

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE SALUD PÚBLICA



ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD EN EL ADULTO

MAYOR EN DOS GRUPOS POBLACIONALES

JUTICALPA, SEPTIEMBRE A OCTUBRE 2011

PRESENTADO POR

ANA OFELIA MOTIÑO ZAVALA

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESOR

DR. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

DR. EDUARDO ALBERTO FERNÁNDEZ

TEGUCIGALPA, M.D.C.

ABRIL, 2016 HONDURAS C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA

Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA

Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

RECTOR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

Abog. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES ai

SECRETARIA GENERAL

Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSTGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL DE LOS POSTGRADOS DE FACULTAD
CIENCIAS MÉDICAS**

DRA. ELSA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

DEDICATORIA

A mis tres madres,

Ofelia de 105 años, Sonia de 72 años y Sandra Adela de 67 años.

Porque su amor, entrega y ejemplo moldearon mi vida.

El elixir de la eterna juventud está escondido en el único lugar en donde a nadie se le ocurre buscar, en nuestro interior.

F. Javier González Martín

AGRADECIMIENTO

Al nombre que está sobre todo nombre, El Nombre de Jesús, que me llamó en el desierto de mi vida. Gracias por su sangre preciosa.

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y a la Secretaría de Salud por permitirme cursar esta maestría.

A mis tutores, Dr. Héctor Escalante y al Dr. Eduardo Fernández, porque siempre fueron optimistas en que yo podría alcanzar este logro, por estar pendientes, por mantenerme en la lucha, por no rendirse hasta llegar a la meta que hoy se cumple.

A mis maestros y compañeros de la VII Promoción de Maestría en Salud Pública, por su compañía y compartir de conocimientos.

A JICA, por el interés en la investigación en Juticalpa, Olancho, apoyando financieramente este estudio.

A mis amigos que me han respaldado hasta el final.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS	4
A. Objetivo general.....	4
B. Objetivos Específicos.....	4
III. MARCO TEÓRICO	5
1. Envejecimiento de la sociedad	5
2. Marco internacional de los derechos humanos de las personas mayores	12
3. Estilos de vida relacionados con la salud	16
4. Valoración clínica del adulto mayor	24
5. Situación del adulto mayor en Honduras	26
IV. METODOLOGÍA.....	31
A. Diseño Metodológico de la investigación	31
V. RESULTADOS.....	42
VI. ANALISIS DE RESULTADOS	79
1. Condiciones socioeconómicas	80
1.1. Estructura por edad y sexo	80
1.2. Estado civil:	81
1.3. Nivel educativo	82
1.4. Residencia actual	83
1.5. Entornos sociales y arreglos familiares	84
1.6. Seguridad económica	86
1.7. Entornos físicos	90
2. Estilos de vida relacionados con la salud	91
2.1. Actividad física:.....	91
2.2. Utilización del tiempo libre	95
2.3. Consumo de alcohol	96
2.4. Consumo de cigarrillo	98
2.5. Consumo de otras sustancias psicoactivas.....	101

2.6. Sueño:	103
2.7. Alimentación:	104
2.8. Prácticas clínicas de autocuidado	106
3. Perfil clínico epidemiológico del adulto mayor	108
VII. CONCLUSIONES.....	119
VIII. RECOMENDACIONES	122
IX. BIBLIOGRAFÍA	125
X. ANEXOS	143

I. INTRODUCCIÓN

La población está dejando atrás una larga etapa, caracterizada por altos índices de natalidad y mortalidad, que resulta en el creciente aumento de las personas adultas mayores, representando un gran desafío para la sociedad en general y para los servicios de salud en particular, al originar una mayor demanda de asistencia, por problemas de salud característicos de la edad avanzada, que son más crónicos que agudos y más progresivos que regresivos (OMS, 2001).

Se ha demostrado que lo que más daña la salud de las personas son estilos de vida adquiridos en la juventud o en la edad media y que repercuten en la edad madura, principalmente el tabaquismo, sobrepeso o a una vida persistentemente sedentaria; por lo tanto las intervenciones dirigidas a crear ambientes de ayuda y que fomentan estos cambios en el comportamiento de riesgo y la promoción de los comportamientos que resalten la salud, son importantes en todas las etapas de la vida, para ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (OMS, 2002)

La existencia de un marco internacional relacionado con el envejecimiento aunque debilitado por la falta de una convención internacional que ayudaría a aclarar y sistematizar en un único instrumento legalmente vinculante y de alcance universal en beneficio de la tercera edad; favorece la toma de medidas

a lo interno en cada país para abordar el envejecimiento (Huenchuan, Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, 2009)

Honduras cuenta con la plataforma legal, y ha realizado avances en la elaboración de una política para la tercera edad, pero las acciones gubernamentales y de la sociedad civil han sido aisladas y puntuales sin cambios estructurales que garanticen las medidas apropiadas ante el reto del envejecimiento mundial. Algunos hechos relevantes son la existencia de una ley y la existencia de varias instituciones y/o organizaciones que trabajan con adultos mayores, realizando una diversidad de actividades. Una de estas organizaciones es la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras, que cuenta con seccionales en los principales municipios, incluyendo el municipio de Juticalpa.

De acuerdo a esto se consideró interesante realizar un diagnóstico del estilo de vida del adulto mayor y su perfil clínico epidemiológico, en dos poblaciones, una es la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras, seccional 11 de Juticalpa, y por otra parte la consulta externa del Hospital Regional San Francisco, por ser la unidad de salud sede de la ciudad.

La investigación fue cuantitativa observacional, descriptiva y de corte transversal, realizada durante los meses de septiembre a octubre del 2011; se

aplicó un instrumento que recogió información a través del auto informe que brindó el adulto mayor, la toma de algunas medidas y aplicación de algunos test para medir el estado funcional y cognitivo. El análisis estadístico de los datos se procesó con el programa SPSS versión 11, utilizando medidas de tendencia central y otras de inferencia estadística que dieron significancia a los datos.

Los resultados se presentaron realizando descripciones de cada uno de los grupos en relación a las condiciones socioeconómicas, el perfil clínico epidemiológico y los estilos de vida relacionados con la salud; sin embargo algunas comparaciones realizadas permitieron identificar algunas diferencias entre ambos, identificándose algunos factores de riesgo que podrían generar motivación para futuras investigaciones, que contribuyan a la promoción de un estilo de vida saludable desde las etapas tempranas de la vida, condición que es considerada clave para el logro de un envejecimiento exitoso.

La discusión de los resultados se realiza en el contexto latinoamericano, formulándose las conclusiones a modo de caracterizar el adulto mayor en cada grupo de acuerdo a cada uno de los objetivos planteados. Al final se emiten las recomendaciones, encaminadas a contribuir a la realización de acciones intersectoriales de acuerdo a los nuevos retos que impone el envejecimiento de la población.

II. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Conocer los estilos de vida relacionados con la salud y el perfil clínico-epidemiológico de los adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital Regional San Francisco, y la población de adultos mayores miembros de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de la ciudad de Juticalpa en el período comprendido del mes de Septiembre a Octubre del 2011.

B. Objetivos Específicos

- 1.- Determinar las características socio demográficas del adulto mayor atendido en la consulta externa del Hospital San Francisco, y del adulto mayor miembro de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de la ciudad de Juticalpa.
- 2.- Describir el estilo de vida del adulto mayor atendido en la consulta externa del Hospital San Francisco, y del adulto mayor miembro de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de la ciudad de Juticalpa.
- 3.- Describir el perfil clínico y epidemiológico del adulto mayor atendido en la consulta externa del Hospital San Francisco, y del adulto mayor miembro de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de la ciudad de Juticalpa.
- 4.- Identificar algunas de las principales diferencias entre ambos grupos.

III. MARCO TEÓRICO

1. Envejecimiento de la sociedad

Una primera aproximación al proceso de envejecimiento permite distinguir dos dimensiones: el envejecimiento que experimenta la población y aquel que viven las personas. El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total. Definido también como la inversión de la pirámide de edades (CEPAL/CELADE, 1990).

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes desde finales del siglo pasado, pues ha traído profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región. Las mejoras en la salud pública, las condiciones de la vivienda, de la sanidad y también de la educación, entre otras, han hecho que la esperanza de vida al nacer se haya incrementado de una manera notable (Millán, 2002).

1.1. El proceso de envejecimiento de las personas

La expectativa de vida máxima está determinada por factores genéticos y se establece para la especie humana en 115-120. (Millán, 2002)

El envejecimiento, como proceso que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques. La edad de la vejez puede ser conceptualizada al menos en base a tres sentidos diferentes: cronológico, fisiológico y social. Este proceso se sustenta en distintas teorías (Huenchuan & Rodríguez Piñero, 2010):

1.1.1. Enfoque biologicista

Se basa en dos teorías: la del envejecimiento programado, que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, preestablecido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo (Millán, 2002).

En los mismos términos, algunos gerontólogos distinguen entre envejecimiento primario entendido como el proceso gradual de deterioro corporal que comienza a una temprana edad y que continúa inexorablemente a través de los años, y el envejecimiento secundario, que es el resultado de la enfermedad, el abuso y factores que menudo están bajo el control de la persona (Papalia & Wendkos, 1998) (Millán, 2002).

Entre algunas teorías de este enfoque destacan: 1º. El acortamiento del telómero debido a la supresión de la telomerasa en las primeras etapas de la embriogénesis. 2º. La activación de un mecanismo relacionado con la edad que estimula la síntesis de las proteínas del shock por el calor. 3º. La supresión incompleta de la producción y eliminación de las especies oxígeno reactivas. 4º. La acumulación de mutaciones en el genoma de las células somáticas, lo que conduce a la formación de neoplasias, a la atrofia de los tejidos y a disminuir la función de los órganos (Weng, Palmer, Levine, & et al, 1997).

Las mitocondrias son unos organelos celulares, cuya función principal consiste en generar energía. De hecho, ellas producen el 90% de la que necesita el organismo para sobrevivir. Los estudios más recientes publicados en la literatura científica ratifican que, las mitocondrias desempeñan una función crítica en la longevidad y en el envejecimiento, no sólo porque constituyen el lugar más cercano a la acción de los radicales libres, sino también, porque intervienen en la regulación de la respuesta al estrés y a la apoptosis, o muerte celular programada (Marcos & Miquel, 2002).

Las proteínas del estrés luchan contra las alteraciones y los defectos de la síntesis de las proteínas celulares, para proteger a las células de los daños que puedan sufrir. El estrés más importante incluye las temperaturas elevadas, las modificaciones del pH y la concentración del calcio, la isquemia, la disminución de la glucosa, el estrés oxidativo y otros varios, entre los que se encuentra el

ejercicio, y especialmente el intenso y el prolongado aumentan la síntesis de este tipo de proteínas en órganos tan importantes como el corazón y el músculo esquelético (Powers, Locke, & Demirel, 2001).

El único hecho que empaña el aumento de la longevidad observado en los últimos años es, sin duda, la comorbilidad asociada a envejecimiento. De la misma forma que los estudios de genética han aportado datos sobre el envejecimiento prematuro, algunos estudios de familias han permitido identificar signos de retraso del envejecimiento. Estudios en gemelos sugieren que alrededor de 30% de la variación de la longevidad se puede atribuir a factores genéticos, y el resto a elementos ambientales y conductuales (Caruso, 2007).

1.1.2. Enfoque sicológico

Envejecer se conceptualiza, desde este enfoque, como un proceso personal de adaptación a los cambios, tanto en el propio organismo como en el entorno social. Dentro de este enfoque se encuentra la noción de envejecimiento satisfactorio, introducida por John Rowe en 1987, el que sería resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos (Vellas, 1996).

1.1.3. Enfoque social

Las aproximaciones teóricas que se han elaborado dentro de esta perspectiva de análisis son, principalmente, la teoría funcionalista sobre el envejecimiento, la economía política del envejecimiento y la teoría de la dependencia estructurada. La teoría funcionalista: Considera a la vejez como una forma de ruptura social y, en términos de la teoría del rol, como una pérdida progresiva de funciones (Bury, 1995).

En la economía política de la vejez, la cuestión principal para comprender la situación de las personas mayores en las sociedades capitalistas modernas es que la calidad de vida durante esta etapa está directamente influenciada por la posición en el mercado de trabajo adulto al momento de la jubilación. La teoría de la dependencia. propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social (Mouzelis, 1991).

1.2. Demografía del envejecimiento

La población de la Región de las Américas está envejeciendo a un ritmo acelerado. Las tasas de fecundidad decreciente, combinada con las mejoras constantes en la esperanza de vida acaecida en la segunda mitad del siglo XX, dieron lugar a un notable aumento del envejecimiento de la población. (OPS/OMS, 2002).

A su vez se han producido grandes transformaciones demográficas en la región, una menor mortalidad en la niñez, cambios en las causas de muerte, y mayor importancia de las migraciones, sumando además el crecimiento acelerado de las primeras décadas provocó que se triplicara la población entre 1950 al 2000. Todos estos cambios influyen en las principales variables demográficas, que son la base de la transición demográfica y consecuentemente influyen en el crecimiento de la población y en la estructura demográfica (Flores Fonseca, 2007).

En cuanto al avance de la transición demográfica, los países se agruparon en cuatro etapas que es posible identificar en este proceso: a) transición incipiente, cuando la mortalidad y la natalidad son altas; b) transición moderada, cuando la fecundidad todavía es alta pero la mortalidad desciende moderadamente; c) países en plena transición con mortalidad y fecundidad en descenso; y d) transición avanzada cuando ya se alcanzan bajos niveles en ambas variables. (Flores Fonseca, 2007)

En el año 2000 la típica forma piramidal de la estructura por edad comenzó a desdibujarse y la proporción de menores de 15 años se redujo en todos los países, alcanzando un promedio de un 31% de la población regional. Al bajar el número de niños de entre 0 y 14 años, el peso que adquieren el resto de los

grupos etarios comienza a aumentar y se hace evidente la ampliación de las barras centrales y superiores de la pirámide etaria, mientras que los menores de 5 años continúan en descenso (OMS, 2001).

En consecuencia, se está en presencia de un envejecimiento inminente, lo que plantea serios desafíos para el desarrollo en las próximas décadas. Actualmente, las personas adultas mayores representan 8% de la población total en América Latina y el Caribe, y 16% en Canadá y los Estados Unidos. Para el año 2025, 14% de la población de América Latina y el Caribe tendrá 60 años de edad o más. Los Estados Miembros todavía están a tiempo de actuar y prepararse para afrontar esta situación si ponen en práctica políticas para que la atención primaria de salud se reoriente hacia la promoción de la salud y la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades que aquejan a las personas de edad (OPS/OMS, 2002).

La inversión en la salud de las personas adultas mayores en toda la Región de las Américas es una inversión en el desarrollo. Lo que es más, se demuestra que la aplicación de las estrategias de salud pública basadas en pruebas puede promover el envejecimiento en actividad y reducir considerablemente la tasa de discapacidad prematura en la edad mayor (OPS/OMS, 2002).

La región convivirá con dos rasgos territoriales del envejecimiento: un amplio predominio de la localización urbana entre las personas mayores, que influirá en sus demandas y condiciones de vida, y un envejecimiento prematuro del campo, que influirá en el desarrollo y el perfil de necesidades en el ámbito rural, variando de acuerdo a cada país (OPS/OMS, 2002).

2. Marco internacional de los derechos humanos de las personas mayores

El envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe presenta dos características que preocupan: un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados y un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, un débil desarrollo institucional, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad y una institución familiar muy exigida en materia de seguridad y protección (Huenchuan, Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, 2009).

Las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida en el acceso a la educación, el empleo y la atención sanitaria y las que se basan en el género y la raza están relacionadas de manera crítica con la situación y el bienestar de la vejez. Para las personas mayores que son pobres, las consecuencias de estas primeras experiencias se empeoran aún más al verse excluidas posteriormente de la atención sanitaria, los sistemas de crédito, las actividades que generan ingresos y la toma de decisiones (OMS, 2002).

Los derechos humanos son inherentes a la calidad de ser humano y toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos, sin discriminación alguna. En el caso de las personas mayores, interesa resaltar que son titulares de derechos individuales y de grupo, por lo tanto es preciso que, junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales, disfruten del ejercicio de derechos sociales para vivir con seguridad y dignidad, lo que exige un papel activo del Estado, la sociedad y ellos mismos (ONU, 2000).

Hay dos fuentes en las que se establecen directamente o por extensión los derechos de las personas mayores:

1. En el sistema de las Naciones Unidas: El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los planes de acción internacional de conferencias mundiales y la recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo.
- 2.- En el ámbito regional: La Convención Americana de Derechos Humanos, El Capítulo Regional del Caribe sobre Envejecimiento y Salud, La Estrategia de Implementación Regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (CEPAL/ONU, 2004).

Actualmente hay 13 países que cuentan con leyes de protección de los derechos de las personas mayores en América Latina (el Brasil, Colombia,

Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela). En las cartas constitucionales se establece expresamente que las personas mayores tienen derecho a una protección especial por parte del Estado. (Huenchuan & Rodríguez Piñero, Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección, 2010)

Esto ha permitido avances, se ha adecuado el marco legal interno para incluir los derechos en la vejez y se han identificado las obligaciones del Estado y del resto de la sociedad para progresar en el ejercicio efectivo de los derechos de las personas mayores, pero en la práctica, la mayoría de los países no ha adaptado sus políticas públicas al nuevo panorama demográfico, a lo que se suman los rezagos de protección social para otros sectores de la población y las inequidades que derivan del tipo de desarrollo de los países de la región (Huenchuan, Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, 2009).

Sin embargo, las personas mayores no cuentan con un instrumento jurídicamente vinculante que proteja sus derechos, como ocurre con otros grupos discriminados, y para hacerlos efectivos es preciso superar la enorme dispersión normativa existente aunque la edad de la vejez posee un componente biológico y cronológico insoslayable, desde el punto de vista de los derechos humanos lo más importante es su construcción social (Huenchuan &

Rodríguez Piñero, Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección, 2010).

En la región aumentó la producción de información sobre el tema desde la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid en 2002. Esto fue posible gracias a la disponibilidad de datos censales de la ronda de 2000, a la realización de encuestas especializadas como la Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) y al hecho de que algunos países han comenzado a utilizar las encuestas de hogares como una forma de responder a la demanda de información de los sectores público, privado y académico (CEPAL, 2009).

Sin embargo, la información producida no siempre satisface las necesidades de los usuarios y gran parte de los datos estadísticos se elaboran sin un marco conceptual común, directrices o procedimientos normalizados. Por esto, los datos procedentes de distintas fuentes rara vez son comparables. Además, la calidad y el detalle de la información estadística disponible a menudo distan de los requerimientos específicos de la planificación programática o normativa, así como de los derivados del seguimiento de los compromisos internacionales sobre el tema (CEPAL, 2009).

La aprobación de una convención internacional ayudaría, por lo tanto, a aclarar y sistematizar en un único instrumento legalmente vinculante y de alcance universal el contenido del consenso normativo, tanto existente como emergente, sobre los derechos de las personas de edad. También colaboraría con el tratamiento de determinadas esferas que no están suficientemente abarcadas en las normas actuales (Huenchuan & Rodríguez Piñero, Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección, 2010).

3. Estilos de vida relacionados con la salud

3.1. Salud y bienestar en la vejez

A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. Las condiciones y estructura de oportunidades que ofrecen los países para vivir los últimos años de la vida no siempre aseguran calidad. La condición se refiere a un estado material que garantice el acceso y disfrute de recursos y servicios para una vejez digna (CEPAL/CELADE, 2006).

El envejecimiento activo es un término fue presentado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud como ampliatorio del envejecimiento saludable, ya que el mismo no sólo valoriza los

aspectos sanitarios sino que incluye factores sociales, educativos, laborales que afectan al envejecimiento de individuos y poblaciones. (OMS, 2001).

3.2. Estilos de vida en La Promoción de la Salud

La Promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. Así se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y opte por todo lo que propicie la salud. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas (OMS, 1986).

3.3. Concepto de estilos de vida relacionados con la salud

Aunque no hay una definición unívoca de estilos de vida, la mayoría de los autores convergen en un patrón de conductas relacionadas con la salud, son recurrentes a lo largo del tiempo y poseen consecuencias para la salud. Los investigadores incluyen tanto aquellas conductas que ponen en riesgo a la salud como el tabaquismo o consumo de alcohol, como aquellas que realzan la salud, práctica de ejercicio y una alimentación equilibrada (Y, García, & Balaguer, 1998).

A pesar de que habitualmente se utiliza el término estilo de vida saludable, se considera más apropiado el uso del término estilo de vida relacionado con la salud, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo (Costa & López, 1996) (Perea Quezada, 2004).

En el Modelo Explicativo de los Determinantes de la Salud de Lalonde en 1974, se reconoce entonces el estilo de vida de manera particular, el cual “representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control” de tal forma que si el individuo toma opciones y hábitos que ponen en riesgo su salud, es porque el estilo de vida que practica perjudica su salud (Lalonde, 1974).

En la reunión de expertos sobre “Estilos de vida, condiciones de vida y su impacto en la salud” en Copenhague 1982 se examinaron los elementos sociológicos y psicológicos en torno a los estilos de vida. Concretamente, esta definición describe el estilo de vida del siguiente modo: “Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1982).

El trabajo en estilos de vida debe contemplar el desarrollo de habilidades para la vida desde edades muy tempranas y en el devenir de la misma. En este trabajo de habilidades para la vida, las redes sociales ejercen importantes efectos en la promoción de una vida saludable, de tal forma que los esfuerzos deben concentrarse en aquellos ámbitos que permitan el desarrollo de la autoayuda y de grupos de ayuda mutua para promover el soporte social entre los individuos que constituyen la sociedad (Vargas, Los estilos de vida en la salud, 2011) (Backett & Davison, 1995).

3.4. Hábitos comportamentales relacionados con la salud en la tercera edad

Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y sin embargo, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez desmienten esta idea y pueden evitar las enfermedades y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida (OMS, 2002).

3.4.1. Actividad física y deporte

La actividad física y el ejercicio tiene beneficios tanto a nivel físico (función cardiovascular, masa ósea, fuerza, sistema inmune, disminución de cáncer y obesidad) como psico-social (sensación de bienestar, relaciones

interpersonales, disminuyendo la ansiedad y depresión) e influyendo en la disminución de la mortalidad en general (Ortega & Pujol, 1997).

3.4.2. Consumo de alcohol

La evidencia actual demuestra que patologías crónicas como aterosclerosis, artritis, demencias y cáncer están asociadas a estrés oxidativa. Los compuestos antioxidantes ingeridos por la dieta serían fundamentales para la prevención de estas enfermedades. Los poli fenoles del vino protegerían, por ejemplo, a las LDL (lipoproteínas de baja densidad) de la oxidación, y por lo tanto de la iniciación del proceso de aterosclerosis (Leighton & Urquiaga, 2000). Sin embargo desde el punto de vista de la mortalidad global, los efectos adversos de la bebida superan cualquier protección contra la cardiopatía coronaria, incluso en las poblaciones de alto riesgo (Atalah & Urteaga, 2001).

3.4.3. Cigarrillo y tabaco

Según la OMS, el tabaco sigue siendo la primera causa mundial de muertes prevenibles (OMS, 2011). Tanto el tabaquismo activo como el pasivo causan al menos 15 tipos de cánceres, además de enfermedad coronaria y cerebrovascular, patología obstétrica y neonatal y enfermedades pulmonares, siendo el principal factor responsable del cáncer de pulmón (del que se estima que entre un 83% y un 90% de los casos es provocado por el tabaco (Sancho Castiello, 2002).

3.4.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

El uso de estas sustancias se divide en tres categorías, según su estatus socio legal: sustancias utilizadas como medicación, sustancias de estatus ilegal o ilícito y sustancias de consumo legal o lícito. Las sustancias psicoactivas de uso más común son las siguientes: cafeína y estimulantes similares, bebidos en forma de café, té y refrescos, nicotina y bebidas alcohólicas. A pesar de sus beneficios reales o aparentes, el empleo de sustancias psicoactivas también conlleva un potencial de daños, como resultado de la cantidad cumulativa de la sustancia psicoactiva usada (OPS/OMS, 2005).

En relación a las sodas gaseosas, su consumo regular podría influir en el desarrollo de la enfermedad, no sólo por el esfuerzo en el control metabólico de los azúcares, sino también a través de promover el envejecimiento celular de los tejidos, según una única investigación sobre el tema de la Universidad de California de San Francisco, mencionando que el consumo diario de un refresco azucarado de 600 ml se asociaba con un envejecimiento biológico añadido de 4,6 años. Dicho efecto pernicioso sobre la longitud de los telómeros (acortamiento) es comparable al del tabaco o, por el contrario, al efecto que tiene el ejercicio físico sobre el envejecimiento (Leung, y otros, 2014).

La evidencia señala que las bebidas con aporte energético no producen saciedad y la compensación que proveen, en términos de la reducción del consumo de otros alimentos o bebidas en comidas posteriores, es baja, por lo que el efecto neto es un aumento del consumo de energía. (Rivera, Muñoz-Hernández, Rosas Peralta, Aguilar- Salinas, Popkin, & Willett, 2008).

3.4.5. Sueño

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin estos la capacidad de concentración, de enjuiciamiento, de participar en las actividades cotidianas disminuye y aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales (Foley & et al, 2004).

3.4.6. Alimentación

La buena alimentación ha de formar parte de los estilos de vida saludables desde el nacimiento, los efectos beneficiosos de una alimentación adecuada se obtienen tanto a corto como a largo plazo previniendo o mejorando los cambios naturales debidos a la edad y las enfermedades más frecuentes que aparecen con paso de los años. (WHO, 2004)

En los últimos años se ha producido un cambio negativo hacia una dieta de alta densidad energética en la que juegan un papel más importante las grasas, la sal y los azúcares añadidos a los alimentos, con una mayor ingesta de grasas saturadas (en su mayoría de procedencia animal) y una reducción de la ingesta de hidratos de carbono complejos y de fibra, así como de frutas y verduras (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

La investigación epidemiológica ha demostrado una estrecha relación entre la alimentación y el riesgo para desarrollar estas enfermedades crónicas caracterizadas por una elevada morbilidad. La elevada carga de antioxidantes derivada del consumo de frutas y verduras, mas los beneficios obtenidos por el aceite de oliva extra virgen y el consumo moderado de vino, hacen que la dieta mediterránea tenga múltiples ventajas a pesar de su contenido en grasa relativamente alto (Calañas-Continente, 2005).

3.4.7. Autocuidado clínico

La OMS define 3 niveles de prevención en la Medicina del Trabajo:

- La prevención primaria: evita la adquisición de la enfermedad (vacunación antitetánica, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). Previene la enfermedad o daño en personas sanas.

- La prevención secundaria: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces para impedir su progresión.
- La prevención terciaria: dirigida al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad evitando la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes (Zurro & Cano Pérez, 2003).

4. Valoración clínica del adulto mayor

Se define como el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda. (OPS/OMS, 2002)

La OMS elaboró una guía de atención primaria a las personas mayores, dedicada a los médicos de atención primaria que trabajan en los centros de salud pública y en el primer nivel de atención en América Latina y el Caribe, para lograr un abordaje integral de las mismas. Esta guía incluye entre otros:

4.1. Evaluación del estado nutricional

Pretende mediante técnicas simples, obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo. Una evaluación del estado nutricional completa debe incluir antropometría y la evaluación de los patrones alimentarios, de la ingesta de fuentes de energía y nutrientes, de algunos parámetros bioquímicos y de indicadores de independencia funcional y actividad física. Para esto se pueden utilizar varios instrumentos como ser: el mini- tamizaje de nutrición en la comunidad, el mini-examen del estado nutricional y métodos antropométricos (IMC y Circunferencia abdominal)

4.2. Evaluación del estado funcional

Se evalúa a través de la medición de las actividades básica de la vida diaria (ABVD), y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Para medir las ABVD es útil el Índice de Katz. Este índice es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados, incluye información sobre bañarse, vestirse, apariencia personal, usar el inodoro, continencia y trasladarse.

4.3. Valoración social

Se refiere a información pertinente acerca de su red de apoyo informal y familiar. Específicamente, conocer si el paciente vive solo o acompañado y quién se haría responsable de tomar decisiones en caso que el individuo

quedara incapacitado para tomar decisiones por sí mismo, incluye la escolaridad, historia laboral, su situación ocupacional y económica.

4.4. Valoración Mental

Se valora separadamente la función cognitiva y la función afectiva. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia. Para medirlo se pueden usar varias herramientas: el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado, la Escala Pfeffer (Portable Functional Assessment Questionnaire), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage entre otras.

5. Situación del adulto mayor en Honduras

En Honduras, todos los grupos declaran tener dificultades de acceso a la atención en salud, y en el segmento más bajo del nivel socioeconómico la tendencia sigue una trayectoria relativamente similar, aunque el acceso sin dificultad aumenta un poco, probablemente por el desarrollo de iniciativas focalizadas dirigidas a combatir la exclusión (Corporación Latinobarómetro, 2006).

5.1. Avances en Políticas

Honduras cuenta con una legislación especial, con el decreto No.199-2006 publicado el 21 de julio del 2007 creándose la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados, que se refiere al adulto mayor como aquellas personas que tienen sesenta (60) años de edad y más; y tiene por objeto promover y garantizar los derechos humanos de las personas mayores, y así mejorar la calidad de vida, evitar la discriminación por motivos de edad y contribuir al fortalecimiento de la solidaridad entre las generaciones (Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados, 2007).

Paralelamente, busca promover la incorporación a los sistemas previsionales, el acceso a los servicios médico-hospitalarios, propiciar la formación de recursos humanos en las áreas de gerontología y geriatría y fomentar en la familia, el Estado y la sociedad una cultura de aprecio a la vejez (Huenchuan & Rodríguez Piñero, Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección, 2010).

La ley contempla crear y ejecutar una Política Nacional para el Adulto Mayor y Jubilados, que se encuentra en proceso de revisión y la creación de la Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM): entidad desconcentrada de la administración pública, adscrita a la Secretaría de desarrollo social, con independencia administrativa, técnica y financiera. Funciona desde el año 2008,

ahora denominada Dirección del Adulto Mayor y Discapacidad; es el ente rector del Estado en materia de Adulto mayor y Jubilados. Su objetivo es velar por el respeto de los derechos de los adultos mayores y garantizar el cumplimiento de la Ley Integral de Protección al Adulto mayor. (Secretaría de Desarrollo e inclusión social, 2012)

La Política Nacional para el Adulto Mayor y Jubilados es el resultado de un trabajo realizado con el apoyo de representantes de las instituciones estatales que trabajan con adultos mayores, gremios, asociaciones, y sociedad civil organizada. Fué elaborada mediante un proceso participativo y de consulta. Contempla entre otros aspectos promover los estilos de vida saludable y el autocuidado desde etapas tempranas de la vida y en la vejez e integrar la atención al adulto mayor en el esquema de la atención primaria en salud (Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados, 2007).

La Visión de País y Plan de Nación, establece como objetivo nacional, lograr *“una Honduras sin pobreza, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión y protección social”* (Visión de País 2010-2038. República de Honduras, 2010).

Honduras cuenta teóricamente con una política de protección social que incluye al adulto mayor como uno de los grupos prioritarios, sin embargo las

actividades que se desarrollan en la actualidad son focales para este grupo poblacional a través de: Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), Programa de Asignación Familiar (PRAF), Instituto Hondureño de Jubilaciones y Pensiones (INJUPEM), Instituto de Previsión Magisterial (IMPREMA), Secretaría de Salud, Unidad de Atención Integral a la Familia, Secretaría del Interior y Población, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Alcaldías, Iglesias, Fiscalía Especial del Consumidor y Tercera Edad y Secretaría de Desarrollo Social (Secretaría de Desarrollo e Inclusión social, 2012).

Dentro de estas actividades podemos mencionar: el bono de la tercera edad a los adultos mayores en extrema pobreza, entrega mensual del paquete de alimentación básica a través de las alcaldías municipales, capacitaciones a grupos de adultos mayores y familiares y a través del proyecto de vida mejor para microempresas (Secretaría de Desarrollo e inclusión social, 2009)

La Secretaría de Salud, en la Unidad de Atención Integral a la Familia, a través del Programa Nacional de Atención Integral del Adulto Mayor realiza atención general y especializada por niveles de atención en toda la red de servicios de salud del país (CESAR, CESAMO y hospitales). Esta atención es preferencial en algunas unidades, realizando el copago por atención y por la realización de estudios de gabinete de acuerdo a las disposiciones de cada unidad. Cuenta

con dos clínicas de atención diferenciada al adulto mayor ubicadas en el CESAMO Miguel Paz Barahona de San Pedro Sula y en el CESAMO Alonzo Suazo de Tegucigalpa (Secretaría de Desarrollo e Inclusión social, 2009)

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) dispone también de un Centro de Atención Integral al Adulto Mayor en la ciudad de Tegucigalpa, que cuenta con un médico geriatra y se realizan actividades de intervención social en la familia, investigación en gerontología social, clínica y psicológica, así como diversas actividades educativas, actividad física y sociales- recreativas. Dispone de guías clínicas de atención, así como un protocolo de historia clínica integral (Pineda, 2011).

IV. METODOLOGÍA

A. Diseño Metodológico de la investigación

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo, de corte transversal realizado durante los meses de septiembre, y octubre del 2011, en dos poblaciones de adultos mayores del municipio de Juticalpa, incluye una sección analítica en la comparación de las poblaciones mencionadas a continuación, sin embargo el trabajo en general se enmarca en un estudio descriptivo:

- 1.- Adulto mayor que asiste a la consulta externa del Hospital Regional San Francisco (Adulto mayor HRSF).
- 2.- Adulto mayor que pertenece a la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras, seccional No. 11 de Juticalpa, Olancho (Maestros jubilados).

El estudio tiene una dimensión exploratoria que incluye una población con una carga de enfermedad conocida y un nivel educativo desconocido (la que asiste al hospital) y otra organizada, con un nivel educativo conocido, con una carga de enfermedad desconocida (jubilados y pensionados); evidenciar el estilo vida de ambas poblaciones e identificar factores asociados que influyen en la

tendencia por la adopción o no de estilos de vida saludables. No se postuló una hipótesis, ni se pretendió proveer una perspectiva puramente comparativa para examinar las diferencias y similitudes entre los dos grupos. El intento es más bien mostrar características importantes que sobresalen dentro de cada uno de los grupos.

Universo

Incluye todo el adulto mayor que asiste a la consulta externa del Hospital Regional San Francisco, en el período estipulado, en un número calculado de acuerdo al total de atenciones por primera vez de este grupo etario durante el año 2010 en la sala de consulta externa, haciendo un total de 4,220 adultos mayores.

Y por el otro grupo el total de adultos mayores activos de la Asociación de Maestros y Jubilados de Honduras, seccional No. 11 de Juticalpa, Olancho con un total de 125.

Población involucrada en el estudio

1. La Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras , seccional No. 11

Es parte de las 54 seccionales que conforman la Asociación Nacional de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras (AMAJUPEM) que es la organización la encargada de velar por los intereses de todos los maestros a

nivel nacional ya jubilados a través del Instituto de Previsión del Magisterio (INPREMA). Fue creada en el año 1979 por iniciativa de un grupo de maestros jubilados que estuvieron interesados en la lucha por mejores beneficios para la clase jubilada.

Esta seccional cuenta con 302 afiliados en el municipio de Juticalpa, de los cuales 125 se encuentran activos en la asociación, y dentro de las actividades que desarrollan sobresalen las actividades recreativas sociales y culturales, y actividades de beneficio comunal. (Valladares, 2011).

2. Hospital Regional San Francisco

Está ubicado en la ciudad de Juticalpa, departamento de Olacho, la ciudad cuenta con una población de 53,690 habitantes. Es la unidad de salud mas compleja de la región distrital No. 15 correspondiente al departamento de Olancho; funciona como sitio de referencia del resto de unidades del departamento y como primer nivel de atención para la población de la ciudad de Juticalpa y sus 23 áreas de influencia.

Su cartera de servicios incluye atenciones en sala de emergencia, consulta externa y hospitalizaciones; cuenta con las especialidades de pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía general, ortopedia y anestesiología; los

servicios de apoyo disponibles son: laboratorio, radiología y ultrasonografía básica, así como los servicios generales de lavandería y mantenimiento.

Se revisan a continuación datos estadísticos de la institución correspondiente al año 2011:

El número de camas disponibles es de 120 y el porcentaje ocupacional es de 79.7%. El 81.3% de las atenciones corresponden al municipio de Juticalpa.

Sala de emergencia: se realizaron 30,813 atenciones, de las cuales, el 10.5% corresponde a la población de adultos mayores; las principales causas de atención general por emergencia son: infección respiratoria aguda, atención de embarazo, lesiones de causa externa, infecciones urinarias y diarreas; correspondiendo del total de estas atenciones por causa infecciosa el 8.9% al adulto mayor.

Consulta externa: se realizaron 109,648 atenciones por consulta externa, siendo el 11.6% de ese total adultos mayores; las principales causas de atención general por consulta externa son: Infecciones respiratorias agudas, control prenatal, hipertensión arterial, diabetes mellitus e infecciones urinarias; siendo estas dos enfermedades crónicas la tercera causa de atención total de la sala de consulta externa, correspondiéndole a la población de mas de 60 años el 42% de las mismas.

Hospitalización: se realizaron 14350 egresos, correspondiendo el 5.4% al adulto mayor; las principales causas de egreso general son diabetes, infección respiratoria aguda y lesiones de causa externa.

El Hospital cuenta con atención diferenciada para adolescentes y a pacientes viviendo con VIH. La población adulta mayor es atendida en las distintas salas sin diferenciación del resto de la población demandante y no se cuenta con protocolos de atención para la atención de este grupo poblacional (Hospital San Francisco, 2012).

Criterios de inclusión

Grupo del Hospital Regional San Francisco

1.- Los adultos de 60 o más años de edad que asisten a la consulta externa de medicina general y especializada del Hospital Regional San Francisco en el período de septiembre a octubre 2011.

Grupo de Maestros Jubilados y Pensionados

1.- Los adultos de 60 o más años de edad que son miembros de la Asociación de Maestros y Jubilados de Honduras seccional No. 11 de Juticalpa, Olancho

de acuerdo al listado oficial de afiliados y que se encuentran activos durante los últimos 12 meses en las actividades promovidas por la asociación.

Criterios de exclusión

Grupo del Hospital Regional San Francisco

- 1.- Los adultos de 60 o más años de edad que no proceden del municipio de Juticalpa.
- 2.- Los adultos de 60 o más años de edad que pertenezcan a la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras.
- 3.- Los adultos de 60 o más años de edad que asisten a la consulta externa del Hospital Regional San Francisco y rehúsen realizar la encuesta.

Grupo de Maestros Jubilados y Pensionados

- 1.- Maestros y Jubilados que no pertenecen al municipio de Juticalpa.
- 2.- Maestros y Jubilados que no se encontraron en su residencia después de tres visitas.
- 3.- Maestros y Jubilados que rehusaron completar la encuesta.

Marco muestral

La muestra está constituida por 408 adultos mayores, 356 en el grupo del hospital y 52 en el grupo de maestros jubilados y pensionados. La selección se hizo de forma no probabilística, por conveniencia.

Se utilizó la siguiente fórmula: $n_0 = \frac{Z^2 \times pq}{E_0^2}$

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1) / N}$$

N = Universo

$$Z = 1.96^2 = 3.8416$$

p = Prevalencia del evento es 50% o sea 0.5

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$E_0^2 - 0.05^2 = 0.0025 \text{ (error)}$$

Nivel de confianza al 95% entonces $1 - \alpha = 95\%$ cuando el nivel de confianza es 95%,

$$Z = 1.96$$

e = (error máximo permitido) en este caso consideramos un 5%, pero como trabajamos con valores relativos = 0.05

Muestra del Hospital Regional San Francisco

La selección se realizó a través de visitas diarias de lunes a viernes al área de consulta externa del hospital, identificando los adultos mayores por conveniencia hasta completar el total de la muestra.

Muestra de Maestros Jubilados y Pensionados

En este grupo la selección de la muestra se inició durante la celebración del día del maestro (17 de septiembre 2011) aplicándose 30 encuestas, completando el total requerido, con visitas a las casas de los jubilados distribuidas en el casco urbano de la ciudad de Juticalpa, escogidas por conveniencia, de acuerdo a una lista facilitada por la presidenta de la seccional 11.

Unidad de Análisis

Estilos de vida del adulto mayor que asiste a la consulta externa del Hospital Regional San Francisco y de adultos mayores miembros de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras, seccional No. 11 de Juticalpa, Olancho.

Unidad de Observación

Adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital Regional San Francisco y adultos mayores miembros de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras, seccional No. 11 de Juticalpa, Olancho.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recoger la información se utilizó la técnica de la encuesta a través de la elaboración de un cuestionario estructurado. El instrumento constaba de cuatro apartados con 102 ítems que contemplaban datos generales, información socio-económica; el estilo de vida en siete dimensiones: actividad física y deporte, uso del tiempo libre, consumo de alcohol, tabaco, otras sustancias psicoactivas (café, sodas y drogas lícitas e ilícitas), tipo de alimentación y acciones de auto cuidado; y el último apartado referente al perfil clínico epidemiológico. El coeficiente de confiabilidad de alfa de cronbach fue de 0.78 lo que garantiza la validez del instrumento.

En el apartado de estilos de vida se indagó la frecuencia utilizando para esto la escala de actitudes tipo Likert (siempre, casi siempre, a veces, nunca y casi nunca). Con los resultados de la frecuencia de las variables de actividad física, se elaboró la variable de frecuencia de actividad física saludable, que contempla las frecuencias de siempre y casi siempre, el resto de veces, casi nunca y nunca se consideró no saludable. Para indagar en la alimentación y el autocuidado, se consideró una frecuencia saludable las situaciones en las que se respondió con una frecuencia de siempre y casi siempre si la práctica es adecuada, y nunca y casi nunca cuando más bien la omisión de esa práctica es adecuada (consumo de grasas, comida rápida y dulces).

En el perfil clínico epidemiológico se contempló la toma de presión arterial utilizando para ello esfigmomanómetros manuales con columna de mercurio y realizando dos tomas, una en cada brazo, sentados en una silla con espalda recostada, considerando como valor final el promedio de ambas tomas; el peso en una báscula digital portátil realizando dos tomas y obteniendo un valor promedio; la talla se midió con un tallímetro de pared.

La agrupación de los valores de presión arterial se realizó de acuerdo a establecido en el JNC 7; el índice de masa corporal y circunferencia abdominal de acuerdo a los parámetros establecidos por la OMS para los adultos mayores. Para la evaluación funcional se utilizó el índice de Katz, que es una escala para medir las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) midiendo el grado de independencia o dependencia de bañarse, vestirse, aseo personal, usar el inodoro, continencia, trasladarse, caminar y alimentarse; y el grado de deterioro cognitivo se midió a través del cuestionario de Pfeiffer, utilizado en pacientes sin escolaridad.

Los instrumentos fueron validados mediante una prueba piloto, la que se aplicó a 25 adultos mayores en salas de hospitalización del Hospital Regional San Francisco, realizando las readecuaciones pertinentes. En el proceso de recolección de los datos participaron tres encuestadores más, que fueron

previamente capacitados en la aplicación del instrumento; el costo económico de la investigación fue financiado por JICA.

4.3 Consideraciones éticas

A cada persona encuestada se le brindó información sobre el propósito del estudio, obteniendo el consentimiento verbal respectivo para llenar el cuestionario, cuidando de su anonimato.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

La información recogida se ingresó a una base de datos en forma automatizada empleando el paquete estadístico SPSS versión 11.0, se elaboraron tablas de contingencia para analizar los resultados en el programa y se utilizaron como medidas estadísticas frecuencias, medidas de tendencia central como la media, desviación estándar, porcentajes y el test de Chi – cuadrado de Pearson para determinar la significancia estadística en algunas variables.

Los resultados se muestran a través de tablas y gráficos en el programa de Word y Excel, presentados de acuerdo a los apartados en que se dividió el cuestionario, realizando los cruces de variables y construyendo nuevas como se mencionó anteriormente variables para facilitar el análisis según lo formulado en los objetivos.

V. RESULTADOS

1. Condiciones sociodemográficas

Tabla 1. Rangos de edad del adulto mayor en dos grupos poblacionales
Juticalpa ,2011

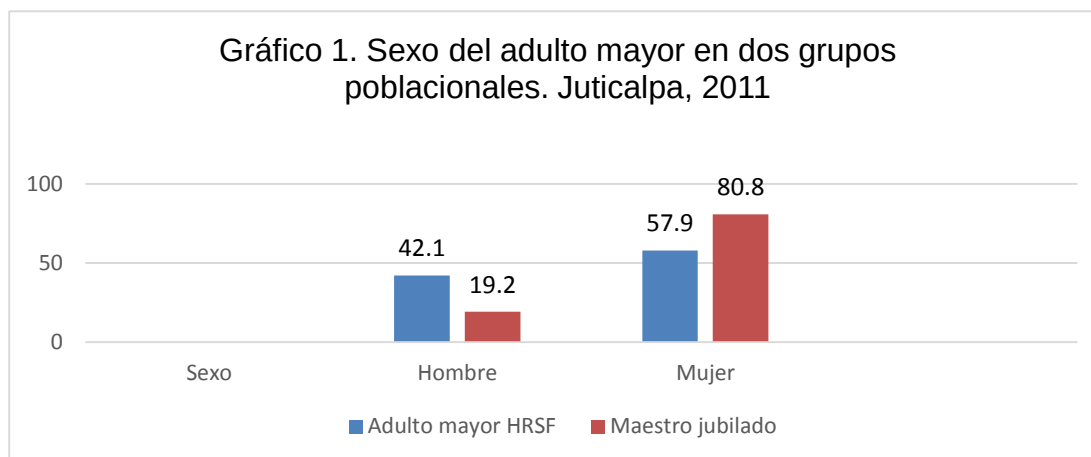
Grupos de edad	Adulto mayor HRSF*	Maestro jubilado	Total de adultos mayores
	N (%)	N (%)	N (%)
60-65 años	111 (31.2)	30 (57.7)	141 (34.6)
66-70 años	94 (26.4)	14 (26.9)	108 (26.5)
71-75 años	74 (20.8)	4 (7.7)	78 (19.1)
76-80 años	43 (12.1)	3 (5.8)	46 (11.3)
81-85 años	23 (6.4)	0 (0)	23 (5.6)
86-90 años	7 (1.9)	0 (0)	7 (1.7)
91-95 años	3 (0.8)	0 (0)	3 (0.7)
96-100 años	1 (0.3)	1 (1.9)	2 (0.5)
Total	356 (100)	52 (100)	408 (100)

Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

*Hospital Regional San Francisco

En esta tabla se observa que el mayor porcentaje, en ambos grupos correspondió al grupo de adulto mayor de 60-65 años, disminuyendo la frecuencia conforme aumenta la edad para ambos grupos en estudio.

En el grupo que acude al Hospital la moda fue 64, la media 70, la mediana 69, y la desviación standard 7.3. En el grupo de jubilados la moda fue 62, la media 66, la mediana 65 y la desviación standard 6.7.



Fuente: Encuesta sobre estilo de vida del adulto mayor

El sexo femenino predominó en los dos grupos de adulto mayor; siendo más evidente el predominio en el grupo de maestros jubilados.

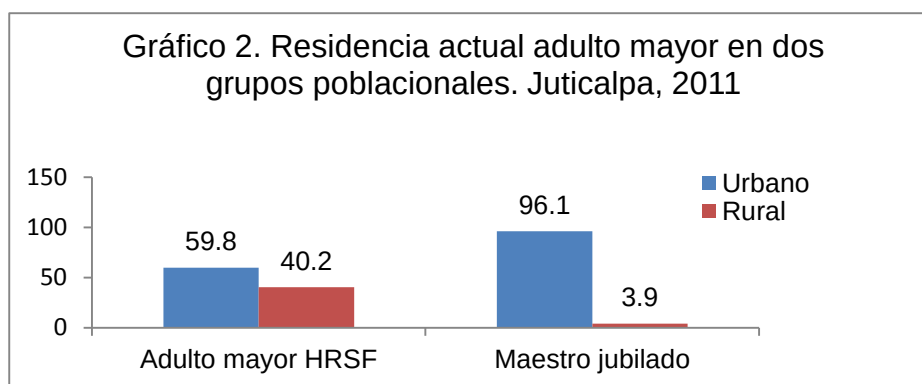
Tabla 2. Estado civil del adulto mayor en dos grupos poblacionales. Juticalpa, 2011

Estado civil	Adulto mayor HRSF*	Maestro jubilado	Total de adultos mayores
	N (%)	N (%)	N (%)
Casado (a)	146 (41)	35 (67.3)	181(44.4)
Soltero (a)	73 (20.5)	8 (15.4)	81(19.8)
Unión libre	33 (9.3)	0 (0)	33(8.1)
Viudo	104 (29.2)	9 (17.3)	113(27.7)
Total	356 (100)	52 (100)	408 (100)

Fuente: Encuesta sobre estilo de vida del adulto mayor

*Hospital Regional San Francisco

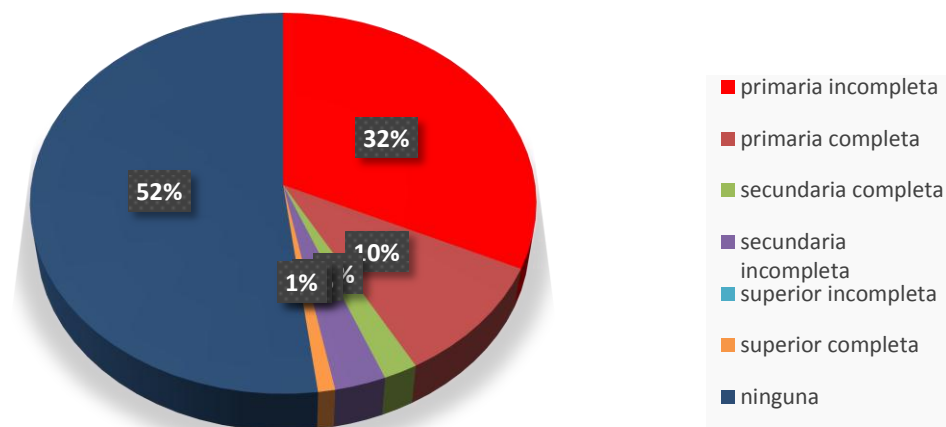
Indudablemente la población que asistió al hospital representa un corte a diferentes estados civiles. El mayor porcentaje reportó un estado civil de casado (a) y en segundo lugar viudo (a), en ambos grupos; y el menor porcentaje correspondió al estado civil de unión libre, siendo estos valores significativos estadísticamente ($p < 0.05$).



Fuente: Encuesta sobre estilo de vida del adulto mayor

La residencia urbana predominó en ambos grupos de estudio, siendo más marcada en el grupo de jubilados, influenciada por el tipo de muestreo utilizado en este grupo. En el grupo del hospital representó una proporción de 60/40.

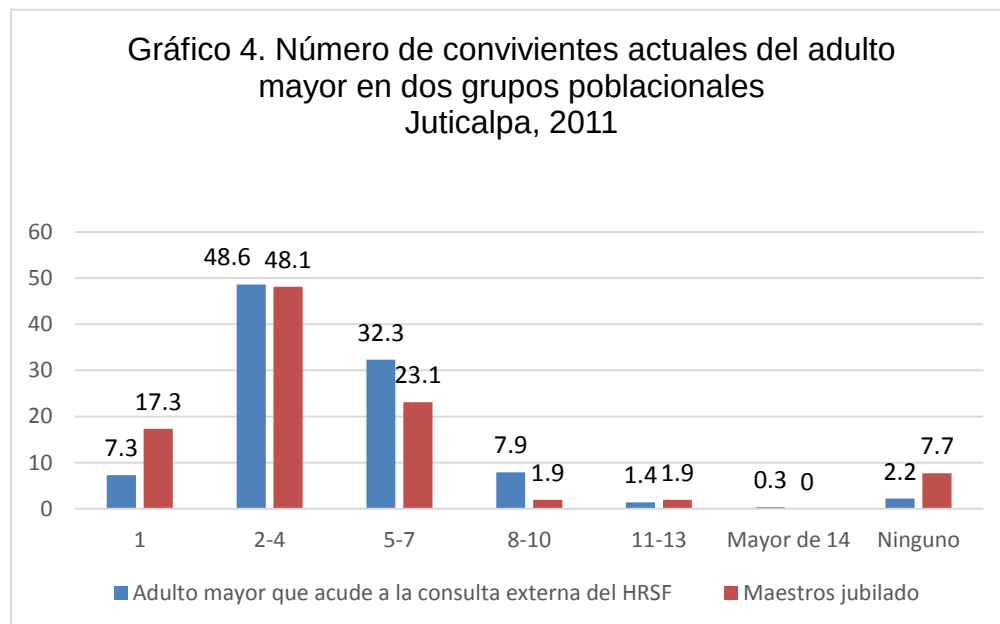
Gráfico 3. Años de escolaridad del adulto mayor que asiste a la consulta externa del Hospital Regional San Francisco Juticalpa 2011



Fuente: Encuesta sobre estilo de vida del adulto mayor

Un poco más de la mitad de este grupo reportó ninguna escolaridad, y en la otra mitad con escolaridad, la categoría de primaria incompleta prevaleció, seguida de los que reportaron una primaria completa. Es muy bajo el porcentaje de este grupo que avanzó en estudios superiores.

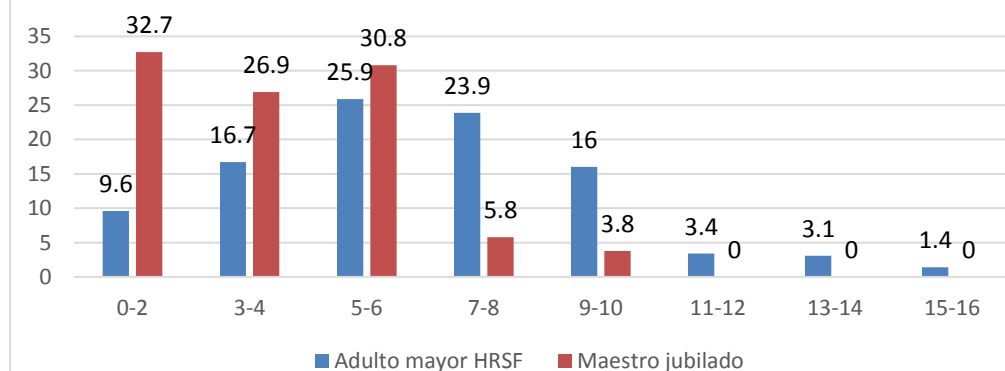
Del grupo de maestros jubilados no se mostró gráfico, por su condición, todos alcanzaron la educación secundaria completa.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

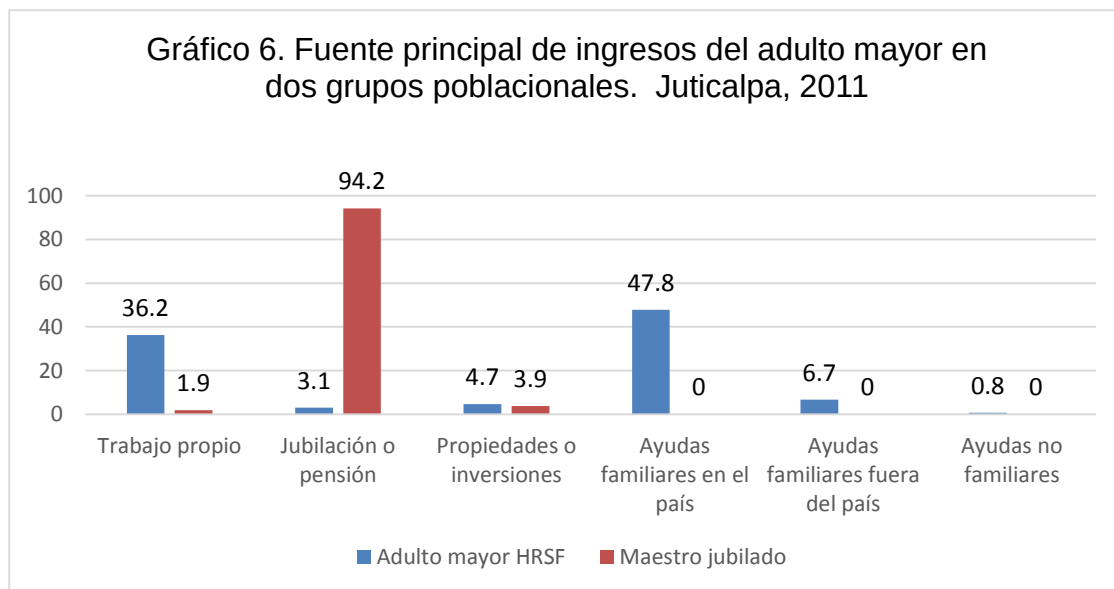
El mayor número de convivientes con el adulto mayor correspondió al rango de 2 a 4 convivientes, seguido del número de 5 a 7 convivientes en ambos grupos, representando ambos un 80% en el grupo del hospital y alrededor del 70% en el de maestros jubilados. Aunque la ausencia de convivientes fue mayor en el grupo de jubilados, así como también el menor número de los mismos (1), no fue significativa estadísticamente ($p > 0.05$)

Gráfico 5. Número de hijos vivos con que cuenta el adulto mayor, en dos grupos poblacionales. Juticalpa, 2011



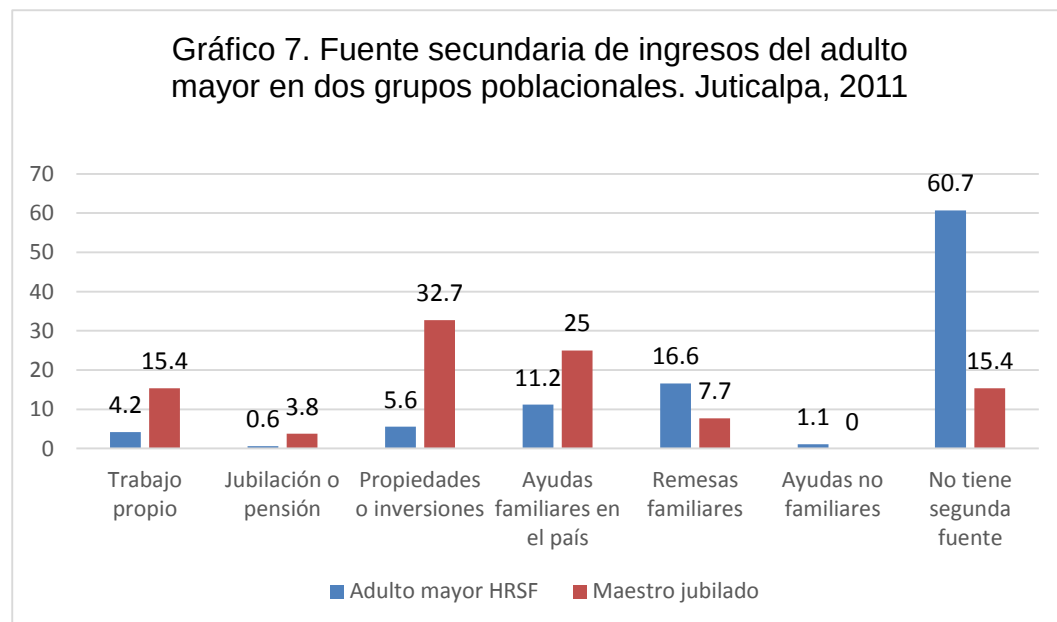
Fuente: Encuesta sobre estilo de vida del adulto mayor.

Se muestra una alta frecuencia al reporte de un mayor número de hijos vivos en el grupo del hospital, se observan frecuencias aún considerables hasta los rangos de 9-10 hijos, y alrededor del 50% de los resultados se concentraron en tener entre 5 y 8 hijos vivos. La Moda fue de 5, media 6, mediana 6, y la desviación standard 3. En los jubilados el 90% se concentró en los intervalos de 0 hasta 6 hijos vivos, con frecuencias muy bajas en los rangos de más de 7 hijos. La moda fue de 2, media 4, mediana 4 y la desviación standard 2.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

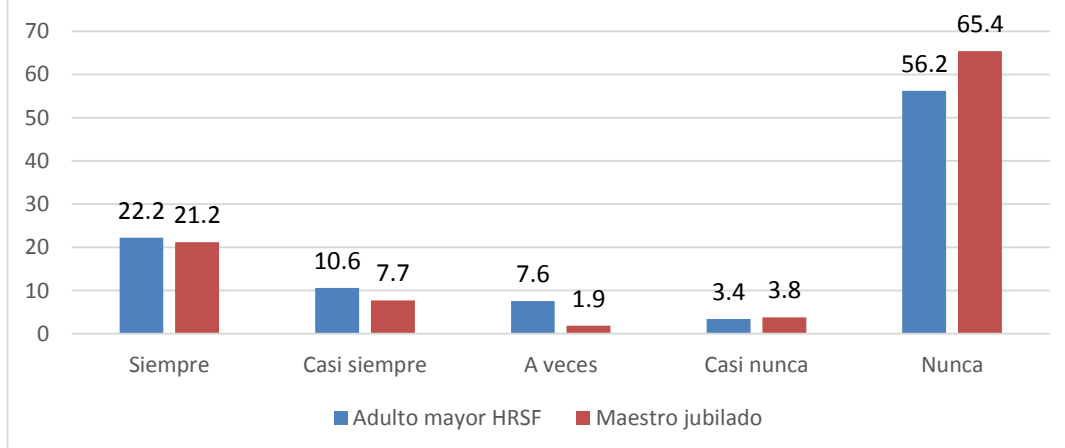
Con significancia estadística ($p < 0.05$) se observó en el grupo del hospital que un alto porcentaje depende económicamente aún del trabajo propio, y la dependencia de los familiares es más del 50%, contrario al grupo de jubilados, únicamente un pequeño porcentaje se mantiene aún en el mercado laboral, sin depender de ayudas familiares, y además reflejaron su dependencia económica principal en el aporte recibido por su jubilación y algunos suman otro tipo de ingresos además.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

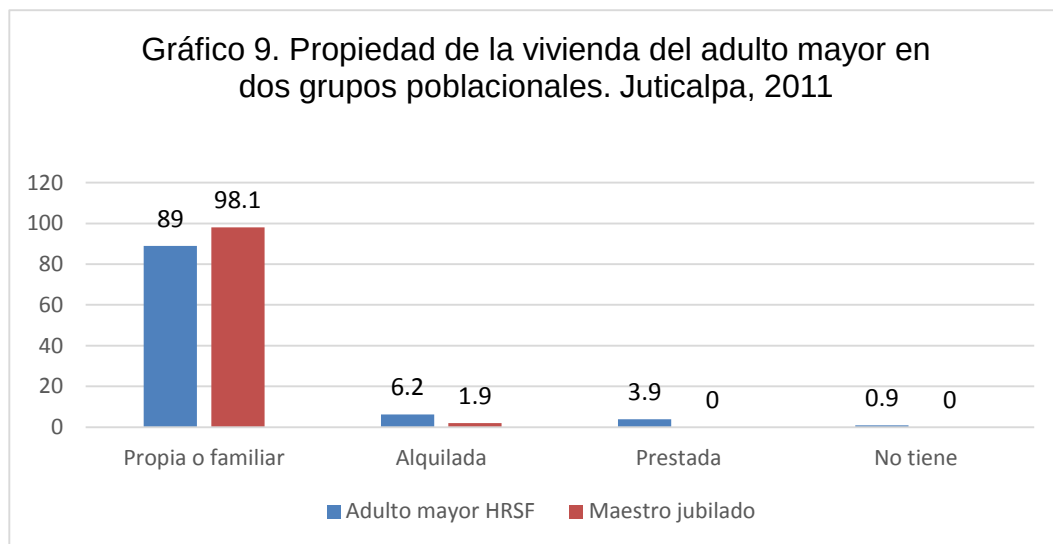
Se muestra que el grupo del Hospital más de la mitad de los casos (60%) cuenta con una sola fuente de ingresos, a diferencia con los jubilados con un 15%, manteniéndose este último grupo aún activo en el mercado laboral, aunque en proporción menor que el grupo del hospital (Aproximadamente 50% menos). Los que refirieron una segunda fuente de ingresos proviene principalmente de ayuda de familiares en el grupo del Hospital y en el grupo de jubilados de propiedades o inversiones y ayudas familiares en menor grado.

Gráfico 8. Realización actual de actividad remunerada por el adulto mayor en dos grupos poblacionales. Juticalpa, 2011



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

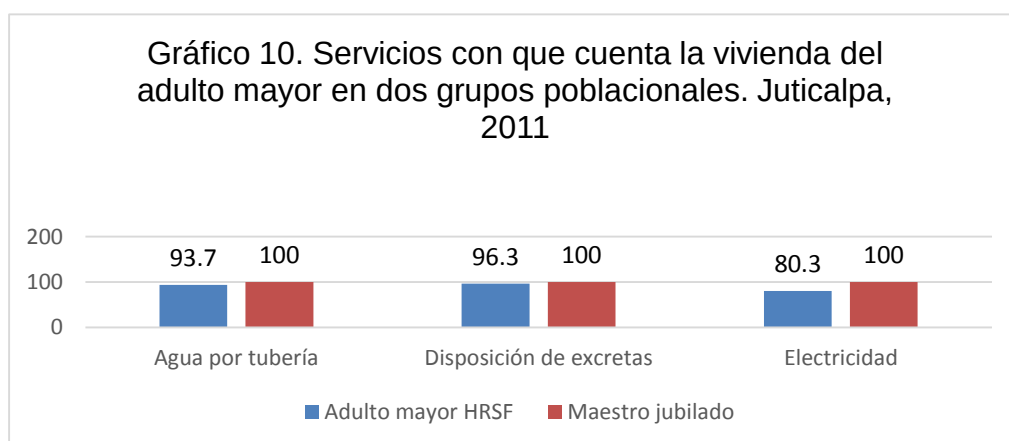
El gráfico muestra que ambos grupos coinciden en la distribución de la frecuencia de actividad remunerada, predominando el hecho de la no realización de actividades que generen ingresos en más del 50%, seguida por debajo del 25% de valores similares para los dos grupos que reportaron siempre la realización de estas actividades.



Fuente: Encuesta sobre estilo de vida del adulto mayor.

En ambos grupos la vivienda de residencia del adulto mayor es propia o familiar. Con un bajo porcentaje que reportó ser alquilada.

En el grupo del hospital además se encontró que la tenencia de la vivienda era prestada y en muy pocos casos no contaba con vivienda (0.9%).

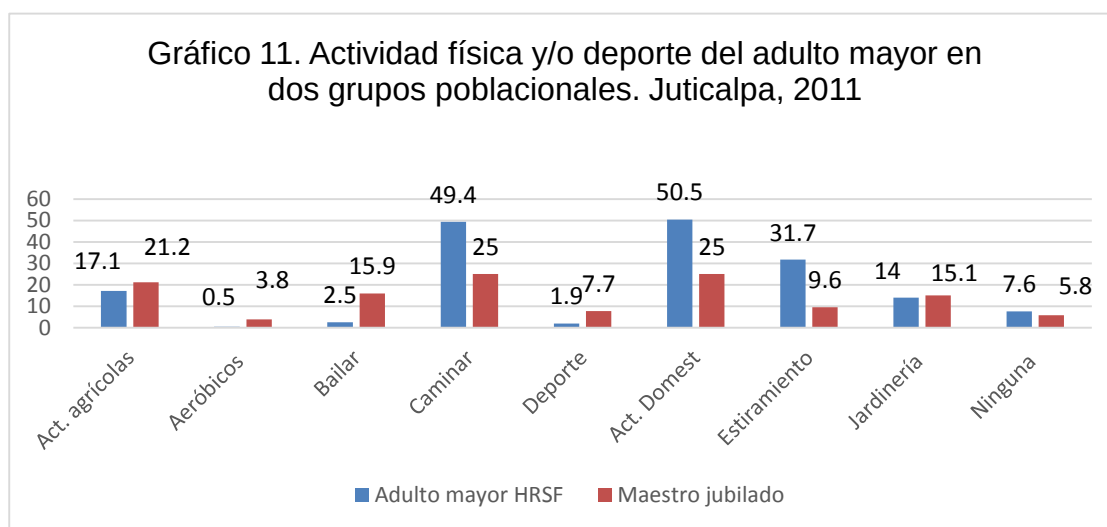


Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

La tabla muestra que la vivienda del maestro jubilado contó en un 100% con los principales servicios básicos. En el grupo del Hospital, se encontró porcentajes altos de los tres servicios, siendo el de menor disponibilidad el de energía eléctrica. (80.3%).

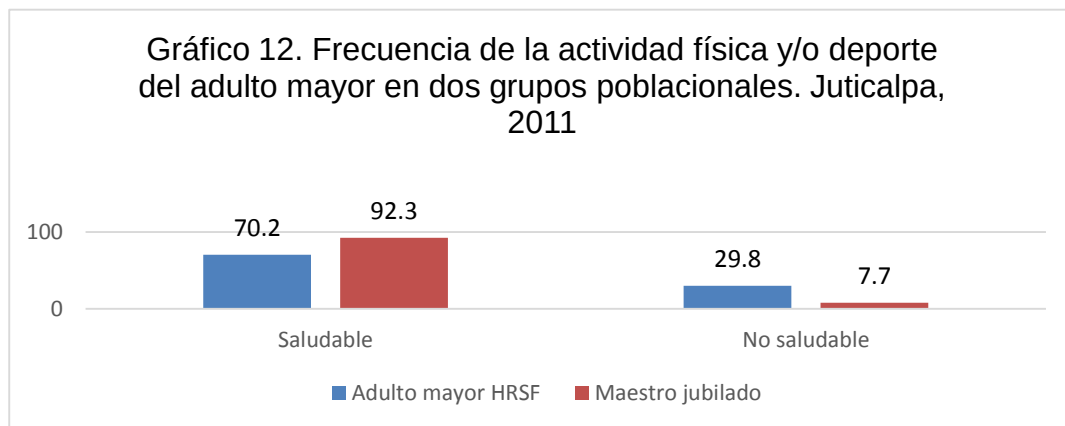
2. Estilos de vida relacionados con la salud

2.1. Actividad física



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

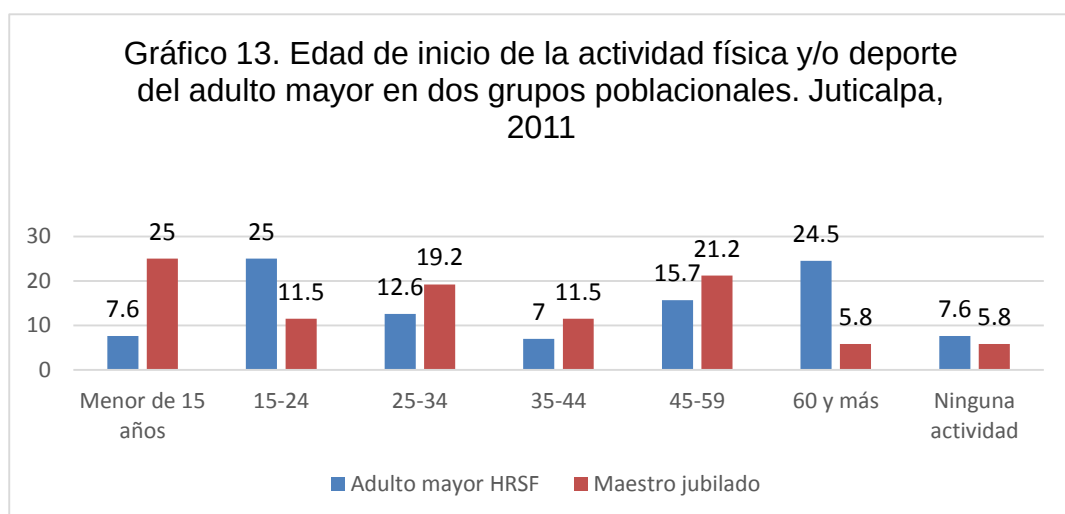
En ambos grupos predomina la actividad de caminar, siendo más evidente en el grupo de adultos mayores del HRSF. Así también se ve un predominio de ejercicios de estiramiento.



Fue

nte: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

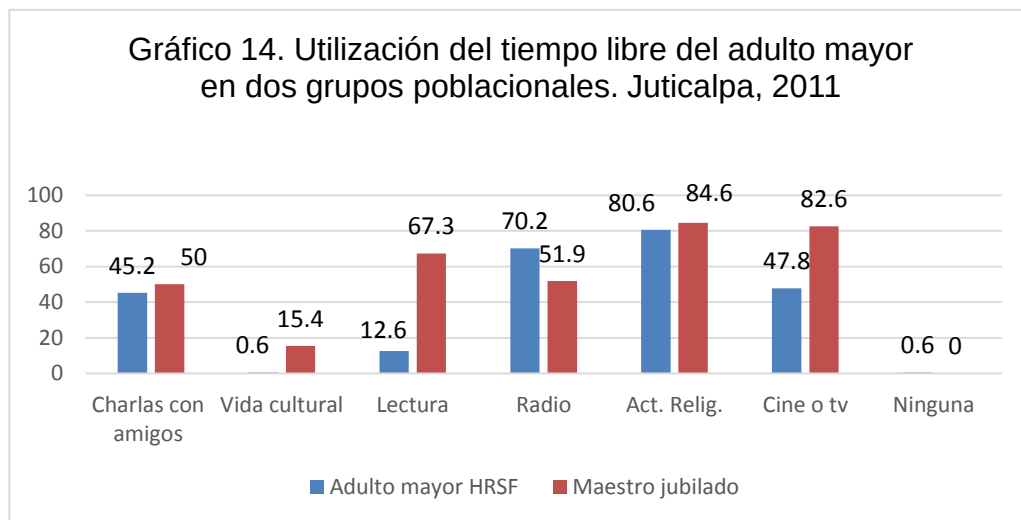
En ambos grupos predominó la actividad física saludable (frecuencia de siempre y casi siempre en la realización de actividades). Sin embargo hay mayor proporción de jubilados en actividades saludables, que resulta ser estadísticamente significativa ($p < 0.05$).



Fue

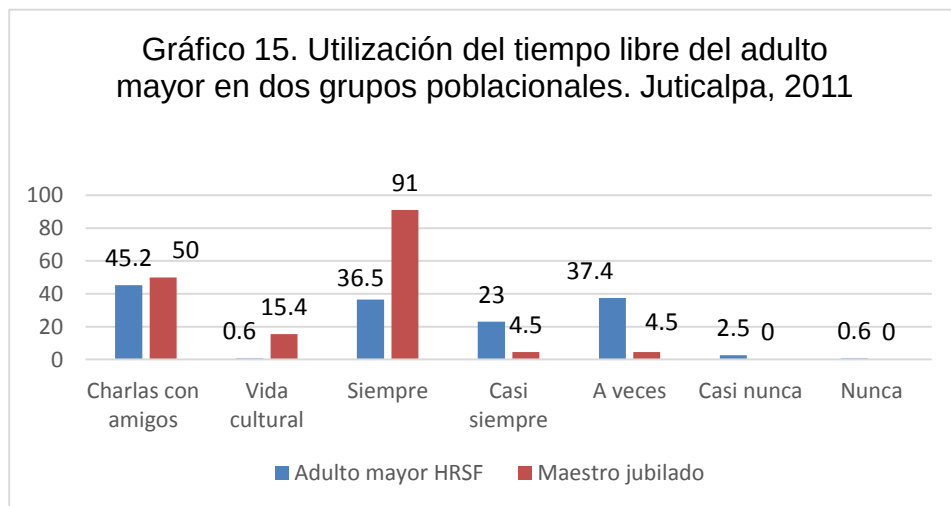
nte: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

Se observó que en el grupo de jubilados hay un inicio más temprano de las actividades físicas reportadas, con una elevación nuevamente en el período previo a los 60 años. En el grupo del hospital el inicio de estas fue un poco más tarde, con un incremento significativo a partir de los 60 años, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.5$).



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

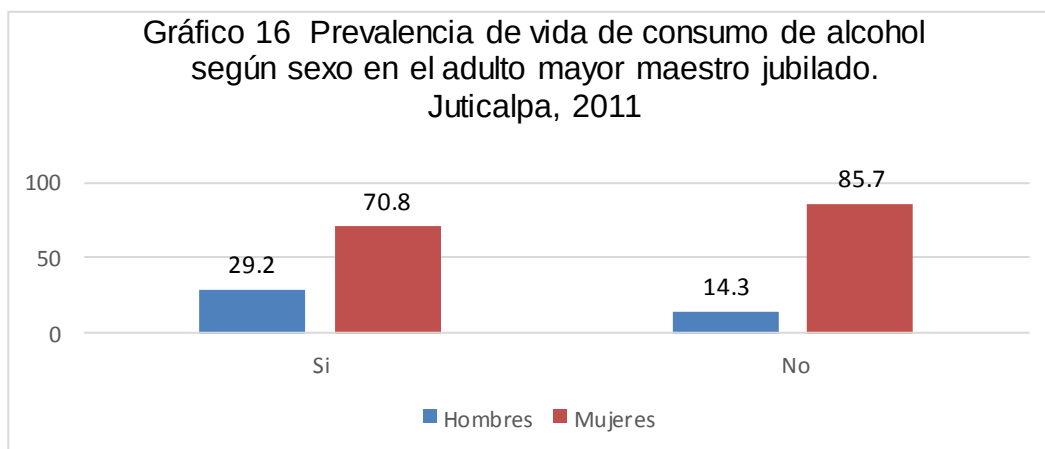
En el gráfico se observa que ambos grupos reportaron una amplia variedad de actividades de tiempo libre, siendo las actividades religiosas-espirituales las que representaron el mayor porcentaje en ambos grupos.



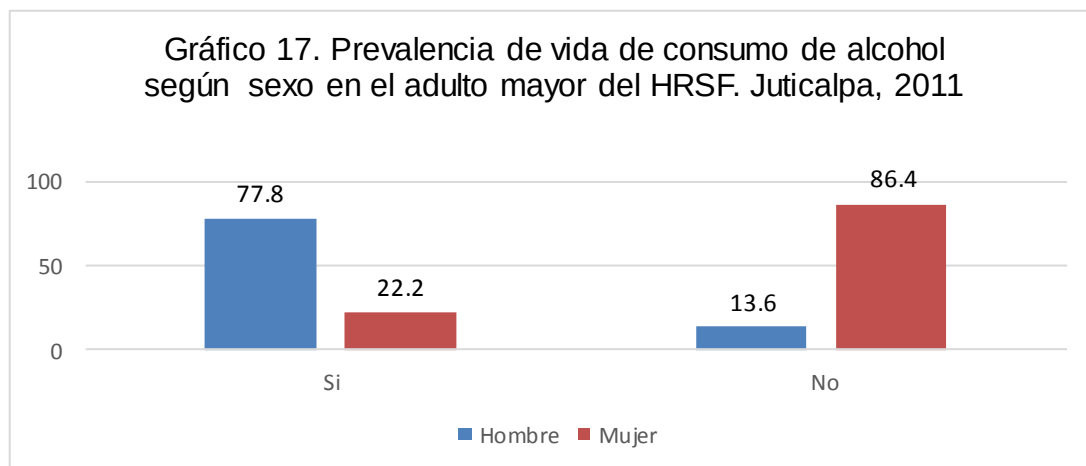
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

La frecuencia en la realización de estas actividades fue más constante en el grupo del hospital con significancia estadística ($p < 0.05$)

2.3. Alcohol

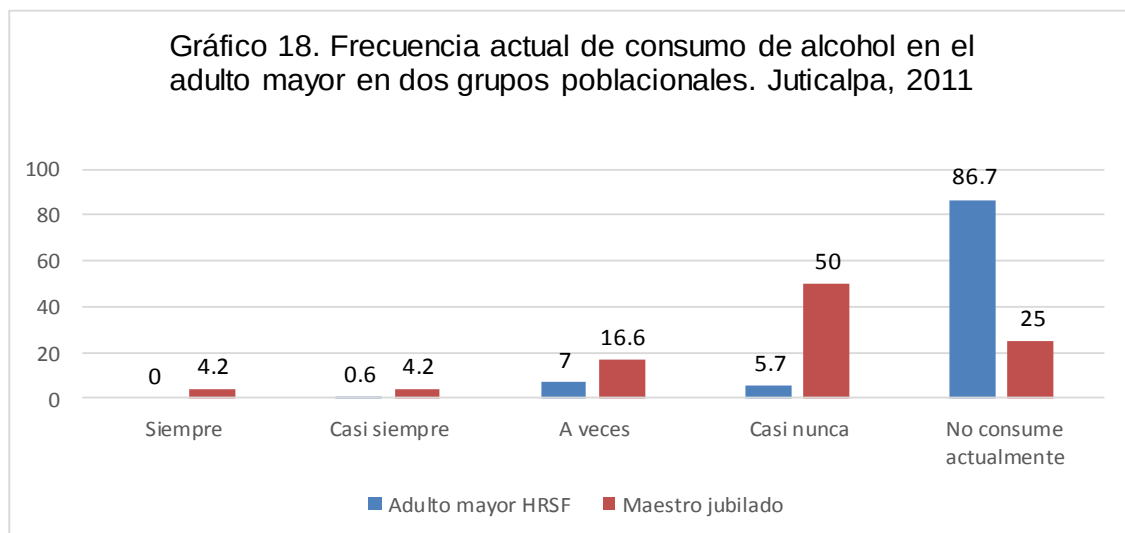


Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.



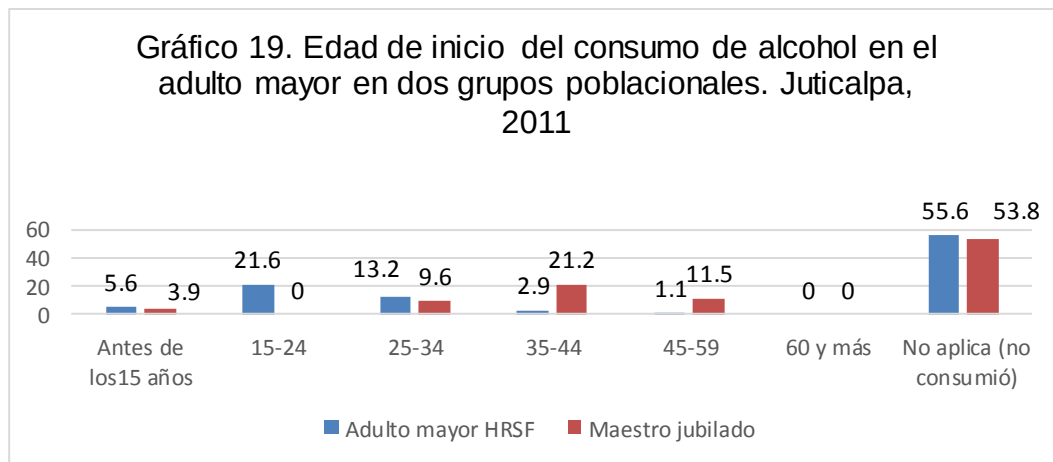
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

En el gráfico 16 y 17 se muestra una prevalencia de alcohol menor del 50%, ligeramente mayor en el grupo de maestros jubilados ($p < 0.05$). En la distribución por sexo, se observó mayor consumo en el sexo masculino en el grupo del hospital y en el femenino en el grupo de jubilados, pero en general la abstinencia se presentó más en el sexo femenino en ambos grupos.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

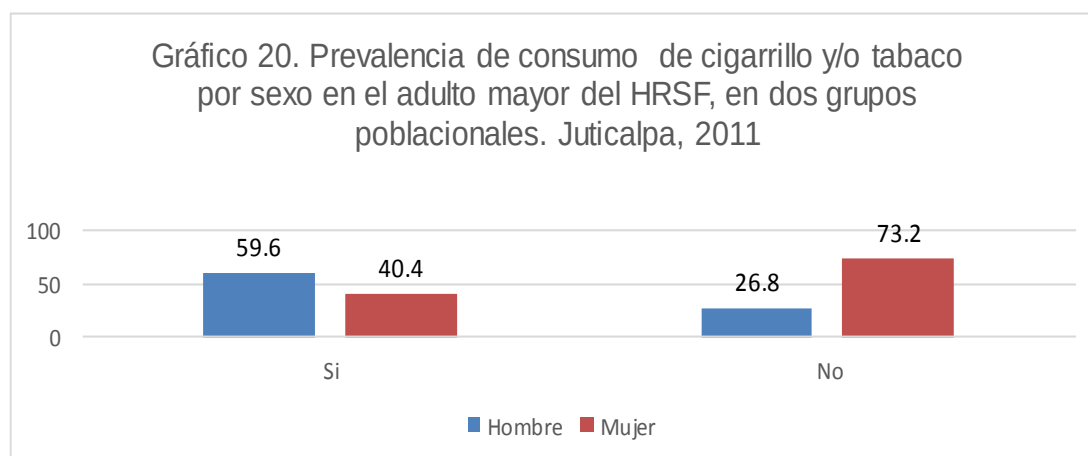
La tendencia en el consumo de alcohol en ambos grupos es a la disminución y al abandono, siendo más significativa estadísticamente esta última en el grupo del hospital ($p<0.05$).



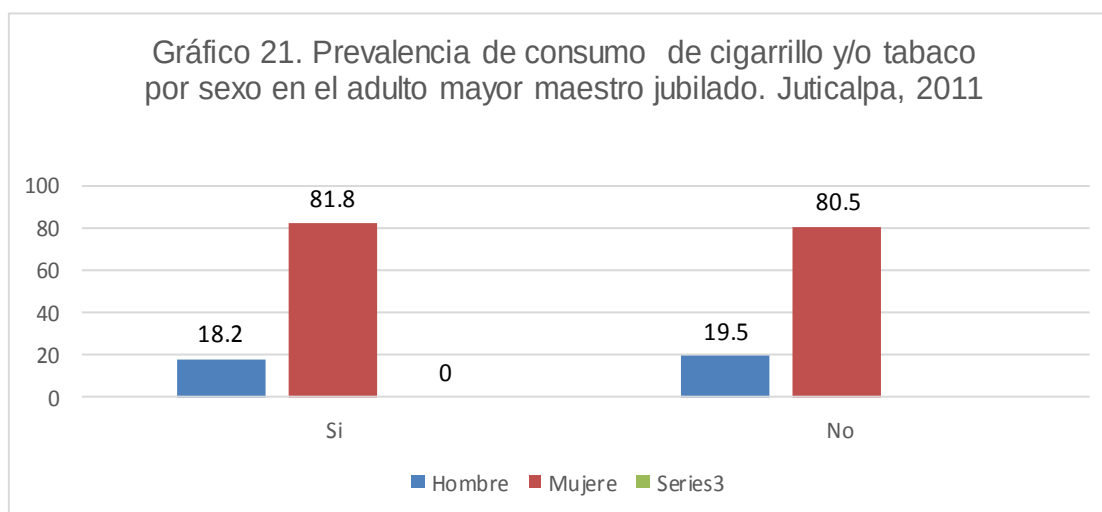
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

A pesar de que sobresale en ambos grupos el inicio del consumo de alcohol desde etapas muy tempranas de la vida, en el adulto mayor del Hospital, el pico de inicio fue con mayor frecuencia en menor edades (15-34 años), en relación al grupo de maestros jubilados (35-59 años) siendo estadísticamente significativo ($p<0.05$).

2.4. Tabaco y/o cigarrillo



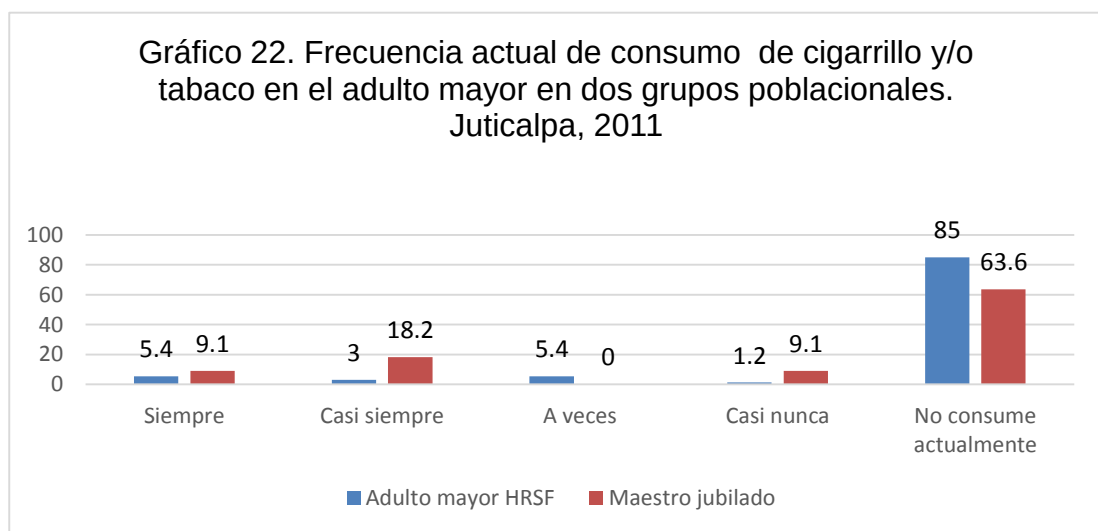
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

En los gráficos 20 y 21 se observó con significancia estadística que la prevalencia de consumo de cigarrillo y/o tabaco es mayor en el grupo del hospital que en el grupo de maestros jubilados ($p < 0.05$).

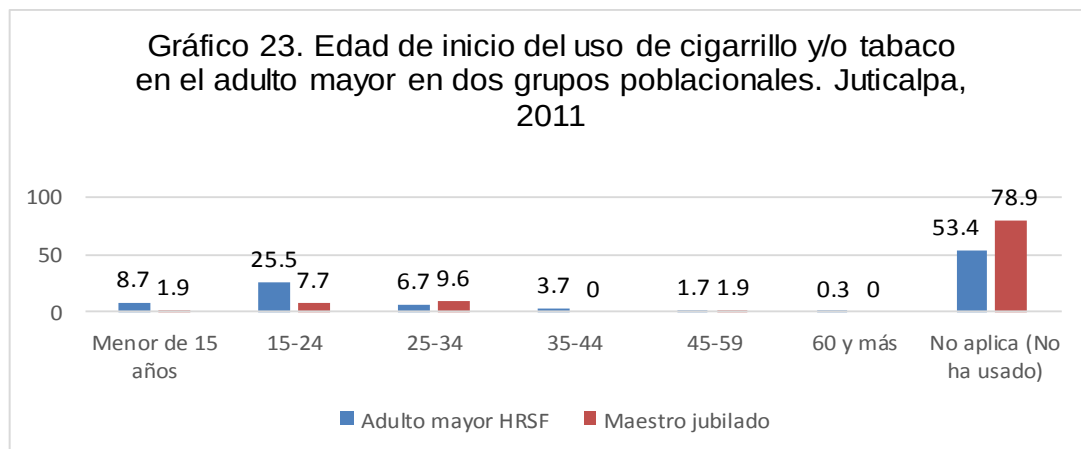
Entre los consumidores, predominó el sexo masculino en una proporción 60/40 en el grupo del hospital, y el sexo femenino en el de jubilados, por el considerable predominio de este sexo en la muestra de este grupo; sin embargo la abstinencia fue mayor en el sexo femenino en ambos grupos.



F

Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

En el gráfico 22 se observó la tendencia al abandono del consumo de cigarrillo y/o tabaco en ambos grupos, con predominio de esta tendencia más en el grupo de adultos mayores del hospital ($p < 0.05$)



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

La mayor frecuencia del pico de inicio en el uso de cigarrillo y tabaco se presentó a una menor edad en el grupo del hospital (15-24 años), en relación al grupo de maestros jubilados (25-34 años) con significancia estadística ($p < 0.05$). Sin embargo se puede resaltar que este consumo en ambos grupos ya se inicia en edades menores, con predominio en el grupo del hospital.

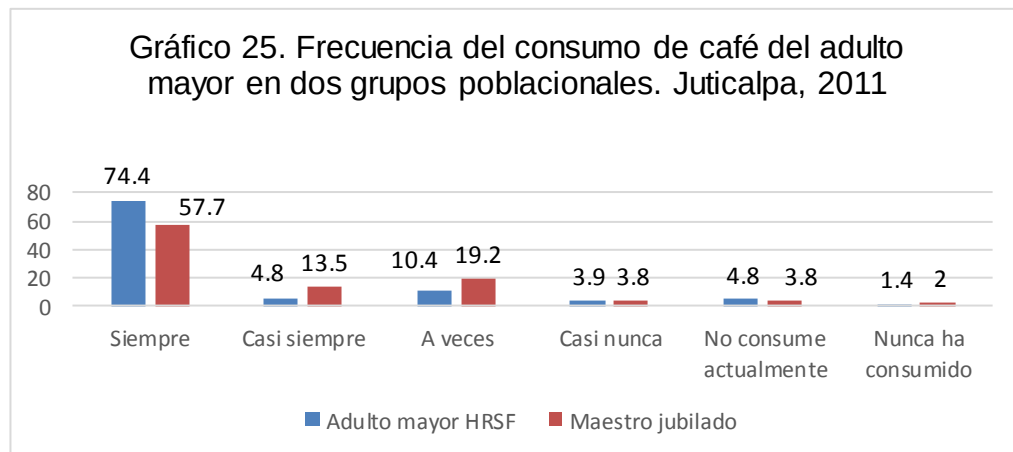


Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

*Incluye compartir momentos con personas que fumaban y alejamiento al fumar.

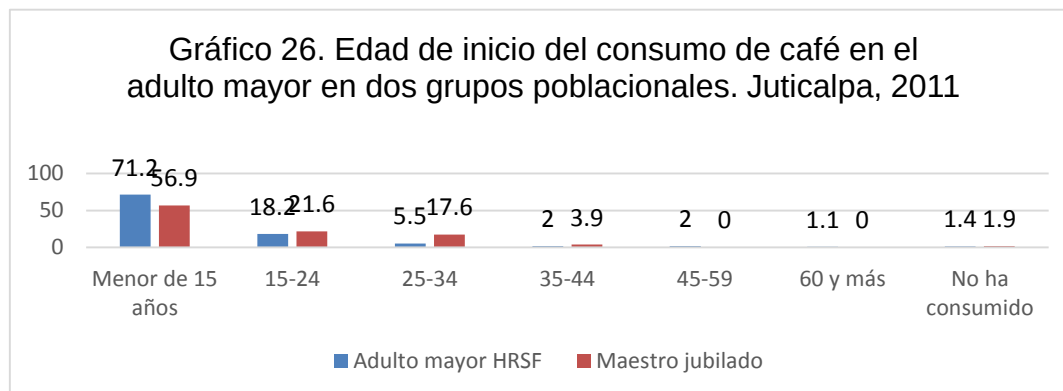
Se observó un bajo cumplimiento en las medidas de prevención secundaria, siendo más evidente el incumplimiento en el grupo de maestros jubilados. Predominó el cumplimiento de únicamente una media de prevención secundaria en ambos grupos, siendo mayor para el grupo del Hospital en una proporción de 60/40 en relación al grupo de jubilados ($p<0.05$).

2.5. Café



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

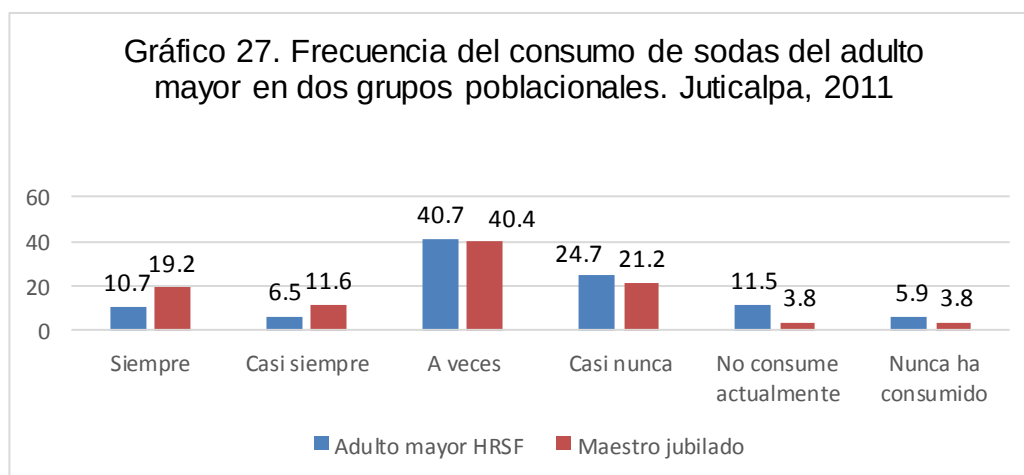
El consumo de café es frecuente en ambas grupos de estudio



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

El consumo de café se inicia en a en ambos grupos en los primeros años de la vida, antes de los quince años en ambos grupos.

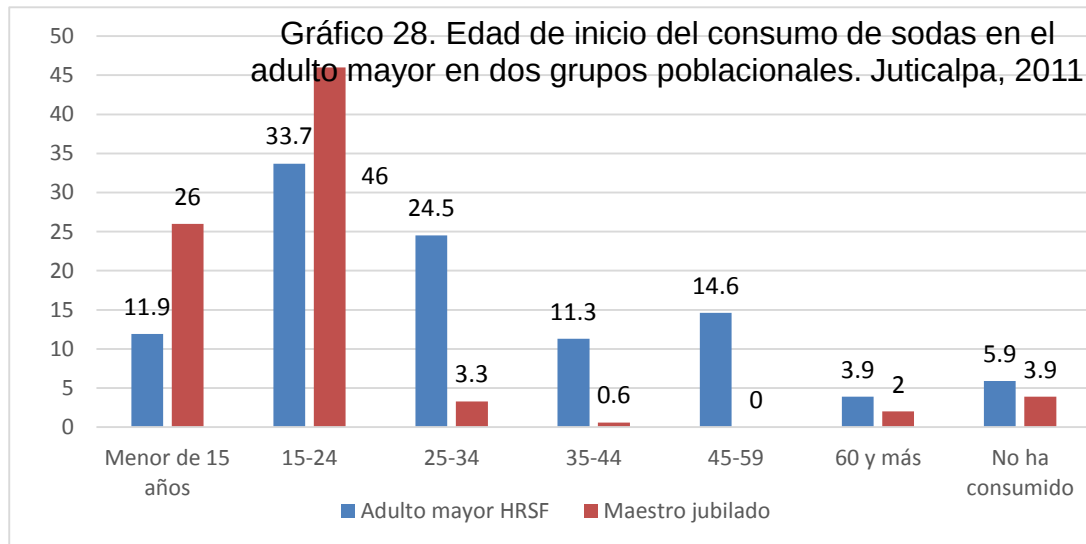
2.6. Sodas



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

La distribución de las frecuencias del consumo es similar en ambos grupos, predominando la frecuencia neutral de a veces. Es interesante resaltar que existe un porcentaje de adultos mayores que nunca han consumido sodas en

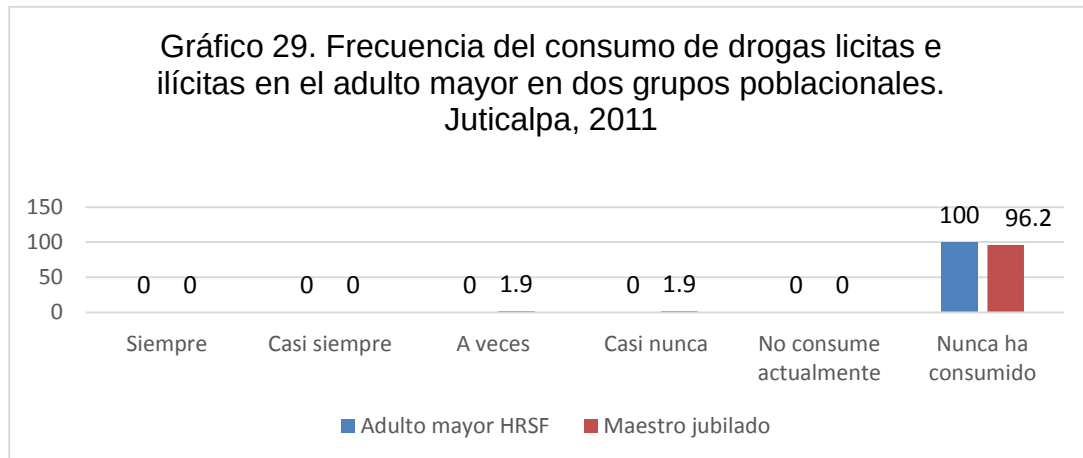
ambos grupos, así como cierto porcentaje que abandonó su consumo en algún momento de su vida.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

El grupo de jubilados con una mayor frecuencia inicia a edades más tempranas el consumo de sodas, encontrándose significación estadística $p < 0.05$. La distribución de la edad de inicio de este consumo es un poco más dispersa en el grupo del hospital.

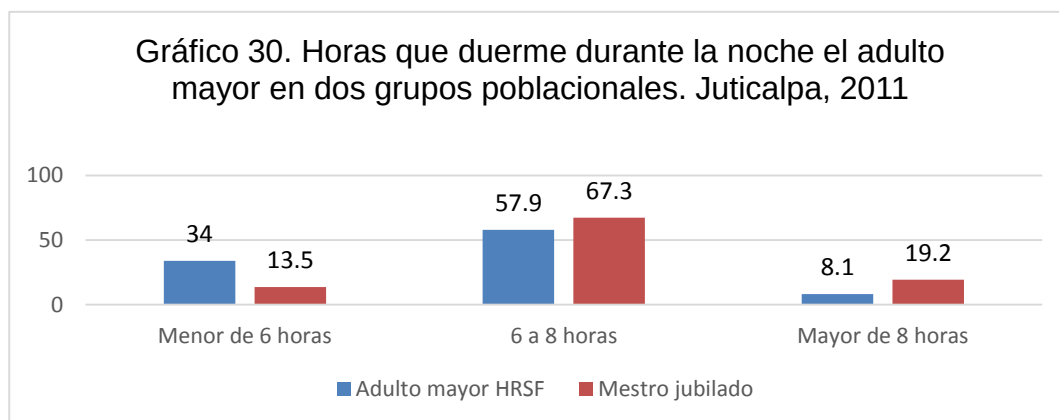
2.7. Drogas lícitas e ilícitas



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

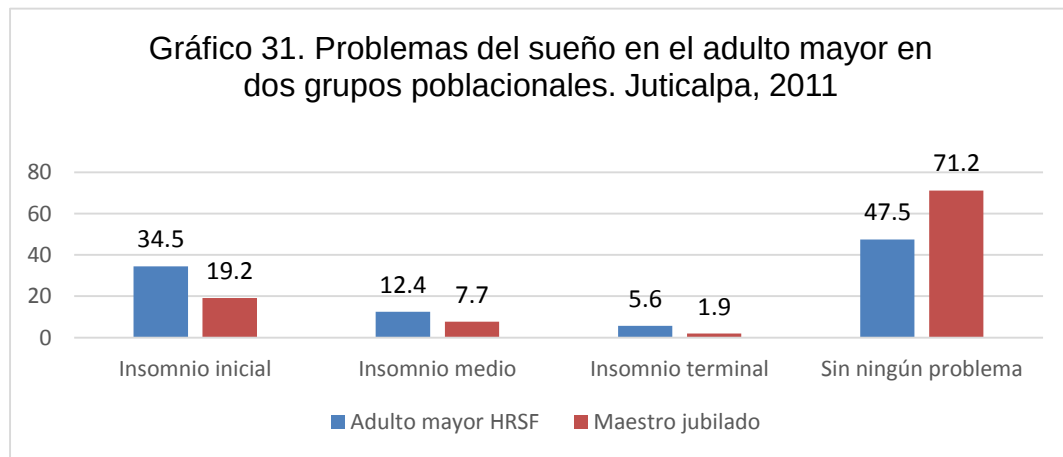
Se puede apreciar que no hay un consumo significativo de drogas lícitas o ilícitas.

2.8. Sueño



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

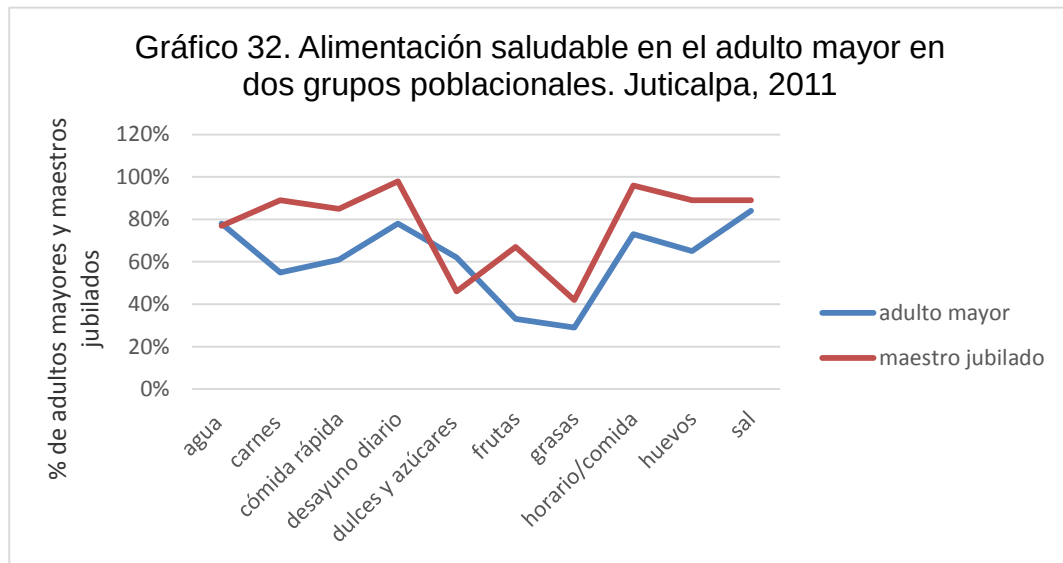
En ambos grupos se observa una mayor frecuencia en el intervalo de 6 a 8 horas de sueño durante la noche; para luego acortarse un poco el tiempo en el grupo del hospital, y prolongándose estas horas en el grupo de jubilados.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

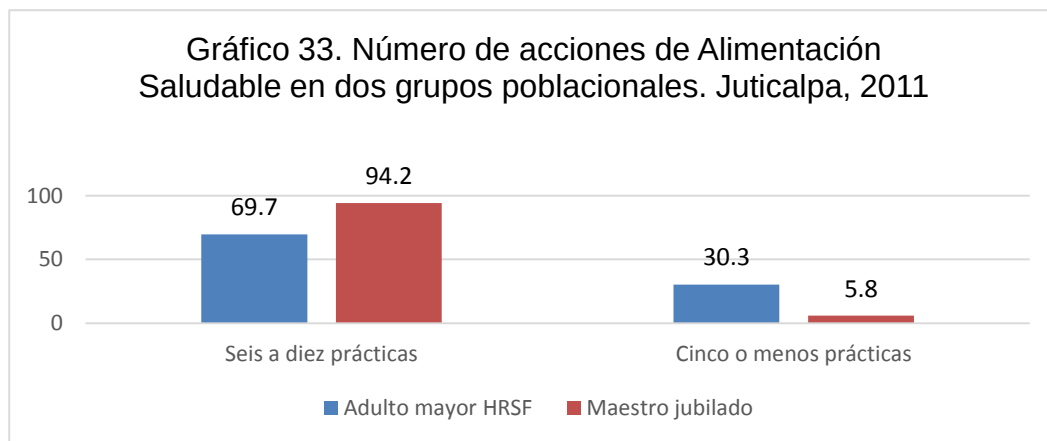
La ausencia de problemas del sueño fue la mayor frecuencia observada y el insomnio inicial, la principal alteración para ambos grupos.

2.9. Alimentación saludable



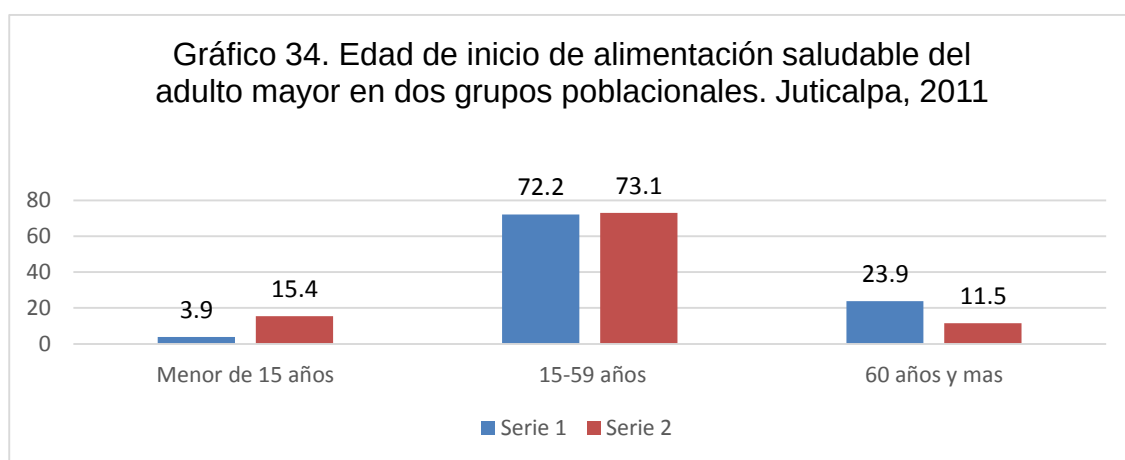
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

El grupo de jubilados presentó porcentajes más altos de cumplimiento en alimentación saludable. Para ambos grupos Las acciones de mejor cumplimiento son las relacionadas con desayuno diario, horario regular de comidas, ingesta de sal y agua. Las acciones de menor cumplimiento están relacionadas con el consumo de grasas y dulces y azúcares en los dos grupos, sumando el consumo de frutas para la población del hospital, que tuvo un mejor cumplimiento en la población de maestros jubilados.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

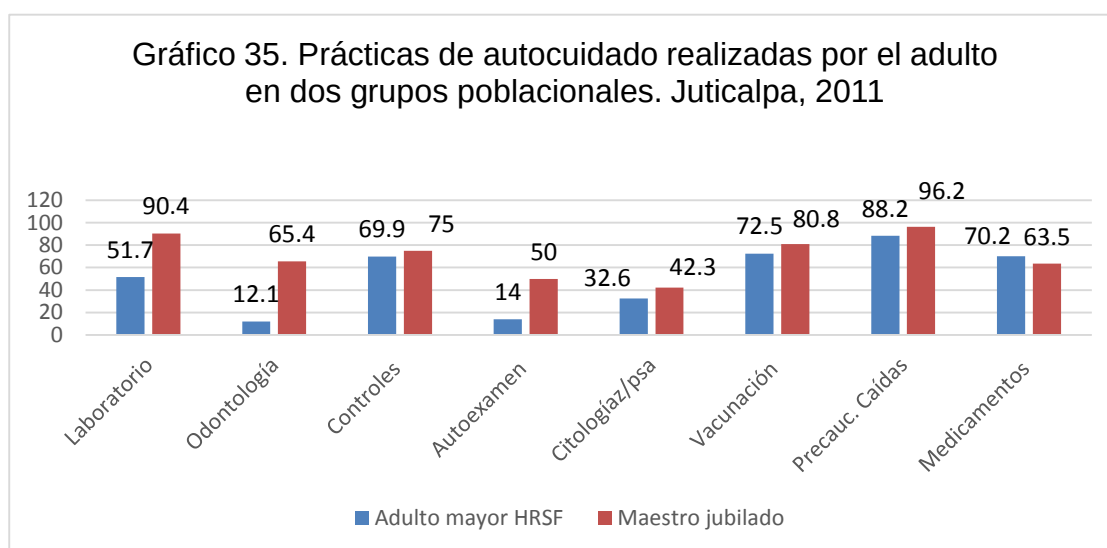
Se refleja un predominio en la realización de acciones de alimentación saludable (frecuencia de consumo de siempre y casi siempre) para ambos grupos. Siendo esta más representativa en el grupo de jubilados en una proporción de 95/5 en relación al grupo del hospital con 70/30, con significancia estadística ($p < 0.05$).



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

Aunque se observó que entre los 15 y 59 años se iniciaron con mayor frecuencia la práctica de alimentación saludable para ambos grupos, con diferencia significativa estadísticamente ($p < 0.05$) resalta el inicio más temprano de esta alimentación en el grupo de jubilados y la adopción de esta práctica al iniciar los 60 años con mayor frecuencia en el grupo del hospital.

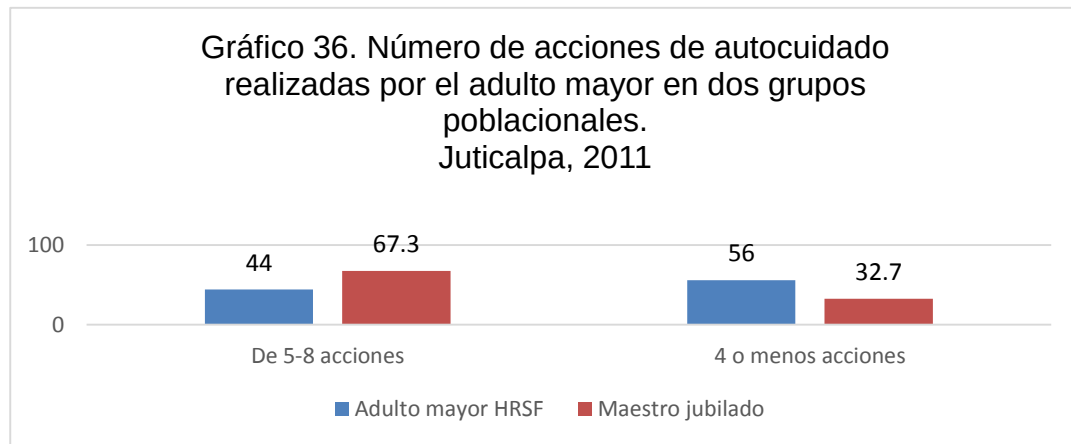
2.10. Autocuidado



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

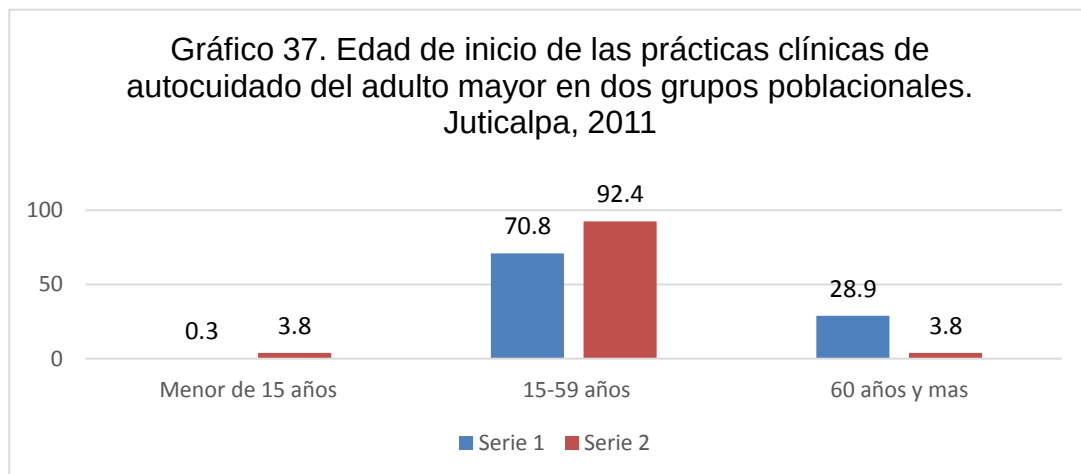
Se observa un mayor cumplimiento de las prácticas de autocuidado en el grupo de maestros jubilados en relación al grupo del hospital. En los dos grupos las de mayor cumplimiento fueron la toma de precauciones para caídas y la vacunación anual por Haemophilus Influenza; y las de menor cumplimiento la realización de citología y antígeno prostático una vez al año, la evaluación

odontológica por lo menos una vez al año y el auto examen de mamas y testículos.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

Se observó con significancia ($p < 0.05$) un mayor número de acciones de autocuidado en el grupo de maestros jubilados con respecto al grupo de adultos mayores HRSF.

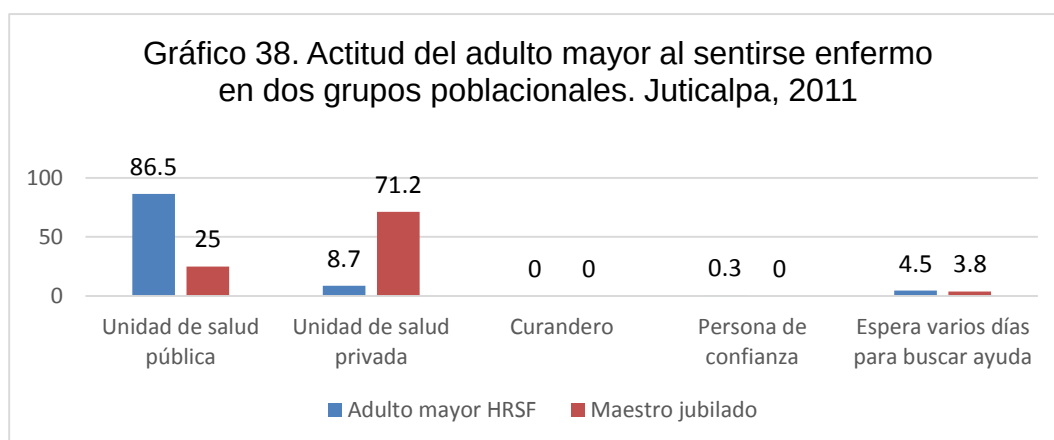


Fu

ente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

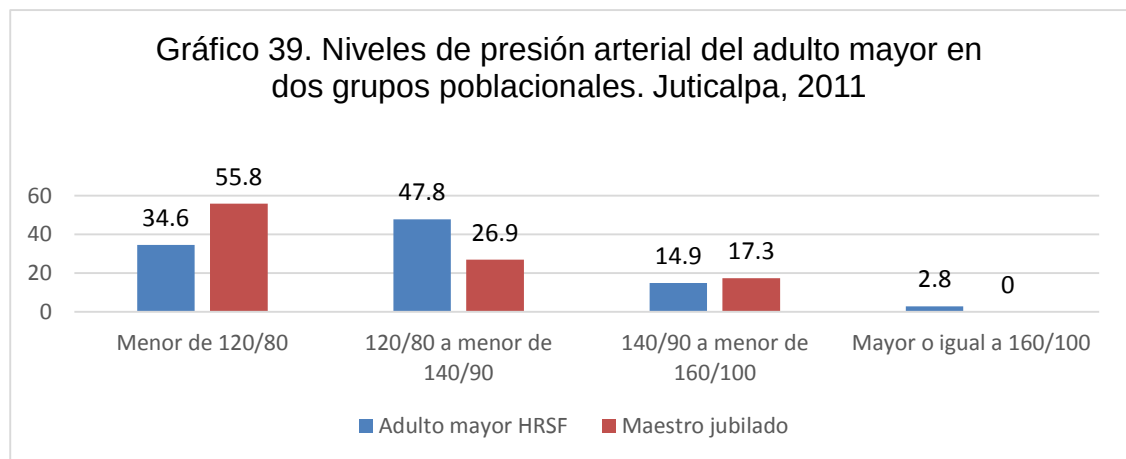
El gráfico 44 muestra que los maestros jubilados inician más temprano las prácticas de autocuidado.

3. Perfil clínico epidemiológico



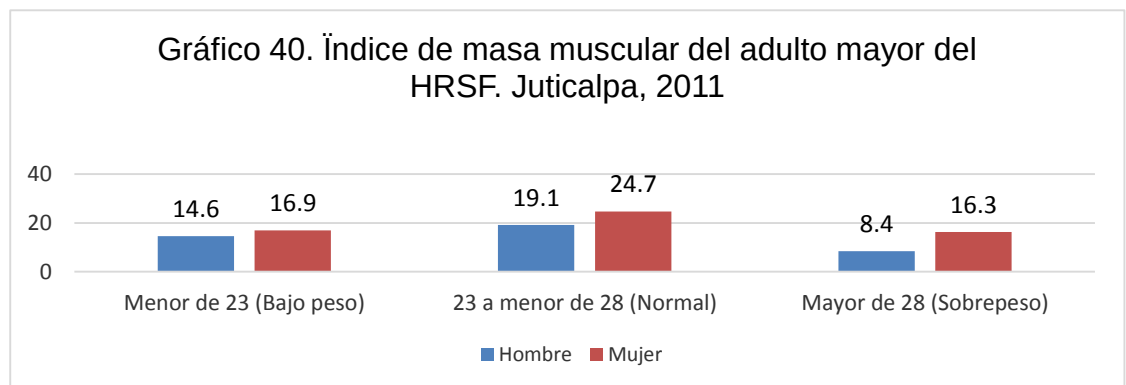
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

Existe preferencia para la atención clínica en unidades de salud públicas por el grupo del hospital, y por unidades de salud privada por el grupo de jubilados. Ambos coinciden en buscar una asistencia oportuna.

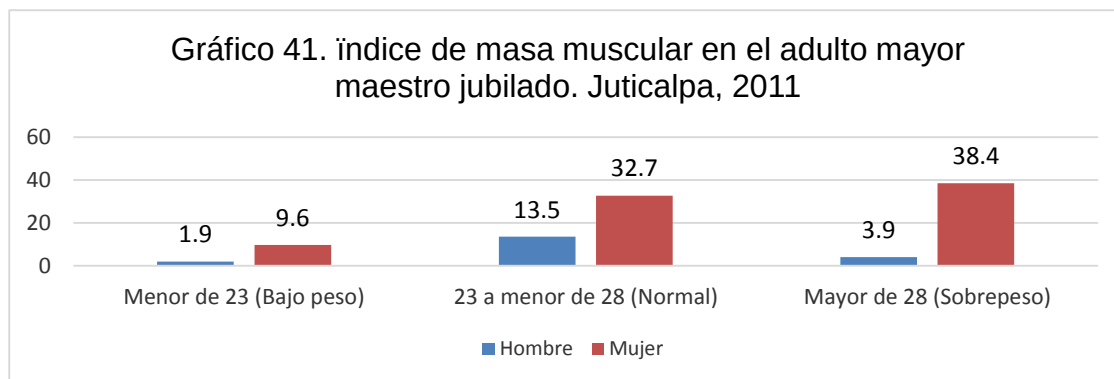


Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

Los niveles de presión arterial dentro de límites normales predominaron en los dos grupos, y los niveles aumentados encontrados correspondieron en su gran mayoría al rango de menor de 160/100 (hipertensión grado 1).

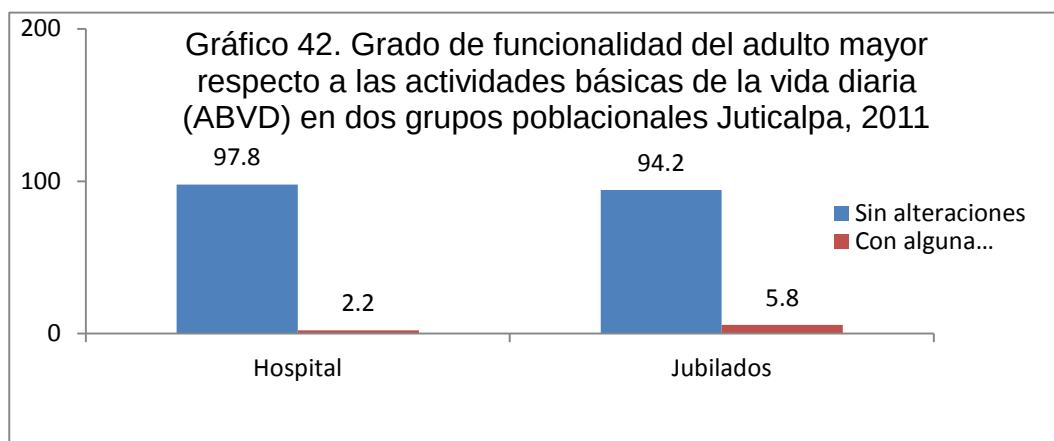


Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.



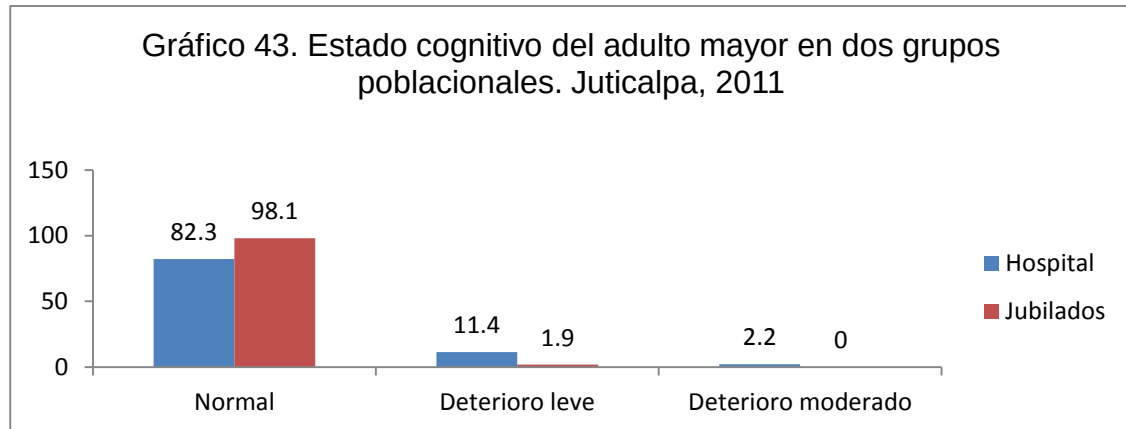
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

En los gráficos 40 y 41 se aprecia que predomina en ambos grupos el índice de masa corporal normal. Sin embargo el bajo peso es mayor en el grupo de adultos mayores del HRSF, con ligero predominio en el sexo femenino. Y en el grupo de maestros jubilados predomina el sobrepeso, con predominio en el sexo femenino.



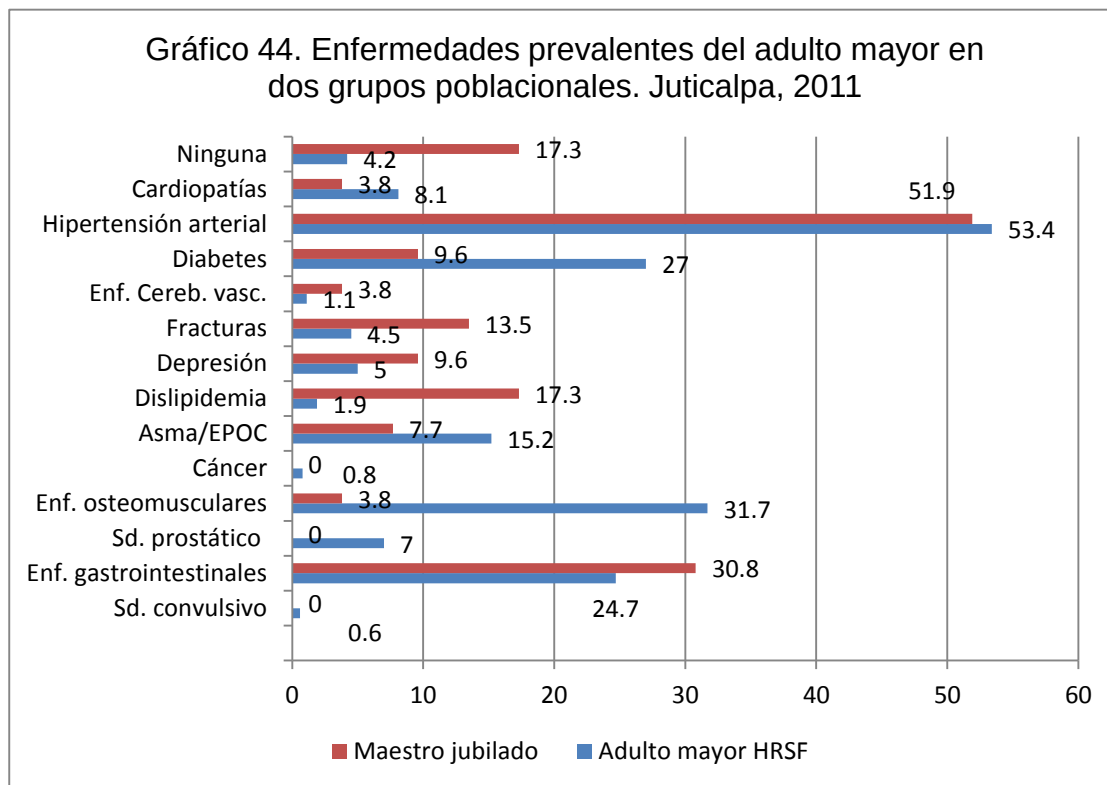
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor

En ambos grupos se encontró una baja frecuencia de alteraciones en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)



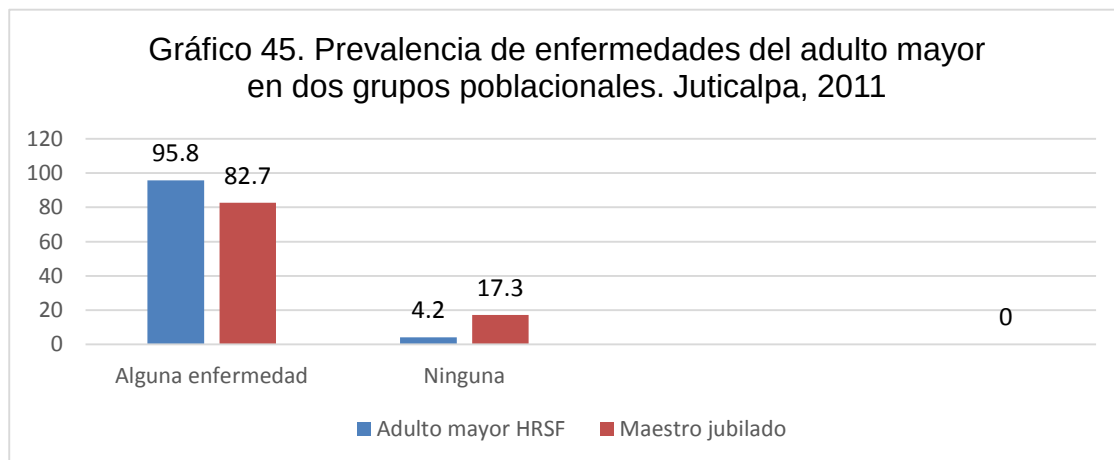
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

El estado cognitivo normal fue el que predominó en ambos grupos, continuando en frecuencia la presencia de deterioro leve y muy pocos casos de deterioro moderado en el grupo del hospital, y ningún caso en el grupo de jubilados



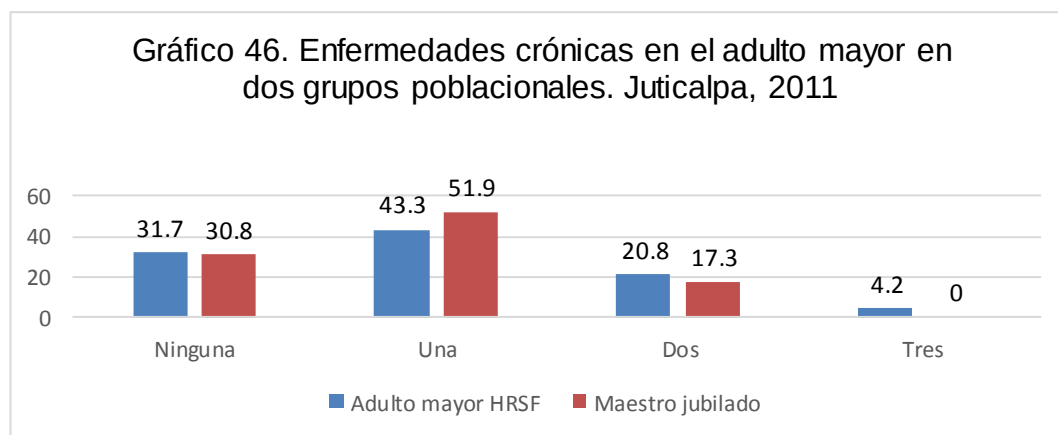
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

Las principales enfermedades prevalentes encontrados fueron: hipertensión arterial, problemas osteomusculares, diabetes, problemas gástricos, asma, síndrome de intestino irritable y cardiopatías para ambos grupos



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

El gráfico muestra un predominio en la prevalencia de enfermedades en ambos grupos, siendo mayor en el grupo de adulto mayor del HRSF.

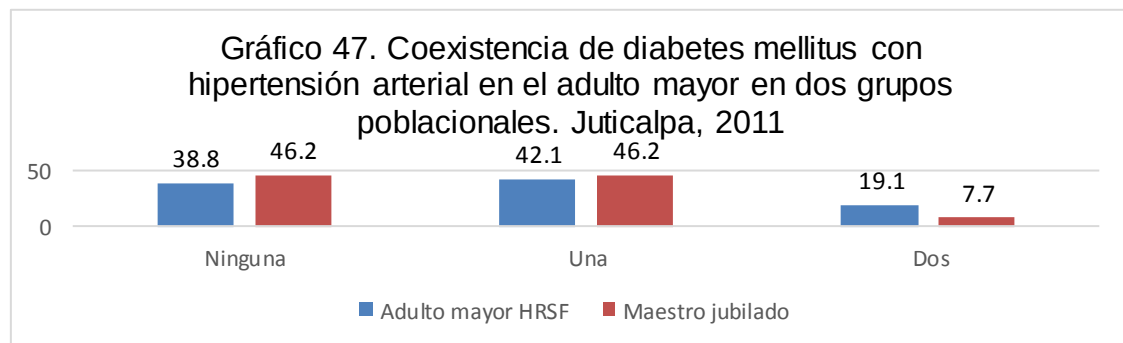


Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

*Incluye: Hipertensión arterial/Diabetes/Dislipidemia/EPOC/Asma

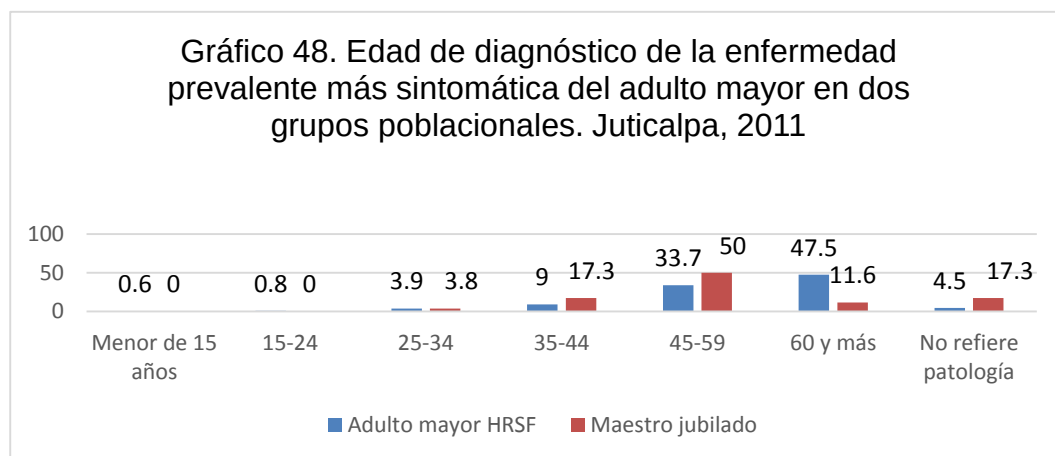
En la distribución de enfermedades crónicas ambos grupos tuvieron un comportamiento similar, alrededor del 50% reportó al menos una patología crónica, un 30% no reportó ninguna, dos patologías alrededor del 20%, y la

presencia de tres patologías se observó con una baja frecuencia únicamente en el grupo de maestros jubilados.



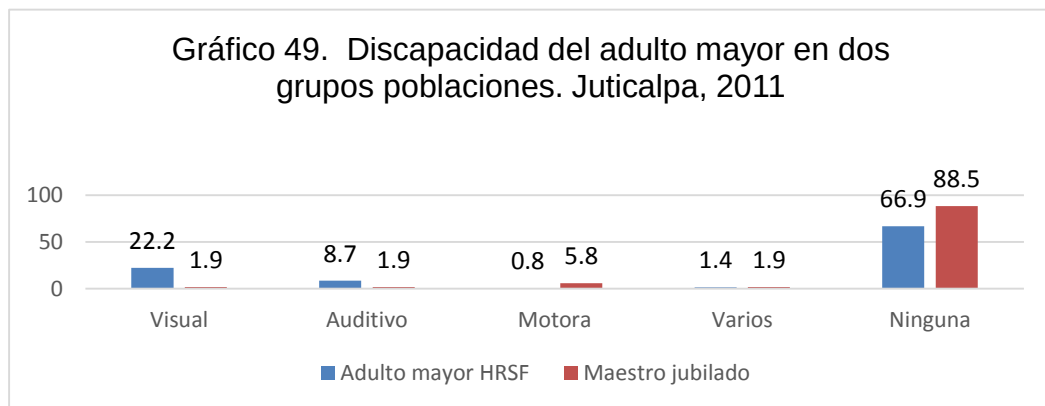
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

El gráfico 47 muestra que se observó una menor frecuencia y coexistencia de estas patologías en el grupo de maestros jubilados, con una distribución similar en la presencia de al menos alguna de ellas en ambos grupos.



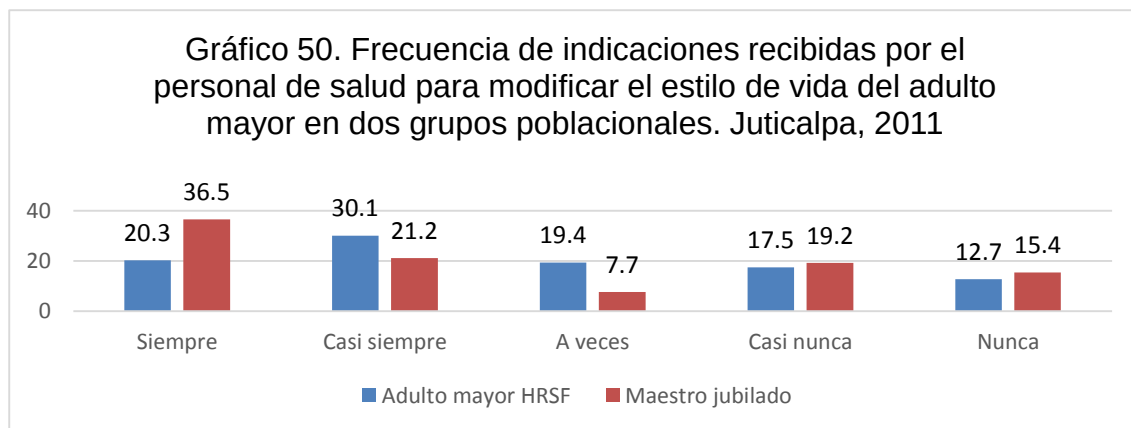
Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

El diagnóstico de patologías que fueron reportadas como causante de la principal sintomatología ya en la etapa de adulto mayor, inició desde edades tempranas (25-34 años). Sin embargo en el grupo de adultos mayores del HRSF la mayor frecuencia fue observada a partir de los 60 años, y en el grupo de maestros jubilados antes de cumplir los 60 años.



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

El gráfico 49 muestra que existen diferencias con significancia estadística entre ambos grupos, observándose una menor discapacidad en el grupo de maestros jubilados; y un predominio de los problemas visuales en el grupo del hospital ($p < 0.05\%$).



Fuente: Encuesta sobre estilos de vida del adulto mayor.

Se puede apreciar los valores distribuidos en las distintas frecuencias, con un ligero predominio en las categorías de siempre y casi siempre.

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

Si bien existen muchos estudios sobre estilos de vida, son pocos los que tienen como marco la población de los adultos mayores, muy a pesar de que se considera esta edad como una etapa importante de impacto de los problemas de salud.

La discusión de los resultados de esta investigación está enfocada en los estilos de vida relacionados con la salud, el perfil clínico-epidemiológico y las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores del municipio de Juticalpa, en dos grupos de poblaciones de adulto mayor; el primero formado por los adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital Regional San Francisco (adultos mayores del HRSF) , y el segundo grupo miembros de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de la ciudad de Juticalpa (Maestros jubilados).

Los hallazgos se analizan en el orden de formulación de los objetivos, estableciendo una descripción para cada grupo, y realizando comparaciones de algunas variables entre los mismos.

1. Condiciones socioeconómicas

En este segmento se describen y analizan las características de la población de los dos grupos, su tendencia, la conformación del tejido social y vivienda.

1.1. Estructura por edad y sexo: tal como se reporta en la gran mayoría de estudios, el grupo de edad de 60-75 años representa la mayoría (alrededor del 75% en este estudio), un poco superior a lo demostrado en otras investigaciones; en el estudio SABE, en todas las ciudades consideradas, la población de 60 a 74 años de edad supera el 60% del total de entrevistados en cada ciudad, a excepción del Brasil. Sin embargo, existe variabilidad entre países: las mayores proporciones de personas por debajo de los 75 años se encuentran en México, Argentina y Uruguay; mientras que los valores más bajos se observan en Brasil (47%), Barbados (63%) y Chile (66%) (Albala, y otros, 2005).

En esta investigación, la mayor proporción de adultos mayores por debajo de los 75 años fue el grupo de maestros jubilados que presentó una mediana de 65 años, más joven que el grupo de adultos mayores del HRSF con mediana de 69 años, coincidiendo este último grupo con 4 de las 6 poblaciones estudiadas en SABE (Albala, y otros, 2005), esta edad mediana en ambos grupos por debajo de la esperanza de vida del país para el 2011 (70 años hombres y 75 en

mujeres), sin embargo un mayor porcentaje en el grupo de adultos mayores del HRSF que en el de maestros jubilados ya la habían superado (INE, 2011-2012).

Coincidiendo con otros estudios, y tal como se ha descrito en diversa literatura sobre el envejecimiento demográfico, la población estudiada es eminentemente femenina al grado que se habla de una feminización del envejecimiento, hecho que se conserva en los dos grupos de este estudio; esta mayor supervivencia de las mujeres da lugar a que los problemas del envejecimiento sean una condición particularmente femenina (Barrón Pavón, Mardones Hernández, Vera Sommner, Ojeda Urzúa, & Rodríguez Alveal, 2006) (Albala, y otros, 2005).

1.2. Estado civil: los resultados encontrados con respecto al estado civil dan cuenta de las pautas tradicionales vigentes de la población de Juticalpa, el matrimonio es la forma de convivencia más extendida y la que predomina en este estudio en los dos grupos, siendo más sobresaliente en el grupo de maestros jubilados.

Datos similares encontramos en otros estudios, donde también la viudez ocupa un segundo lugar, y el tercer lugar el hecho de encontrarse solteros (solos por divorcio o abandono de la pareja) con frecuencias más elevadas en el grupo de adultos mayores del HRSF, en relación al grupo de maestros jubilados (Albala, y otros, 2005), y contrario en otros en donde la población estudiada es

institucionalizada y predomina el estado de viudez y en segundo la soltería (De la Fuente Sanza, Martínez León, Romero García, Fernández de Santiago, & Navas Cámara, 2012).

Es importante rescatar que la condición de estar sin pareja es muy significativa en los dos grupos del estudio (por viudez más soltería por divorcio o abandono de la pareja) alrededor del 50% en el grupo de adultos mayores del HRSF, siendo un poco menor en el grupo de jubilados (33%) que continúan mayor tiempo con pareja, hecho que representa una mayor necesidad de apoyo familiar para el cuidado de los mismos.

1.3. Nivel educativo: La educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede proporcionar a las personas mayores las aptitudes cognitivas y la confianza necesaria para adaptarse y seguir siendo independientes (OMS, 2001). El analfabetismo es más alto entre las personas de 60 años y más. En casi todos los países de América Latina hay disparidad según el género, desfavorable a las mujeres, con excepción de Costa Rica (CEPAL, 2009).

En el grupo de adultos mayores del HRSF, se observó al igual que en otros estudios, un bajo nivel educativo con predominio de la condición de analfabeta, con cifras más elevadas en este estudio (Barrón Pavón, Mardones Hernández,

Vera Sommner, Ojeda Urzúa, & Rodríguez Alveal, 2006), y mayor que el promedio de la población total de adultos mayores del país, y con una diferencia de mas del 25% del promedio de analfabetismo de la población general (INE, 2011-2012).

El grupo de maestros jubilados completó en su totalidad la secundaria completa, dato muy importante según los estudios de investigación realizados, que asocian el nivel educativo con las conductas que toman las personas para cuidar su salud, y además, su relación con la prevalencia de enfermedades crónicas directamente proporcional al nivel educativo (Samson Sanjeeva, 2014).

1.4. Residencia actual: Se coincide con otros estudios la residencia predominante del área urbana en el grupo de adultos mayores del HRSF (CEPAL, 2007) (Albala, y otros, 2005), y diferente a otros donde se ha encontrado más predominio de adultos mayores en el área rural (Trejo Teruel, 2003). En este estudio los resultados reflejan la tendencia a la urbanización, aunque se debe considerar que dado que el Hospital Regional San Francisco es la única unidad de atención estatal en la ciudad, recibe por lo tanto mayor demanda de esta área geográfica de influencia. De igual manera la procedencia del área urbana fue un factor de inclusión en la selección del universo en el grupo de maestros jubilados, por lo que no se puede considerar un predominio de residencia urbana en este grupo.

1.5. Entornos sociales y arreglos familiares: el proceso difuso de deterioro en la salud física y mental que acompaña a la edades avanzadas, acarrea consecuentemente la necesidad de apoyo y cuidados que recaen principalmente en la familia (Ham-Chande, 1996).

Los hogares de los adultos mayores en ambos grupos estaban constituidos por varios miembros, concentrándose entre 2 a 7 convivientes, lo que representa familia multigeneracionales, contribuyendo a la socialización de las nuevas generaciones y a la transferencia de saberes y costumbres, resultados similares en otros estudios que reportan porcentajes elevados de acompañamiento del adulto mayor (83%); contrario a lo que sucede en los países desarrollados, donde el predominio de una familia nuclear que pone en riesgo la seguridad emocional y financiera del adulto mayor (Lozano Zúniga, Rubí García, & Gómez Alonzo, 2009).

Esto concuerda con el bajo porcentaje de soledad encontrado en el grupo de adultos mayores del HRSF, mucho menor de lo encontrado en otros estudios en otros países (Albala, y otros, 2005) e inclusive datos de país que reportan 6.3% de aislamiento (CEPAL, 2009); importante dato considerando que el aislamiento social en la vejez relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales.

La proporción de personas mayores que vive sola en América Latina y el Caribe no es tan elevada como en otras regiones del mundo y en la mayoría de los países no supera al 17%. Sin embargo, si se comparan las tendencias observadas en las rondas de censos de 1990 y 2000, se advierte un posible incremento en la probabilidad de que las personas de edad vivan solas. (Huenchuan, Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, 2009)

El comportamiento del grupo de jubilados con mayor porcentaje de soledad es similar a los estudios y a datos nacionales, lo que permite considerar si existirá una relación proporcional de la tendencia a la soledad del adulto mayor de acuerdo al nivel educativo, o la consecuente seguridad económica que esta representa. En Japón, las personas mayores que afirmaron carecer de contactos sociales fueron 1,5 veces más propensas a fallecer en los tres años siguientes que las que tenían más apoyo social (OMS, 2002).

En cuanto al número de hijos vivos en el grupo de adultos mayores del HRSF la mediana y media es 6, y en el grupo de jubilados es 4, observándose aquí también una disminución proporcional en el número de hijos de acuerdo al nivel educativo.

Se evidenció un alto nivel de independencia, pues en ambos grupos prevaleció el hecho de no necesitar ayuda para realizar sus actividades, más bien contrubuyendo aunque en un bajo porcentaje en la responsabilidad de cuidar a otras personas, generalmente menores, considerándose el cuidado de los niños como una práctica generalizada en los países latinos, alrededor del 17% de personas mayores en Bridgetown y del 25% en Montevideo brindan cuidado a niños, contribuyendo a la socialización de las nuevas generaciones y a la transferencia de saberes y costumbres todos los países fuera (Albala, y otros, 2005).

1.6. Seguridad económica: La seguridad social, la participación económica y el apoyo familiar son las principales fuentes de ingresos en la edad avanzada (Guzmán J. M., 2002), se observó una similar actividad laboral del adulto mayor, situación que coincide con otros estudios en el país que reflejan datos aún mayores de permanencia laboral (Trejo Teruel, 2003).

En los países menos desarrollados, es más probable que las personas mayores se vean obligadas a seguir económicamente activas en la vejez contrariamente a lo que acontece en países desarrollados. Sin embargo, la industrialización y la movilidad del mercado de trabajo están poniendo en peligro gran parte del trabajo tradicional de las personas mayores, sobre todo en las zonas rurales (OMS, 2002).

En el grupo de adultos mayores del HRSF mas del 60% cuenta únicamente con una sola fuente de ingresos, que corresponde a ingresos por trabajo o ayudas familiares en su mayoría; se encontró bajos porcentajes de cobertura por un sistema de seguridad social, incluso menor que el promedio reportado en el país para esta población.

El alto porcentaje de dependencia de ayudas familiares que supera el 50% concuerda con el hecho dado que la demanda por ayuda aumenta en sociedades con regimenes frágiles de seguridad social (Albala, y otros, 2005) (Morales & Villalón, 1999), así es pues como los hijos representan un importante pilar de sostento económico para los adultos mayores; sin embargo aún a esta edad, existe aún responsabilidad de dar sustento a terceros (20%).

A medida que se avanza en edad y la finalización del trabajo activo dado por la jubilación o las restricciones del mercado de trabajo, muchas personas deben abandonar la vida laboral y convertirse en dependientes de los sistemas de transferencia, dependencia que se acentúa a raíz de la incapacidad que enfrentan las personas de edades más avanzada (Morales & Villalón, 1999) (Suárez & Pescetto, 2005).

Por el contrario en el grupo de jubilados ante su respaldo por ingresos por jubilación, no ameritan en su mayoría una segunda fuente de ingresos, sin

embargo los que la reportaron (propiedades e inversiones) refleja la solvencia que brinda el ingreso por la misma, incluyendo permitir el sustento para otros (40%).

Todo esto expone lo valioso que son las retribuciones de una jubilación para este grupo poblacional, así también desvela las limitaciones del sistema de jubilación de nuestro país, insuficiente para asegurar la independencia económica, lo que obligan al adulto mayor a mantenerse en el mercado laboral durante un período mucho mayor de tiempo.

Se podría decir, entonces, que en las familias se produce una complementación de las transferencias privadas con las públicas, lo que contribuye a la solidaridad intergeneracional y a la protección social entendida en un sentido amplio. Las mediciones muestran que la pobreza sigue siendo menor en los hogares con personas mayores que en otro tipo de arreglos residenciales porque, a pesar de su escasa extensión, los sistemas de pensiones y jubilaciones son los instrumentos de política pública más importantes para hacer frente a la vulnerabilidad económica en la vejez, además de contribuir al bienestar de otras generaciones (Machinea, 2007).

Al referirnos a la ocupación actual al momento de la encuesta, alrededor del 50% en los dos grupos refirió realizar trabajos domésticos, hecho relacionado

por el predominio de la población femenina y las horas de actividad durante el día se concentraron entre 3-10 horas diarias. Sin embargo resulta interesante resaltar el porcentaje de inactividad encontrado en ambos grupos, un poco mayor en el grupo de adultos mayores del HRSF, pero sin significancia estadística (20% y 13.5% respectivamente).

Al revisar la ocupación referida durante la mayor parte de la vida, se obtienen datos similares, con predominio del trabajo doméstico (las mujeres continúan realizando las actividades domésticas al pasar los años) y en segundo lugar trabajo en el campo en el grupo de adultos mayores del HRSF, porque el grupo de jubilados manifestó que la actividad remunerada o no durante la mayor parte de su vida fue su trabajo en la jornada laboral correspondiente como maestro.

En el grupo de adultos mayores del HRSF los resultados coinciden con participación de la población adulta mayor entre los años 2001 y 2010 en nuestro país, que en promedio fue de 46.1%, (alrededor del 40%) reflejando que casi la mitad de la población es activa laboralmente, esto motivado en cierta medida por la carencia de un sistema de jubilaciones y pensiones que le dé cobertura en esta etapa de su vida o porque aquellos que gozan de una jubilación tienen montos muy bajos que no cubren la totalidad de sus gastos. Se puede observar que un gran porcentaje de las personas adultas mayores se ve

en la necesidad de trabajar para obtener un ingreso que permita costear su sobrevivencia diaria.

Si relacionamos el hecho de que un 36.2% de este grupo tiene como principal fuente de ingresos el trabajo propio, y la frecuencia de realización de actividad remunerada es únicamente un 22% de siempre, revela que el tipo de trabajo que realizan no es constante, y que hay períodos donde no se percibe ingresos por esta vía. Todo esto revela la fragilidad económica del adulto mayor, con una dependencia importante del apoyo de sus familiares residentes en el país, así como de las oportunidades que la sociedad le ofrece en el mercado laboral.

1.7. Entornos físicos: tal como se plantea en otros estudios, la gran mayoría en ambos grupos tiene vivienda propia (Albala, y otros, 2005) (CELADE-CEPAL, 2004), con altos porcentajes de abastecimiento de agua por tubería y disposición de excretas, siendo el de menor cumplimiento el servicio de energía eléctrica en el grupo de adultos mayores del HRSF, a diferencia del grupo de maestros jubilados. Al revisar otros datos en el país (Trejo Teruel, 2003) (CEPAL, 2009) se evidencia que se han realizado avances en el saneamiento básico de este grupo etario, pero debemos considerar que la población estudiada procede mayoritariamente del área urbana, donde se encuentran mejores coberturas de estos servicios.

2. Estilos de vida relacionados con la salud

Se ha demostrado la relación entre el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad con el consumo de alcohol, tabaco y otros estilos de vida, desencadenando los problemas de salud que impactan justamente en edades avanzadas (cáncer, enfermedades circulatorias, respiratorias o neurodegenerativas, etc.) (Lim, Vos, Flaxman, & et al, 2010). A continuación se discutirán los hallazgos sobre los estilos de vida relacionados con la salud que se consideraron en este estudio:

2.1. Actividad física:

Existe evidencia de que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebrovascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general; la mejor manera de retardar y aun revertir los efectos del envejecimiento y las enfermedades degenerativas asociadas a la edad, es a través de ejercicio físico y de una dieta nutritiva y balanceada (Albala, y otros, 2005).

Al indagar el tipo de actividad física realizada por el adulto mayor, en ambos grupos se encontró que la realización de ejercicios rutinarios programados y realizados con el propósito de mantener una condición física saludable es muy baja (ejercicios aeróbicos y estiramiento, el deporte referido fue foot ball y la bicicleta, utilizado mas bien como medio de transporte). El porcentaje de los que realizan esta actividad varía en algunos estudios europeos (De la Fuente Sanza, Martínez León, Romero García, Fernández de Santiago, & Navas Cámara, 2012), con porcentajes inferiores a lo encontrado en esta investigación y a lo reportado en algunas encuestas (OPS-SABE, 2001).

La actividad de caminar es la de mayor frecuencia realizada, resultando mas frecuente en el grupo de adultos mayores del HRSF concuerda con otros estudios (Peña Pérez, Terán Trillo, Moreno Aguilera, & Bazán Castro, 2009), el predominio de esta práctica de caminar se acostumbra mucho en el área rural ante la ausencia de otro medio de transporte; y es que los deportes o ejercicios estructurales durante el tiempo libre, son la forma más común de actividad física en los sectores en mejor situación económica, mientras que la actividad física utilitaria, como caminar en vez de usar vehículos, es sumamente prevalente en los sectores de menores ingresos como las ciudades de nuestro país.

Se presentaron en esta investigación además otras alternativas de elección referente a la actividad física, encontrándose los resultados con frecuencias

mayores que las opciones anteriores (caminar, ejercicios de estiramiento, aeróbicos y deporte), ya que de alguna manera están relacionadas con la actividad física, nos referimos a las actividades domésticas y actividades agrícolas; tal como apuntan otros autores que la actividad física en el sector femenino se relaciona más con la realización de las tareas domésticas y las actividades agrícolas en los hombres (Peña Pérez, Terán Trillo, Moreno Aguilera, & Bazán Castro, 2009).

Esto también fue observado en otros en donde la mayor frecuencia se presentó en algunas actividades que denotan esfuerzo físico, y sólo el 23,8 % practicaba ejercicios físico sistemático. De igual manera, algunas investigaciones concluyen que los ancianos que realizan 20-30 minutos de actividad física moderada (intencionada o programada) la mayor parte de los días de la semana presentan una capacidad funcional mejor que los que simplemente están activos a lo largo del día o están sedentarios (Fernández Larrea, Clúa Calderín, Báez Dueñas, Ramírez Rodríguez, & Prieto Díaz, 2000).

No obstante, afirman que cualquier tipo de actividad es mejor que el sedentarismo para protegerse contra las limitaciones funcionales; ya que esta puede ser una causa primaria de fragilidad en los últimos años de la vida, especialmente para los ancianos mayores. (Morel Gonay, 2011) (De la Fuente

Sanza, Martínez León, Romero García, Fernández de Santiago, & Navas Cámara, 2012).

Al evaluar la frecuencia de la actividad física que fue reportada, predominó en ambos grupos una frecuencia saludable de actividad física, con un predominio significativo estadísticamente en el grupo de maestros jubilados; así mismo la inactividad física fue mayor en el grupo de adultos mayores del HRSF. Este porcentaje de sedentarismo encontrado es menor del reportado por otros estudios en otros países, y concuerda con otros que encontraron una relación proporcional de que a mayor educación e ingresos, mayor actividad física. (Barrón Pavón, Mardones Hernández, Vera Sommner, Ojeda Urzúa, & Rodríguez Alveal, 2006) (Albala, y otros, 2005).

En cuanto a la edad de inicio de la frecuencia actividad física reportada también el grupo de maestros jubilados tiene un inicio más, con un incremento significativo antes de cumplir los 60 años, a diferencia del grupo de adultos mayores del HRSF, con significancia estadística, el pico de inicio de la actividad física es más tardío, e igualmente se observó un incremento importante hasta después de cumplir los 60 años.

Las costumbres como ver televisión, estar sentado frente a la computadora o la afición a los videojuegos son elementos que juegan a favor del sedentarismo,

sobre todo en la población joven, es por esto la importancia de iniciar la actividad física desde los primeros años de vida; y aunque la adultez y la vejez son etapas de desarrollo en las que las conductas de salud ya están instauradas, sin embargo aún en esta etapa se logran cambios, lo que se denomina prevención terciaria de las conductas de riesgo que ya están instauradas, y de igual manera se puede promover y mantener las conductas que demuestren proteger la salud (Prochaska, 2008).

2.2. Utilización del tiempo libre: la principal actividad realizada en el tiempo libre sugieren de alguna manera cierta participación social de ambos grupos (actividades religiosas), aunque deja claro la prevalencia de actividades centradas alrededor de la familia y del hogar, sin embargo del total de las mismas, podemos decir que predominan las actividades de tipo sedentario (ver televisión, escuchar radio, lectura y charlar con amigos), dato que coincidiendo con algunos estudios. (Fernández Larrea, Clúa Calderín, Báez Dueñas, Ramírez Rodríguez, & Prieto Díaz, 2000).

Se encontró una mayor cantidad de maestros jubilados realizando actividades de tiempo libre con una frecuencia de siempre y casi siempre, que para este estudio se cataloga como una frecuencia saludable, estos resultados no concuerdan con otras investigaciones en donde existe un alto porcentaje (46%)

donde el adulto mayor no realiza ninguna actividad recreativa (Lozano Zúniga, Rubí García, & Gómez Alonzo, 2009).

2.3. Consumo de alcohol: se encontró una prevalencia de vida de consumo de alcohol similar en ambos grupos de menor del 50% similar en ambos grupos, con un predominio de hombres en el grupo de adultos mayores del HRSF, y del sexo femenino en el grupo de maestros jubilados aún a pesar del predominio de este sexo en la muestra. Esta prevalencia es menor de lo encontrado en otras investigaciones (65.3% en México) en donde predominó el sexo masculino, y en donde se encontro mayor problema de dependencia en este sexo. (Guimaraes Borges G. L., y otros, 2014); sin embargo estudios internacionales muestran gran variación en esta prevalencia de consumo de vida: Cuba (18.2%; 7.4%), República Dominicana (39.3%; 30.1%), Perú (8.2%; 1.8%), Venezuela(45.6%; 4.5%), China (11.0%; 4.6%) y la India (17.2%; 0.8%) (Guimaraes Borges G. L., y otros, 2014).

Al indagar en la prevalencia actual del consumo de alcohol en los que iniciaron esta práctica, se concuerda con otras investigaciones que reportaron tambien disminución en la frecuencia de consumo al avanzar la edad, resultando interesante que a pesar de que algunos estudios han demostrado que a medida que la gente envejece, se vuelve más sensible a los efectos del alcohol, algunos problemas de salud existentes pueden empeorar con su consumo y

pueden existir interacciones medicamentosas, el grupo de maestros reportó valores muy significativos de prevalencia actual de consumo (75%) en relación con el grupo de adultos mayores del HRSF (13.3%).

Si bien resalta en ambos grupos el inicio del consumo de alcohol desde etapas muy tempranas de la vida, en el adulto mayor del HRSF, este pico de inicio fue más significativo en edades más tempranas en relación al grupo de maestros jubilados, resultados que coinciden en el grupo del hospital con la encuesta nacional de adicciones, donde se encontró que la edad promedio de inicio de los que consumen actualmente es de 18.4 años, pero esta edad esta en disminución, reportándose hasta de 13.7 años. (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011). El grupo de adultos mayores del HRSF muestra en alguna medida una tendencia significativa al abandono de este consumo como una práctica saludable adquirida en algún momento de la vida, que no fue investigada en este estudio, y que sería importante para investigaciones futuras.

En cuanto al tipo de bebidas alcohólicas, se encontró mas frecuencia de consumo de bebidas de menor costo económico en el grupo de adultos mayores del HRSF (aguardiente y cerveza) y en el grupo de jubilados el consumo fue mas variado, absteniéndose del consumo de aguardiente, a pesar de que es la bebida alcohólica mas popular en nuestro país.

2.4. Consumo de cigarrillo: El tabaquismo es una de las principales causas de enfermedad crónica y la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial (OMS, 2011) (Monzón, Arévalo, & Barnoya, 2014) (Sancho Castiello, 2002). Investigaciones internacionales han variaciones en las prevalencias de consumo de cigarrillo y tabaco no obstante, la relación continúa siendo mayor en hombres (22.5%) que en mujeres (8.7%) (Guimaraes Borges G. L., y otros, 2014) (Fernández Larrea, Clúa Calderín, Báez Dueñas, Ramírez Rodríguez, & Prieto Díaz, 2000) (Marinho, Laks, Coutumho, & Blay, 2010), igual a lo encontrado en el grupo de adultos mayores del HRSF y contrario a lo encontrado en el grupo de jubilados, donde predominó el sexo femenino, igualmente influenciado por el número significativo de este sexo en la muestra.

Al comparar la prevalencia de consumo de vida, se encontró que esta fue doblemente mayor en el grupo de adultos mayores del HRSF que en el grupo de maestros jubilados y aunque el consumo actual de estas sustancias es mucho menos frecuente, pero aun así es significativo, encontrándose al igual que con el consumo del alcohol una prevalencia de consumo actual mayor en el grupo de maestros jubilados en relación al grupo de adultos mayores del HRSF.

El dejar de fumar tiene beneficios, según datos de la U.S. National Health Interview Survey indican que las personas que dejan de fumar, sin importar su

edad, tienen menos probabilidad de morir por enfermedad relacionada con fumar que quienes siguen fumando. Los fumadores que dejan antes de los 40 años de edad reducen su posibilidad de morir prematuramente por enfermedades relacionadas con fumar en cerca de 90%, y quienes dejan a los 45-54 años de edad reducen su posibilidad de morir prematuramente en casi dos tercios (Jha, Ramasundarahettige, Landsman, & et al, 2013).

Si contrastamos la disminución del consumo de alcohol y tabaco, encontramos que en el grupo de maestros jubilados se observó una mayor disminución en el consumo de tabaco en relación al alcohol, y en el grupo de adultos mayores del HRSF la disminución del consumo fue similar y significativamente mayor que en el grupo de maestros jubilados, concordando con lo mencionado en otros estudios, donde se encontró una ligera tendencia en personas de mejores niveles socioeconómicos a consumir más este tipo de sustancias (Guimaraes Borges G. L., y otros, 2014).

Al igual que con el consumo de alcohol, el pico de la edad de inicio tiene una mayor frecuencia de manera mas temprana en el grupo de adultos mayores del HRSF que en el grupo de jubilados. Según la “Encuesta Global del Tabaco” en el 2008, en los primeros grados de secundaria (escolares de 13-15 años) hay una prevalencia de tabaquismo de 19.7% para hombres y 13.3% para mujeres (Monzón, Arévalo, & Barnoya, 2014).

En un estudio en nuestro país en estudiantes mayores de 12 años, se encontró una prevalencia de vida de consumo de cigarrillo de 28.8%, de los cuales 14.5% aún fumaban, presentando exposición pasiva en un 22.6% (Bustillo-Poce, Hernández-Palma, Ramírez-Rivera, & Madrid-Rubí, 2013), dejando sin lugar a dudas el inicio de esta práctica desde etapas muy tempranas de la vida, lo que puede significar tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares mas altas en un futuro cuando estas generaciones se hagan progresivamente mayores.

En este estudio la exposición pasiva se discute a través del cumplimiento en la prevención secundaria en donde se consideró el compartir momentos con personas que fumaban y alejamiento al fumar, encontrándose un bajo cumplimiento estas medidas de prevención secundaria, siendo más evidente y con significancia estadística el incumplimiento en el grupo de maestros jubilados, donde este valor supera las prevalencias de vida y de prevalencia actual del grupo. Estos resultados desvelan que la exposición pasiva en nuestro país más elevada en este grupo etario que con población de adolescentes (Bustillo-Poce, Hernández-Palma, Ramírez-Rivera, & Madrid-Rubí, 2013).

Las consecuencias de esta exposición pasiva van a tener relación tanto con el índice de consumo como con el tiempo de exposición y con el número de fumadores en el domicilio, y sus efectos dependen de la etapa de vida (infancia, adolescencia y adultez) incluso algunos autores han llegado a señalar al tabaquismo pasivo como la tercera causa evitable de muerte en la edad adulta en los países desarrollados (Sandoya, 2011)

2.5. Consumo de otras sustancias psicoactivas:

Café: se encontraron resultados similares en los dos grupos de estudio en cuanto a los resultados relacionados con el consumo de café, una alta frecuencia de consumo, un inicio temprano del consumo (antes de los 15 años) y poco abandono de esta práctica al pasar los años. Coincidiendo con otros estudios, cuyo consumo es frecuente en la población general y en la tercera edad, además la literatura menciona que el uso de las sustancias cafeinadas presenta relativamente pocos problemas para la salud de las personas (OPS/OMS, 2005).

Sodas: El consumo fue similar en ambos grupos, la gran mayoría las ha consumido alguna vez en la vida, y el abandono de la práctica es bajo, siendo menor en el grupo de jubilados; por lo que el consumo actual en este grupo se mantiene con una mayor frecuencia en relación al grupo de adultos mayores del HRSF, aunque no fue significativo estadísticamente. En general en ambos

grupos la frecuencias de consumo actual no son altas, predominando la selección de a veces y casi nunca.

Aunque el consumo inició desde temprana edad, sobresale el rango de 15-24 años para ambos grupos, observándose este inicio con mayor frecuencia en edades mas tempranas en el grupo de maestros jubilados que en el grupo del hospital; tal como se planteo en el marco teórico, el consumo de sodas denota gran importancia, por lo encontrado en una investigación reciente respecto a su doble papel en la salud de las personas pudiendo influir en el desarrollo de la enfermedad, no sólo por el esfuerzo en el control metabólico de los azúcares (obesidad y diabetes), sino también a través de promover el envejecimiento celular de los tejidos (Leung, y otros, 2014) (Rivera, Muñoz- Hernández, Rosas Peralta, Aguilar- Salinas, Popkin, & Willett, 2008).

Drogas lícitas e ilícitas: Solo se reportaron dos adultos mayores del sexo femenino que consumían drogas médicas bajo prescripción (opioides) con edad de inicio a partir de los 50 años en el grupo de jubilados para control del dolor, con frecuencia baja de consumo; contrario a lo encontro en la literatura, donde se reporta un consumo mas variado, de las que se menciona que el cannabis es la que más se consume entre los usuarios de drogas ilícitas, seguido de anfetaminas, cocaína y opiáceos; siendo el uso de drogas ilícitas una actividad

predominantemente masculina, mucho más que el fumar y el consumo de alcohol. (OPS/OMS, 2005).

Así mismo algunos estudios encontraron un consumo de drogas médicas del 17% en varones y un 23.9% en mujeres de la tercera edad, encontrando además esta edad como la de mayor inicio para el consumo de las mismas (Tapia-Conyer, Cravioto, Borges-Yáñez, & De la Rosa, 1996). La baja frecuencia encontrada podría estar influenciada por patrones ético-culturales de la población, debido a que la información se obtuvo a través del autoinforme de estos consumos drogas ilícitas y drogas médicas usadas sin prescripción en adultos mayores (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

2.6. Sueño:

El sueño está recibiendo gran atención en los últimos días por considerarse un importante indicador del estado de salud en la tercera edad. Al igual que otros estudios, en esta investigación la mayoría reportó dormir las horas recomendadas para la edad, entre 6-8 hrs (OPS/OMS, 2002).

El problema de sueño más frecuente que se encontró fue el insomnio inicial que fue reportado mayormente por el grupo de maestros jubilados. En un estudio en Guadalajara, México se encontró que el 58% de los hombres y el 76% de las

mujeres presentaron al menos un síntoma de trastornos del sueño, frecuencias mas elevadas de las que se encontraron en esta investigación. (Pando-Moreno, Aranda Beltrán, Aguilar Aldrete, Mendoza Roaf, & Salazar Estrada, 2001).

2.7. Alimentación:

La alimentación es saludable cuando favorece el buen estado de salud y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con ella. La investigación epidemiológica ha demostrado una estrecha relación entre la alimentación y el riesgo para desarrollar estas enfermedades crónicas caracterizadas por una elevada morbilidad, por lo que es necesario establecer normas de referencia que sirvan de guía para garantizar un estado nutricional adecuado (Institute of Medicine, 2000).

El grupo de maestros jubilados presentó porcentajes más altos de cumplimiento en lo que clasificamos como acciones de alimentación saludable, con significancia estadística ($p < 0.05$). Las acciones que tuvieron menor porcentaje de cumplimiento en ambos grupos están relacionadas con el consumo de grasas y dulces y azúcares; incluyendo el consumo de frutas en el grupo de adultos mayores del HRSF.

Para ambos grupos Las acciones de mejor cumplimiento son las relacionadas con desayuno diario, horario regular de comidas, ingesta de sal y de agua;

coincidiendo con otros estudios donde se encontró un buen cumplimiento del desayuno diario, que es uno de los factores importantes en la mantención de estilos de vida saludable según Pollit (2001) (Barrón Pavón, Mardones Hernández, Vera Sommner, Ojeda Urzúa, & Rodríguez Alveal, 2006), otros encontraron irregularidades en las comidas, reportándose inclusive no consumir la última comida del día, factores que son considerados deteriorantes del estado de salud (Restrepo, Morales , Ramírez, López, & Varela, 2006).

De lo anterior podemos rescatar que el grupo de adultos mayores del HRSF tiene mayor riesgo para las principales enfermedades que provocan la mayor morbilidad en el adulto mayor, considerando que 5 de los 10 factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de enfermedades crónicas están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico; estos 5 factores son: hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial y consumo insuficiente de frutas y verduras. (Calañas-Continente, 2005). Estudios revelan que la conducta no saludable está dada por diversos factores tanto económicos, como culturales y sociales (Eitvens, 1999).

Resalta el pico de edad de inicio de las prácticas de alimentación saludable, más distribuido en todas las edades antes de cumplir los 60 años en el grupo de maestros jubilados, no así en los adultos mayores del HRSF que fue al cumplir

los 60. Los estudios sugieren que los ancianos siguen las prescripciones médicas y se muestran receptivos a modificar pautas inadecuadas de consumo de alimentos; la epidemiología nutricional se ha centrado en el adulto, y pocos estudios han tenido en cuenta el papel de la alimentación en etapas tempranas de la vida. Sin embargo, es en estas etapas iniciales cuando comienza el riesgo de enfermedades crónicas y donde los tejidos son especialmente susceptibles a la influencia de los nutrientes; se reconoce que la alimentación en etapas anteriores de su vida es un factor que determina su salud actual. El efecto de la dieta podría ser acumulativo y plasmarse en una enfermedad sólo décadas después de la exposición dietética. (Institute of Medicine, 2000)

2.8. Prácticas clínicas de autocuidado: El autocuidado es también responsabilidad de la sociedad y el estado, es decir, que no es solamente responsabilidad de los adultos mayores, siendo los recursos humanos de las unidades de salud los llamados a su fomento. La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud (Baggio, 2010).

Se observó un mayor cumplimiento de las prácticas de autocuidado en el grupo de maestros jubilados en relación al grupo del hospital, en los dos grupos las

acciones de mayor cumplimiento fueron la toma de precauciones para caídas y la vacunación anual por Haemophilus Influenza; y las de menor cumplimiento la realización de citología y antígeno prostático una vez al año, la evaluación odontológica por lo menos una vez al año y el auto examen de mamas y testículos.

Las de cumplimiento intermedio la ingesta regular de medicamentos para las patologías declaradas. Igual a lo observado en las acciones de alimentación saludable, en el grupo de maestros jubilados predominó el mayor número de acciones de autocuidado y el pico de inicio más temprano de estas prácticas (antes de cumplir los 60 años), con una significación estadística representativa ($p < 0,05$) en relación a lo observado en el grupo de adultos mayores del HRSF.

Sería interesante profundizar en los factores que condicionan la realización de estas acciones, así como las que influyen en el inicio más temprano de esta práctica, que contribuye a la prevención y otras a la detección temprana de las principales enfermedades que se presentan en la etapa de adulto mayor. Es pues necesario un enfoque de salud pública a la educación sanitaria, la promoción de la salud, la detección temprana de los problemas y la asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria (OPS/OMS, 2002).

3. Perfil clínico epidemiológico del adulto mayor

Se sabe que la salud en la vejez es el reflejo de factores intervinientes en toda una vida, que van desde factores incontrolables como la herencia genética, pasan por condiciones socioeconómicas y llegan hasta la participación personal en el estilo de vida. El proceso patológico que lleva a condiciones de morbilidad es muy común que se haya generado en edades tempranas y no se haya manifestado sino hasta la vejez. (Ham-Chande, 1996).

3.1. Actitud al sentirse enfermo: Los adultos mayores enfrentan muchas barreras cuando necesitan atención y pueden perder la motivación necesaria para buscar o continuar su tratamiento, lo cual puede acarrear graves consecuencias para su salud (Hoskins, Kalache, & Mende, 2005). Las dificultades para acceder a la atención de salud aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas mayores, lo que en casos extremos se traduce en una situación de exclusión casi permanente (Escobar, 2006).

Sin embargo en este estudio la preferencia de la atención en las unidades de salud pública fue muy alta en el grupo del hospital, con un bajo porcentaje que busca atención en las unidades privadas; en el grupo de jubilados, es la atención en unidades privadas la que predomina. Resalta en ambos grupos

baja frecuencia con que el personal sanitario promueve estilos de vida saludable.

En ambos grupos se refirió buscar atención pronta al tener sintomatología clínica, a diferencia de otros estudios, donde se observan frecuencias considerables en otras alternativas como curanderos, remedios caseros. El estudio INTRA (INEI, 2012).

En la región, la mayoría de los países han creado programas de salud para personas mayores dentro de los ministerios o secretarías respectivas; en algunos casos, estas instancias tienen una función rectora en materia de envejecimiento en el país, y junto con las actividades de promoción y prevención (en particular, campañas de fomento del cuidado personal y programas de vacunación) desarrollan servicios de atención socio-sanitaria tomando en consideración las recomendaciones de la Estrategia regional sobre el envejecimiento. Sin embargo, existen notables diferencias regionales entre las atribuciones, la capacidad de gestión y los recursos de estas instancias gubernamentales (Huenchuan, Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, 2009).

La solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores requiere algo más que el simple acceso a un médico. Exige un cambio en la cultura

sanitaria y un enfoque de salud pública a la educación sanitaria, la promoción de la salud, la detección temprana de los problemas y la asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria (Huenchuan, Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, 2009).

3.2. Valoración clínica del adulto mayor

Niveles de presión arterial: La hipertensión arterial (HTA), es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. Los estudios epidemiológicos sugieren que una prevalencia entre 50% y 70% de hipertensión en las personas de 60 años de edad y más; sin embargo, la hipertensión no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento (OPS/OMS, 2002).

Tal como se reporta en la literatura y otros estudios, se encontró en esta investigación que la hipertensión arterial ocupa el primer lugar como causa de enfermedad en general y en el adulto mayor (Barrón Pavón, Mardones Hernández, Vera Sommner, Ojeda Urzúa, & Rodríguez Alveal, 2006) (Albala, y otros, 2005).

Con este apunte y considerando además que la mayoría de los hipertensos adultos mayores son asintomáticos, se realizó la toma de la presión arterial a

los adultos mayores de este estudio de acuerdo a las recomendaciones internacionales establecidas, para poder discutir los resultados en este sentido, de acuerdo al JNC 7 (Séptimo informe de la Joint national comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial) que proporciona una guía para la prevención y manejo de la hipertensión arterial.

La gran mayoría presentó al momento del estudio una presión arterial dentro de valores normales (Menor de 120/80) y en la categoría de prehipertensión (120/80 a menor de 140/90) de la cual un poco más del 50% tenían diagnóstico previo de HTA, representando un grupo de riesgo que amerita seguimiento e intervenciones para modificación de comportamientos; La detección temprana, el tratamiento apropiado y el control de la hipertensión producen importantes beneficios sanitarios y de índole económica (Verdecchia & Angeli, 2003).

Valoración nutricional: El estado nutricional de las personas mayores está determinado por el equilibrio entre los requerimientos y la ingesta. Ellos a su vez son influenciados por otros factores, como los estilos de vida (actividad física en especial), la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. Los problemas de desnutrición y sobrepeso u obesidad en

los adultos mayores son muy comunes. (la Rosa Bernal-Orozco, Vizmanos, & de la Rosa, 2008)

a. Índice de masa corporal: aunque la mayor frecuencia tenían un índice de masa corporal normal para la edad, se encontraron problemas nutricionales por exceso (mas en el grupo de maestros jubilados), y por déficit (mas en el grupo de adulto mayor del HRSF), el sobrepeso encontrado coincide con otros estudios, en donde se encontró también una relación con el nivel de escolaridad y el de actividad física, discordando en esto último en esta investigación, pues el grupo de maestros jubilados mostró una actividad física mas saludable que el grupo de adultos mayores del HRSF.

Se considera importante resaltar que en ambos grupos, con predominio en el grupo de adultos mayores del HRSF se muestran valores mas altos de desnutrición que los reportados en otros estudios sin predominio de sexo, donde la prevalencia de esta en los ancianos varía entre 1 y 4% en los hombres y entre 1 y 5% en las mujeres (Bernal-Orozco, Vizmanos, & de la Rosa, 2008), dato importante para los países en desarrollo, pues este hecho se asocia a mayor mortalidad que el sobrepeso moderado. (Barrón Pavón, Mardones Hernández, Vera Sommner, Ojeda Urzúa, & Rodríguez Alveal, 2006) (Cunha, Cunha, Unamuno, & Vannucchi, 2001).

Valoración funcional: La pérdida de la funcionalidad tiene que ver con la reducción de la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria. Ésta es la señal de alerta que debemos escuchar, es el riesgo que debemos prevenir (Proyecto FONDEF, 2003) (OPS, 1999). Los valores encontrados en el estudio son menores de los reportados en otros estudios (Albala, y otros, 2005)

El hecho de que el adulto mayor pueda valerse por sí mismo, que se sienta satisfecho con la relación con su familia y con el apoyo de amigos o vecinos, le permite ser funcional, aun cuando se tenga alguna enfermedad. Esto le hace considerarse útil y no un cargo para la familia y sociedad en la que se desenvuelve. al no tener grandes dificultades para realizar sus actividades diarias. Las actividades de mayor limitación fueron para trasladarse, caminar y para bañarse en orden de frecuencia, y las mas preservada es la continencia de esfínteres. Estos resultados tienen similitudes con las limitaciones encontradas relacionadas con el aseo personal y la deambulaci3n, medidas con el índice de Barthel, con porcentajes de compromiso mucho mayores que los encontrados en la presente investigaci3n. (Peña Pérez, Terán Trillo, Moreno Aguilera, & Bazán Castro, 2009)

Valoraci3n mental: A pesar de que el estado cognitivo presentado en ambos fué normal en un alto porcentaje, el grupo de adultos mayores a diferencia del grupo de maestros jubilados reveló un valor mayor del reportado en otras

investigaciones, con predominio en mujeres, donde se observó también predominio en mujeres, y con una relación inversa con el nivel educativo. El deterioro cognitivo es un factor importante en el deterioro funcional, la discapacidad, la demanda por atención a largo plazo y la institucionalización misma de las personas.

La vitalidad cognitiva es necesaria para el desempeño de las actividades instrumentales del vivir diario como, por ejemplo, hacer las compras, preparar la comida y la auto-administración de medicamentos. También es necesaria para las actividades básicas del vivir diario como bañarse y vestirse. La medición del deterioro cognitivo es una tarea bastante complicada y se dificulta aún más por la falta de instrumentos apropiados para este fin. (Albala, y otros, 2005)

3.5. Enfermedades prevalentes:

América Latina y el Caribe se caracterizan por una alta incidencia tanto de enfermedades transmisibles como de enfermedades no transmisibles, una ruptura del principio unidireccional transicional, una transición prolongada y una heterogeneidad entre grupos sociales, según área geográfica de cada país y entre los diferentes países. Ejemplo de esto es que países como el Uruguay, Costa Rica, Cuba y Chile con proporciones de defunciones por enfermedades transmisibles inferiores al 10% se contraponen países con una proporción superior al 30%, como el Perú, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y

Haití (con 54% de defunciones por enfermedades transmisibles) (Mariachiara, 2011).

La carga de enfermedad se concentra en las edades avanzadas la carga de enfermedad por causas transmisibles se concentra en el grupo de 0 a 14 años, mientras que la de causas no transmisibles recae en el grupo de personas mayores (CEPAL, 2006).

Si bien la prevalencia de las condiciones autoreportadas como las enfermedades cardiovasculares, artritis y diabetes en la encuesta SABE es más alta que la reportadas por adultos mayores en Norteamérica (Palloni, De Vos, & Peláez, 2002), esto es considerable debido a que las condiciones crónicas autoreportadas son aquellas que fueron diagnosticadas por un doctor o una enfermera y que la población de adultos mayores en la mayoría de estos países latinoamericanos recibe una menor y más errática atención de salud que las personas mayores en otros lugares (Albala, y otros, 2005).

Hipertensión arterial, problemas osteomusculares, diabetes, problemas gástricos, asma, síndrome de intestino irritable y cardiopatías son las principales enfermedades prevalentes encontrados para ambos grupos de este estudio, evidenciando la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como se menciona en otras investigaciones (Peña Pérez, Terán

Trillo, Moreno Aguilera, & Bazán Castro, 2009) (Samson Sanjeeva, 2014) (Barrón Pavón, Mardones Hernández, Vera Sommner, Ojeda Urzúa, & Rodríguez Alveal, 2006).

En Canadá, 33% de las personas de 65 años de edad y mayores informaron padecer hipertensión, 16% cardiopatía, 47% artritis y 10% diabetes (Caruso, 2007) (OPS/OMS, 2002)

El comportamiento en cuanto a la prevalencia de estas enfermedades fue similar en los dos grupos y la coexistencia de enfermedades es de dos de cada 10 adultos mayores, la coexistencia diabetes e hipertensión se encontró en mas de dos tercios, similar a otros estudios; esta situacion que coloca al paciente diabético en un riesgo dos veces mayor que una persona no diabética de presentar eventos cardiovasculares y aumenta los factores de riesgo para desarrollar lesión cardiovascular y renal (Crespo, Martínez, Rosales, Crespo Valdez, & García, 2002).

Los estudios respecto a los factores de riesgo de estas patologías han mostrado que la edad de comienzo o de diagnóstico es un factor significativo de riesgo cardiovascular (Peña Pérez, Terán Trillo, Moreno Aguilera, & Bazán Castro, 2009), encontrándose en este estudio que es a partir de los 60 años donde se incrementa el diagnóstico de las mismas, con una edad un poco

menor en el grupo de maestros jubilados, dato que resulta interesante, pues es el grupo que reportó mayores acciones de autocuidado.

3.4. Discapacidad:

El informe mundial sobre la discapacidad, el 15,6% de la población de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a 19,4%. Actualmente se sabe que la discapacidad en la vejez puede prevenirse mediante un buen control de las enfermedades crónicas y el fomento de la actividad física y social en un entorno que permita intercambios emocionales y asistenciales en consonancia con las circunstancias sociales y el estado de salud de cada persona (Maya, 2004).

Se ha reportado que el 12% de la población de personas mayores tiene problemas de salud relacionados con discapacidades, principalmente motoras y sensoriales, y que respecto del resto de problemas físicos, los relacionados con la vista y con la movilidad son los de mayor incidencia. La prevalencia de discapacidad en la población adulta mayor supera en gran medida la discapacidad encontrada en la población general, y en encuestas esta a llegado a reportar hasta valores cuádruplicados, en donde resaltan en orden de frecuencia los problemas motores, ceguera y por último sordera (INEI, 2012).

Hasta mayo del 2000, el 11.4% de pacientes atendidos en Teletón por problemas motores en nuestro país correspondía a los adultos mayores de 64 años y más. En esta investigación se encontraron menores porcentajes asociados con la discapacidad motora, predominando la visual con valores considerables (solo se consideraron aquellos cados que reportaron la limitación y no tenían corrección con lentes) seguida de los problemas auditivos, sobre todo en el grupo de adultos mayores del HRSF.

Sin embargo lo que debe preocupar es que la alta prevalencia de enfermedades crónicas en ambos grupos de este estudio puede provocar la aparición de discapacidad con el avance de los años, considerando además que no se evidenció un buen cumplimiento en las prácticas de autocuidado que incluye la ingesta regular de medicamentos para las patologías que se reportaron en el autoinforme, sobre todo en el grupo de jubilados, lo que sugiere por tanto, problemas de adherencia al tratamiento de las mismas.

Es así pues que los esfuerzos deben enfocarse en trabajar sobre medidas simples, menos vinculadas a hospitales y servicios y más relacionadas a hábitos de vida saludables: menos alcohol y tabaco y más dietas ricas en frutas y verduras, menos sedentarismo y más actividad física adecuada y regular, menos soledad y más redes familiares y sociales, menos trabajo sectorial aislado y más actividades articuladas con otros sectores sociales (OMS, 2001)

VII. CONCLUSIONES

1. En relación a las condiciones sociodemográficas el adulto mayor del HRSF se encontró que es un adulto mayor relativamente joven; con la reconocida feminización de la tercera edad; residente en un área urbana; con una baja escolaridad, que cuenta con pareja; con la presencia de hogares multigeneracionales que apoyan su estabilidad emocional; en una vivienda propia o familiar que cuenta con la mayoría de los servicios básicos; que se mantiene aún en el mercado laboral y que económicamente depende predominantemente del trabajo propio y de las ayudas familiares, ya que está fuera del sistema de previsión social; desvelando una fragilidad que lo posiciona en una situación de vulnerabilidad económica.

En el grupo de maestros jubilados tenemos siempre un adulto mayor joven; con la feminización reconocida de la edad, aún mas resaltada por el tipo de profesión; residente en un área urbana; con altos niveles educativos, contando aún con una pareja; con la presencia de hogares multigeneracionales; vivienda propia con todos los servicios básicos; fortalecido económicamente por el ingreso de su jubilación, pero que aún se mantiene en el mercado laboral generando mas ingresos y contando además con la ayuda económica de familiares.

2. En ambos grupos se identificaron conductas de riesgo en casi todas las dimensiones de los estilos de vida relacionados con la salud estudiados en esta investigación: actividad física, alimentación saludable, acciones de autocuidado clínico, consumo de alcohol y tabaco, situación que contribuye al riesgo de la morbimortalidad en este grupo etario, acarreando sin duda mayor costos en la atención sanitaria y mayor carga para la familia y la sociedad.

3. El perfil clínico y epidemiológico mostró un adulto mayor afectado por las enfermedades crónicas no transmisibles, donde sobresale la prevalencia de hipertensión arterial y la coexistencia de enfermedades, siendo considerable la de diabetes e hipertensión arterial; pero manteniéndose aún con un alto grado de funcionalidad, un alto nivel cognitivo y con bajo grado de discapacidad.

4. Al comparar ambos grupos, se encontró que el grupo de maestros jubilados en relación al grupo de adultos mayores del HRSF, presentó alta seguridad económica; mejor nivel educativo; mayor frecuencia saludable de actividad física; mayor prevalencia actual de consumo de alcohol; menor prevalencia de vida de consumo de cigarrillo y/o tabaco, pero con una mayor prevalencia de consumo actual y mayor incumplimiento en las medidas de prevención secundaria de cigarrillo y/o tabaco; edad de inicio más temprana para el consumo de sodas y menor tendencia al abandono en su consumo; mejor cumplimiento en acciones de alimentación saludable; mayor cumplimiento en

las acciones de autocuidado clínico, con edad de inicio mas temprano de las mismas; mayor tendencia al sobrepeso, con menor prevalencia y coexistencia de enfermedades, así como una mas temprana edad de diagnóstico de las mismas y una menor prevalencia de discapacidad.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Aunque se cuenta con tratados internacionales que sugieren las estrategias pertinentes para afrontar el proceso de envejecimiento de acuerdo a las condiciones propias de cada país, la implementación de las mismas, requiere en gran medida contar con la voluntad política actual, en donde la intersectorialidad presenta un papel clave, avanzando en el campo y promoviendo las condiciones legales que respalden un apoyo económico y una asistencia sanitaria con equidad en la vejez.

2. Siendo la salud del adulto mayor en el marco del envejecimiento demográfico un gran reto para salud pública, se recomienda que el sistema de salud revise las estrategias hasta la fecha implementadas, a fin de expandir la cobertura de la atención primaria para garantizar no solo la atención oportuna a través de un protocolo de atención integral al adulto mayor, la formación del personal de salud, evaluación integral para todas las edades con protocolos de atención en las enfermedades más comunes; sino además estrategias para promover un estilo de vida saludable en todas las áreas y niveles de atención, y desde etapas tempranas de la vida, hecho suficientemente demostrado que representa menor costo económico que lo relacionado con la prevención primaria, secundaria y terciaria; fomentando un envejecimiento activo, acorde con el proceso de envejecimiento de la población, y de esta manera dar la

importancia necesaria a este grupo poblacional, tal como ya se le ha otorgado a otros grupos poblacionales.

Uno de los principales aliados en nuestro país debería de ser el sector educación, quien debería incorporar además del aporte de conocimientos teóricos y prácticos, medidas de carácter legal al nivel que corresponda sobre el consumo de bebidas de soda y la promoción del consumo de frutas y verduras, en la misma forma que se ha regulado legalmente la exposición al humo de tabaco, y tal como lo han venido realizando varios países en relación a su distribución en centros educativos. Así mismo fomentar desde allí el voluntariado para atención de la población geriátrica.

3. La existencia de grupos organizados de adultos mayores debe ser apoyada y promovida desde el nivel local del sistema de salud y los gobiernos municipales para que se promueva el estilo de vida saludable entre sus agremiados, con actividades sostenidas, en lugar de las puntuales de carácter recreativo, para que se logre impactar en la modificación de un estilo de vida que beneficie su estado de salud, considerando pues que los cambios en el estilo de vida son importantes en cualquier etapa de la vida.

4. Dentro de las perspectivas futuras recomendadas se puede mencionar la necesidad de continuar con el desarrollo y clarificación de algunas áreas en

torno a los estilos de vida relacionados con la salud, es aquí donde la investigación cualitativa puede brindar grandes contribuciones en esta temática al utilizar técnicas que permitan una mejor aproximación para la explicación del comportamiento del ser humano en la adopción de determinado estilo de vida. Algunas de estas investigaciones pueden orientarse en la identificación de los factores que condicionan la adopción de estos estilos de vida como el autocuidado clínico, actividad física y alimentación saludable, que puedan generar estrategias de intervención oportuna en el logro de un estilo de vida saludable desde edades tempranas, que contribuyan a poder disfrutar de la salud en edades avanzadas con alto grado de funcionalidad, en un mundo que envejece inexorablemente.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Restrepo, S. L., Morales , R. M., Ramírez, M. C., López, M. V., & Varela, L. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes de la salud. *Revista Chilena de Nutrición. Versión online*, 33(3).
- Albala, C., Lebrão, M. L., León Díaz, E. M., Ham-Chande, R. H., Hennis, A. J., Palloni, A., y otros. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Panam Salud Pública*, 17(5/6), 307-22.
- Atalah, E., & Urteaga, C. (2001). Patrones alimentarios del Adulto Mayor en tres ciudades Chilenas. *Revista Chilena de Nutrición*, 28(3).
- Backett, K., & Davison, C. (1995). Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours. *Social Medicine and Sciences*, 14(5), 629-638.
- Baggio, M. J. (2010). Las practicas de autocuidado y actividades de la vida diaria en el adulto mayor. *Revista electrónica de Portales Médicos.com*.
- Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos y sociales del envejecimiento*. (U. N. Distancia, Ed.) Madrid, España: Editorial Universitas-UNED.

- Bardag, G. F., Farout, L., Veyrat-Durebex, C., & et al. (1999). Changes in 20S proteasome activity during ageing of the LOU rat. *Mol biol Rep*, 26, 89-93.
- Barrios-Cisnero, H. (2007). *Estilo de Vida Saludable y Espiritualidad*. Mérida, Venezuela: Monografía.
- Barrón Pavón, M. V., Mardones Hernández, M. A., Vera Sommner, S., Ojeda Urzúa, G., & Rodríguez Alveal, F. (2006). Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile. *Theoría*, 15(1), 33-44.
- Bernal-Orozco, M. F., Vizmanos, B., & de la Rosa, C. (2008). La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropo*, 16, 43-55.
- Blazer, D. G., & Wu, L. T. (2000). The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-age elderly community adults national survey on drug use and health. *Am J Psychiatry*, 166(10), 1162-1169.
- Buck, C. (1996). Después de Lalonde: la creación de la salud. En OMS, *Promoción de la Salud: una antología* (págs. 6-14). Washington.
- Bury, M. (1995). "Envejecimiento, género y teoría sociológica". En: Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. *Madrid*.
- Bustillo-Poce, A. J., Hernández-Palma, M. A., Ramírez-Rivera, D. M., & Madrid-Rubí, M. W. (2013). Estilos de vida no saludables en estudiantes de zona urbano-rural, La Esperanza-Intibucá, Honduras, 2012-2013. *Revista Médica Hondureña*, 81(2-4), 77-82.

- Calañas-Continente, A. J. (2005). Alimentación saludable basada en la evidencia. (S. d. Sofía, Ed.) *Endocrinol Nutr*, 52(Supl 2), 8-24.
- Caruso, U. y. (2007). Medicina geriátrica. En H. p. revisar, *Medicina Interna Harrison* (págs. 53-54). Barcelona: McGrall-Hill.
- CELADE-CEPAL. (2004). *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile: UNFPA.
- CEPAL. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe* (Vols. Serie Población y desarrollo No. 28 (LC/.1737-P)). Santiago, Chile: CEPAL/Naciones Unidas.
- CEPAL. (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile.
- CEPAL. (2007). *Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades*. Santiago, Chile: LC/L2805.
- CEPAL. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y El Caribe*. Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE. (1990). *El proceso de envejecimiento de la población*. Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago, Chile.
- CEPAL/ONU. (2004). *Población, envejecimiento y desarrollo..* 8-9, 13-14, 19, 22- 23, 27 y 40-43. San Juan, Puerto Rico.

- Corporación Latinobarómetro. (2006). *Informe Latinobarómetro 1995-2006*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Costa, M., & López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Crespo, N., Martínez, A., Rosales, E., Crespo Valdez, N., & García, J. (2002). Diabetes mellitus e hipertensión. Estudio en el nivel primario de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr. version online ISSN 1561-3038*, 18(5).
- Cunha, D. F., Cunha, S. F., Unamuno, M. R., & Vannucchi, H. (2001). Serum levels assessment of vitamin A, E, C, B2 and carotenoids in malnourished and non-malnourished hospitalized elderly patients. *Clinical Nutrition*, 20(2), 167-70.
- De la Fuente Sanza, M., Martínez León, M., Romero García, M., Fernández de Santiago, F., & Navas Cámara, F. (2012). Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia*, 34(6), 239-244.
- Dirección General del Adulto Mayor. (2009). *Directorio de organizaciones e instituciones que trabajan con adultos mayores a nivel nacional*. Tegucigalpa: Secretaría de Gobernación y Justicia, República de Honduras.
- Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(13), 890-904.

- Eitvens, J. (1999). Determinantes del envejecimiento sano. *Cuad. Méd. Soc.* XXX, 3, 71-81.
- Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 1994-2010. (2010). México: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Secretaría de Salud.
- Engler, T., & Peláez, M. (2002). *Mas vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Washington: BID/OPS.
- Escobar, G. (2006). *Federación Iberoamericana del Ombudsman*. Madrid: Trama.
- Fernández Larrea, N., Clúa Calderín, A. M., Báez Dueñas, R. M., Ramírez Rodríguez, M., & Prieto Díaz, V. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Rev Cubana Med Integr*, 16(1), 6-12.
- Flores Fonseca, M. A. (2007). *La Transición demográfica de Honduras*. En: *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe, serie Población y Desarrollo #58*. Tegucigalpa, Honduras: CELADE/Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Foley, D., & et al. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 national. *J Psychosom Res*, 55(5), 497-502.
- Gaviria, G. (2002). *Situación del Adulto Mayor en Honduras*. Tegucigalpa: OPS/OMS.

- Guerrero Montoya, L., & León Salazar, A. (2010). Estilo de Vida y Salud. *EDUCERE*(48).
- Guimaraes Borges, G. L., Mendoza Meléndez, M. A., García Pacheco, J. A., López Brambila, M. A., Velasco-Ángeles, L. R., Beltrán Silva, M. A., y otros. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*, 37, 15-25.
- Guimaraes Borges, G. L., Mendoza Meléndez, M. A., López Brambila, M. A., García Pacheco, J. A., Velasco-Angel, L. R., Beltrán Silva, M. A., y otros. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*, 37(1), 15-25.
- Guzmán, J. M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.02.II.G.49.
- Guzmán, J. M. (2003). *Seguridad económica en la vejez, una aproximación inicial*,. Ciudad de Panamá: BID/OIT/CEPAL.
- Ham Chande, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Ham-Chande, R. (noviembre-diciembre de 1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 36(6), 409-418.

- Hoskins, I., Kalache, A., & Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health*, 17(5/6), 444-447.
- Hospital San Francisco. (2012). *Hospital en Cifras 2007-2011*. Juticalpa, Olancho: Hospital San Francisco.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago, Chile: CEPAL.
- Huenchuan, S., & Rodríguez Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección*. Santiago de Chile: CEPAL.
- INE. (2006). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2005-2006*. Tegucigalpa: República de Honduras.
- INE. (2011-2012). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA)*. Tegucigalpa, Honduras.
- INEI. (2012). *Perú: demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010*. Lima.
- Institute of Medicine. (2000). *The role of nutrition in maintaining health in the nation's elderly evaluating coverage of nutrition services for the medicare population*. Washington: Committee on Nutrition Services for Medicare Beneficiaries.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2007). *Prevalencia de la discapacidad en personas de 65 años y mas*.

- Jaspers, D. (2007). *Una pirámide que exige nuevas miradas*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington: OPS.
- Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., & et al. (2013). 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 68(4), 341–350.
- Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*(108), 388-393.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En *Promoción de la Salud: una antología* (págs. 3-5). Washington: OMS.
- Leighton, F., & Urquiaga, I. (2000). Polifenoles del vino y salud humana. En: *Antioxidantes y calidad de vida. Organó de Difusión del South American Group for free Radical Research*, 7, 5-13.
- Leung, C. W., Laraia, B. A., Needham, B. L., Rehkopf, D. H., Adler, N. E., Lin, J., y otros. (2014). Soda and Cell Aging: Associations Between Sugar-Sweetened Beverage Consumption and Leukocyte Telomere Length in

Healthy Adults From the National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Public Health*.

(2007). *Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados*. Tegucigalpa: República de Honduras. Publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 31,361, el 21 de julio del 2007.

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., & et al. (2010). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010. En: Prevalencia y factores asociados al consumo. *The Lancet* 2013, 380(9859), 2224-2260.

Lima-Costa, M., & otros. (2003). Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(No. 6).

Lozano Zúniga, M. M., Rubí García, M. L., & Gómez Alonzo, C. (Septiembre de 2009). Estilos de Vida Saludable para el Adulto Mayor. Prácticas de Autocuidado de Alto Impacto. *Desarrollo Cientif Enferm.*, 17(8), 351-354.

Machinea, J. L. (2007). *Los retos de la población en América Latina y el Caribe, Notas de la CEPAL*, No. 53. Santiago de Chile: CEPAL.

Marcos, J., & Miquel, J. (2002). Mitocondrias, envejecimiento, músculo y ejercicio. *Archivos de Medicina del Deporte*(19), 231-245.

Mariachiara, D. (2011). *El Iperfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones*. Santiago de Chile: CEPAL.

- Marinho, V., Laks, J., Coutumho, E., & Blay, S. L. (2010). Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Cad Saude Publica*, 26(12), 2213-2233.
- Millán, J. (2002). *Principios de geriatría y gerontología*. Barcelona, España: McGraw-Hill-Interamericana.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud*. España.
- Monzón, J. C., Arévalo, R., & Barnoya, J. (marzo de 2014). Tabaquismo en Guatemala: Situación actual. *Revista Guatemalteca de Cardiología*, 24(1), 509-512.
- Morales, I., & Villalón, C. (1999). *Chile y los Adultos Mayores. Impacto en la Sociedad del 2000*. Santiago, Chile: INE.
- Morel Gonay, V. (2011). *Estilos de vida saludable: actividad física*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Mouzelis, N. (1991). *Back to sociological theory*. Londres: Mc Millan.
- Naciones Unidas. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe, el Sistema Regional de Indicadores sobre Envejecimiento (SISE) y el Capítulo V del Panorama Social de América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: CEPAL.

- Navarro-Cabrera, J. A., Domínguez-Moreno, R., Morales-Esponda, M., & Guzmán-Santos, I. Y. (2013). *Archivos de Medicina General de México*(6).
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Ottawa.
- OMS. (2001). *Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias*. Washington: OPS.
- OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. (G. O. Vital, Ed.) *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37((S2)), 74-105.
- OMS. (2004). *Perfil del Adulto Mayor Perú-INTRA II. Desarrollando respuestas integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una población en rápido envejecimiento*. Perú.
- OMS. (2011). *Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo. Advertencia sobre los peligros del tabaco*.
- OMS/OPS. (1996). *Promoción de la salud: Una antología*. Washington: Publicación científica No. 557.
- ONU. (1995). *Observación general No. 6*. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- ONU. (2000). *El derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud. Observación general No. 14*. Nueva York: Consejo Económico y Social (ECOSOC).

- ONU. (2000). *Panorama social de América Latina 1999-2000*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.00.II.G.18.
- ONU. (2007). *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*. New York: Departamento de asuntos económicos y sociales, ONU.
- OPS. (1997). Nuevos actores para una nueva era. *Conferencia Internacional de Yakarta sobre Promoción de la Salud*. Indonesia.
- OPS. (2002). *Actividad física para un envejecimiento activo. Guía regional para la promoción de la actividad física. proMover. Un estilo de vida para mayores*. Washington: ISBN 92 75 32399 2.
- OPS. (2002). *La salud en las Américas*. Washington.
- OPS/OMS. (2002). 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 54.a Sesión del Comité Regional Washington, D.C. EUA., (pág. 16). Washington, D. C. EUA.
- OPS/OMS. (2002). *Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Promoción de Salud y Envejecimiento activo*. División Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud de la Familia y Población. Unidad de Envejecimiento y Salud.
- OPS/OMS. (2002). Tema 4.8 del orden del día provisional . 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana 54.a sesión del Comité Regional, (pág. 16). Washington.

- OPS/OMS. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington : OPS.
- Organización Internacional del Trabajo. (2006). *Anexo estadístico, Panorama laboral 2006: América Latina y el Caribe*. Lima: Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- Ortega, R., & Pujol, A. (1997). *Estilos de vida saludables: actividad física*. Madrid: Ediciones Ergón, S.A.
- Otero, A., & otros. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista española de salud pública, 78*.
- Palloni, A., De Vos, S., & Peláez, M. (2002). *Aging in latin America and the Caribbean*. Wisconsin: Center for Demography and Ecology. University of Wisconsin.
- Pando-Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Salazar Estrada, J. G., Mendoza Roaf, P. L., & Aguilar Aldrete, M. E. (2001). Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Cad. Saude Pública, 17*(1), 63-69.
- Papalia, D., & Wendkos, S. (1998). *Desarrollo Humano*. Bogotá: Limusa.
- Paredes, M., Ciarniello, M., & Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay*. Uruguay: Universidad de la República de Uruguay.
- Paredes, M., Ciarniello, M., & Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el*

contexto latinoamericano. Uruguay: Universidad de la República de Uruguay.

Pastor, Y., & García Merita, M. L. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. (U. d. Valencia, Ed.) *Revista de Psicología General y Aplicada*, 10(1), 469-483.

Pastor, Y., García, M., & Balaguer, I. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Rev. de Psicología general y aplicada*; 51(3-4). *Rev. de Psicología General y Aplicada*, 51(3-4), 469-471.

Peña Pérez, B., Terán Trillo, M., Moreno Aguilera, F., & Bazán Castro, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 14(2), 53-61.

Perea Quezada, R. (2004). *Educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid: Editorial Días de Santos.

Pineda, A. (15 de Noviembre de 2011). Centro de Atención Integral al Adulto Mayor IHSS. (A. O. Motiño, Entrevistador) Tegucigalpa, Honduras.

Pisarello, G., & De Cabo, A. (2006). *la renta básica como nuevo derecho ciudadano*. Madrid: Trotta.

Powers, S., Locke, M., & Demirel, H. (2001). Exercise, heat shock proteins and myocardial protection from I-R injury. *Med. Sci. Sports Exerc.*(33), 386-92.

- Prochaska, J. O. (2008). Multiple health behavior research represents the future of preventive medicine. *Preventive Medicine*(46), 281-285.
- Proyecto FONDEF. (2003). *Evaluación Funcional del Adulto Mayor. Manual de Aplicación, desarrollo de un instrumento para detección de riesgo de pérdida de funcionalidad en el adulto mayor*. Santiago, Chile: EFAM.
- Rieker, P. P., & Bird, C. E. (2005). Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60(2), 40-47.
- Rivera, J., Muñoz- Hernández, O., Rosas Peralta, M., Aguilar- Salinas, C., Popkin, B., & Willett, W. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Salud Pública Mex*, 50, 173-195.
- Samson Sanjeeva, R. N. (2014). Estimation of Lifestyle Diseases in Elderly from a Rural Community of Guntur District of Andhara Pradesh. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(4), 1-4.
- Sancho Castiello, M. (2002). *Envejecer en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España.
- Sandoya, E. (2011). Impacto del tabaquismo y del humo de segunda mano en la salud cardiovascular. *Archivos de Medicina Interna versión On-line ISSN 1688-423X*, 33(2).

- Schneider, M. J. (2006). Public health and the aging population. En S. MJ, *Introduction to the public health* (2d ed ed., págs. 489-512). Ontario: Jones and Bartlett Publishers.
- Secretaría de Desarrollo e Inclusión social. (2009). *Política de Protección Social*. Tegucigalpa: Gobierno de la República de Honduras.
- Secretaría de Desarrollo e inclusión social. (2012). *Diagnóstico sector adulto mayor en Honduras*. Tegucigalpa: Gobierno de la República de Honduras.
- Secretaría de Salud, Honduras. (2012). *Indicadores Básicos 2012. Situación de Salud en Honduras*. Tegucigalpa: Sistemas de Información de la Secretaría de Salud de la República de Honduras.
- Suárez, R., & Pescetto, C. (2005). Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 17(5/6), 419-428.
- Tapia-Conyer, R., Cravioto, P., Borges-Yáñez, A., & De la Rosa, B. (1996). Consumo de drogas médicas en población de 60-65 años en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1993. *Salud Pública de México*, 38, 458-465.
- Tapp, J. T., & Goldnthal, P. (1982). A factor analysis study of health habits. *Preventive Medicine*, 724-728.

- Terre, L., Drabman, R. S., & Meydrech, E. F. (1990). Relationship among children's health-related behaviors: A multivariate developmental perspective. *Preventive Medicine*(19), 134-146.
- Trejo Teruel, E. G. (2003). El proceso de envejecimiento demográfico en Honduras: características sociodemográficas dela población adulta mayor en municííos del corredor turístico centro-sur del país. *Argonautas y caminantes*, 81-93.
- Ungemack, J. A. (1994). Patterns of personal health practice: Men and Women in the United Sstates. *American Journal of Preventive Medicine*(10), 38-44.
- Valladares, C. (15 de Febrero de 2011). Reseña de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras, seccional 54 de Juticalpa. (A. O. Zavala, Entrevistador) Juticalpa, Olancho, Honduras.
- Vargas, S. (2011). Los estilos de vida en la salud. En E. d. Rica, *La Salud Pública en Costa Rica. Estado actual, retos y perspectivas* (págs. 101-124). Costa Rica: Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica.
- Vargas, S. (2011). Los estilos de vida en la salud. En *La Saud Pública en Costa Rica. Estado actual, retos y perspectivas* (págs. 101-124). Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Vellas. (1996). Envejecer exitosamente: "Concebir el proceso de envejecimiento con una mirada más positiva". *Revista de Salud Pública*.

- Verdecchia, P., & Angeli, F. (2003). Séptimo informe del Joint National Committee para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Rev Esp Cardiol*, 56(9).
- (2010). *Visión de País 2010-2038. República de Honduras*. Tegucigalpa: Presidencia de la República.
- Weng, N., Palmer, L., Levine, B., & et al. (1997). Tales of tails: regulation of telomere length and telomerase activity during lymphocyte development, differentiation, activation, and aging. *Immunol. Rev.*(160), 43-54.
- WHO. (1982). *Lifestyles and living conditions and their impact on health*. Copenhagen: Regional office for Europe.
- WHO. (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. En: *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- Wong, R., Peláez, M., & Palloni, A. (2005). Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Pública*, 17(5/6), 323-32.
- Zelaya, M. (2012). El Envejecimiento en Honduras: una Caracterización Sociodemográfica del Adulto Mayor. *Revista Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes*, 8, 83-93.
- Zurro, M., & Cano Pérez. (2003). *Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elseviser.

X. ANEXOS

Definición de variables

Variables independientes

Condiciones Sociodemográficas:

Adulto mayor HRSF: en el contexto de esta investigación se consideran personas adultas mayores o personas de la tercera edad a todas aquellas que han alcanzado 60 años o más y que fueron atendidas en la consulta externa del Hospital Regional San Francisco HRSF.

Maestro jubilado: se aplica a la persona que está retirada de su trabajo docente por haber cumplido la edad determinada por la ley o por enfermedad, y cobra la pensión correspondiente, y que es miembro de la Asociación de Maestros Jubilados y Pensionados de Honduras, seccional No. 11 de Juticalpa, Olancho.

Edad: Tiempo de existencia desde el nacimiento a la fecha de la encuesta, expresada en años cumplidos.

Sexo: condición biológica que distingue al hombre de la mujer.

Escolaridad: total de tiempo concluido de estudios en escuela u otro centro educativo.

Estado Civil: condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.

Residencia: según los tipos de comunidad, puede ser rural o urbana, al momento de la encuesta.

Número de hijos vivos: número de hijos vivos del adulto hasta el momento de la encuesta, sin necesidad de que convivan con él.

La seguridad económica de las personas mayores: se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar su calidad de vida (Guzmán, 2003)

Fuente principal de ingresos: fuente económica de donde proceden mayoritariamente los ingresos que recibe del adulto mayor.

Fuente secundaria de ingresos: fuente económica de donde proceden en segundo lugar los ingresos que recibe el adulto mayor.

Actividad remunerada: cualquier actividad que realiza el adulto mayor por la cual recibe una paga.

Propiedad de la vivienda: es a quien corresponde la tenencia legal de una vivienda, en relación con el adulto mayor.

Servicios con que cuenta la vivienda: son los servicios públicos de agua potable o tubería, disposición de excretas y electricidad con que cuenta la vivienda donde reside el adulto mayor.

Variables dependientes

Estilos de vida relacionados con la salud

Actividad Física: toda actividad o ejercicio que tenga como consecuencia el gasto de energía y que ponga en movimiento un montón de fenómenos a nivel corporal, psíquico y emocional en la persona que la realiza.

Frecuencia saludable de actividad física: frecuencia de siempre y casi siempre con que realiza actividad física.

Edad de inicio de la actividad física: edad en años de inicio de la actividad física reportada al momento de la encuesta.

Tiempo libre: tiempo disponible después de la realización de las ocupaciones rutinarias ya sea como parte de una ocupación externa o relacionada con el trabajo de la casa.

Frecuencia de tiempo libre: frecuencia con que realiza las actividades de tiempo libre en las categorías de siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca.

Prevalencia de vida de consumo de alcohol: consumo de alcohol aunque sea una sola vez en la vida.

Edad de inicio del consumo de alcohol o tabaco: edad en años cuando consumió la primera vez algún tipo de alcohol o tabaco.

Frecuencia de consumo de alcohol: frecuencia que realiza las actividades de tiempo libre en las categorías de siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y no consume actualmente

Prevalencia de vida de consumo de tabaco: consumo de tabaco aunque sea una sola vez en la vida.

Prevención secundaria de tabaco y/o cigarrillo: Acciones preventivas de exposición de tabaco de segunda mano

Frecuencia de alejamiento del adulto mayor mientras fuma o fumaba: Acción de prevención secundaria expresada en categoría de siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca, cuando se alejaba del resto de las personas mientras fuma o fumaba.

Frecuencia de compartir momentos con personas mientras éstas fumaban: acción de prevención secundaria expresado en las mismas categorías, cuando permaneció contigo a personas mientras éstas fumaban.

Frecuencia del consumo del café, soda u otras sustancias psicoactivas: frecuencia expresada en categorías de acuerdo al consumo de café, soda u otra sustancia psicoactiva tipo droga lícita e ilícita que presenta el adulto mayor.

Horas que duerme durante la noche: horas que duerme durante la noche el adulto mayor.

Problemas del sueño: trastorno relacionado con problemas para iniciar, mantener o reiniciar el sueño.

Alimentación saludable del adulto mayor: prácticas saludables relacionadas con la alimentación reportada en una frecuencia de siempre y casi siempre.

Número de acciones de alimentación saludable: número de acciones de alimentación saludable reportadas por el adulto mayor al momento de la encuesta.

Edad de inicio de alimentación saludable: edad en años cuando se inició una alimentación saludable en una frecuencia de siempre y casi siempre.

Prácticas de autocuidado: actividades clínicas y de prevención realizadas por el adulto mayor.

Frecuencia de prácticas de autocuidado: realización de actividades de autocuidado que se clasifican como de siempre y casi siempre.

Edad de inicio de las prácticas de autocuidado: edad en años cuando se iniciaron las actividades de autocuidado en la frecuencia de siempre y casi siempre.

Número de prácticas de autocuidado: número de prácticas de autocuidado reportadas por el adulto mayor al momento de la encuesta.

Niveles de presión arterial: valores en presión arterial sistólica y diastólica, clasificados según JNC 7.

Índice de masa corporal: Peso en Kg/talla al cuadrado, clasificado en categorías según los parámetros establecidos para el adulto mayor por la OMS.

Circunferencia abdominal: valor de la circunferencia abdominal al nivel del ombligo expresada en centímetros, y clasificada según los parámetros para el adulto mayor según la OMS.

Grado de funcionalidad: capacidad del adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, capaz de escoger ropa, cuidar su apariencia personal, usar el inodoro, continencia fecal y urinaria, capacidad de acostarse o levantarse de la cama, caminar sin ayuda excepto por uso de bastón y alimentarse solo; medidas a través del índice de Katz.

Estado cognitivo: es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular, se mide en grados leve, moderado o severo utilizando el mini examen del estado mental (MMSE) modificado de Pfeiffer.

Enfermedades prevalentes más sintomáticas del adulto mayor: medido a través del autoreporte de enfermedades diagnosticadas por un médico en cualquier etapa de la vida, y que ocasiona mucha incomodidad debido a su sintomatología o las complicaciones de la misma.

Edad de diagnóstico de las enfermedades prevalentes: edad en años de diagnóstico médico de la enfermedad.

Prevalencia de enfermedad: hecho de manifestar algún tipo de enfermedad al momento de la encuesta.

Prevalencia de enfermedades crónicas: presencia de al menos una de las siguientes patologías: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, EPOC y asma.

Discapacidad: limitación sensorial o motora que le impide realizar adecuadamente sus actividades

Indicación sobre modificación del estilo de vida: hecho de haber recibido indicación por parte del personal de salud respecto a la necesidad de realizar modificaciones en el estilo de vida.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POS GRADO EN SALUD PÚBLICA
VII PROMOCION BECARIOS

CUESTIONARIO

**SOBRE ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD DEL
ADULTO MAYOR EN DOS GRUPOS POBLACIONALES DE LA CIUDAD
DE JUTICALPA, OLANCHO**

OBJETIVO: Obtener información relacionada con estilos de vida, aspectos clínicos epidemiológicos y características socio demográficas de dos poblaciones de adultos mayores de la ciudad de Juticalpa.

CONSIDERACIONES ETICAS: A todos y todas las personas encuestadas se les solicita de manera personal su autorización para la participación en la investigación que se realiza como trabajo de tesis, aspirante al título de Master en Salud Publica, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (POSAP) VII promoción de becarios. Trata sobre estilos de vida de los adultos mayores, en la ciudad de Juticalpa, en dos poblaciones: Miembros de la Asociación de Maestros Jubilados y pensionados de Juticalpa y pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Regional San Francisco. La presente información será de uso estrictamente confidencial.

INSTRUCCIONES: Este instrumento consta de tres apartados, se solicita marque con una X la opción que considere en el espacio correspondiente

marcar más de una opción; o bien detalle de lo que se le pide, de acuerdo a lo solicitado en cada una de las preguntas. Agradecemos su colaboración.

1. DATOS GENERALES

1.- Nombre del Encuestador:

2.- Fecha ___/___/___

3.- Hora _____

a. Inicio _____ b. Finalización _____ c. Duración _____

4.- Grupo a que pertenece el Adulto Mayor:

Consulta externa Hospital _____

Jubilado _____

5. Edad _____

6.- Sexo

Mujer _____

Hombre _____

7.- Escolaridad

a.- Primaria Incompleta _____

b.- Primaria Completa _____

c. Secundaria Incompleta _____

d.- Secundaria Completa _____

e.- Superior Incompleta _____ f.- Superior Completa _____ g.-

Ninguna _____

8.- Estado Civil

Casado _____

Soltero _____

Unión Libre _____

Viudo _____

9.- Procedencia:

Urbana _____

Rural _____

2. CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

1.- Hijos, convivientes y dependientes

10.- Número de hijos vivos _____

11.- De cuantas personas depende para que lo cuiden?

Ninguna _____ b. _____

12.- Cuantas personas cuida usted en la casa?

a. Ninguna _____ b. _____

13._ Personas que dependen de usted económicamente:

a. Ninguna _____ b. _____

14.- Cuantas personas conviven con usted en la casa donde vive?

a. Ninguna____ b.____

2.- Ingresos Económicos

15.- De donde proviene su principal ingreso?

a. Del Trabajo Propio____ b. De la Jubilación y/o pensión____ c. De Propiedades y otras inversiones____ d. De ayuda de miembros de la familia____ e. Remesas Familiares____
f. De ayudas no familiares____ g. Otros (especifique)
_____.

16.- Tiene una segunda fuente de ingresos:

a. Si____ b. No____ (si contesta no pasar a la pregunta #18)

17.- Cual es su segunda fuente de ingresos?

a. Del Trabajo Propio____ b. De la Jubilación y/o pensión____ c. De Propiedades y otras inversiones____ d. De ayuda de miembros de la familia____ e. Remesas Familiares____
f. De ayudas no familiares____ g. Otros (especifique)
_____.

3.- Ocupación

18.- Cual es el principal trabajo remunerado o no remunerado que realiza actualmente?

a. Vigilante____ b. Comerciante____ c. Trabajo Doméstico____ d. Actividades Agrícolas____ e. Trabajos desde el hogar____ f. Jornada Laboral fija, pública o privada____ g. Carpintero____ h. motorista____ i. Otra (especifique) _____ Ninguna____.

19. Cuál es la jornada de trabajo remunerado o no remunerado que realiza en horas: _____ hrs (No contestar si la respuesta anterior es ninguna).

20. Realiza actualmente trabajo remunerado?

a. Siempre _____ b. Casi Siempre _____ c. A veces _____ d. Casi nunca _____, e. Nunca _____.

21.- Cual fue la ocupación remunerada o no remunerada o no remunerada durante la mayor parte de su vida?:

a. Vigilante _____ b. Comerciante _____ c. Trabajo Doméstico _____ d. Actividades Agrícolas _____ e. Trabajos desde el hogar _____ f. Jornada Laboral fija, pública o privada _____ g. Carpintero _____ Motorista _____ i. Otra _____

4. Vivienda

22.- Propiedad de Vivienda:

a. Propia o Familiar _____ b. Alquilada _____ c. Prestada _____ d. No tiene _____
Si no tiene pasar a la pregunta # 30.

23.- De que material es la construcción de su vivienda (paredes)?

a. Concreto (ladrillo o bloque) _____ b. Madera _____ c. Bahareque _____ d. Adobe _____

24. De que es el piso de su vivienda?

a. Concreto (ladrillo, cemento o cerámica) _____ b. Tierra _____

25. Cuenta la vivienda con Servicio de Aguas Negras?

a- Si_____ b. No_____

26.- Cuenta con Servicio de Agua Potable?

a- Si_____ b. No_____

27.- Cuenta la vivienda con Servicio de Energía Eléctrica?

a- Si_____ b. No_____

28.- Cuenta con Menaje de Casa (cama, estufa, refrigeradora, sillas)?

a- Si_____ b. No_____

29.- Cuenta la vivienda con televisión por cable o teléfono?

a- Si_____ b. No_____

II. ESTILOS DE VIDA

1. Actividad física y deporte:

30.- Que tipo de actividad física realiza actualmente? Puede seleccionar varias opciones.

a. Caminar o subir y bajar gradas_____ b. Actividades Agrícolas_____ c. Arreglar el jardín_____ d. Actividades Domésticas_____ e. Bailar_____ f. Ejercicios Aeróbicos_____ g. Ejercicios de estiramiento_____ h. Algún deporte_____ i. Otro (especificar) _____ j. Ninguno_____ Si contesta ninguno pasar a la pregunta #33.

31.- Con qué frecuencia realiza estas actividades?

a. Siempre_____ b. Casi siempre_____ c. A veces_____ d. Casi nunca_____

32.- Desde que edad realiza estas actividades que seleccionó arriba?

a. Menor de 15 años_____ b. De 15-24 años_____ c. de 25-34 años_____ d. de 35-44 años_____ e. de 45-59 años_____ f. A partir de los 60 años_____.

2.- Recreación y Manejo del tiempo libre:

33.- Como emplea su tiempo libre? Puede seleccionar varias opciones

a. Vida cultural (teatro, bordar, etc.)_____ b. Lectura_____ c. Escuchar radio_____ d.- Charlar con amigos_____ e. Cine o televisión_____ f. Actividades religiosas o espirituales_____ g. Otras distracciones (especifique) _____ h. Ninguna actividad_____.

Si es ninguna pasar a la pregunta #35

34. Realiza diariamente estas actividades de tiempo libre?

a. Siempre_____ b. Casi siempre_____ c. A veces_____ d. Casi nunca_____

3. Alcohol

35.- Ha consumido alcohol alguna vez en su vida?

a. Si_____ b. _____ Si es no, pasar a la pregunta #39

36.- Desde que edad consume?

a. Menor de 15 años_____ b. De 15-24 años_____ c. de 25-34 años_____ d. de 35-44 años_____ e. de 45-59 años_____ f. A partir de los 60 años_____.

37.- Con qué frecuencia consume actualmente alcohol?

a. Siempre_____ b. Casi siempre_____ c. A veces_____ d. Casi nunca_____ e. No consume actualmente_____ (si no consume pasar a la pregunta #39).

38. Qué tipo de alcohol consume o ha consumido?

a. Cerveza_____ b. Ron_____ c. Vino _____ d. Aguardiente_____ e. Whisky _____ f. Varios _____ g. Otros_____

4. Cigarrillo y Tabaco

39.- Ha fumado alguna vez en su vida?

a. Si_____ b. No_____ (Si es no pasar a la pregunta #44)

40.- Desde que edad fuma?

a. Menor de 15 años_____ b. De 15-24 años_____ c. de 25-34 años_____ d. de 35-44 años_____ e. de 45-59 años_____ f. A partir de los 60 años_____.

41. Con que frecuencia fuma actualmente?

a. Siempre_____ b. Casi siempre_____ c. A veces_____ d. Casi nunca_____ e. No fuma actualmente_____ (si no consume pasar a la pregunta # 43).

42.- Cuando fuma o fumaba se alejaba del resto de las personas?

a. Siempre_____ b. Casi siempre_____ c. A veces_____ d. Casi nunca_____ e. Nunca_____

43.- Compartió frecuentemente momentos con personas mientras estas fumaban?

a. Siempre_____ b. Casi siempre_____ c. A veces_____ d. Casi nunca_____ e. Nunca_____

5.- Consumo de sustancias psicoactivas:

Café

44.- Toma o ha tomado café alguna vez?

a. Si_____ b. No _____ (si es no pasar a la pregunta #48)

45.- Desde que edad?

a. Menor de 15 años_____ b. De 15-24 años_____ c. de 25-34 años_____ d. de 35-44 años_____ e. de 45-59 años_____ f. A partir de los 60 años_____.

46.- Que cantidad consume actualmente?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- No toma Actualmente_____ Si es no pasar a la pregunta #48

47.- Es café que consume es descafeinado?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

Sodas

48.- Consume o ha consumido sodas alguna vez en su vida?

a.- Si _____ b.- No _____ (si es no pasar a la Pregunta #51)

49.- Desde que edad consume sodas?

a. Menor de 15 años _____ b. de 15-24 años _____ c. De 25-34 años d. De 35-44 años _____ e. De 45-59 años _____ f. Desde los 60 años _____

50.- Con qué frecuencia consume sodas actualmente?

a.- Siempre _____ b.- Casi Siempre _____ c.- A Veces _____ d.- Casi Nunca _____, e.- No consume Actualmente _____

Drogas lícitas e ilícitas

51.- Que drogas ha utilizado alguna vez en su vida?

a. Drogas medicas indicadas permitidas (Anfetaminas, opioides, etc) _____ b. Drogas no permitidas (marihuana, cocaína, etc.) _____ d. Ninguna _____

Sueño:

54.- Cuantas horas duerme durante la noche?

a.- Menos de 6 horas _____ b.- De 6-8 horas _____ c.- Más de 8 horas _____

55.- Duerme durante el día?

a.- Siempre _____ b.- Casi Siempre _____ c.- A Veces _____ d.- Casi Nunca _____, e.- Nunca _____

56.- Como está su sueño durante la noche?

a.- Tiene problemas de insomnio inicial _____ b.- Problemas de Insomnio medio _____ c.- Problemas de Insomnio Terminal _____ d.- Sin ningún problema _____

7.- Hábitos Alimenticios:

57.- Consume comida rápida (pizza, baleadas, tacos, hamburguesas, etc.)?

a.- Siempre _____ b.- Casi Siempre _____ c.- A Veces _____ d.- Casi Nunca _____, e.- Nunca _____

58.- Que cantidad de sal contiene la comida que consume?

a.- Comida muy salada _____ b.- Comida baja en sal _____ c.- Termino medio en sal _____

59.- Consume grasas incluyendo mantequilla?

a.- Siempre _____ b.- Casi Siempre _____ c.- A Veces _____ d.- Casi Nunca _____, e.- Nunca _____

60.- Tiene horario regular de las comidas?

a.- Siempre _____ b.- Casi Siempre _____ c.- A Veces _____ d.- Casi Nunca _____, e.- Nunca _____

61.- Desayuna todas las mañanas?

a.- Siempre _____ b.- Casi Siempre _____ c.- A Veces _____ d.- Casi Nunca _____, e.- Nunca _____

62.- Consume más pollo y pescado que carnes rojas?

a.- Siempre _____ b.- Casi Siempre _____ c.- A Veces _____ d.- Casi Nunca _____, e.- Nunca _____

63.- Consume más de una ración diaria en frutas, vegetales y verduras crudas?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

64.- Ingiere 5 0 más vasos de agua diaria?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

65.- Consume menos de tres huevos a la semana?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

66.- Consume dulces y Postres?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

67.- Desde que edad practica estos hábitos de alimentación?

a.- Menor de 15 años _____ b.- De 15-24 años _____ c.- De 25-34 años _____ d.- De 35-44 años _____ e.- De 45-59 años _____ f.- Desde los 60 años _____

8.- Autocuidado:

68.- Se realiza exámenes de colesterol, triglicéridos, glicemia, general de orina por lo menos una vez al año?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

69.- Se realiza una evaluación odontológica al menos una vez al año?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

70.- Se realiza controles médicos periódicos?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

71.- Se realiza autoevaluación de mamas o testículos mensualmente (según sexo)?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

72.- Se realiza citología, evaluación de próstata o antígeno prostático por lo menos una vez al año (según sexo)?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

73.- Se realiza vacunación anual por H. Influenza y/o otras vacunas?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

74.- Toma precauciones para evitar las caídas?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____

75.- Cuando se siente enfermo a donde acude primeramente?

a.- Unidad de salud Publica _____ b.- Unidad de Salud Privada _____ c.- Curandero _____ d.- Persona de confianza _____ e.- Espera varios días para buscar ayuda _____

76.- Desde que edad realiza estas actividades de autocuidado?

a.- Menor de 15 años _____ b.- De 15-24 años _____ c.- De 25-34 años _____ d.- De 35-44 años _____ e.- De 45-59 años _____ f.- Desde los 60 años _____

77.- Si tuvo que cambiar su estilo de vida en algún momento, cual fue la razón de hacerlo?

a.- Por indicación médica _____ b.- Por convicción propia _____ c.- Por Presión familiar _____ d.- Otra _____ e.- No ha realizado cambios en su estilo de vida en ningún momento _____ f.- Las modificaciones han obedecido a problemas económicas _____

II.- PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO

1.- Presión arterial

78.- Presión arterial: _____

a. Menor o igual a 120/80 _____ >120/80 a <140/90 _____ c. De 140/90 a <160/100 _____ d.- Mayor o igual a 160/100 _____

79.- Toma medicamentos para la presión arterial alta?

a.- Si _____ b. No _____

2.- Evaluación del estado nutricional

80.- Peso _____

81.- Talla _____

82.- Índice de masa corporal _____

a.- Menor de 23 _____ b.- Entre 23 y 28 _____ c.- Mayor de 28 _____

83.- Circunferencia Abdominal _____

a.- Menor de 102 cm en hombres y de 88 cm en mujeres _____ b. Mayor o igual a 102 cm en hombres y de 88 cm en mujeres _____

3. - Evaluación del estado funcional

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Assiation and the America Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998)

Puntuación: (I) Independiente, 2 puntos, (D) dependiente, 0 puntos y (A) grado “requiere de asistencia para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión, 1 punto.

84.- Bañarse _____

2= Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda solo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda, 1. = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir del baño 0 = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.

85.- Vestirse: _____

2 = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos. 1 = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. 0 = completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.

86.- *Apariencia Personal:* _____

0 = Completamente incapaz de cuidar su apariencia

87.- *Usar el Inodoro:* _____

2 = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar su ropa, limpiar ornaos de excreción; usa orinal solo en la noche. 1 = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. 0 = Completamente incapaz de usar el inodoro.

88.- *Continencia:* _____

2 = Micción/defecación auto controlados. 1. = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. 0 = Usa catéter o colostomía.

89.- *Trasladarse:* _____

2 = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica 1 = Necesita ayuda humana o mecánica. 0 = Completamente incapaz de trasladarse, necesita ser levantado.

90.- *Caminar*

2 = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. 1 = Necesita asistencia humana/andador, muletas 0 = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.

91.- *Alimentarse:* _____

2 = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. 1 = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. 0 = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parental.

92.- Total puntuación: _____ a.- 16 puntos _____ b.- Menor de 16 puntos

4. - Evaluación del estado cognoscitivo

Cuestionario de Pfeiffer (Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct; 23(10): 433-41)

1.- ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes y año).

2.- ¿Qué día de la semana?

3.- ¿En qué lugar estamos?

4.- ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, ¿Cuál es su dirección completa?) _____

5.- ¿Cuántos años tiene?

6.- ¿Dónde nació? ¿Fecha de Nacimiento?

7.- ¿Cuál es el nombre del Presidente del Gobierno?

8.- ¿Cuál es el nombre del Presidente anterior?

9.- ¿Dígame el primer apellido de su madre?_

10.- Reste de tres en tres desde 20 (cualquier error hace errónea la respuesta).

Resultados (Se permite un fallo si no ha terminado primaria y un fallo de menos si tiene educación superior)

Total de errores: _____

93.- Grado de deterioro cognoscitivo:

a.- 0-2 _____ b.- 3-4 _____ c.- 5-7 _____

5.- Estado de Morbilidad

94.- Que enfermedades presenta actualmente? Puede escoger varias opciones:

a.- Cardiopatía _____ b.- Hipertensión Arterial _____ c.- EPOC _____ d.-
Diabetes _____ e.- Enfermedad Cerebrovascular _____ f.- Fracturas _____
g.- Depresión _____ h.- Dislipidemias _____ i.- Asma bronquial _____ j.-
Cáncer _____ k.- Artritis y problemas osteomusculares _____ l.- Síndrome
prostático _____ m.- Gastritis _____ n.- Síndrome de intestino irritable _____
ñ.- _____ Otras _____ (especifique)

95.- Tiempo de evolución de la enfermedad principal que presenta?

a.- Menor de 15 años _____ b.- De 15-24 años _____ c.- De 25-34 años _____
d.- De 35-44 años _____ e.- De 45-59 años _____ f.- Desde los 60 años _____

97.- Toma medicamentos para estar patologías?:

a.- Siempre _____ b.- Casi Siempre _____ c.- A Veces _____ d.- Casi Nunca _____
e.- Nunca _____

98.- Ha sido hospitalizado alguna vez en su vida, cuantas veces?

a.- Una _____ b.- Dos a tres _____ c.- Más de tres _____ d.- Casi nunca _____
e.- Nunca _____

99.- Presenta algún tipo de discapacidad?

a.- Visual _____ b.- Auditiva _____ c.- Lenguaje _____ d.- Motora _____ e.-
Otra _____ f.- Varias _____ g.-Ninguna _____

100.- Cuales son sus antecedentes familiares patológicos? Puede escoger varias opciones:

a.- Cardiopatía _____ b.- Hipertensión Arterial _____ c.- EPOC _____ d.-
Diabetes _____ e.- Enfermedad Cerebrovascular _____ f.- Fracturas _____
g.- Depresión _____ h.- Dislipidemias _____ i.- Asma bronquial _____ j.-
Cáncer _____ k.- Artritis y problemas osteomusculares _____ l.- Síndrome
prostático _____ m.- Gastritis _____ n.- Síndrome de intestino irritable _____
ñ.- Otras (especifique) _____ o.- Ninguna _____ p.- No sabe

101.- Antecedentes familiares de longevidad, cual es la edad más alta alcanzada por sus antepasados en años: _____

102.- Ha recibido alguna indicación sobre modificación de su estilo de vida por parte de su médico u otro personal de salud?

a.- Siempre_____ b.- Casi Siempre_____ c.- A Veces_____ d.- Casi Nunca_____, e.- Nunca_____