

INVESTIGACIÓN

Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores

Health selfperception-related factors in older adults

Dr. Enrique Peláez, Dr. Laura Débora Acosta, MSc. Elvira Delia Carrizo

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Argentina.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el estado de salud en adultos mayores a través del indicador autopercepción de la salud y analizar los factores que influyen en esta autopercepción.

Métodos: se estudió un universo compuesto por personas de ambos sexos, de 60 años y más, autoválidos, residentes en la ciudad de Córdoba, Argentina, y que fueron encuestados en el 2011 para la investigación "Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba". Se analizó como variable dependiente la autopercepción de salud. Se realizó análisis bivariado y multivariado a través de la técnica árbol de decisiones.

Resultados: el 60,1 % de los adultos mayores tuvieron una autopercepción de la salud positiva (excelente, muy buena o buena). El análisis bivariado demostró que la autopercepción de salud negativa se relacionó con ser mujer, no tener cobertura de salud, no tener ingresos o ingresos inferiores a 250 USD, necesitar ayuda, tener más de una enfermedad crónica, nivel educativo bajo o medio e insatisfacción con la vida. En el análisis multivariado, se observó que la variable enfermedades crónicas fue la que tuvo mayor efecto en la autopercepción de salud. Otras variables predictoras, fueron el apoyo recibido y la satisfacción con la vida.

Conclusiones: el indicador autopercepción de salud resulta útil para medir el nivel de salud de una población, ya que se relaciona fuertemente con la presencia de enfermedades crónicas. Adicionalmente, la ayuda recibida y la satisfacción con la vida se relacionaron con la autopercepción de salud.

Palabras clave: autopercepción de salud, envejecimiento, satisfacción vital, condiciones de vida.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the health status in old persons through the health self-perception indicator, and to analyze factors affecting such self-perception.

Methods: primary data from research "Life conditions and nutritional health in Aging of Córdoba City" was used. The universe of study was made up of people of both sexes aged 60 years and older, self-sufficient and residents in Cordoba

city, Argentina; they had been surveyed in 2011 for the above-mentioned research. Dependent variable was health self-perception. Bivariate analysis and multivariate analysis (through decision tree technique), were conducted.

Results: in the study, 60.1 % of the elderly had positive health self-perception (excellent, very good or good). The bivariate analysis showed that negative health self-perception was related to being a woman, having no medical insurance, having no incomes or less than 250 USD, requiring help, suffering from more than one chronic disease, having low or intermediate schooling and life dissatisfaction. The multivariate analysis showed that the variable chronic diseases causes the highest effect in health self perception. Other predictive variables were received support and life satisfaction.

Conclusions: the health self-perception indicator is useful for measuring the health status of a population since it strongly relates with the presence of chronic diseases. Additionally, the received support has an effect on perceived health and life satisfaction is a subjective component related to health self perception.

Keywords: health self-perception, aging, life satisfaction, living conditions.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento poblacional supone consecuencias sociales y económicas complejas, tanto a nivel social como individual. Debido a la magnitud y la rapidez con que el mismo se produce, es aconsejable comenzar a preverlas, especialmente en poblaciones de países en desarrollo, en las cuales gran parte de los adultos mayores son supervivientes de condiciones mórbidas y malnutrición desde la infancia, al tiempo que no han conseguido acumular ahorros para la vejez.¹

Vinculado a las consecuencias referidas, y a fin de que todos los adultos mayores puedan vivir la extensión de la vida de la mejor manera posible, resulta necesario generar políticas y programas de desarrollo que tiendan a producir adecuaciones en diferentes aspectos relacionados con las organizaciones sociales, la participación ciudadana, los sistemas productivos y previsionales, los regímenes de seguridad y de asistencia social. Se requiere entonces estar al tanto de las condiciones de vida y la realidad de este grupo poblacional.

En razón de lo anterior, adquiere fundamental importancia conocer la situación de salud de las personas mayores. Uno de los indicadores más utilizados es la *autopercepción de la salud* (también denominado autoinforme o autoreporte de salud), ya que este indicador se asocia a un mayor riesgo de mortalidad en la ancianidad, independientemente de evaluaciones más objetivas que puedan realizarse en función de enfermedades crónicas y deterioros.²⁻⁵ La autopercepción de salud constituye un indicador útil para indagar el estado de salud de la población adulta mayor y, a su vez, para establecer políticas públicas dirigidas a promoverlo con igualdad de oportunidades.

Numerosos estudios han analizado los factores que intervienen en la autopercepción de la salud. En Brasil, *Pavão* y otros⁶ estudiaron la asociación entre la autopercepción de salud y variables sociodemográficas, hábitos de vida y morbilidad. 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* y otros,⁷ 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.

Jewell y otros,⁸ mediante modelos "probit" y con el objetivo de estudiar los efectos de variables socioeconómicas en la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay, logran vincular esta última con una buena nutrición, un nivel educativo, un nivel socioeconómico elevado y un estilo de vida activo en las etapas iniciales de la vida, todas ellas variables de notable relevancia para la planificación en materia de salud pública.

Gallegos-Carrillo y otros,⁹ evalúan el estado de salud de los ancianos medido a través de su autopercepción teniendo en cuenta diversos factores sociales, de salud y organizacionales. Entre las variables más fuertemente asociadas a la mala percepción de la salud se encuentran las de morbilidad crónica, morbilidad aguda y de funcionamiento (presentar incapacidad, discapacidad o alguna limitación física o mental). Así también, ejercen influencia el sexo (en detrimento del femenino), el estado civil, las posturas positivas o negativas de la vida y la disposición hacia conductas saludables.

En un estudio realizado en la ciudad de Villa María (Argentina) *Peláez* y otros,¹⁰ analizaron las variables relacionadas con la autopercepción de la salud y llegan a la conclusión que el ser mujer, poseer bajos ingresos, no realizar actividad física, no consumir moderadamente alcohol, presentar enfermedad pulmonar crónica, presentar alguna discapacidad, se relacionaba con una autopercepción de negativa de salud.

A partir de los antecedentes comentados, y en virtud de la carencia de información que refiera de manera específica a las condiciones de salud de los adultos mayores en la ciudad de Córdoba (Argentina), el presente trabajo tiene como objetivo evaluar el estado de salud en adultos mayores de la ciudad de Córdoba a través del indicador autopercepción de la salud y analizar los factores que influyen en la auto-percepción de la salud en dicha población.

MÉTODOS

Se utilizaron datos primarios provenientes de la investigación "Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba". Se trata de un estudio descriptivo y correlacional, cuya población está compuesta por personas de ambos sexos, de 60 años y más, autoválidos y residentes en la ciudad de Córdoba (Argentina), encuestados durante el 2011. Se seleccionaron dos muestras probabilísticas provenientes de dos poblaciones de adultos mayores con marcadas diferencias sociales, culturales y económicas: la primera estaba constituida por 308 adultos mayores concurrentes a Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba (CSPC; n= 8 654) y 134 adultos mayores afiliados a la obra social del personal docente y no docente de la Universidad Nacional de Córdoba: Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario (DASPU; n= 1 236).

Las muestras seleccionadas en el presente trabajo fueron intencionales, con la finalidad de disponer de datos de dos grupos poblacionales de condiciones socioeconómicas diferentes: uno con un nivel socioeconómico medio y medio-alto, caracterizado por poseer un alto porcentaje de estudios superiores (DASPU) y otro grupo de adultos mayores de niveles medio-bajo y bajo, tanto en los ingresos como en nivel de escolarización (CSPC).

Con la finalidad de cumplimentar los objetivos del trabajo, se analizó como variable dependiente la autopercepción de salud, categorizada en: excelente,

muy buena, buena, regular y mala. Como variables independientes se analizaron un conjunto de variables sociodemográficas, condiciones de vida, autoinforme de enfermedades crónicas, redes de ayuda, procedencia y satisfacción con la vida.

Los indicadores se detallan a continuación:

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, arreglos residenciales (solo/a, con cónyuge, con cónyuge o con otras personas), estado conyugal (en pareja, solo/a).
- Condiciones de vida: cobertura de salud, nivel educativo (bajo: primario incompleto y menos; medio: primario completo/secundario incompleto; alto: secundario completo y más), rango de ingresos.
- Autoinforme de enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad del corazón, accidente cerebrovascular, tumor maligno, artritis/artrosis/reumatismo, u otras enfermedades (ninguna, una enfermedad, más de una).
- Redes de apoyo: apoyo recibido (no necesita ningún apoyo, no recibe ningún apoyo, recibe apoyo económico y acompañamiento de familia o vecinos o amigos).
- Satisfacción con la vida: "Escala de Satisfacción con la vida",¹¹ 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, está 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.
- Procedencia: Si el encuestado pertenece a la muestra de DASPU o de los CSPC.

En primer lugar se analizaron descriptivamente las variables independientes y la dependiente. Luego, se analizaron las asociaciones bivariadas entre la variable dependiente (autopercepción de salud) y las variables independientes, para la cual se utilizó regresión logística o diferencias de medias, de acuerdo a la naturaleza de la variable independiente. Posteriormente, se utilizó la técnica estadística *árbol de decisión*. Esta técnica crea un modelo de clasificación basado en diagramas de flujo. Clasifican casos en grupos o pronostican valores de una variable dependiente (en este caso la autopercepción de salud) basada en valores de variables independientes. De esta manera, se puede predecir qué características influyen en una percepción positiva o negativa de salud. Las principales ventajas de la técnica árbol de decisiones es que facilita la interpretación y reduce el número de variables independientes, ya que identifica la interacción entre ellas.¹²

Se utilizó el método CHAID exhaustivo, el cual detecta interacciones mediante Ji-cuadrada. En cada paso, elige la variable independiente (predictora) que presenta la interacción más fuerte con la variable dependiente.¹² Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19 para Windows.

RESULTADOS

El 69 % de los adultos mayores pertenecían a CSPC. El 61,5 % de los encuestados fueron mujeres. La media de edad fue de 70 años DE \pm 7,9 en DASPU y de 70,9 años en CSPC DE \pm 7,2. La mayor proporción vive con cónyuge o con otras personas (39 %), la mayor proporción (65,1 %) no se encuentra en pareja.

La mayor proporción posee cobertura de salud (86,9 %), el 40 % posee nivel educativo bajo, el 62,3 % posee ingresos inferiores a USD 250 mensuales. El 66,3 % posee más de una enfermedad crónica. El 45,6 % no necesita apoyo y el 28,5 % necesita apoyo pero no lo recibe. Del total que recibe ayuda, el 38 % es ayuda económica, y el mismo porcentaje, es solo de acompañamiento, mientras que el resto precisa de ambas ayudas. La puntuación media de la escala de satisfacción con la vida fue de 11,5 DE \pm 6,1.

Respecto a la variable autopercepción de salud, se observa en la [tabla 1](#), que la mayor proporción de las personas mayores encuestadas (60,1 %) tuvieron una percepción positiva de su salud (Excelente, muy buena y buena).

Tabla 1. Autopercepción de salud en adultos de 60 y más años, ambos sexos. Obra social DASPU, y Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba (CSPC). Ciudad de Córdoba, Argentina. 2011 (n= 436)

Autopercepción de salud	n	%
Excelente	27	6,2
Muy buena	68	15,6
Buena	167	38,3
Regular	133	30,5
Mala	36	8,3
No sabe/no responde	5	1,1
Total	436	100,0

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

En el análisis bivariado ([tabla 2](#)), se puede observar que las variables independientes que se relacionaron con la autopercepción de salud fueron: ser mujer (1,6 veces más que los hombres), no tener cobertura de salud (1,8 veces), no tener ingresos en el hogar (3,4 veces más que los ingresos más altos), ingresos inferiores a USD 250 (2,84 veces más), recibir ayuda o apoyo (3,3 veces más que los que no lo necesitan), no recibir apoyo (2,3 veces más que los que no lo necesitan), tener más de una enfermedad crónica (12,5 veces más que los que no tienen enfermedades), nivel educativo bajo (3,5 veces más que el nivel educativo alto), nivel educativo medio (2,7 veces más que el nivel alto) y ser del colectivo de CSPC (2,29 veces más que los de DASPU). Además se observó asociación con la satisfacción vital (a mayor satisfacción con la vida mejor autopercepción de salud).

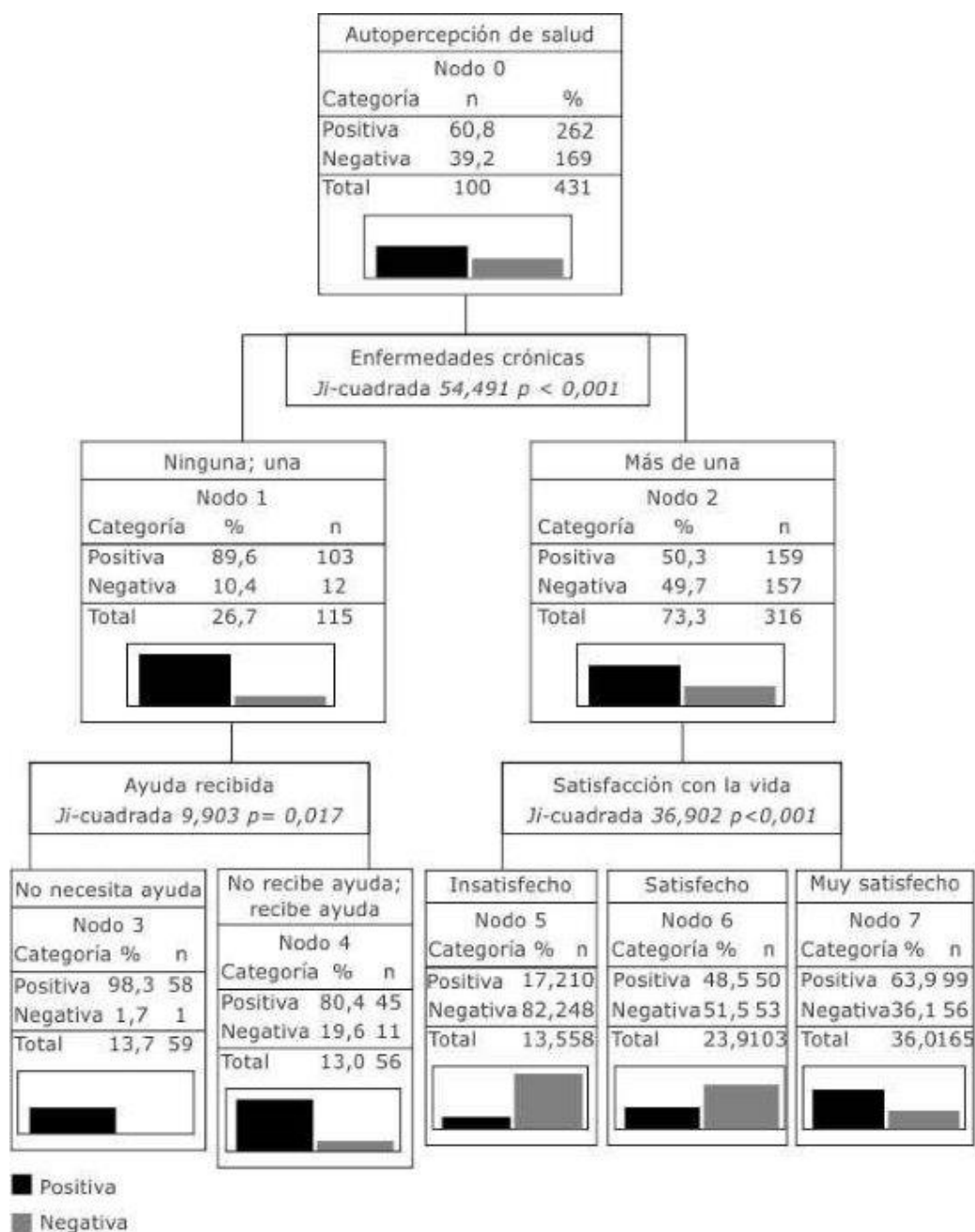
No presentaron relación significativa con la autopercepción de la salud, la edad, el estado conyugal, ni los arreglos residenciales ([tabla 2](#)).

En la [figura](#) se observa el análisis a través del método árbol de decisiones. Se introdujeron todas las variables independientes que presentaron asociación con la autopercepción de salud. Se observa que la variable enfermedades crónicas es la que mayor efecto posee en la autopercepción de salud, es decir es la principal variable predictora.

Los nodos que definen una autopercepción positiva de salud, son el 1 (no presentar enfermedades crónicas, o presentar solo una) y el 3 (no necesitar ayuda). Es decir que la probabilidad más alta de presentar una autopercepción positiva de salud (98,3 %) se da en los adultos mayores que no poseen

enfermedades crónicas o poseen solo una, y que no necesitan ayuda.

Por otra parte, los nodos que identifican una autopercepción negativa de salud son el nodo 2 (presentar más de una enfermedad crónica) y el 5 (insatisfacción vital), es decir que la probabilidad más alta de presentar una autopercepción negativa de salud (82,8 %), se da entre los adultos mayores que presentan más de una enfermedad crónica y están insatisfechos con su vida.



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

Fig. Árbol de decisiones para la variable autopercepción de la salud. Adultos mayores de 60 años y más, Ciudad de Córdoba, Argentina. 2011 (n = 436).

DISCUSIÓN

En esta investigación se analizaron diversas variables relacionadas con la autopercepción de salud en adultos mayores de la ciudad de Córdoba.

En el análisis bivariado se observaron diferencias significativas en la mayoría de las variables analizadas, sin embargo en el análisis a través de árbol de decisiones, las variables que explicaron su efecto en la autopercepción de salud se redujeron a tres.

La principal variable relacionada con la autopercepción negativa de salud fue, como se esperaba, la presencia de enfermedades crónicas. Este resultado muestra la sensibilidad de este indicador simple para medir la salud de la población, lo cual ya había sido corroborado en numerosos estudios.^{3,4,13}

Otra de las variables que predijo una autopercepción de la salud positiva fue el no necesitar ayuda, ya sea económica o de acompañamiento. En el análisis, se observó que los adultos mayores sin enfermedades crónicas o con solo una y que no necesitan apoyo, poseen el 98,3 % de probabilidad de percibir su salud positivamente.

El necesitar y recibir apoyo social, ya sea material o de cuidado, indica una dependencia por parte del adulto mayor, ya sea por limitaciones físicas, emocionales o económicas,¹⁴ por lo que explicaría su influencia en la autopercepción de salud.

Por otra parte, una baja satisfacción vital, presenta la posibilidad de predecir una autopercepción negativa de salud. En este sentido, los adultos mayores que presentaron más de una enfermedad crónica y estuvieron insatisfechos con su vida, presentaron el 82,8 % de probabilidad de calificar su salud negativamente. Esto coincide con diversos estudios que han observado asociación entre la satisfacción vital y la salud autorreportada.¹⁵⁻¹⁸ Lo que resulta más incierto es la dirección de esta relación, ya que mientras algunas investigaciones han estudiado la satisfacción vital como causa del estado de salud, otros la han estudiado como consecuencia. Por lo tanto, la relación entre dichas variables puede entenderse como bidireccional, e incluso existen hipótesis plausibles que explicarían ambos mecanismos, lo cual confirma que el concepto de satisfacción vital se refiere no solo a la realización de logros en el pasado, sino también como estados psíquicos presentes, que forman parte de un concepto más amplio de bienestar psicológico.¹⁸

Existieron numerosas variables que estuvieron relacionadas con la autopercepción de salud (sexo, rango de ingresos, nivel educativo, cobertura de salud, procedencia) en el análisis bivariado, sin embargo no fueron incluidas en el modelo de árbol de decisiones, ya que esta técnica analiza las interacciones presentes entre las variables independientes. Por otra parte, las variables referidas a las condiciones de vida, como el nivel educativo, el ingreso, la cobertura de salud y la procedencia, presentaron a su vez relación con la ayuda recibida. Esto puede ser explicado en el hecho de que una amplia proporción de la ayuda recibida es económica. Si bien, existió evidencia de que un menor nivel educativo o de ingresos se relaciona, al parecer, con una percepción negativa de salud.^{8,19-21} La variable ayuda recibida resultaría más amplia que el resto de las variables relacionadas con las condiciones de vida, debido a que esta incluye además la necesidad de ayuda para el adulto mayor, lo cual pudiera relacionarse con la presencia de discapacidad funcional^{9,10,13} o aspectos relacionados con la salud mental, como la depresión, que influyen en la percepción de la salud.^{9,22}

Coincidiendo con otros estudios,^{7,9,10,23,24} se observó en el análisis bivariado que los hombres percibieron mejor su salud que las mujeres. Sin embargo, no se incluyó esta variable en el modelo explicativo de árbol de decisiones, lo cual puede estar relacionado con la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres, lo que a su vez influyó en la autopercepción de salud(anexo). En su estudio *Gallegos Carrillo* y otros,⁹ encuentran una relación negativa entre sexo femenino y la autopercepción de la salud. Los autores indican que una de las características del fenómeno del envejecimiento es su mayor incidencia sobre las mujeres. La razón de esto es la mayor expectativa de vida de las mujeres, a causa de la sobremortalidad masculina. Las mujeres enfrentan una gran paradoja al vivir más que los hombres, pero en la mayoría de los casos deben enfrentar solas, como viudas, y muchas veces teniendo familiares a cargo, una vejez precaria. Esto se debe a los bajos ingresos que reciben, debido a la

iniquidad de género en los sistemas previsionales y que por razones de orden biológico, debido a su función reproductiva, las mujeres enfrentan en la etapa posmenopáusica una situación de salud más delicada que los hombres, aunque con menor riesgo de muerte.

Las principales limitaciones del presente estudio se relacionan con su carácter transversal, lo cual no permite establecer asociaciones causa y efecto. Por otra parte, no se pueden generalizar los datos a la totalidad de la ciudad de Córdoba, ya que no se trató de una muestra representativa, sino intencional. Sin embargo, sí se pueden generalizar los datos a cada grupo (CSPC, DASPU) estudiado. Además, 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.

Respecto al análisis árbol de decisiones, resultó de interés para construir un modelo explicativo de los factores que afectan la salud percibida en los adultos mayores de nuestro medio.

Como principal conclusión de este trabajo, se destaca que el indicador autopercepción de salud resulta útil para medir el nivel de salud de una población, ya que se relaciona fuertemente con la presencia de enfermedades crónicas. Adicionalmente, la ayuda recibida influye en la salud percibida, relacionado probablemente tanto con las condiciones sociales de vida, como la presencia de dependencia en el adulto mayor. Por último, la satisfacción con la vida constituyó un componente subjetivo relacionado con la autopercepción de salud.

Estos datos son de importancia para definir criterios de acción en los grupos de ancianos analizados, en lo que respecta a programas que incidan en la salud, dependencia y el bienestar general de los adultos mayores, en especial los que presentan mayor vulnerabilidad social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puga D, Rosero-Bixby L, Glaser K, Castro T. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Población Salud en Mesoamérica. 2007 [citado 16 Abr 2015];5(1). Disponible en: http://digital.csic.es/bitstream/10261/93114/1/2007_PugaCastroetal_%20Pobl%26SaludMesoam
2. Yanguas Lezaun J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: IMSERSO Publicaciones; 2006.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. J Health Social Beh. 1997;38(1):21-37.
4. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Science Med. 2009;69(3):307-16.
5. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Amer J Public Health. 1982;72:800-8.
6. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cad Saúde Pública. 2013;29(4):723-34.
7. Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho SI, Park EO. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. Int J Nursing Studies. 2008;45(7):1042-54.
8. Jewell R, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. Cuadernos Economía. 2007;XXVI(46):147-67.

9. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Duran-Muñoz C, Reyes H, Durán-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):792-801.
10. Peláez E, Torres E, Carrizo E. Contexto social y percepción de la salud de los adultos en una ciudad intermedia de Argentina. *Medicina Sociedad*. 2010;30(3):1-17.
11. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Personality Assessm*. 1985;49:71-5.
12. Berlanga Silvente V, Rubio Hurtado MJ, Vilà Baños R. Cómo aplicar árboles de decisión en SPSS. *REIRE*. 2013;6(1):65-79.
13. Szwarcwald CL, Borges De Souza-Júnior PR, Pires Esteves MA, Nogueira DG, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(Supp):554-64.
14. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas población*. 2003;77:35-70.
15. Van Leeuwen CM, Post MW, Hoekstra T. Trajectories in the course of life satisfaction after spinal cord injury: identification and predictors. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92:207-13.
16. Enkvist A, Ekstrom H, Elmstahl S. Life satisfaction (LS) and symptoms among the oldest-old: results from the longitudinal population study called Good. Aging in Skane (GAS). *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54:146-50.
17. Enkvist A, Ekstrom H, Elmstahl S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54:140-5.
18. Castillo-Carniglia A, Albala C, Dangour AD, Uauy R. Factores asociados a la satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gac Sanit*. 2012;26(5):414-20.
19. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en Salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud Colectiva*. 2006;2:61-74.
20. Mcfadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*. 2008;8:230-8.
21. Kaleta D, Polańska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health*. 2009;17:122-7.
22. Nicolosi GT, Falcão DV, Batistoni SS. Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(6):941-9.
23. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit*. 2001;15:217-23.
24. Barros ABA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Autoavaliação de saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Suppl 2):27-37.

Recibido: 5 de mayo de 2015.

Aprobado: 10 de agosto 2015.

Enrique Peláez. Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Argentina.
Dirección electrónica: enpelaez@hotmail.com