

Artículo

COMPARACIÓN DE ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA MAYOR DE 65 AÑOS ENTRE LAS CIUDADES DE CHILLÁN Y VALPARAÍSO, CHILE

COMPARISON OF LIFESTYLES FOR THE ECONOMICALLY ACTIVE POPULATION OLDER THAN 65 YEARS IN THE CITIES OF CHILLÁN AND VALPARAÍSO, CHILE

M. VERÓNICA BARRÓN PAVÓN^{*1}, M. ANGÉLICA MARDONES HERNÁNDEZ¹, SUSANA VERA SOMMER², GONZALO OJEDA URZÚA³ Y FRANCISCO RODRÍGUEZ ALVEAL⁴

¹Departamento de Nutrición y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Universidad del Bío-Bío, Casilla 447, Chillán, Chile. Fax: (56-42) 253142. e-mail: vbarron@ubiobio.cl

² Departamento de Enfermería y Obstetricia. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

³ Departamento de Sociología. Facultad de Humanidades, Universidad de Valparaíso, Chile

⁴ Departamento de Ciencias Matemáticas y Físicas. Facultad de Ciencias Universidad Católica de Temuco, Chile

RESUMEN

Los estilos de vida influyen en todo el ciclo vital del individuo. El presente estudio analítico comparativo, de corte transversal, tuvo como propósito comparar componentes sociodemográficos y ambientales de los estilos de vida en las personas mayores de 65 años que se desempeñan en servicios públicos y privados en las ciudades de Chillán y Valparaíso. La información se recogió a través de una encuesta semi estructurada adaptada del Cuestionario de Valoración Funcional Multidimensional para medir Calidad de Vida en Ancianos no Institucionalizados (España), considerando una muestra de 239 personas. Para determinar la existencia de asociación entre las variables se empleó la prueba de Chi-cuadrado para variables cualitativas. El 41% de las personas mayores de Chillán y el 59% de Valparaíso realiza ejercicio físico, su alimentación es inadecuada en cantidad y calidad, y frecuencias de consumo están bajo las recomendaciones del Ministerio de Salud (MINSAL) para este grupo etario, especialmente respecto al grupo de lácteos y consumo de agua en ambas ciudades. La percepción de salud es buena aun cuando el 52% presenta patologías crónicas no transmisibles, predominando la hipertensión arterial con un 34% en las personas de Chillán y 39% en Valparaíso. Existe un 36% de problemas nutricionales por exceso y un 8,3% por déficit en ambas ciudades. Se encontró asociación significativa ($p < 0.05$) entre la malnutrición por exceso y nivel de escolaridad; ejercicio físico con estado nutricional y el tipo de actividad con la motivación por el trabajo. Se concluye que el trabajo productivo después de los 65 años refuerza una actitud de resiliencia y por lo tanto puede ser considerado como un elemento de estilo de vida saludable.

PALABRAS CLAVES: Económicamente activos, estilos de vida, personas mayores de 65 años.

ABSTRACT

One's lifestyle is important during an individual's entire life cycle. The objective of the present analytical comparative, transversal study is to study the sociodemographic and environmental components of the lifestyles of people 65 years or older (senior citizens) who work in public or private services in the cities of Chillán and Valparaíso, Chile. The information was collected using a semi-structured survey adapted from the Multidimensional functional Valorization Questionnaire used to measure Quality of Life in Non-institutionalized Senior Citizens (Cuestionario de Valoración Funcional Multidimensional para medir Calidad de Vida en Ancianos no Institucionalizados - Spain). The sample consisted of 239 persons living in two Chilean cities.

To evaluate the relation between variables, the Chi-squared test for qualitative variables were used. The results indicated that 41% of senior people from Chillán and 59% from Valparaíso do some physical exercise, and that their nutritional regime was inadequate in quantity and quality, and the consumption frequency was below the Chilean Health Ministry's recommendations for this age group, especially with respect to milk products and water consumption in both cities. The self-perception of their health is good even though 52% present chronic pathologies, with 34% and 39% suffering from high arterial blood pressure in Chillán and Valparaíso respectively. In the sample, 36% present nutritional problems for excess consumption, and 8.3% for low consumption. Significant relations (p -value <0.05) were found between malnutrition for excess consumption and educational level; physical exercise with nutritional state, and the type of activity with work motivation. Based on these results, the authors conclude that for persons older than 65 years, productive work reinforces a resilient attitude, and consequently should be considered an element of a healthy lifestyle.

KEYWORDS: Economically active, life styles, senior citizens.

Recepción: 07/04/06. Revisión: 06/06/06. Aprobación: 06/07/06.

INTRODUCCIÓN

La problemática del envejecimiento y, dentro de ella, lo relativo a estilos de vida y trabajo productivo, se analiza a partir de la Gerontología Social, disciplina científica en plena gestación.

Existe un sinnúmero de personas mayores, desde la época de la Biblia hasta nuestros tiempos, que supieron envejecer y que constituyen en sí la demostración que el envejecimiento, si se produce en forma adecuada, puede ser el período más fructífero y feliz de la vida (Quesney, 1999).

La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta (MINSAL, 2002).

Si bien el envejecimiento se presenta hoy como una tendencia universal, su intensidad varía, sobre todo entre las distintas regiones. Actualmente, los países desarrollados presentan un número elevado de personas mayores y esta tendencia va constantemente en aumento. Los países en vías de desarrollo aún están en la primera fase de este proceso, pero se prevé que el ritmo de

envejecimiento de la población se acelere en forma especialmente rápida (Marín, 2002).

La participación de las personas mayores en la vida económica fomenta la autonomía y reduce la necesidad del apoyo de la familia y de la comunidad. Los grupos de población con un menor nivel socioeconómico y con un menor nivel educacional tienen tasas más altas de incidencia y prevalencia de enfermedades (CELADE, 1999).

El envejecimiento se asocia con un progresivo deterioro biológico y aumento de problemas de salud, resultantes de la interacción de factores genéticos y ambientales, que incluyen estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades (CELADE, 2004).

Cada vez existe mayor evidencia acerca del factor protector de la actividad física en la salud y calidad de vida de las personas. Desde la década del 80, las encuestas muestran un alto nivel de sedentarismo en el país, el cual es paralelo al incremento de obesidad en la población (MINSAL, 2003).

La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del ciclo vital. La actividad física mantenida en el tiempo, una alimentación sana, entre-

namiento intelectual y activa participación en redes sociales, no fumar y el consumo moderado de alcohol y medicamentos en la vejez puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida (Eitvens, 1999).

La capacidad funcional aumenta durante la infancia y llega al máximo en los primeros años de la vida adulta, declinando a continuación. Sin embargo, el ritmo del declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida adulta. Por lo tanto, se puede influir sobre la aceleración de este declive y hacerlo reversible a cualquier edad mediante medidas tanto individuales como colectivas. Un estilo de vida activo mejora la salud mental, previene el sobrepeso, favorece y mejora la autoestima y los contactos sociales (Smits *et al.*, 1999).

La importancia del envejecimiento activo y la formulación de planes de acción que promuevan la salud, fue un tema de debate desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS, en Madrid, España 2002.

Una alimentación adecuada juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en este grupo, el cual está determinado por los requerimientos y la ingesta, influenciados además por otros factores como los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud y restricciones socioeconómicas (Atalah *et al.*, 1999).

De acuerdo a lo anterior, es interesante conocer el comportamiento de estos factores en las personas mayores de 65 años que se encuentran económicamente activas.

Los propósitos del estudio son describir y comparar los aspectos sociodemográficos y ambientales que influyen en los estilos de vida saludables que les permite mantener la

salud y capacidad funcional en este grupo económicamente activo en las ciudades de Chillán y Valparaíso 2005.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Corresponde a un diseño analítico comparativo, de corte transversal, realizado desde el mes de mayo a diciembre de 2005. El universo estuvo constituido por 3.699 personas mayores de 65 años económicamente activas ocupadas, de los cuales 1.109 corresponden a la comuna de Chillán y 2.590 a la comuna de Valparaíso, desempeñando funciones en el sistema público o privado (Censo 2002. Participación, según División Político Administrativa Área Urbana Rural, Sexo y Grupos de Edad).

Se consideró un muestreo aleatorio estratificado, en ambas ciudades con afijación proporcional al tamaño del estrato. En el cálculo del tamaño muestral se consideró que la proporción de mayores de 65 años en el ámbito nacional es un 8,04%, un error del 4% y un nivel de confianza del 95%. Obteniendo así un tamaño muestral de 128 personas para la ciudad de Valparaíso y 111 personas para la ciudad de Chillán. En el cálculo del tamaño muestral se consideró la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{\sum_{i=1}^L N_i^2 p_i (1 - p_i) / w_i}{N^2 B^2 / 4 + \sum_{i=1}^L N_i p_i (1 - p_i)}$$

Donde L es el número de estratos, B el error de estimación, p la proporción de individuos dentro del estrato que tiene una determinada característica y w peso del estrato.

Lo anterior correspondió aproximadamente al 5% del tamaño poblacional de mayores de 65 años de ambas ciudades. El

muestreo es intencional, seleccionando a los adultos mayores que trabajan en servicios públicos y sector privado de ambas ciudades.

La información se obtuvo mediante una encuesta semi estructurada basada en el Cuestionario de Valoración Funcional Multidimensional, para medir Calidad de Vida en Ancianos no Institucionalizados (España) y en la Encuesta de Salud del Ministerio de Salud (MINSAL) año 2000.

Para determinar los *estilos de vida* se analizaron las siguientes variables o componentes:

Nivel de escolaridad: Se estratificó según años de escolaridad (NEDU), clasificando como nivel bajo, a menos de 8 años de estudio, nivel medio entre 8 y 12 años y nivel alto más de 12 años de estudio.

Estado nutricional: Determinado por el Índice de Masa Corporal, de acuerdo a la normativa ministerial vigente:

- Enflaquecido: menos 23 kg/m²
- Normal: 23 - 27,9 kg/m²
- Sobrepeso: 28 - 31,9 kg/m²
- Obeso: 32 y más kg/m²

Hábitos alimentarios: Establecidos por la adecuación de frecuencia de alimentos recomendada a las personas mayores de 60 años en las Guías Alimentarias para el Adulto Mayor del Ministerio de Salud (MINSAL).

Nivel de actividad física: Se evaluó por la frecuencia semanal de ejercicio físico y número de cuadras que camina diariamente, según encuesta de Calidad de Vida y Salud 2000 (MINSAL).

Tipo de actividad ocupacional: Se consideró la clasificación: Oficio, Técnico Administrativo y Profesional (Censo 2002) del sector público y privado y se estudió la motivación

por continuar trabajando, pudiendo acogerse a jubilación.

Análisis estadístico: Se elaboró una base de datos obtenida de un cuestionario de recolección de información, la cual fue procesada en los programas estadísticos EPIINFO versión 1.1 y Excel. En el análisis estadístico se contempló métodos descriptivos univariados: promedios, desviación estándar, porcentajes; y bivariados: tablas de contingencia. Se utilizó la prueba t-Student para comparar las edades promedios de ambos grupos y en las tablas de contingencia se estudió si existen asociaciones entre las variables mediante la prueba Chi-cuadrado. Se estableció un $p < 0.05$, el punto de corte para la significancia estadística.

RESULTADOS

Se estudiaron 239 personas mayores de 65 años, de las cuales el 56,5% corresponde a la ciudad de Valparaíso y el 43,4% a la ciudad de Chillán. En la Tabla 1 se muestran algunas características generales de los encuestados según lugar de residencia, observando que el 39,3% son mujeres y el 60,7% varones, de los cuales el 51% corresponde a la ciudad de Chillán y el resto a Valparaíso, no encontrándose diferencias significativas según sexo ($p > 0.05$), situación similar con la edad ($p > 0.05$). En cuanto al nivel de instrucción, cabe mencionar que predomina la escolaridad media en Valparaíso con un 43,8% y en Chillán la escolaridad alta con un 50,4%, presentándose diferencias significativas entre la escolaridad de los encuestados de Valparaíso y Chillán ($p < 0,02$).

Sin considerar lugar de residencia, el 68,6% de los encuestados están casados; del 15,8% de las personas viudas, un 63,1% son mujeres. Un 9,6% son solteros y un 5,8% separados.

La mayoría de las personas mayores del estudio perciben su propia salud como buena, aun cuando el 52% presenta patologías crónicas no transmisibles, predominando la Hipertensión Arterial (HTA) en ambas ciudades, con un 34% en las personas de Chillán y un 39% en Valparaíso.

En cuanto al nivel de instrucción, predomina la escolaridad media en Valparaíso con un 43,8% y en Chillán la escolaridad alta con un 50,4% (Tabla 1).

Al clasificar el estado nutricional de los encuestados según Índice de Masa Corporal (Tabla 2), se observa que un 7,2% y 9,4% de la muestra de ambas ciudades presentan malnutrición por déficit, mientras que un 36% y 35,9% presentan malnutrición por exceso, no encontrándose diferencias significativas entre el estado nutricional en ambas ciudades.

El nivel ocupacional (Tabla 3) muestra en Chillán similar porcentaje en las tres categorías, mientras que en Valparaíso el porcentaje de profesionales es menor a las categorías de Técnico Administrativo y Oficio, además se observa que el número de profesionales en Chillán es mayoritariamente superior que en la ciudad de Valparaíso, existiendo diferencias significativas entre el tipo de actividad que realizan las personas mayores de 65 años y respecto a su lugar de residencia ($p < 0,05$).

En cuanto a la motivación por continuar trabajando, se observa que el 58,6% de las personas que viven en Chillán lo hacen por motivos económicos y por satisfacción personal, en cambio en Valparaíso este porcentaje disminuye a un 45,3%, existiendo diferencias significativas entre las ciudades según el tipo de motivación que los encuestados tienen por el trabajo ($p\text{-value} < 0,05$) (Tabla 4).

Respecto a los hábitos alimentarios, el 45,2% de las personas mayores de 65 años realizó 3 tiempos de comida durante el día:

desayuno, almuerzo y once/ comida, encontrándose diferencias en la ciudad de Valparaíso, donde el 7% realizó esta última. Sin embargo, el 58% de los encuestados refiere no tomar desayuno.

Es importante destacar que el 18,4% realiza una sola comida completa durante el día.

Respecto a la cantidad y frecuencia de consumo de los alimentos, existe incumplimiento de las recomendaciones del MINSAL para este grupo etario en ambas ciudades, especialmente con respecto al consumo de lácteos y agua, apreciándose una distribución porcentual en los consumos muy similares, no existiendo diferencias significativas entre el consumo de lácteos, leguminosas, carnes y/o huevos e ingesta de agua ($p > 0,05$) entre ambas ciudades. Sin embargo, el consumo de verduras y frutas difiere significativamente a favor de los adultos de Valparaíso ($p < 0,04$) como se puede apreciar en la Figura 1.

La Figura 2 muestra que el 41% de las personas encuestadas en la ciudad de Chillán y el 59% en Valparaíso, realizan ejercicio físico caminando más de 10 cuadras diariamente, existiendo diferencias significativas entre las personas mayores de ambas ciudades que caminan menos de 10 cuadras ($p < 0,02$). Situación similar ocurre entre los que caminan más de 20 cuadras diariamente ($p < 0,05$).

En la ciudad de Chillán se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre el ejercicio físico y el estado nutricional ($p < 0,01$), situación que no ocurre en la ciudad de Valparaíso ($p > 0,05$), observándose que en ambas ciudades el porcentaje de sobrepeso u obesidad es similar, 36,04% y 35,16%, respectivamente. Se observa además que el porcentaje de adultos que no realiza ejercicio físico regular es del 65,8% en la ciudad de Chillán porcentaje que aumenta en Valparaíso al 71,9% (Tabla 5).

TABLA 1. Características generales de la muestra según lugar de residencia.

	Chillán n (111)		Valparaíso n (128)	
Edad (años) ^a	69.12 ± 4.39		68.16 ± 4.72	
Sexo (Hombres/Mujeres)	64/47		82/46	
Nivel de escolaridad ^b	n	%	n	%
Nivel bajo	16	14,50	30	23,43
Nivel medio	39	35,10	56	43,80
Nivel alto	56	50,40	42	32,81
Total	111	100	128	100

^a Promedio ± Desviación estándar.

^b Significancia según prueba Chi-cuadrado: p<0.05

TABLA 2. Estado nutricional de la población de 65 años y más de las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile.

Estado nutricional	Chillán		Valparaíso		Total	
	n	%	n	%	n	%
Normal	63	56,76	70	54,68	133	55,65
Sobrepeso	33	29,73	36	28,12	69	28,87
Obesidad	7	6,31	10	7,80	17	7,11
Enflaquecido	8	7,21	12	9,40	20	8,37
Total	111	100	128	100	239	100

Chi-cuadrado = 0.62 (p-value = 0.89)

TABLA 3. Tipo de actividad laboral que realizan las personas de 65 años y más de las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile.

Nivel ocupacional	Chillán		Valparaíso		Total	
	n	%	n	%	n	%
Oficio	38	34,23	55	42,97	93	38,91
Técnico administrativo	37	33,33	57	44,53	94	39,33
Profesional	36	32,43	16	12,50	52	21,75
Total	111	100	128	100	239	100

Chi-cuadrado = 13.91 (p-value = 0.001)

TABLA 4. Motivación para el trabajo de las personas de 65 años y más de las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile.

Motivación para el trabajo	Chillán		Valparaíso		Total	
	n	%	n	%	n	%
Necesidad económica	26	23,42	57	44,50	83	34,72
Satisfacción personal	20	18,02	13	10,20	33	13,80
Ambas	65	58,56	58	45,30	123	51,46
Total	111	100	128	100	239	100,0

Chi-cuadrado = 12.31 (p-value= 0.002)

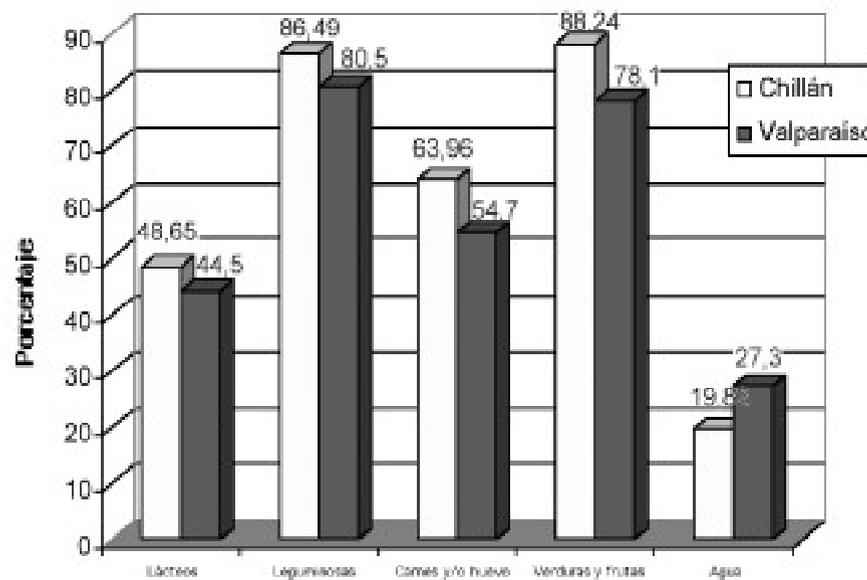


FIGURA 1. Porcentaje de adecuación de consumo de alimentación saludable en personas de 65 años y más de las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile.

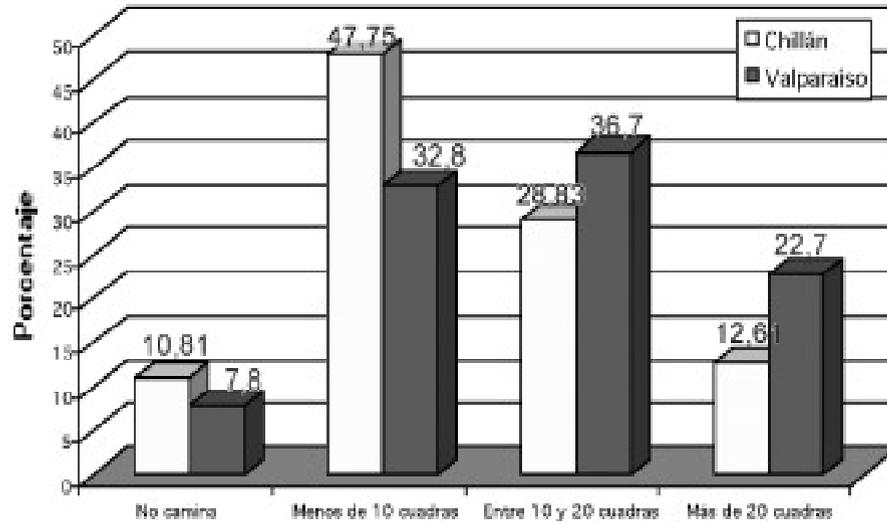


FIGURA 2. Número de cuadras que caminan diariamente las personas de 65 años y más de las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile.

TABLA 5. Ejercicio físico asociado al estado nutricional de las personas de 65 años y más de las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile.

Estado nutricional	Chillán						Valparaíso					
	Ejercicio físico						Ejercicio físico					
	Sí		No		Total		Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Exceso	10	26,32	30	41,10	40	36,04	15	41,67	30	32,61	45	35,16
Normal	21	55,26	42	57,53	63	56,76	17	47,22	54	58,70	71	55,47
Enflaquecido	7	18,42	1	1,37	8	7,21	4	11,11	8	8,70	12	9,38
Total	38	100,00	73	100	111	100	36	100	92	100	128	100

Chi² = 11,61 (p-value=0,003)

Chi² = 1,37 (p-value = 0,50)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El envejecimiento activo y saludable supone poder disfrutar de la última etapa de la vida en condiciones de seguridad económica y personal, con participación activa en la vida familiar y social y con una buena percepción de la propia salud. El reconocimiento de que la capacidad funcional no se pierde inexorablemente con el envejecimiento y de que el proceso de discapacidad es dinámico y susceptible de empeorar y mejorar, según el medio social donde se presenta, ha estimulado la investigación gerontológica (Engler y Peláez, 2002). 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). Por tanto, explorar maneras de reducir los años de vida con discapacidad y de prolongar hasta un máximo la esperanza de vida activa genera interés humano y social.

Los resultados del estudio revelan que no se encontraron diferencias significativas entre ambas ciudades respecto a la edad de las personas encuestadas. En relación con el estado civil, la mayoría de las personas están casadas, lo que permite darnos cuenta en que medida las pautas tradicionales están vigentes en la sociedad chilena, ya que no se encuentran uniones consensuales, que según el Censo 2002 alcanza sólo a un 6% en los mayores de 65 años.

El nivel educacional bajo y medio es superior en las personas mayores de la ciudad de Valparaíso, con un 77%, mientras que en Chillán estos porcentajes disminuyen considerablemente, destacando que existe un 50,4% con una escolaridad de nivel alto, que corresponde a más de 12 años de estudios.

Los estudios relacionados con la HTA han mostrado que la edad de comienzo o de diagnóstico es un factor significativo de riesgo cardiovascular y además un factor causante de ausentismo laboral, sin embargo nuestra muestra presenta una prevalencia muy por debajo con respecto al estudio de la Encuesta de Salud de Chile 2003, donde un 78% de las personas mayores de 64 años presentan HTA, como también inferior al estudio realizado en Costa Rica, donde el 42,4% de las personas mayores de 65 años presenta HTA.

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 la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas (Albala, 2001). En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas al 5% en el estado nutricional en ambas ciudades, siendo muy similar la normalidad y los problemas por exceso, no así el déficit, lo cual podría deberse a la actividad ocupacional (técnico administrativo y profesional), que realiza el 61% de las personas de la muestra y también debido a que el 60% de las personas de ambas ciudades no realiza ejercicio físico. La baja prevalencia de malnutrición por déficit que revela el estudio es coincidente con los antecedentes bibliográficos encontrados (Soto *et al.*, 1993; Atalah *et al.*, 1998; Arteaga *et al.*, 2001), mientras que la malnutrición por exceso es inferior a la entregada por el Servicio de Salud de Ñuble (2004).

Por otra parte, los hábitos alimentarios deficitarios coinciden en ambas ciudades del estudio. Existe poca información disponible al respecto, por lo cual es difícil comparar los resultados.

El esquema de alimentación es de 3 tiem-

pos de comida, la mayoría desayuno, almuerzo y onces-comida, con un 45% en las personas de Chillán y 38% en Valparaíso, donde es importante destacar que el 18,4% realiza una sola comida completa durante el día, similar al estudio realizado en senescentes europeos, donde se determinó que un 16,3% consume menos de 3 comidas al día (Lee *et al.*, 1996). Sin embargo, en nuestro país Arteaga y Atalah (2001) han puesto en evidencia que el 77,1% de los adultos mayores estudiados realizó 3 tiempos de comida, la mayoría desayuno-almuerzo-onces, no encontrándose diferencias según sexo, edad o ciudad de referencia. Lo anterior implica períodos de ayuno nocturno más prolongados, en especial en aquellos que no comen en la noche. El tomar desayuno es considerado uno de los factores importantes en la mantención de estilos de vida saludable (Pollit, 2001), nuestro estudio arrojó que un 11% en ambas ciudades no toma desayuno, similar a los resultados de Siega-Riz *et al.* (2000) en Estados Unidos, donde demostraron que el 17,3% omite este tiempo de comida. El 89% de las personas mayores de nuestro estudio, aunque refieren tomar desayuno, y podría considerarse un buen hábito, los componentes de éste son deficitarios, ya que sólo un 55% consume productos lácteos.

La adecuación alimentaria es inferior a las recomendaciones del MINSAL en todos los grupos de alimentos, siendo los lácteos los que presentan una menor adecuación en ambas ciudades, situación coincidente con el estudio realizado en Chile (Uauy *et al.*, 1999 y Atalah *et al.*, 2001) donde un 40,7% de personas mayores estudiadas consumía lácteos al desayuno, disminuyendo este porcentaje en el resto de las comidas. Dicha situación es preocupante, ya que la salud ósea de la tercera edad está en gran parte condicionada por lo que pase en la etapa de la niñez, adolescencia y de adulto joven y más aún si se considera la disminución de la ac-

tividad física que condiciona la pérdida de masa muscular (sarcopenia) que se produce normalmente con el avance de la edad (Díaz *et al.*, 2000). Esta conducta no saludable está dada por diversos factores tanto económicos, como culturales y sociales (Eitvens, 1999).

La baja ingesta de agua en las personas mayores de ambas ciudades del estudio puede atribuirse fisiológicamente a la disminución del mecanismo de la sed y a su mayor vulnerabilidad a la deshidratación, esto como resultado de la menor función renal, lo que haría reducir su ingesta (Albala, 2001).

El ejercicio físico es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida. Este puede reducir el riesgo de discapacidad mediante la prevención de algunas enfermedades crónicas y el retraso de los deterioros funcionales y fisiológicos que obedecen al propio envejecimiento (Jáuregui, 2005). El 34,3% de la muestra de la ciudad de Chillán hace ejercicio todos los días o 3 a 6 veces por semana, y en Valparaíso un 20%, resultado muy superior a lo que señala la Encuesta Nacional de Salud 2003, donde el sedentarismo alcanzó al 96% de la población mayor de 64 años. Éste disminuye en la medida en que aumenta el nivel educacional y en este grupo puede atribuirse a la actividad laboral que los mantiene mayormente activos. Los resultados de actividad física son levemente inferiores a las encuestas (OPS-SABE, 2001), en donde en la ciudad de Montevideo el 44% de las personas mayores hace ejercicio ligero; en Santiago, un 33% y en Buenos Aires sólo un 27% dice caminar o hacer ejercicio ligero. La práctica de ejercicio fuerte disminuye con la edad, pero existe un porcentaje, entre el 10 y el 20%, según el país, donde los mayores de 80 años continúan practicando ejercicio por lo menos tres veces por semana. Albala (2001) ha puesto en evidencia que 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. Si se considera que la mayoría de las personas mayores del estudio perciben su propia salud como buena, cabe pensar que existe un espacio potencial no aprovechado y viable para que este grupo incremente su actividad física.

En lo que respecta a la motivación por continuar trabajando, la mayoría de las personas encuestadas refieren trabajar por necesidad económica y satisfacción personal, 58,6% en la ciudad de Chillán y un 45,3% en Valparaíso, encontrándose diferencias altamente significativas ($p = \text{value } 0.002$), esto consecuente al mayor porcentaje de personas con nivel de instrucción superior y el nivel de ingresos de las personas mayores de la ciudad de Chillán. Al respecto, existe escasa literatura disponible, considerando que se trata de una situación que está iniciándose en nuestro país, por lo que es difícil comparar los resultados.

Se concluye que el trabajo productivo después de los 65 años puede ser considerado como un elemento de estilo de vida saludable, ya que reduce los costos de atención médica y social aun cuando presentan patologías propias de su edad al posponer o revertir algunos de los riesgos vinculados con un modo de vida sedentario. Por lo anterior, es necesario favorecer el envejecimiento activo realizando intervención educativa, fomentando estilos de vida saludables como la alimentación y ejercicio físico mantenido en el tiempo y previniendo factores de riesgo que inciden en la calidad de vida de las personas.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo económico de parte de la Dirección de Investigación de la Vicerrectoría Académica de la Universidad del Bio-

Bío por hacer posible el Proyecto N° 051114/1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBALA C. (2001) "Evaluación estado nutricional en el anciano". Boletín Escuela de Medicina. escuela.med.puc.cl/Boletín/Geriatria/Evaluación estado. html (12.12. 2005)
- ARTEAGA C. ATALAH E. (2001) Patrones alimentarios del adulto mayor en tres ciudades chilenas. Rev. Chil. Nut., 28: 430-436.
- ARTEAGA C., RAMOS R., ATALAH E. (2001) Validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor. Rev. Méd Chile; 129:871-876.
- ATALAH E., BENAVIDES X., AVILA L., BARAHONA S., CÁRDENAS R. (1998) Características alimentarias de adultos mayores de comunas pobres de la región metropolitana. Rev. Med. Chile; 126: 489-496.
- CELADE: Chile y Panamá (1999) Las condiciones de vida de los adultos mayores. Santiago de Chile, p. 10.
- CELADE (2004) Respuesta de Europa al envejecimiento de la población mundial. Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. <http://europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c11910.htm> (12.01.2006)
- DÍAZ E., SAAVEDRA C., KAIN J. (2000) Actividad física, ejercicio, condición física y obesidad. Rev. Chil. Nut. 27: 127-140.
- EITVENS J. (1999) Determinantes del envejecimiento sano. Cuad. Méd. Soc. XXX, 3:71-81.
- ENGLER T.; PELÁEZ M. "Más vale por viejo"; Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 2002, p. 106.
- CHILE, Ministerio de Salud (2001). Manual de alimentación del programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM) Chile.
- CHILE, Ministerio de Salud (2002) Ministerio de Salud. Norma de atención integral de salud del adulto mayor. Departamento de Salud de las Personas, pp. 5-15.
- CHILE, Ministerio de Salud (2003) Encuesta nacional de salud. Departamento de Epidemiología, Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm>
- GURALNICK J.M., KAPLAN G. (1989) Predictors of healthy aging: prospective evidence from

- the Alameda County Study. *American Journal of Public Health* 79: 703-8.
- HOLSTEIN ET AL. (2004) Psicología del envejecimiento. <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/psicologia/sociedad/resenas.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2002.
- JÁUREGUI A. Influencia de la condición física sobre a salud y los procesos biológicos del envejecimiento. Universidad del País Vasco (UPV). <http://www.lukor.com/hogarysalud/05071307.htm> (23.01.2006)
- LEE C.J., TEMPLETON S., WANG C. (1996) Meal skipping patterns and nutrient intakes of rural southern elderly. *J. Nutr Elder* 15:1-4.
- MARÍN P. (2002) Manual de geriatría y gerontología. Capítulo Envejecimiento Biológico. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica.
- MARÍN P. Envejecimiento saludable. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina. Centro de Geriatría y Gerontología. http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/Geriatría_22.html
- MARTINEZ A. (1998) Las personas mayores. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica: <http://www.adc.or.cr/revistas/971201/art05.shtml>
- MAYA L. (2004) Los estilos de vida saludables: Componente de la calidad de vida <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2004/quality.htm>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) Grupo orgánico de enfermedades no transmisibles y salud mental de prevención de enfermedades no transmisibles y promoción de la salud. Envejecimiento y ciclo vital. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*; 37: 74-105.
- POLLIT E. (2001) Ayuno y desayuno: Implicancias para el funcionamiento cerebral y la capacidad de aprendizaje. En *Dieta y Salud*. Centro de Información Nutricional Kellogs.
- QUESNEY F. (1999) Disfrute plenamente su vejez. Editorial La Puerta Abierta, Balmédica, p. 14.
- QUIROZ M. (2000) Impacto psicosocial del retiro laboral en la fase terminal de la familia. Un análisis desde la política social. *Rev. Venezolana de Análisis de Coyuntura*. Vol. 6: 81-94.
- SIEGA-RIZ A.M., POPKIN B.M., CARSON T. (2000) Differences in food patterns at breakfast by sociodemographic characteristics among a nationally representative sample of adults in the United States. *Rev. Med.* 30: 415-424.
- SMITS C.H., DEEG D.M., SCHMAND B. (1999) Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *Am. J. Epidemiol.* 150: 978-986.
- SOTO D., GAETE C., CARIAGA L., PEÑA E., CANCINO E., BLANCO A. (1993) Características epidemiológicas y nutricionales del adulto mayor. *Rev. Med. Chile*; 121: 209-215.
- UAUY R., ATALAH E., CASTILLO C. (1999) Guías alimentarias para el adulto mayor: Bases para la acción, INTA Universidad de Chile, Santiago de Chile, pp. 71-87.