córdoba a través del indicador auto-percepción de la salud y analizar los factores que influyen en la auto-percepción de la salud de dicha población.

Se utilizan datos primarios provenientes de la investigación “*Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba*”, estudio descriptivo y correlacional, cuyo Universo está compuesto por personas de ambos sexos, de 60 años y más, los cuales autoválidos y residentes en el año 2011, en la ciudad de Córdoba, Argentina. La muestra es no probabilística e intencional. Se analizaron variables sociodemográficas, condiciones de vida, hábitos de riesgo, autoinforme de enfermedades crónicas, autopercepción de la memoria, variables antropométricas, participación social y satisfacción con la vida; en relación a la autopercepción de salud. Se realizó análisis biovariado y multivariado a través de regresión logística. Los resultados son de utilidad para la implementación de recomendaciones tendientes a incidir en el bienestar de los grupos de adultos mayores estudiados

INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores logros de la medicina del siglo XX se observa en el aumento de la esperanza media de vida de la población humana, de 48,3 años en los hombres y de 46,3 años en las mujeres a comienzo del siglo, a 74,2 años en los primeros y 79,9 años en las segundas, a fines del mismo siglo. Este cambio, sumado al descenso de los índices de natalidad en gran parte del mundo, ha generado una situación demográfica global de envejecimiento poblacional, la cual afecta a la política mundial y cuyas consecuencias están empezando a aparecer.

Ante el constante aumento de la esperanza de vida de la población humana y el consecuente incremento de población en edades avanzadas en las últimas décadas, ha generado el interés de investigar acerca de los

factores que afectan la autonomía y la salud de la población mayor a 60 años de edad.

La auto-percepción de la salud es uno de los indicadores más utilizados en investigaciones gerontológicas, ya que éste está relacionado con la mortalidad y el declino funcional (Idler y Benyamini, 1997; Jylhä, 2009). Incluso se ha demostrado que, éste indicador, está asociada a la mortalidad independientemente de evaluaciones más objetivas de salud, tales como las enfermedades crónicas y deterioros (Mosey y Shapiro, 1982).

Mientras que la medición “objetiva” del estado de salud desde un punto de vista médico, se refiere a una anormalidad patológica indicada por un conjunto de signos y síntomas; la auto-percepción de salud es subjetiva, combina aspectos físicos y emocionales, que incluye la sensación de bienestar y la satisfacción con la vida (Szwarwald et al., 2005). Por lo tanto, la medición de la autopercepción de salud sería el indicador más adecuado para medir la salud, entendida como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948).

Numerosos estudios han analizado los factores que intervienen en la autopercepción de la salud. Así Pavão et al. (2013) estudiaron la asociación entre la autopercepción de salud y variables sociodemográficas, hábitos de vida y morbilidad en la población brasileira. Los autores observaron que la autopercepción de salud se relacionó con la edad, bajos niveles tanto de escolaridad, como de ingresos, raza, situación conyugal, tabaquismo, actividad física, consumo de alcohol, presencia de morbilidad crónica e índice de masa corporal.

En un estudio realizado en Corea del Sur, Lee et al (2008), analizaron la asociación entre la autopercepción de la salud y los niveles de participación social, según sexo y grupo de edad. Los resultados indicaron que para ambos sexos y en todos los grupos de edad, una buena autopercepción de salud se relacionó fuertemente con el nivel de

participación social, y que la influencia de la participación social en la autopercepción de salud se incrementa con la edad, especialmente en mujeres adultas mayores.

En un estudio realizado en Alemania, Schneider et al (2004) analizan si la autopercepción de salud en los adultos mayores, puede ser explicada con variables relacionadas con la salud objetiva, la salud mental y factores de la personalidad. Los principales resultados indican que una autopercepción de la salud estuvo relacionada con el “bienestar subjetivo” (satisfacción con la vida, depresión y ansiedad), pero no sustancialmente con las variables relacionadas con la salud objetiva.

Un estudio realizado por Gallegos-Carrillo et al (2006), analizó la autopercepción de salud y su relación con variables sociodemográficas, hábitos de riesgo, accidentes, diagnóstico de enfermedades y mediciones clínicas; en adultos mayores de México. Se llegó a la conclusión que una mala autopercepción de salud se asocia con el aumento de la edad, el sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado, no tener trabajo, consumo de tabaco, diagnóstico de enfermedades crónicas y accidentes.

En un estudio realizado en la ciudad de Villa María (Córdoba) Peláez et al (2010) analizaron las variables relacionadas con la autopercepción de la salud, llegando a la conclusión que el ser mujer, poseer bajos ingresos, no realizar actividad física, y no consumir moderadamente alcohol, presentar enfermedad pulmonar crónica, presentar alguna discapacidad, se relacionaba con una autopercepción de negativa de salud.

Con la finalidad de analizar los factores que intervienen en la salud de los adultos mayores en nuestro medio, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar el estado de salud en adultos mayores de 60 y más años de edad de la ciudad de Córdoba a través del indicador auto-percepción de la salud y analizar los factores que influyen en la auto-percepción de la salud en dicha población.

METODOLOGÍA Y FUENTES DE DATOS

Se utilizaron datos primarios provenientes de la investigación “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”. Dicha investigación se trató de un estudio descriptivo y correlacional, cuyo Universo está compuesto por personas de ambos sexos, de 60 años y más, los cuales son, autoválidos y residentes en el año 2011, en la ciudad de Córdoba, Argentina. La muestra fue no probabilística e intencional, constituida por dos grupos poblacionales de características sociales, culturales y económicas diferentes; por un lado, adultos mayores concurrentes a comedores comunitarios y por el otro lado, adultos mayores afiliados a una obra social Universitaria.

La muestra seleccionada fue intencional con la finalidad de poder contar con datos de dos grupos poblacionales con nivel socioeconómico diferente, uno de esos grupos, formado por personas de ambos sexos, de 60 y más años de edad, asistentes a los Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba, caracterizado social, cultural y económicamente por poseer un nivel medio-bajo y bajo (CSPC; n=304) y el otro grupo poblacional, constituido por el personal docente y no docente de la Universidad Nacional de Córdoba, de ambos sexos, mayores de 59 años de edad, afiliados a la obra social de dicha Universidad, Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario (DASPU; n= 132), este grupo es de un nivel socioeconómico medio y medio-alto, además se caracteriza por poseer un alto porcentaje de población con estudios superiores.

El proyecto estudia numerosas variables relacionadas con la salud, nutrición y las condiciones de vida del adulto mayor. Con la finalidad de cumplimentar los objetivos del trabajo; se analizó como variable dependiente la auto-percepción de salud, categorizada en: excelente, muy buena, buena, regular y mala. Como variables independientes se analizaron un conjunto de variables sociodemográficas, condiciones de vida, hábitos de riesgo, auto-informe de enfermedades crónicas,

autopercepción de la memoria, antropometría, participación social y satisfacción con la vida. Los indicadores se detallan a continuación:

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, arreglos residenciales (*sólo, con cónyuge, con familiares, con otros no familiares*), estado civil.
- Condiciones de vida: cobertura de salud, nivel educativo (*primario incompleto y menos, primario completo/ secundario incompleto, secundario completo y más*), rango de ingresos.
- Hábitos de riesgo: consumo de tabaco, consumo de alcohol.
- Auto-informe de enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad del corazón, accidente cerebrovascular, tumor maligno, artritis/artrosis/reumatismo.
- Auto-percepción de la memoria: *Actualmente, ¿diría usted que su memoria es excelente, muy buena, buena, regular o mala?; En comparación con el año anterior, ¿diría usted que su memoria hoy ha mejorado, está igual, o ha decaído?*
- Variables antropométricas: Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC).
- Participación social: participación en actividades sociales (*si/ no*), apoyo recibido (*No necesita ningún apoyo, No recibe ningún apoyo, Recibe apoyo económico de familia y/ o vecinos y/ o amigos, Recibe apoyo económico y acompañamiento de familia y/ o vecinos y/ o amigos, Recibe acompañamiento de la familia y/ o vecinos y/ o amigos*), apoyo brindado (*No brinda ningún apoyo, Brinda apoyo económico a familia y/ o vecinos y/ o amigos, Brinda apoyo económico y cuidado a familia y/ o vecinos y/ o amigos, Brinda cuidado a la familia y/ o vecinos y/ o amigos*).
- Satisfacción con la vida: “Escala de Satisfacción con la vida” (Dienner, et al 1985), mide la satisfacción con la vida a través de

5 enunciados (*El tipo de vida que lleva se parece al tipo de vida que siempre soñó llevar, Cree que las condiciones de su vida son excelentes, Hasta ahora, ha conseguido las cosas importantes que ha deseado en la vida, Si pudiera vivir su vida de nuevo, le gustaría que todo volviese a ser igual, Esta satisfecho/a con su vida*), a los que el encuestado responde a los mismos si está “Totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “en desacuerdo” o “totalmente en desacuerdo”. Las respuestas se puntúan desde un punto en el caso de estar “totalmente de acuerdo” a 5 puntos en el caso de estar “totalmente en desacuerdo”. Por lo tanto a menor puntaje mayor satisfacción con la vida y viceversa.

Los datos fueron obtenidos mediante encuesta. Las variables antropométricas se obtuvieron a partir de técnicas medicionales. Para la obtención del IMC (peso/talla²), el peso fue medido con Balanza Electrónica “Tanita”, con precisión de 100 gramos; la talla fue estimada mediante la altura de la rodilla, medida con antropómetro largo, con precisión en milímetros. Para la estimación de la talla se aplicó la ecuación de Chumlea (1985). La Circunferencia de la Cintura (CC) fue medida con cinta de fibra de vidrio inextensible y flexible, con precisión en milímetros. Las mediciones fueron realizadas por Licenciados en nutrición y estudiantes de la licenciatura entrenados para tal fin.

Se realizó análisis descriptivo a través de porcentajes, media y desvío estándar (DE) de acuerdo a la escala de medición de la variable; análisis bivariado (X^2 o Prueba T de acuerdo a la naturaleza de la variable independiente); y análisis multivariado a través de regresión logística. Para la confección del modelo de regresión logística multivariada se seleccionaron las variables independientes que presentaron asociación estadística. La evaluación del modelo final resultante se realizó a partir de: a) una tabla de clasificación para determinar el nivel de sensibilidad y especificidad b) el *Test de Hosmer Lemeshow*.

A los fines del análisis, se recategorizó la variable dependiente en dos categorías: la primera incluye las categorías excelente, muy buena y buena; y la segunda regular y mala, al igual que la variable autopercepción de memoria.

RESULTADOS

1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En la tabla 1 se observa la descripción de las variables sociodemográficas, respecto al sexo de la población en estudio, es notorio el mayor porcentaje de mujeres, la mayor proporción vive en compañía con familiares (con o sin cónyuge), aunque también un alto porcentaje vive solo/a. La mayor parte de la población se encuentra casado o en pareja, o está viudo/a. La mayor proporción posee secundario incompleto o primario completo. Un alto porcentaje posee obra social. En relación a los ingresos, más de la mitad de la población no percibe ingresos o sus ingresos fueron inferiores a \$1000. Respecto a los hábitos de riesgo, la mayor parte de la población no fuma, pero un alto porcentaje fumó en el pasado. Respecto al alcohol, la mayor proporción refirió no beber.

XII JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Tabla 1: Descripción de variables sociodemográficas, condiciones de vida y hábitos de riesgo. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU, y Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina. 2011 (n=436)

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Masculino	168	38,5%
	Femenino	268	61,5%
Arreglos residenciales	Solo	134	30,7%
	Con cónyuge	83	19,0%
	Con familiares (con o sin cónyuge)	164	37,6%
	Con otros no familiares	36	8,3%
	s/d	19	4,4%
Estado civil	Soltero/a	61	14,0%
	Casado/a o en pareja	147	33,7%
	Viudo/a	143	32,8%
	Divorciado/a o separado/a	70	16,1%
	s/d	15	3,4%
Nivel educativo	Bajo (primaria incompleta o menos)	151	34,6%
	Medio (primaria completa, secundaria incomp.)	158	36,2%
	Alto (secundaria completa y más)	68	15,6%
	s/d	59	13,5%
Cobertura de salud	Si	365	83,7%
	No	55	12,6%
	s/d	16	3,7%
Rango de ingresos	Más de \$3500	42	9,6%
	Entre \$2000 y \$3499	51	11,7%
	Entre \$1000 y \$1999	61	14,0%
	Menos de \$1000	181	41,5%
	No recibe ingresos	73	16,7%
	s/d	28	6,4%
Consumo de tabaco	Fuma actualmente	58	13,3%
	No, pero fumaba	149	34,2%
	No	210	48,2%
	s/d	19	4,4%
Consumo de alcohol	Si	140	32,1%
	No	273	62,6%
	s/d	23	5,3%

Fuente: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”.

En la tabla 2 se observan las variables relacionadas con el autoinforme de enfermedades crónicas, autopercepción de memoria y participación social. Se observa que la patología más prevalente es la hipertensión arterial y la artritis/artrosis/reumatismo. La mayor parte de la población consideró que su memoria era “buena” y que estaba “igual” que el año anterior. Casi tres cuartas partes participa en reuniones o actividades sociales, la mayor proporción no necesita ningún apoyo, y la mayor parte de la población no brinda ningún tipo de apoyo, aunque un 21,6% brinda ayuda económica.

Tabla 2: Descripción de autoinforme de enfermedades crónicas, autopercepción de memoria y participación social. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU, y Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina. 2011 (n=436)

Variable	Categorías	n	%
Diabetes	Si	88	20,0%
	No	341	78,2%
	s/d	7	1,6%
Hipertensión arterial	Si	256	58,7%
	no	172	39,4%
	s/d	8	1,8%
Enfermedades del corazón	Si	118	27,1%
	No	310	71,1%
	s/d	8	1,8%
Accidente Cerebro Vascular	Si	22	5,0%
	no	406	93,1%
	s/d	8	1,8%
Tumor Maligno	Si	23	5,3%
	No	404	92,7%
	s/d	9	2,1%
Artritis/ Artrosis/ Reumatismo	Si	220	50,5%
	No	204	47,0%
	s/d	11	2,5%
Autopercepción de memoria	Excelente	52	11,9%
	Muy buena	45	10,3%
	Buena	163	37,4%
	Regular	135	31,0%
	Mala	25	5,7%
	s/d	16	3,7%

XII JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Comparación de memoria actual con el año anterior	Mejor	35	8,0%
	Igual	270	61,9%
	Peor	114	26,1%
	s/d	17	3,9%
Participa de reuniones y actividades sociales	Si	311	71,3%
	No	108	24,8%
	s/d	17	3,9%
¿Necesita y recibe Ud. alguna ayuda económica o de cuidado?	No necesita ningún apoyo	190	43,6%
	No recibe ningún apoyo	119	27,3%
	Recibe apoyo económico	41	9,4%
	Recibe apoyo económico y cuidado	26	6,0%
	Recibe apoyo de cuidado	41	9,4%
	s/d	19	4,4%
¿Brinda ayuda económica o de cuidados?	No brinda	169	38,8%
	Brinda ayuda económica	94	21,6%
	Brinda ayuda cuidado	71	16,3%
	Brinda ayuda económica y cuidado	82	18,8%
	s/d	20	4,6%

Fuente: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”.

En la tabla 3 se observa la descripción de las variables métricas. El promedio de edad fue de 70,8 años, el promedio de IMC fue mayor en mujeres que en hombres, y el promedio de CC fue de 97,07 en hombres y 91,36 en mujeres. El promedio de escala de satisfacción con la vida fue mayor en mujeres que en hombres, es decir se encontraron menos satisfechas.

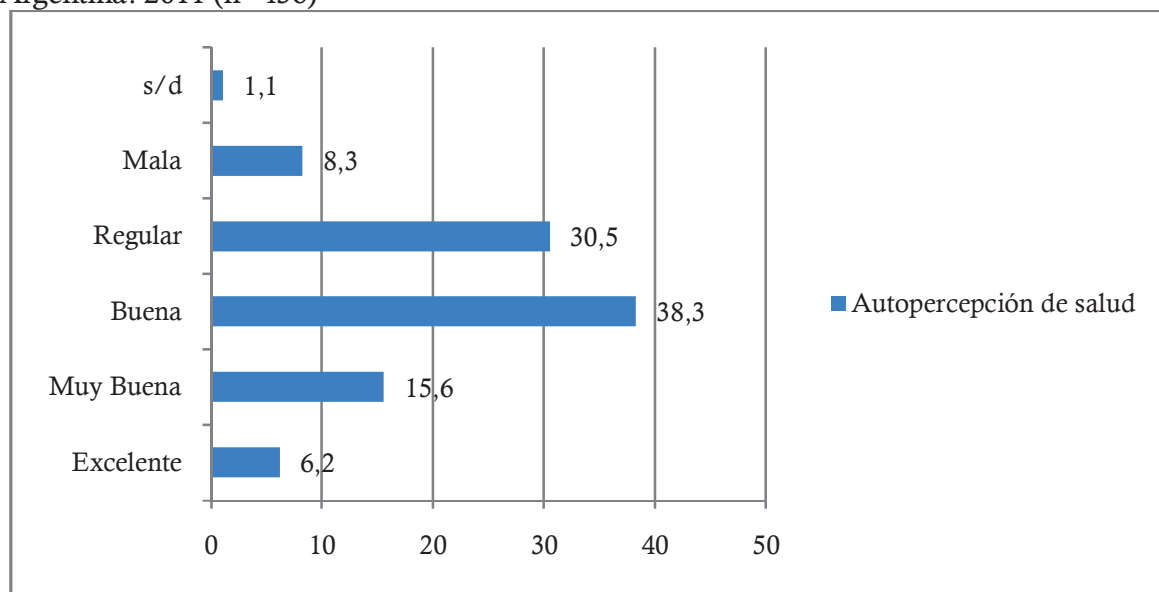
La mayor proporción de la población consideró su salud como “buena” (Figura 1) aunque un alto porcentaje también catalogó su salud como regular.

Tabla 3: Descripción de variables métricas: Edad, Índice de Masa Corporal (IMC), Circunferencia de cintura (CC) y puntaje de escala de satisfacción con la vida. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU, y Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina. 2011 (n=436)

Variable	Población	N	Media	DE	Mínimo	Máximo
Edad	Total	436	70,83	7,18	60	93
	Masculino	168	71,67	7,31	60	93
	Femenino	268	70,31	7,07	60	91
IMC	Total	412	26,90	4,86	16,25	46,85
	Masculino	160	25,64	4,24	17,06	42,39
	Femenino	252	27,71	5,05	16,25	46,85
CC	Total	419	93,60	11,92	65,00	133,00
	Masculino	164	97,07	10,38	66,50	133,00
	Femenino	255	91,36	12,33	65,00	128,40
Escala satisfacción con la vida	Total	415	11,52	6,11	5,00	25,00
	Masculino	155	10,59	5,97	5,00	25,00
	Femenino	260	12,09	6,15	5,00	25,00

Fuente: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”.

Figura 1: Autopercepción de salud (Porcentaje).Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU, y Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina. 2011 (n=436)



Fuente: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”.

Se realizó el análisis bivariado entre las variables consideradas en el análisis y la autopercepción de salud. En la tabla 4 se observa las variables en las cuales se detectó relación significativa con la autopercepción de salud. Entre ella se encuentra: El sexo (mayor riesgo de tener una mala autopercepción de salud en el sexo femenino), cobertura de salud (mayor riesgo si no se posee cobertura), nivel educativo (mayor riesgo de tener mala percepción de salud en el nivel bajo y el medio en comparación con el alto), rango de ingresos (mayor riesgo en los que perciben menos de \$1000 o no perciben ingresos).

En el caso de los hábitos tóxicos, se observó menor riesgo de poseer una autopercepción de salud regular o mala, si el adulto mayor fuma o bebe alcohol.

Se observa mayor riesgo de una mala o regular autopercepción de salud si se presenta diabetes, hipertensión arterial, enfermedad del corazón, artritis/artrosis/reumatismo.

La autopercepción de la memoria regular y mala, y el empeoramiento de la memoria en el último año, estuvieron relacionados con un mayor riesgo de presentar mala o regular autopercepción de salud.

No recibir ningún apoyo o recibir apoyo económico y/o de acompañamiento estuvo relacionado con una peor autopercepción de salud.

Por último, un mayor IMC y una menor satisfacción con la vida; estuvieron relacionados con una autopercepción de salud mala y regular.

XII JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Tabla 4: Variables relacionadas con la autopercepción de salud. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU, y Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina. 2011 (n=436)

Variable	Categorías	Autopercepción de salud		Sig.	OR/ Dif. Medi as	IC	
		Excelente, muy buena, buena	Regular, mala			LI	LS
Sexo	Referencia: Masculino	111 (67,7%)	53 (32,3%)				
	Femenino	151 (56,6%)	116 (43,4%)	0,025	1,60 9	1,071	2,417
Cobertura de salud	Referencia: Si	226 (62,1%)	138 (37,9%)				
	No	26 (47,3%)	29 (52,7%)	0,04	1,82 7	1,033	3,230
Nivel educativo	Referencia: Alto	53 (77,9%)	15 (22,1%)				
	Bajo	75 (50,3%)	74 (49,7%)	<0,00 1	3,48 6	1,807	6,725
	Medio	90 (57,0%)	68 (43,0%)	0,003	2,67 0	1,388	5,134
Rango de ingresos	Referencia: más de \$3.500	33 (78,6%)	9 (21,4%)				
	Entre \$2.000 y \$3.499	29 (56,9%)	22 (43,1%)	0,30	2,78 2	1,106	6,995
	Entre \$1.000 y \$1.999	45 (73,8%)	16 (26,2%)	0,577	1,30 4	0,513	3,331
	Menos de \$1.000	102 (56,4%)	79 (43,6%)	0,010	2,84 0	1,284	6,279
	Sin ingresos	37 (51,4%)	35 (48,6%)	0,005	3,46 8	1,453	8,279
Consumo de tabaco	Referencia: No	113 (54,1%)	96 (45,9%)				
	Si	42 (72,4%)	16 (27,6%)	0,014	0,44 8	0,237	0,848
	No, pero fumaba	95 (63,8%)	54 (36,2%)	0,068	0,66 9	0,435	1,029
Consumo de alcohol	Referencia: No	145 (53,3%)	127 (46,7%)				
	Si	101 (72,1%)	39 (27,9%)	<0,00 1	0,44 1	0,284	0,684
Autoinforme de diabetes	Referencia: No	220 (64,5%)	121 (35,5%)				
	Si	49 (44,8%)	48 (55,2%)	0,001	2,23 8	1,389	3,606
Autoinforme de hipertensión	Referencia: No	128 (74,4%)	44 (25,6%)				
	Si	132 (51,8%)	123 (48,2%)	<0,00 1	2,71 1	1,778	4,132
Autoinforme de enfermedades del corazón	Referencia: No	219 (70,9%)	90 (29,10%)				
	Si	43 (36,4%)	75 (63,6%)	<0,00 1	4,24 4	2,711	6,643
Autoinforme de Artritis/ Artrosis/ Reumat .	Referencia: No	146 (71,6%)	58 (28,4%)				
	Si	111 (50,5%)	109 (49,5%)	<0,00 1	2,47 2	1,652	3,699

XII JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Autopercepción memoria actual	Referencia: Excelente	42 (80,8%)	10 (19,2%)				
	Muy buena	36 (80,0%)	9 (20,0%)	0,924	1,05 0	0,385	2,867
	Buena	114 (70,4%)	48 (29,6%)	0,146	1,76 8	0,821	3,811
	Regular	51 (37,8%)	84 (62,2%)	<0,00 1	6,91 8	3,195	14,91
	Mala	9 (36,0%)	16 (64,0%)	<0,00 1	7,46 7	2,564	21,74
Comparación de memoria con el año anterior	Referencia: Mejor	22 (62,9%)	13 (37,1%)				
	Igual	181 (67,3%)	88 (32,7%)	0,601	0,82 3	0,396	1,710
	Peor	49 (43,0%)	65 (57,0%)	0,042	2,24 5	1,030	4,895
Apoyo recibido	Referencia: No necesita ningún apoyo	139 (73,2%)	51 (26,8%)				
	No recibe ningún apoyo	64 (53,8%)	55 (46,2%)	0,001	2,34 2	1,446	3,795
	Recibe apoyo económico	17 (42,5%)	23 (57,5%)	<0,00 1	3,68 7	1,823	7,457
	Recibe apoyo económico y acompañamiento	11 (42,3%)	15 (57,7%)	0,002	3,71 7	1,602	8,623
	Recibe apoyo acompañamiento	20 (48,8%)	21 (51,2%)	0,003	2,86 2	1,433	5,713
IMC		X=26,4 DE=4,2	X=27,8 DE=5,5	0,007	1,39	0,388	2,392
Satisfacción con la vida		X=9,8 DE=5,3	X=14,2 DE=16,4	<0,00 1	4,39	3,21	5,57

Referencias OR =Odds Ratio IC=Intervalo de confianza. LI=Límite inferior LS= Límite Superior.

Fuente: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”.

En la tabla 5 se observa el análisis de regresión logística multivariado. Para la construcción del modelo, se ingresaron todas las variables que presentaron asociación significativa con la autopercepción de salud. Se utilizó el método Wald adelante, por presentar mayor sensibilidad y especificidad para clasificar los individuos en los grupos, y no presentar asociación significativa en base al *Test de Hosmer Lemeshow*. El modelo final que las variables que predicen una peor autopercepción de salud, se encuentran: el nivel educativo bajo, autoinforme de enfermedades del corazón, autoinforme de artritis/artrosis/reumatismo, autopercepción de la memoria regular o mala y un menor índice de satisfacción con la vida.

Por otra parte, se observó relación negativa entre una autopercepción de salud mala y regular, con el consumo de alcohol. Por otra parte, poseer ingresos entre \$1000 y \$1999 también se relacionó con una autopercepción positiva de salud.

Tabla 5: Análisis multivariado (Regresión logística) entre variables relacionadas con una mala y regular autopercepción de salud. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU, y Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina. 2011 (n=436)

Variable	95% C.I. for EXP(B)			Sig.
	OR	LI	LS	
Nivel educativo				0.003
Nivel Educativo bajo	4.968	1.911	12.913	0.001
Nivel educativo medio	2.455	0.978	6.162	0.056
Consumo de bebidas alcohólicas (SI)	0.362	0.192	0.685	0.002
Enfermedad del corazón (SI)	4.583	2.431	8.64	<0.001
Artritis/ Artrosis/ Reumatismo (SI)	2.467	1.375	4.429	0.002
Satisfacción con la vida	1.109	1.055	1.166	<0.001
Autopercepción de memoria	4.046	2.256	7.258	<0.001
Rango de ingresos				0.036
Entre \$2000 y 3499	1.046	0.204	5.362	0.957
Entre \$1000 y \$1999	0.191	0.037	0.985	0.048
Menor a \$1000	0.274	0.06	1.259	0.096
Sin ingresos	0.289	0.058	1.442	0.130

Referencias OR =Odds Ratio IC=Intervalo de confianza. LI=Límite inferior LS= Límite Superior.

Fuente: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo analiza las variables asociadas a la autopercepción de salud en dos grupos de adultos mayores de la ciudad de Córdoba.

La prevalencia de autoercepción de salud regular y mala fue de casi el 40% de la población. En un estudio previo realizado en la ciudad de Villa María (Pelaéz et al, 2010), presentan una prevalencia similar de autopercepción de salud negativa. Por otra parte, en comparación con otros países de Latinoamérica, el presente estudio muestra un porcentaje de autopercepción de salud algo mayor que el observado en la ciudad de Buenos Aires y en Montevideo según la encuesta SABE, e inferior al observado en Santiago de Chile, Sao Paulo, México y La Habana (Zunzunegui et al, 2009).

Al igual que en numerosos trabajos, se observó que la autopercepción de salud fue mayor en el sexo femenino (Zunzunegui et al, 2009; Peláez et al, 2010; Gallegos Carrillo et al, 2006) sin embargo, en el análisis multivariado esta variable no fue incluida en el modelo. Por lo tanto, la asociación encontrada entre autopercepción de salud y sexo en el análisis bivariado, respondería a diferencias entre los sexos entre las variables explicativas incluidas en el modelo de regresión logística.

Otras variables que presentaron asociación significativa en el análisis bivariado y no fueron incluidas en el análisis mutivariado fueron: la cobertura de salud, el hábito de fumar, la presencia de diabetes, hipertensión arterial, empeoramiento de memoria en el último año, no recibir apoyo y el IMC. Seguramente, estas variables están relacionadas con las variables explicativas del modelo.

Dentro de las variables explicativas que surgen del modelo de regresión logística, se encuentra el nivel educativo bajo. Esto coincide con los observado por Pavao et al (2013) y Szwarcwald et al. (2005). Esta relación puede ser explicada por el hecho que una mayor educación tiende a influir en la adopción de hábitos de vida saludables y por ende en la salud del individuo.

La relación observada entre un bajo nivel de ingresos y la autopercepción negativa de salud ha sido corroborada en otros estudios (Pavao et al, 2013; Dachs et al; Szwarcwald et al., 2005; Barros et al,

2006). En el análisis bivariado se observa que en las categorías de ingreso bajo y sin ingresos sería un factor que influye en la autopercepción negativa de salud. Sin embargo, en el análisis multivariado, esta asociación no se mantiene, e incluso se observa un factor de protección en la categoría entre \$1000 y \$1999. Esto podría deberse a que existe otro/s factor/es que modifican la autopercepción de salud en los niveles de ingresos más bajos, o bien puede suceder que se haya producido un sesgo en la medición de la variable. En efecto, la variable ingreso presenta dificultades para su registro y confiabilidad (CEPAL, 1993).

Al igual que en el estudio de Schneider et al (2004); en el cual se observó que las variables subjetivas explicaban en gran medida la autopercepción de salud, en nuestro estudio, la satisfacción con la vida y la autopercepción de la memoria constituyeron dos de las variables que explicaron la autopercepción de la salud.

En relación al autoinforme de enfermedades crónicas, se observó que las enfermedades del corazón y de artritis/artrosis/reumatismo estuvieron relacionadas con la autopercepción de la salud. En el caso de la artritis/artrosis/reumatismo, producen limitaciones en las actividades de la vida diaria, por lo tanto es esperable que produzca impacto en la autopercepción de salud (Bollegala et al, 2011). En el caso de las enfermedades del corazón, existen trabajos que también han observado esta asociación (Janszky et al, 2005; Ernstsén et al, 2011) y parece relacionarse con la autopercepción de salud debido a las secuelas que producen estas enfermedades.

Respecto al consumo de alcohol, se observó que el mismo constituye un factor protector para el autoinforme de salud mala o regular. Esto coincide con un estudio anterior realizado en una ciudad intermedia de Córdoba (Peláez et al, 2010) y con otros trabajos (Gallegos Carrillo et al, 2006; Strandberg et al, 2004). Al respecto podría especularse que ser que el consumo de alcohol sea mayor en personas que se encuentren bien de salud, o sea consumen alcohol las personas que no poseen problemas de

salud. Por otra parte, puede mencionarse que un consumo moderado de alcohol, puede actuar como factor protector de infartos o enfermedades cardiovasculares (Strandberg et al, 2004).

Como limitaciones del trabajo, se encuentra que la muestra no es representativa de la ciudad de Córdoba, sino que la misma puede inferirse a los grupos estudiados (DASPU, CSPC). Por otra parte, otros trabajos deberían ahondar en la inclusión de otras variables que presentan asociación con la autopercepción de salud, como la actividad física y otras variables de contenido psicosocial, las cuales no han sido abordadas en el presente estudio.

Se concluye que la prevalencia de autopercepción de salud negativa en los adultos mayores estudiados fue de alrededor del 40%. Los adultos mayores con nivel educativo bajo, que presentan enfermedades del corazón, artritis/artrosis/reumatismo, que no consumen alcohol, que no poseen ingresos entre \$1000 y \$1999, con autopercepción de la memoria regular o mala y un menor índice de satisfacción con la vida; tienen mayor riesgo de categorizar su salud como regular o mala.

Estos resultados son de utilidad para la implementación de recomendaciones tendientes a incidir en el bienestar de los grupos de adultos mayores estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

- Barros, A. B. A.; Zanchetta, L. M.; Moura, E. C. y Malta, D. C. (2009). Autoavaliação de saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*, 43 Suppl 2:27-37.
- Bollegala, D.; Perruccio, A.V. y Badley, E. M. (2011). Combined impact of concomitant arthritis and back problems on health status: results from a nationally representative health survey. *Arthritis Care Res*, 63 (11):1584-91.

- CEPAL (1993). Ingreso medio según las Cuentas Nacionales y la Encuesta Permanente de Hogares en 1995, según fuentes de ingreso en cada quintil. Buenos Aires.
- Dachs, J. N. W. y Santos, A. P. R. (2006). Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva*; 11:887-94.
- Diener, E. D.; Emmons, R. A.; Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Ernstsen, L.; Nilsen, S. M.; Espnes, G. A. y Krokstad, S. (2011). The predictive ability of self-rated health on ischemic heart disease and all-cause mortality in elderly women and men: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *AgeAgeing*, 40 (1): 105-11.
- Gallegos-Carrillo, K.; García-Peña, C.; Durán-Muñoz, C.; Reyes, H. y Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud. Una aproximación a los ancianos en México. *Rev. Saúde Pública* 40 (5): 792-801.
- Idler, E. L. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Social Behavior*; 38 (1): 21-37.
- Janszky, I.; Lekander, M.; Blom, M.; Georgiades, A. y Ahnve, S. (2005). Self-rated health and vital exhaustion, but not depression, is related to inflammation in women with coronary heart disease. *Brain Behav Immun*; 19 (6): 555-63.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69 (3): 307-316.
- Lee, H. Y.; Jang, S. N.; Lee, S.; Cho, S. I. y Park, E. O. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *Int J Nursing Studies*, 45 (7): 1042-1054.

- Mossey, J. M. y Shapiro, E. (1982): "Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly" *American Journal of Public Health*, 72, pp. 800-808.
- OMS (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf> Accedido: 17 de junio de 2013.
- Pavão, A. L. B.; Werneck, G. L. y Campos, M. R. (2013). Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*, 29 (4): 723-734.
- Peláez, E.; Torres, E. y Carrizo, E. (2010). Contexto social y percepción de la salud de los adultos en una ciudad intermedia de Argentina. *Medicina y Sociedad*, 30 (3). Disponible en: http://www.medicinay sociedad.org.ar/publicaciones/SEP_2010/REScontextosocial.html Accedido: 30/06/2013.
- Schneider, G.; Driesch, G.; Kruse, A.; Wachter, M.; Nehen, H. G. y Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Arch Geront Geriatrics*, 39 (3): 227-237.
- Strandberg, A. Y.; Strandberg, T. E.; Salomaa, V. V.; Pitkala, K. y Miettinen, T. A. (2004). Alcohol consumption, 29-y total mortality, and quality of life in men in old age. *Am J Clin Nutr*, 80:1366-71.
- Szwarcwald, C. L.; Borges de Souza-Júnior, P. R.; Pires Esteves, M. A.; Nogueira, D. G. y Viacava, F. (2005). Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública*, 21 (Supp): 554-564.