

## TRABAJOS ORIGINALES

### *ESTILOS DE VIDA, BIENESTAR SUBJETIVO Y SALUD DE LOS ANCIANOS*

*Niuris Fernández Larrea,<sup>1</sup> Ana Margarita Clúa Calderín,<sup>2</sup> Rosa María Báez Dueñas,<sup>3</sup> Milvia Ramírez Rodríguez<sup>4</sup> y Vicente Prieto Díaz<sup>5</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un estudio descriptivo en 3 municipios de ciudad de La Habana durante 1994-1997. A todos los ancianos seleccionados se les aplicó el *test* de PFEIFFER para descartar déficit intelectual; el deterioro intelectual era un criterio de exclusión. Fueron estudiados 324 ancianos a los que se les aplicó el cuestionario de Neugarten para determinar bienestar psicológico y una encuesta confeccionada por los investigadores donde se recogen variables generales (edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad) y algunas variables de estilo de vida como son: actividad laboral y sus características, tiempo libre y su empleo, ejercicio físico, hábitos de consumo (alcohol y cigarros), relaciones personales y contactos sociales. Además se exploraron algunos elementos del modo de vida que podían influir en los sentimientos de confort, la percepción de salud y la morbilidad reportada por el propio individuo en término de síntomas o molestias, así como las enfermedades crónicas en cada uno de ellos tomando como fuente el Médico de Familia.

**Descriptor DeCS:** SALUD DEL ANCIANO; ESTILO DE VIDA.

El aumento de la esperanza de vida aparejada a una disminución creciente de las tasas de natalidad han provocado en las últimas décadas un incremento significativo de la población de ancianos. El envejecimiento es un proceso paulatino que depende de factores hereditarios, medio ambiente y de la edad; aun cuando no se han determinado las causas precisas que lo determinan.<sup>1</sup>

La aparición de muchas enfermedades en estas edades se hallan asociadas a la

dieta, educación, ocupación, estilos de vida, modo de vida, etcétera.

Vista la tercera edad como el problema médico social que representa, y teniendo en cuenta el aumento cada vez más creciente de la población de ancianos en nuestro país, nos proponemos en el presente trabajo caracterizar el estilo de vida de los ancianos, estableciendo sus relaciones con el bienestar subjetivo, percepción de salud y morbilidad reportada en ancianos de Ciudad de La Habana.

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología. Investigador Agregado. Máster en Salud Ambiental.

<sup>2</sup> Licenciada en Matemáticas. Investigador Agregado.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Epidemiología.

<sup>5</sup> Licenciado en Química. Máster en Salud Ambiental.

## **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo donde el universo estaba representado por todos los ancianos de 60 y más años de Ciudad de La Habana. Fueron seleccionados los municipios Marianao, La Lisa y 10 de Octubre.

La selección se hizo mediante un muestreo estratificado por conglomerado bietápico. Los estratos fueron los municipios antes referidos; las unidades de primera etapa de selección fueron los consultorios, los cuales se seleccionaron con probabilidad proporcional al tamaño, y las unidades de la segunda etapa fueron los ancianos, seleccionados con iguales probabilidades.

A todos los seleccionados se les aplicó el *test* de PFEIFFER para descartar déficit intelectual. A los ancianos que resultaron con capacidad intelectual intacta, según PFEIFFER, se les aplicó el cuestionario de Neugarten para determinar bienestar psicológico; así como una encuesta confeccionada por los investigadores donde se recogen datos generales y algunas variables de estilo de vida como son: actividad laboral y sus características, tiempo libre y su empleo, práctica del ejercicio físico, hábitos de consumo (alcohol y cigarrillos), relaciones interpersonales y contactos sociales. Además se exploraron algunos elementos del modo de vida que podían influir en los sentimientos de confort.

Adjunto a esta encuesta se recogió la percepción de salud, para lo que se les solicitó una evaluación de su salud en las siguientes categorías: buena, regular y mala; así como también la morbilidad reportada por el propio individuo a través de una lista de síntomas o molestias en que el anciano refería cuáles le aquejaban. Además se recogió la presencia de las enfermedades crónicas en cada uno de ellos; siendo la fuente el Médico de Familia correspondiente.

Se realizó la distribución de frecuencia de todas las variables estudiadas y la estimación del error de muestreo. Los datos fueron analizados empleando la prueba estadística Chi cuadrado ( $X^2$ ) para una probabilidad de 0,05 (p) y la prueba de la varianza (F).

## **Resultados**

El número de personas estudiadas de 60 años o más fue de 324, ya que se descartaron 25 ancianos por presentar deterioro intelectual según *test* de PFEIFFER, los que representaron un 7,3 %. El 23,4 % de los ancianos se hallaba en el grupo de edad de 60 a 64 años; 25 % de 65 a 69 años; 21,6 % de 70 a 74 años; 9,6 % de 80 a 84 años y un 5,2 % de 85 a 89 años. El 63 % de ellos pertenecía al sexo femenino, y un 37 % al masculino. El 48,8 % de los estudiados eran casados y un 4,3 % vivía unido a su pareja, por lo que un 53,1 % convivían con su pareja.

La escolaridad de la muestra era baja, si se le compara con la escolaridad promedio de la población cubana, pues el 72,5 % poseía escolaridad de primaria, y de éste el 33 % no completó esos estudios.

Alrededor de una cuarta parte de la muestra (39,4 %) pertenecía al Círculo de Abuelos, institución cubana creada con los ancianos en la comunidad y que tiene como objetivo la práctica sistemática de ejercicios físicos, y facilitar el contacto social de ellos a través de actividades culturales- recreativas como medio de obtener bienestar, liderada por el Médico de la Familia.

### **ACTIVIDAD LABORAL**

Se halló que el 46,9 % era jubilado, y sólo el 5,9 %, pasados los 60 años, se encontraba laborando de forma habitual; un

2,8 % mantenía vínculos laborales a través de contratos a pesar de haberse jubilado, y el 12,4 % realizaba trabajos particulares.

Las actividades laborales que más frecuentemente desempeñaban en el marco del hogar eran: elaborar alimentos 72,2 %, limpieza del hogar 56,5 %, lavar 50 %, cuidado de plantas 47,5 %, planchar 44,1 %, tejer o coser 42,6 % y cuidado de nietos y/o enfermos 41 %. La actividad menos frecuentemente realizada fue la cría de animales (20 %). Al analizar por sexos según pruebas estadísticas  $X^2$  para  $p=0,05$ , las actividades cocinar, lavar, planchar y cuidado de plantas fueron prácticamente privativas del sexo femenino.

#### ACTIVIDAD FÍSICA

El 76,9 % de la muestra de estudio mantenía la movilidad, y realizaba marchas diarias de mayor o menor extensión; sólo el 23,8 % practicaba ejercicios físicos sistemáticos en el Círculo de Abuelos.

#### CONTACTOS SOCIALES

Sólo 1/3 de la muestra paseaba con sus familiares (34 %) y un 50 % lo hacía solo, encontrándose diferencias significativas entre ambos sexos; el 17,3 % del sexo masculino paseaba acompañado por familiares, en tanto en el sexo femenino el 82,7 %. Las actividades que más facilitan contactos sociales las realizan en el marco de la familia, y una minoría sale de este entorno; sólo un 8 % asistía a fiestas públicas. Se observaron diferencias significativas en la participación entre los sexos, lo que nos indica una mayor participación de los hombres ( $X^2 = 11,98$  para  $p=0,0005375$ ).

#### EMPLEO DEL TIEMPO LIBRE

Las actividades en que empleaba el tiempo libre eran por lo general de carácter sedentario, y se realizaban de forma individual en el marco familiar. El 72,8 % veía con frecuencia la televisión, y escuchaba la radio con frecuencia el 32,8 %; estas actividades eran realizadas de forma significativa más frecuentemente por el sexo femenino; por otra parte, leía frecuentemente el 28,5 % de los encuestados. Las actividades que implican una cierta actividad física, como por ejemplo, los paseos, eran realizadas por una minoría de los encuestados (tabla 1).

#### PARTICIPACIÓN SOCIAL

A las actividades realizadas por los organismos de masas como el Comité de Defensa de la Revolución y/o la Federación de Mujeres Cubanas el 40,7 % de los ancianos asistía frecuentemente. Además asistía también a reuniones de fraternidad, hermandad o en iglesias el 63,7 %.

#### HÁBITOS DE CONSUMO

El 18 % de los encuestados fumaba. Se hallaron diferencias significativas entre los sexos según prueba de estadística de  $X^2$ ; el 35 % del sexo masculino fumaba, en tanto en el femenino era de 7,9 %. No consumía bebidas alcohólicas el 68,1 %. Existen diferencias significativas entre sexos según prueba estadística de  $X^2$ .

#### PERCEPCIÓN DE SALUD, MORBILIDAD Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Percibían su salud positivamente sólo el 39,6 %; lo que se relaciona con la preva-

**TABLA 1. Actividades en que emplean el tiempo libre según sexo y frecuencias. Resultados del análisis estadístico**

Actividad	Frecuencias	Masculino %	Femenino %	Valor X <sup>2</sup>	Valor p
Ver TV	Frecuentemente	63	78,4	9,13	0,0103
	Algunas veces	33	19,1		
	Nunca	4	2,5		
Oír radio	Frecuentemente	34,5	31,9	6,33	0,0421
	Algunas veces	52,5	44,1		
	Nunca	13	24		
Paseos	Frecuentemente	11,8	9,8	7,82	0,0200
	Algunas veces	51,2	37,3		
	Nunca	37	52,9		
Leer	Frecuentemente	45,4	18,6	26,92	0,0000
	Algunas veces	29,4	39,2		
	Nunca	25,2	42,2		

lencia de enfermedad crónica (73,2 %). Las enfermedades crónicas más frecuentemente encontradas son: hipertensión arterial (25,6 %), diabetes mellitus (13,6 %) y cardiopatía isquémica con un 13 % (tabla 2). Hubo asociación entre la percepción de salud y el padecer de una enfermedad crónica; encontrándose además diferencias entre los sexos en la percepción de salud, no así en la presencia de enfermedad crónica. Los síntomas o molestias más frecuentemente referidos fueron: dificultad de visión (72,5 %), trastornos motores (67 %) y alteraciones nerviosas (54 %); siendo significativamente más frecuentes en el sexo femenino los síntomas o molestias cardiovasculares, gastrointestinales, nerviosos, trastornos de la vista y los motores-esqueléticos.

Es válido señalar también que existieron diferencias estadísticamente significativas en relación con la satisfacción de la vida en los distintos niveles de salud percibida (tabla 3) según prueba de varianza (F), observándose que el percibir la salud

**TABLA 2. Comportamiento de las enfermedades crónicas según sexo**

Enfermedades	Masculino Femenino		Total
	%	%	
Sano	30	18,6	22,8
Cardiopatía isquémica	10	14,7	13
HTA	21,7	27,9	25,6
Diabetes mellitus	7,5	17,2	13,6
Asma bronquial	4,2	7,4	6,2
Enfermedad obstructiva pulmonar	3,3	1	1,9
Accidentes cerebrovasculares	0,8	0,0	0,3
Trastornos psiquiátricos	0,8	1	0,9
Otras	13,3	9,8	11,1

**TABLA 3. Satisfacción con la vida y percepción de salud de los ancianos**

Percepción de salud	Satisfacción con la vida	
	Satisfechos %	No satisfechos %
Buena	87,5	12,5
Regular	45,4	54,6
Mal	35	65
Total	61,4	38,6

como buena se asocia a niveles más altos de satisfacción con la vida y de bienestar.

El 59,1 % poseía ingresos personales, y el 40 % consideraba que sus ingresos no satisfacían sus necesidades. Un tercio de la muestra evaluaba de regular a mal su vivienda, y convivían con hijos y/o cónyuges el 66,4 %. Se halló asociación significativa entre la salud percibida y el tener o no ingresos personales; así como con la satisfacción que el anciano poseía con los ingresos que recibía.

## **Discusión**

Los resultados muestran que un número elevado de ancianos vivía en pareja, y que además un gran número de ellos tenían hijos, aspecto este muy beneficioso para la salud del anciano y el disfrute de bienestar, donde la vida en familia resulta ser un elemento que protege la salud,<sup>2</sup> pues a estas edades la familia adquiere un lugar relevante y se constituye la fuente fundamental de bienestar.<sup>3,4</sup>

Según los resultados obtenidos, después de los 60 años la actividad laboral fundamental en este grupo de estudio, se vincula a labores domésticas y/o cuidado de enfermos y nietos. La mayor parte de las actividades en que empleaban el tiempo libre estos ancianos las realizaban de forma individual y en el marco de la familia, así como establecían contactos sociales extrafamiliares cuando participaban en las actividades de las organizaciones de masas e instituciones fraternales, hermandad o iglesias; resultando esto último positivo ya que les permite ampliar sus contactos sociales, y de hecho ampliar las redes de sus relaciones interpersonales.

La prevalencia del hábito de fumar es inferior a la media nacional (36,8 %) de forma general y por sexos reportada por el

cuadro epidemiológico de 1995, y a las cifras reportadas por los estudios del Instituto Cubano de Investigaciones y Orientaciones de la Demanda Interna;<sup>5</sup> posiblemente esta prevalencia disminuida se deba a la alta prevalencia de enfermedades crónicas halladas, en las que el hábito de fumar puede ser el desencadenante, o un factor que agrave su curso, y en las cuales se les prescribe médicamente abandonar el hábito como una forma de mejorar sus dolencias. Igualmente sucede con la prevalencia de consumo de alcohol, que es muy baja (21,9 %), en relación con el 52,2 % de la media nacional, reportada en el cuadro epidemiológico nacional de 1995.

Los resultados detectados en relación con la morbilidad reportada por la prevalencia de enfermedades crónicas resulta elevada, si bien en las personas ancianas la posibilidad de sufrir una o más enfermedades crónicas es alta. En especial la hipertensión arterial resulta elevada pues en todas las sociedades occidentales se reporta un incremento de ella en ambos sexos al aumentar la edad, así como de las enfermedades cardiovasculares.<sup>6-8</sup> Los síntomas o molestias más frecuentes coinciden con los resultados obtenidos en personas de la tercera edad en el estudio realizado en Coronado (Costa Rica), así como la elevada cifra hallada.

Hemos podido corroborar en nuestro trabajo la asociación existente entre la percepción de salud y la satisfacción con la vida; y entre la percepción de salud y la presencia de enfermedades crónicas, lo que prueba la correlación existente entre salud subjetiva, y la presencia de problemas específicos en la salud.<sup>9</sup>

La percepción de salud varió en función del sexo y la situación socioeconómica de los individuos, lo que es considerado por muchos autores como la medición más completa y objetiva del esta-

do de salud.<sup>10,11</sup> Los valores obtenidos en el 75 % de la muestra en la satisfacción con la vida consideramos que están en muy estrecha relación con las condiciones de vida de estos ancianos y con la satisfacción que poseen.

Un aspecto que merece especial atención es la insatisfacción de los ancianos con sus ingresos económicos y la asociación que ellos hacen de ésta con los niveles de salud percibida.

### **Consideraciones finales**

1. El estilo de vida de los ancianos estudiados se caracterizaba por una actividad laboral vinculada a labores domésticas o al cuidado de niños y/o ancia-

nos, las actividades en que empleaban el tiempo libre eran de carácter individual, sedentarias, realizadas en el marco del hogar y con poca participación en ejercicios físicos sistemáticos.

2. Existe relación entre la evaluación subjetiva de salud, la presencia de problemas específicos en la salud, y la satisfacción con la vida en la muestra estudiada.
3. Se halló asociación entre las condiciones socioeconómicas y la evaluación subjetiva de la salud.
4. Las molestias y alteraciones que más afectan a los ancianos son las molestias de visión, motoras o nerviosas.
5. Aproximadamente 3 de cada 4 ancianos estudiados padece de una enfermedad crónica.

**SUMMARY:** A descriptive study was carried out in 3 municipalities of Havana during 1994-1997. All the selected elderly underwent PFEIFFER 's test to rule out intellectual deficit. Intellectual deterioration was considered as an exclusion criterion. 324 aged persons were studied. Neugarten 's questionnaire was applied to determine psychological welfare. They also took part in a survey prepared by the investigators to collect general variables (age, sex, marital status, occupation and educational level) and some variables of their life style, such as: working activity and its characteristics, free time and its use, physical exercise, drinking and smoking habits, personal relations and social contacts. Some elements of the way of life that may influence on the feelings of comfort, the health perception and the morbidity reported by the own individual in terms of symptoms or indispositions, as well as the chronic diseases of each of them were explored taking the family physician as a source.

Subject headings: **AGING HEALTH; LIFE STYLE.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías. Madrid: Litofinter, 1987.
2. Krause N. Stressful life events and physician utilization. *J Gerontol* 1988;34(2):382-402.
3. Parreño J, Tercera edad sana. 2 ed. Madrid: ARTEGRAF, 1990:9-10.
4. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud de las Américas. Washington DC, 1994; vol 1:90-7. (Publicación Científica; No. 549).
5. Suárez LN, Caraballosa M. Situación del tabaquismo en Cuba. La Habana: ICIODI, 1992.
6. Anía Lafuente BJ, Suárez AJL, Guerra Santana AJ. Vejez saludable e incapacidad funcional en la población de ancianos de Canarias. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71(2):15-7.

7. Banegas Banegas JR. Estudio epidemiológico de los factores de riesgos cardiovasculares en la población española de 35 a 64 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994;4-7. (Serie de informes técnicos; No. 3).
8. Gil López E. Información epidemiológica y actividades de prevención primaria cardiovascular en España y sus comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1995:14-24. (Serie de informes técnicos; No. 6).
9. Krause N. Stress and sex differences in depressive symptoms among older adults. *J Gerontol* 1986;41(6):349-55.
10. Andrews G, Esterman A, Braunack-Mayer A, Rungie C. Aging in the western Pacific. A four country study Manila: World Health Organization, 1968:71-2.
11. McDawell I, Newell C. Measuring health a guide to rating scale and questionnaires. New York: Oxford University, 1987:54-8.

Recibido: 27 de enero de 1999. Aprobado: 17 de febrero de 1999.

Lic. *Niuris Fernández Larrea*. Infanta No. 1158 e/ Llinás y Clavel, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.