

VIVENCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA TERCERA EDAD Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Ritha Aguilar Morales^{*}
Diana Lozano Poveda^{**}

Introducción

Las disciplinas de salud, tradicionalmente, han considerado los estilos de vida como los hábitos y costumbres en la cotidianidad que permanecen en el tiempo y pueden afectar la salud de las personas; esto, a su vez, se manifiesta en la conducta individual. Dicha concepción ha determinado diversos estudios investigativos que se han orientado al establecimiento de la asociación entre los estilos de vida y las alteraciones en la salud —con un enfoque conceptual desde lo individual— sin tener en cuenta el contexto sociocultural del grupo al cual pertenecen los individuos. En estos estudios, la definición de cultura se maneja desde una perspectiva conductual que se limita a la descripción de los comportamientos o hábitos de vida, mediante la medición de unas variables cuantitativas, relacionadas con los indicadores de morbilidad y mortalidad del grupo.

Por el contrario, esta investigación se orientó con el interés de reconstruir los estilos de vida relacionados con la cotidianidad en el contexto sociocultural de los participantes en el estudio. Porque es cierto

* Profesora Asistente Facultad de enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.

** Profesora Asociada Facultad de enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.

que los componentes de la vida cotidiana no pueden ser ajenos al desarrollo social, histórico de un país. En este sentido, es pertinente hacer una breve revisión de la concepción de cultura que, con diversas perspectivas, puede ubicarse en tres tendencias o paradigmas: el conductual, el cognoscitivo, y el que denomina Pedersen como el nuevo paradigma de la cultura.

Dentro del paradigma conductual de la cultura, el hacer individual se controla por las condiciones externas y con la presencia o ausencia de los estímulos ambientales, los cuales se traducen en respuestas individuales. En el paradigma cognoscitivo, el hacer individual está determinado por representaciones internas y por las propias ideas, definidas como sistemas culturales de significado.

El nuevo paradigma de la cultura agrega a la dimensión cognoscitiva (de base individual) el reconocimiento de la importancia del contexto, sobre las percepciones, los valores y el comportamiento del grupo social más amplio. Estas representaciones sociales tienen cuatro funciones:

1. Función representacional, en la medida que representan el mundo en que se vive.
2. Función constructiva, por la que se construyen o crean entidades culturales.
3. Una función direccional, ya que orientan o inducen al individuo a adoptar ciertos comportamientos en función de la cultura del grupo.
4. Función evocativa, por la cual los significados evocan ciertos sentimientos.

La construcción de este nuevo paradigma de la concepción cultural tiene implicaciones en la relación entre la salud y la enfermedad, en la medida que su análisis supera el modelo biomédico convencional^{*} al utilizar un determinado **sistema de signos** que requieren de la explicación por parte de los actores implicados; entonces, se constituye un significado elaborado por el grupo a lo largo de la historia, denominado sistema de significados. Otro aspecto que adquiere importancia en este paradigma es la forma en que el contexto inmediato (microcontexto) y el contexto global (macrocontexto) interactúan modelando y construyendo la experiencia de la salud-enfermedad —llevando a diferentes formas de comportamientos relacionados con el sistema de acciones—.

La reconstrucción de los estilos de vida de las personas mayores adquiere importancia si se tiene en cuenta que, además del conocimiento, tienen la experiencia. Esto los hace portadores de la cultura

* El modelo biomédico convencional está centrando en torno al discurso popular sobre la salud-enfermedad, expresado en las formas como los individuos y las comunidades identifican, describen, denominan, perciben y manejan sus problemas de salud.

del grupo y por lo tanto les permite ser los mejores multiplicadores de los programas de educación en salud entre otros y construir una cultura positiva de la vejez, en las nuevas generaciones, reconsiderando los estilos de vida como parte de la dinámica en la cotidianidad.

2. Diseño de la investigación

La reconstrucción de las vivencias de los estilos de vida y su relación con el estado de salud de los ancianos se hizo mediante una entrevista semiestructurada a dos grupos focales, cada uno conformado por diez ancianos, quienes participaron en forma continua en el programa (dos últimos años). La entrevista fue realizada en cinco sesiones, las cuales se organizaron en tres momentos, así:

- **Convocatoria:** etapa que se realizó con tres semanas de anticipación al tiempo fijado para la primera sesión de la entrevista. En esta convocatoria se tuvo en cuenta, además de los criterios de selección, la disponibilidad real de los participantes potenciales, para acceder a formar parte de los grupos y asistir a las cinco sesiones en que se dividió la realización de la entrevista.
- **Proceso:** la entrevista se desarrolló en cinco sesiones, con su respectiva guía, que permitieron llevar a cabo tres pasos: iniciación, desarrollo y finalización, con una duración de 60 minutos. Cada una de las investigadoras asumió el papel de facilitadora en cada subgrupo de diez ancianos.
- **Registro:** para registrar la información obtenida en las entrevistas se utilizaron diferentes medios como audio, relatorías de cada sesión y una guía (diligenciada por un observador asistente, estudiante de Enfermería) tomando nota sobre el proceso de la entrevista y los aspectos pertinentes al espacio físico, número de participantes y características de los entrevistados. En la tabla No. 1 se presentan los títulos y objetivos de cada una de las sesiones de la entrevista.

3. Resultados

La presentación y análisis de los resultados se hizo mediante matrices de resumen, ilustraciones y síntesis con testimonios de las situaciones vividas por los ancianos. Las vivencias de los estilos de vida se reconstruyeron a partir de las anotaciones obtenidas en cada una de las sesiones de la entrevista focal, las cuales fueron transcritas a tarjetas debidamente identificadas, con el fin de analizar y resumir la información en matrices organizadas de acuerdo a las áreas temáticas motivo del estudio: ocupación, actividad física y recreación, alimentación, relaciones intra familiares y salud.

Para resumir la información obtenida sobre las vivencias reconstruidas por los ancianos, en relación con los estilos de vida, se diseñaron

Tabla No. 1

Temas de las sesiones de la entrevista a los grupos focales, usuarios programas de tercera edad, Patio Bonito, Bogotá, 1998

Sesión	Objetivo
Acercamiento	Integrar a los participantes mediante una dinámica que permita el reconocimiento del grupo.
Percepción de sí mismo	Recrear la propia identidad a partir de la vida personal y familiar.
Vivencias de los estilos de vida	Se indagó sobre las actividades de la vida diaria y la construcción de significados culturales, alrededor de la ocupación, actividad física y recreación, alimentación y relaciones intrafamiliares.
Relación de estilos de vida con la salud	Los ancianos expresaron cómo los estilos de vida han influido en la salud y las adaptaciones que han realizado de acuerdo con los cambios del entorno familiar y social.

ron dos matrices: una hace referencia a la percepción de sí mismo y la otra sintetiza las vivencias de los estilos de vida desde los aspectos estudiados.

3.1. Percepción de sí mismo

Para iniciar la entrevista focal con los ancianos se hizo una reflexión sobre la vida de cada uno de ellos, mediante la elaboración de un álbum sobre algunos aspectos sociodemográficos, la composición familiar antes de la vejez, el estado y cuidado de la salud y el proyecto de vida.

3.1.1. Características sociodemográficas

En cuanto a los aspectos sociodemográficos se encontró que el rango de edad de los ancianos se ubicó entre 55 y 84 años, con un promedio de edad de 69 años y una desviación estándar de 5,5 años; los grupos estuvieron conformados por mujeres, sólo tres hombres hicieron parte del estudio.

El 72% de los ancianos son provenientes de la región cundiboyacense y el resto de ancianos proviene de los departamentos de Antioquia, Caldas, Tolima y Nariño.

En relación con la escolaridad alcanzada por los ancianos, se destaca la correspondiente a estudios de primaria, distribuidos así: el 40% primaria incompleta, 18% primaria completa, 23% sin ningún estudio. La ocupación estuvo representada en tres actividades: ama de casa, empleado, trabajador independiente y otro, esta categoría correspondió a las personas que se desempeñaban como empleadas domésticas y actividades agrarias.

Para determinar el estado de salud desde la percepción de la población se indagó sobre aspectos de morbilidad sentida, haciendo referencia a su estado de salud en el último mes antes de la entrevista. Los síntomas expresados por los ancianos estuvieron relacionados con los sistemas cardiovascular, respiratorio, digestivo y músculo esquelético.

Llama la atención que la pregunta hizo referencia a enfermedad sentida, sin embargo, las referidas por los usuarios, en el 90% de los ancianos, tenían diagnóstico médico y tratamiento, explicable por el apoyo recibido por el centro de atención en salud de Abastos, al cual va un médico una vez al mes para realizar la consulta.

Respecto a las acciones de autocuidado practicadas en la vejez para las enfermedades señaladas estuvieron relacionadas con realización de ejercicios, cuidados con la dieta: restricción de algunos alimentos, control de peso, seguimiento y tratamiento farmacológico ordenado, con la limitación económica para cumplir los tratamientos completos.

3.1.2. Percepción de sí mismo

Acorde con esta situación sociocultural, el proyecto de vida de estas personas se circunscribió a lo doméstico, donde la mayor aspiración era tener tierra y vivienda propia y familia donde vivir la cotidianidad.

Otro factor determinante de estos proyectos de vida es la conformación netamente femenina de la población de estudio, que centra sus aspiraciones a las actividades del hogar y dejan el dominio de lo público para los hombres. Esta mayor distribución del sexo femenino coincide con los hallazgos de otros investigadores, que han identificado mayor sobrevivencia femenina, explicada por factores biológicos y sociales.

Lo biológico parece estar asociado a factores intrínsecos relacionados al sexo, puesto que se cree que las mujeres por tener cromosomas XX tienen una mayor longevidad que los hombres. Los factores sociales, estuvieron determinados en esta población por el papel exclusivamente doméstico que desempeñaron las mujeres del estudio.

La sobrevivencia femenina tiende a aumentar por la situación de violencia que ha vivido el país en los últimos 50 años. Según el Ministerio de Salud, actualmente, está afectando especialmente a los hombres de estrato bajo, en edades de 15 a 44 años, de procedencia rural y desplazados por la violencia.

La migración del campo a la ciudad, aunque es más frecuente en grupos de menor edad, ha originado dos situaciones: por un lado, el desplazamiento obligado de las personas ancianas con sus hijos a las ciudades que huyen de la violencia y buscan mejores oportunidades de trabajo; por el otro, los ancianos quienes se niegan a abandonar el campo y por esta razón quedan solos, sin soporte económico y afectivo adecuados, aumentando su vulnerabilidad al deterioro físico y mental. La tabla No. 2 sintetiza los aspectos más relevantes sobre la percepción de sí mismo.

Tabla No. 2

Matriz sobre la percepción de sí mismo

Aspectos	Resultados
Composición familiar antes de la vejez	<p>Ésta hizo referencia a la composición familiar del anciano en la época de su infancia y la familia que formó en su vida adulta.</p> <p>Las familias de donde provenían, en una alta proporción, estaban representadas por familias extensas, que incluían hasta el tercer grado de consanguinidad.</p> <p>Llamó la atención que los padres vivieron en promedio 45 años y manifestaron que en su infancia no tuvieron la oportunidad de convivir con viejos; el promedio de los miembros de la familia era de diez personas, se destacó el respeto percibido como miedo por las generaciones anteriores (padres, padrinos, tíos).</p>

Aspectos	Resultados
Proyecto de vida	Estuvo fundamentalmente representada por las aspiraciones, deseos y logros que esperaban tener en la vejez; sobresalieron, la consecución de vivienda propia, salud para poder trabajar y apoyar a la familia; todos manifestaron el deseo de vivir y envejecer al lado de sus hijos y nietos.

Para ilustrar las manifestaciones de los ancianos sobre su proyecto de vida, a continuación se presentan dos casos, con nombres ficticios:

Situación No. 1

Luis es un campesino de 75 años de edad, viudo; cursó segundo grado de primaria, tuvo diez hijos (cinco mujeres y cinco hombres de los cuales tres ya murieron). Se desempeñó como jornalero en una finca que estaba bajo su cuidado; allí centró su actividad laboral en actividades de ganadería y agricultura, que era lo que más le gustaba, y recibía un salario por este trabajo. Cuando enviudó, decidió salir del campo para radicarse en la ciudad, donde actualmente vive con una hija separada de su cónyuge y uno de sus nietos. Don Luis afirma: "Me siento útil porque con lo que trabajé, pude ahorrar para aportarle ahora algo a mi familia".

Manifiesta tener dificultades en la relación con su nieto, ya que por las diferencias de edades no se entienden, tanto por las formas de pensar como por las de actuar, frente a las cuales Don Luis prefiere no intervenir, para evitar conflictos familiares. Su proyecto de vida era venir a la ciudad, adquirir casa propia y vivir tranquilo, disfrutando de buena salud, aprovechando paseos y oportunidades que no tuvo cuando era joven.

Situación No. 2

Doña María, señora de 65 años de edad, de Armero Tolima, cursó hasta cuarto de primaria; de su unión libre tuvo dos hijos; en la actualidad vive con su esposo y un hijo. En su juventud trabajó en una litografía, pero no dice haber recibido algún salario por esta actividad. Actualmente depende económicamente de su hijo, doña María apoya a su familia desempeñando oficios del hogar.

Su mayor deseo en la vida, como ella misma lo expresó, es “dar educación a mis hijos, para que se defiendan en la vida, me hubiera gustado tener casa propia para mi vejez, pero no fue así, las cosas son muy difíciles aquí en la ciudad, gracias a mi hijo, que está trabajando nos ayuda a mi esposo y a mí, en los gastos de la droga y el sustento de la casa”.

3.2. Vivencias de los estilos de vida

3.2.1. Estilos de vida en relación con la ocupación

Estos estilos de vida corresponden a las actividades ocupacionales, remuneradas o no, que el anciano asumió antes de llegar a la vejez. La actividad laboral de los ancianos del estudio estuvo representada por actividades agropecuarias en un 80% y oficios domésticos en un 60%, labores artesanales (modistería y sastrería) en un 20%. Lo cual corresponde a la actividad económica de la región cundiboyacense de donde provenían la mayoría de los ancianos. Consideraban su trabajo como la herramienta que les permitía asegurar su sustento y el de su familia, además, eran reconocidos socialmente por su productividad en su contexto social y cultural.

Dadas las condiciones de la legislación laboral vigente en el país durante los años cuarenta y cincuenta, época en la que ellos trabajaron, no había seguridad social para el trabajo a destajo y, mucho menos, para trabajadores domésticos; en conclusión no tenían alguna forma de contar con recursos propios para asegurar su vejez.

Sólo el 10% de los ancianos entrevistados tuvieron la posibilidad de ahorrar pensando en la vejez, ellos viven de estos recursos y ayudan a sus familias. El 90% restante de los ancianos son dependientes económicos de sus familias, doña Berta al respecto dice: “A pesar de haber trabajado durante toda la juventud, tengo un ingreso mensual de \$10.000 que un hijo me da, claro que yo ahora estoy con otra hija separada y mis tres nietos, ella me facilita la comidita”.

3.2.2. Estilos de vida relacionados con la actividad física y recreación

Estos estilos de vida hacen referencia a las diferentes opciones o modalidades que el anciano tenía como alternativas que propiciaban el ejercicio o la recreación, enmarcadas por el contexto sociocultural al cual pertenecían. Las expresiones de los ancianos con relación a la actividad física y a la recreación fueron referidas en dos momentos, antes de llegar a la vejez y en ella.

Considerando que la actividad física antes de llegar a la vejez estuvo circunscrita, fundamentalmente, a las actividades orientadas a la re-

creación ocasional, que dependían de circunstancias puntuales como la época de estudio, donde realizaban algunos juegos a campo abierto, paseaban y salían al parque.

Fuera del entorno escolar era usual la conformación de grupos con los amigos o vecinos del barrio con quienes realizaban diversos juegos como: rondas y juegos de mesa (naipe, parqués). La actividad física expresada en ejercicio no era tenida en cuenta dentro de este contexto cultural, puesto que es una estrategia que ha tomado vigencia actualmente y se ha incorporado como parte de los estilos de vida saludables en la promoción de la salud.

Sin embargo, los ancianos del estudio reconocen la importancia del ejercicio para conservarse saludables y activos, razones por las cuales hoy en día, en su vejez, lo realizan con regularidad y disciplina; su motivación se inició y fortaleció a partir del ingreso al programa de tercera edad, donde esta actividad se considera fundamental y alrededor suyo se desarrolla el programa.

La actividad física tiene efectos benéficos a largo plazo, pues modifica positivamente los factores de riesgo y logra la prevención primaria, específicamente, de la enfermedad coronaria. Realizar actividades físicas supone una valoración previa del estado de salud de quien inicia la acción preventiva primaria. La frecuencia de las sesiones de ejercicios, tiempo, intensidad y modalidad deben ser siempre considerados en cualquier programa de actividad física.

Como consecuencia de lo anterior se ha venido fomentando, entre la población con riesgo de enfermedad cardiovascular (los ancianos) la necesidad de realizar actividad física como parte de la recreación y mejor utilización del tiempo libre, con el propósito de cambiar su estilo de vida y, por ende, actuar sobre los factores de riesgo modificables: sedentarismo, estrés, obesidad, entre otros.

Las expresiones de los ancianos en relación con la actividad física y la recreación se ubicaron en dos sentidos, de acuerdo a sus vivencias, así: "Antes no se hablaba de ejercicio sino de distracción, saliendo a paseos, al parque, yendo a temperar.

El ejercicio es algo nuevo para nosotros, lo hemos aprendido aquí en el programa con doña Luisa quien nos dirige la gimnasia", "Hablando de ejercicio, toda la vida lo hicimos, trabajando en el campo y haciendo los oficios de la casa, creemos que gracias a esta actividad desde niñas, hemos podido llegar a viejas. Claro está que gracias a la gimnasia que hacemos aquí en el programa, nos sentimos mejor, los dolores de los huesos nos han pasado. Por ejemplo, cuando nos empezamos a sentir viejas, dejamos de hacer muchos oficios porque nos cansábamos, por eso con los ejercicios del programa hemos sentido mejoría".

3.2.3. Vivencias de los estilos de vida relacionados con la alimentación

En esta categoría se pretendió indagar sobre los hábitos y costumbres relacionados con la alimentación que el anciano tenía antes de llegar a la vejez, en contraste con los hábitos y costumbres que hoy ha tenido que asumir por los cambios propios de su edad y por los patrones socioculturales (la producción industrial de alimentos y el consumismo, reforzados a través de los medios masivos de comunicación).

Los hábitos alimenticios de los ancianos antes de llegar a la vejez correspondían a las costumbres propias de la región cundiboyacense, que tienen como base de la alimentación el maíz, la papa, las verduras y las leguminosas. Acostumbraban comer tres veces al día, con un horario estricto, y, entre comidas, tomaban agua de panela y comían arepa.

En ocasiones especiales como la Semana Santa, Navidad, reuniones familiares (bautizos, matrimonios y fiestas patronales), degustaban alimentos especiales como: tamales, cuchuco de espinazo, rellenas, cocido boyacense, envueltos, mazamorra, mazorcas asadas, papas chorradas, ternera asada u otras carnes cocidas o asadas, dulces de frutas hechos en casa, etc.

La alimentación actual de los ancianos depende de las costumbres de la familia. Dicha alimentación ha presentado variaciones significativas, puesto que depende de la disponibilidad económica, consumo de alimentos industrializados, distribución de la comida entre los miembros de la familia —tienen mayor privilegio los niños, los jóvenes, especialmente los hombres, y en menor proporción los ancianos; porque se tiene la creencia de que ellos no requieren la misma cantidad y calidad de alimentos, ya que el anciano no gasta energías y además no trabaja—.

El menú típico diario de los ancianos, actualmente, está constituido por los siguientes alimentos: desayuno, chocolate o café y pan; almuerzo, arroz, granos, papa, plátano, ocasionalmente, carnes, huevos; comida, sopa y agua de panela.

Vale la pena resaltar que las respuestas respecto a la alimentación pueden presentar sesgo, dado por que en un grupo, la vocería fue asumida por la líder del programa, quien ha recibido capacitación acerca de los cuidados de la salud en la vejez, incluyendo la alimentación, factor este que se considera que influyó en el grupo, quienes señalaron hábitos alimenticios ideales y fuera del alcance de las familias de acuerdo con los ingresos.

Las siguientes expresiones evidencian los hábitos alimenticios de la

población estudiada: "Gracias a la alimentación de nuestra infancia y juventud, que eran productos de la tierra, sin abonos, es que hemos podido llegar a viejos"; "no hay como la comida de antes aunque era más laboriosa para prepararla, en cambio la de ahora es muy fácil aunque con muchos químicos"; "ahora por la falta de plata y por el gusto de los niños, no tomamos agua de panela, siempre la sobremesa es con refrescos de sobre, los cuales rinden y son baratos"; "como la situación está tan difícil no podemos darnos gusto en el consumo de carnes y huevos, los cuales, a veces, se pueden remplazar por granos"; "no podemos comer de todo, primero por falta de plata y, por otro lado, por la edad, algunos alimentos nos caen mal".

3.2.4. Estilos de vida de las relaciones intrafamiliares

Al determinar las vivencias de las relaciones intrafamiliares de los viejos fue posible identificar que las tradiciones culturales del anciano respecto a la conducción de la familia, han tenido que modificarse con el nuevo estilo de vida que han asumido ahora en la vejez, especialmente para quienes viven con sus hijos y nietos. De las respuestas obtenidas, se estableció que el 60% de ellos consideran que su familia no los respetan, ya que, frecuentemente, son motivo de burla y desobediencia por parte de los jóvenes. El 40% restante considera que sí hay respeto en sus familias, pero falta respeto a la vejez en la sociedad en general.

También se hizo evidente el deseo de los ancianos de tener un trato diferente en las relaciones familiares, de tener la posibilidad de participar en la toma de decisiones en relación con los comportamientos de los hijos y de los nietos o en momentos importantes de la vida como: la educación, el cambio de vivienda, las inversiones económicas, los cambios de rutinas del hogar.

Otro aspecto sobre el que hicieron énfasis, fue el deseo de ser escuchados con interés acerca de sus experiencias, sus enseñanzas y consejos, "ésto me hace sentir importante y útil en la vida de mis hijos y mis nietos". También consideran una falta de respeto aquellas conductas en las que eran víctimas de burlas de su figura, modales, ideas, creencias, maneras de vestir y comer, ya que señalaban que no sólo los nietos tenían estas conductas, sino sus propios hijos, por lo tanto, qué esperar de los vecinos.

Tabla No. 3

Matriz de la síntesis de las vivencias de los estilos de vida desde las categorías estudiadas

Categoría	Vivencia
Ocupación	Se destacó el trabajo a destajo, en labores agropecuarias oficios domésticos, actividades artesanales o cuidado del hogar sin seguridad social, sin sentido del ahorro, porque no pensaban en la vejez.
Actividad física y recreación	No se tenía la concepción de ejercicio como actividad física formal, siempre se relacionaba con el trabajo; en cambio, reconocen la importancia de la recreación, la cual se iniciaba desde la infancia y posteriormente se compartía con la familia y los vecinos.
Alimentación	Las expresiones de los ancianos se refirieron a dos momentos, antes y después de la vejez. Antes de la vejez, los hábitos alimenticios correspondieron a las costumbres propias de la región cundiboyacense; actualmente, están determinadas por la disponibilidad económica y los cambios en las costumbres de la familia.
Relaciones intrafamiliares	La mayoría de los ancianos viven con sus hijos y nietos, han tenido que adaptarse a las nuevas generaciones y cambios estructurales de la familia.

Bibliografía

GÓMEZ, F., CURCIO C. y GÓMEZ, D. *Evaluación de la salud de los ancianos*. Manizales: Talleres litográficos. 1995.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. *Carga de la enfermedad en Colombia*. Bogotá: 1995.

ECHEVERRI., L. *Familia y vejez*. Bogotá: Tercer Mundo, 1994.

FERICLA., J. *Envejecer una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos, 1992.

PEDERSEN, D. *La construcción cultural de la salud y enfermedad en la América Latina*. Québec: Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo, 1990.