

Perfil de envejecimiento saludable en octogenarios brasileños¹

Ana Cristina Viana Campos²
Efigênia Ferreira e Ferreira³
Andréa Maria Duarte Vargas⁴
Lúcia Hisako Takase Gonçalves⁵

Objetivo: identificar el perfil de envejecimiento saludable de octogenarios brasileños. Método: estudio epidemiológico de base poblacional que se llevó a cabo por medio de entrevistas domiciliarias en un municipio brasileño con una muestra de 335 octogenarios. Se utilizó un modelo de árbol de decisiones para analizar el perfil de envejecimiento saludable en relación a las características socioeconómicas evaluadas al inicio del estudio. Todos las pruebas consideraron un valor de $p < 0,05$. Resultados: entre los 335 adultos mayores participantes, la mayoría eran mujeres (62,1%), edades comprendidas entre 80 y 84 años (50,4%), viudos (53,4%), analfabetos (59,1%), con ingreso mensual inferior del salario mínimo (59,1%), jubilados (85,7%), viviendo con el cónyuge (63,8%), sin cuidador (60,3%), con dos o más hijos (82,7%), y dos o más nietos (78,8%). Los resultados indican tres grupos de edad con perfil de envejecimiento más saludable: adultos mayores de 80-84 años (55,6%), adultos mayores con 85 años o más y casados (64,9%), y adultos mayores con 85 años o más sin pareja y ni cuidador (54,2%). Conclusión: el perfil de envejecimiento saludable de octogenarios se puede explicar por el grupo etario, el estado civil y la presencia de un cuidador.

Descriptor: Envejecimiento; Anciano de 80 o Más Años; Perfil de Salud; Factores Epidemiológicos; Epidemiología.

¹ Artículo parte de la tesis doctoral "Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida", presentada a la Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, proceso nº 481672/2011-7, 305032/2012-7 y 141307/2011-0; y de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, proceso nº 8314/13-6.

² PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Ciências da Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Marabá, PA, Brasil.

³ PhD, Profesor Titular, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ PhD, Investigador Voluntario, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Cómo citar este artículo

Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LH. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2724. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>

Introducción

El envejecimiento de la población mundial está ocurriendo de manera heterogénea. En 1999, el 10% de la población tenía 60 años de edad o más, variando entre un 19% en países desarrollados y un 5% en países en vías de desarrollo. Las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas indican que este porcentaje se duplicará para el 2050⁽¹⁾.

El último censo brasileño confirma que este proceso está ocurriendo más rápido de lo que ocurrió en Europa al inicio del proceso de transición demográfica. En el año 2000, la población con edad mayor de 60 años correspondía a un 8,6% del total de la población, y este porcentaje ha aumentado hasta 10,8% en el censo del año de 2010. Los adultos mayores con más de 80 años de edad forman el grupo etario que más crece en los últimos años, representando un 14,3% de los adultos en edad avanzada de Brasil y un 1,5% de la población total de Brasil en 2010⁽²⁾.

La población de adultos mayores también está envejeciendo, es decir, la proporción de aquellos con edades ≥ 80 años también está aumentando, alterando la composición etaria dentro del propio grupo⁽³⁾. El análisis de las diferentes trayectorias de vida del adulto mayor revela que corresponden a diferentes niveles sociales y económicos en Brasil.

Sin embargo, pocos estudios en estas áreas han investigado las condiciones de vida y el estado de salud de los adultos mayores en este nuevo estrato de edad. Este contexto desafía a los gobiernos y a la sociedad a buscar acciones y políticas de promoción de salud considerando una perspectiva más amplia de salud y bienestar en la vejez⁽⁴⁾. El concepto de envejecimiento saludable puede contribuir a explicar estos cambios demográficos y epidemiológicos.

En una perspectiva más amplia, el envejecimiento saludable es un proceso continuo de aprendizaje y desarrollo personal, que busca conseguir la autonomía e independencia para los adultos mayores⁽⁴⁾. Este proceso también implica el equilibrio de las interacciones entre las diferentes dimensiones de vida de este grupo de edad: salud física y mental, independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria, participación social y apoyo, interacción y apoyo familiar, e independencia económica⁽⁵⁾.

Una encuesta llevada a cabo con una submuestra del estudio Procesos de Envejecimiento Saludable (*Processos do Envelhecimento Saudável*-PENSA) buscó investigar cómo los propios adultos mayores perciben las múltiples dimensiones del concepto de envejecimiento

saludable. Con respecto a los factores considerados necesarios para alcanzar un envejecimiento saludable, las categorías más frecuentemente mencionadas por los adultos mayores fueron: salud física (53%), salud social (46%), salud emocional (37%), preocupación por la nutrición y el ejercicio físico (36%), y la prevención de factores de riesgo (19%)⁽⁶⁾.

En la práctica, la ausencia de parámetros relacionados con los aspectos funcionales, cognitivos, físicos y sociales, así como la ausencia de parámetros fisiológicos ha limitado la identificación de adultos mayores sanos⁽⁷⁾, especialmente entre octogenarios.

Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue identificar el perfil de envejecimiento saludable en octogenarios brasileños.

Métodos

El estudio *Aging, Gender, and Quality of Life* (AGEQOL), es un estudio de cohorte de base poblacional llevado a cabo en Sete Lagoas, en el estado de Minas Gerais, Brasil, en 2012, con una muestra representativa de la población de adultos mayores del municipio⁽⁸⁾.

El proceso de muestreo se realizó en dos estadios: en el primero, se seleccionaron los sectores del censo; en el segundo, se seleccionaron los hogares y su número fue proporcional al tamaño de cada sector. En cada hogar, se entrevistaron a los inquilinos de edad ≥ 60 años independientemente del estado civil o del grado de parentesco. Los datos fueron recogidos por investigadores entrenados por medio de entrevistas con adultos mayores en sus hogares.

El estudio siguió las normas éticas para la investigación con seres humanos y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais (*Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG*) bajo el Certificado de Presentación para la Valoración (*Certificado de Apresentação para Apreciação Ética*-CAAE) No. 0413.0.203.000-11. Todos los participantes firmaron un formulario de consentimiento informado⁽⁸⁾.

Del total de participantes seleccionados ($N = 2.302$), 250 se perdieron antes del primer seguimiento en 2012. En 2014, se llevó a cabo una nueva recogida de datos en los domicilios de los individuos de ≥ 80 años. Los datos presentados en este estudio se obtuvieron de 408 octogenarios, de los cuales se entrevistaron a 335 (81,5%), 35 (8,5%) fallecieron, 31 (7,6%) no se localizaron después tres visitas, y 7 (1,7%) decidieron abandonar el estudio (Figura 1).

*MEEM = Mini-Examen del Estado Mental

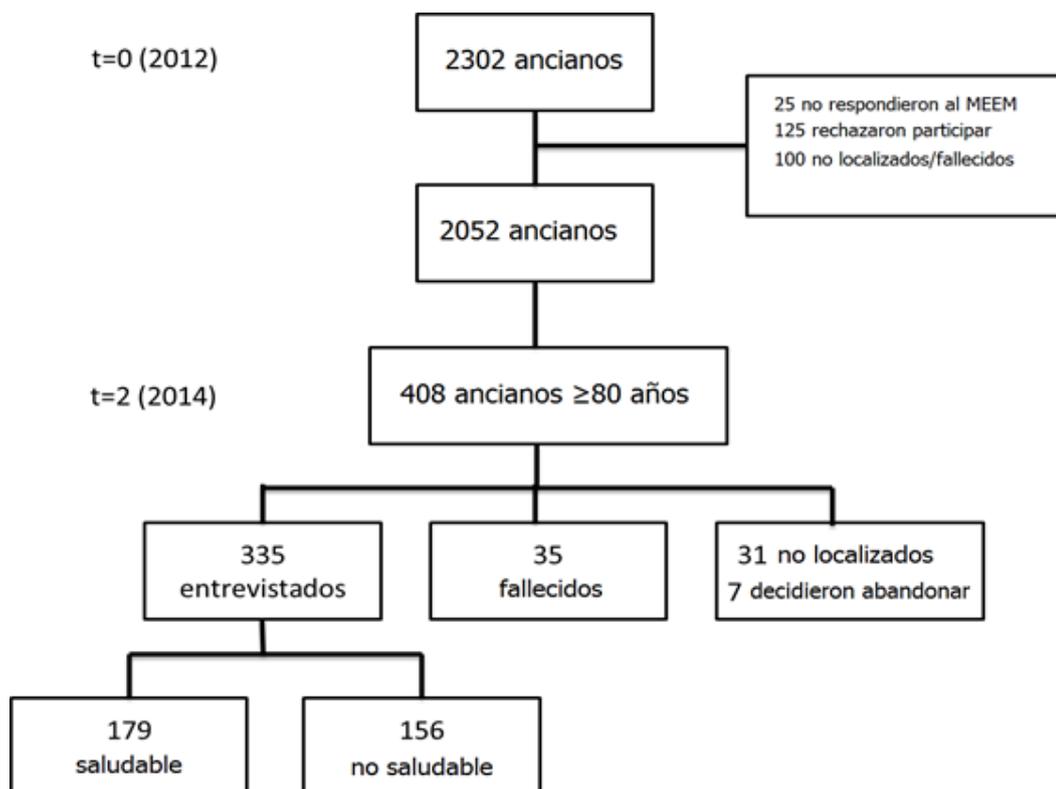


Figura 1 - Diagrama de flujo del estudio AGEQOL. Sete Lagoas, estado de Minas Gerais, Brasil

El criterio de valoración de la muestra de estudio fue el envejecimiento saludable. Esta variable fue evaluada mediante un cuestionario estructurado aplicado en los hogares de los participantes entre enero y marzo de 2014. Esta

variable se construyó con adaptaciones del estudio de Carrasco⁽⁷⁾. El protocolo fue desarrollado por un equipo de expertos en medicina geriátrica para identificar individuos saludables de la comunidad considerando los principios de envejecimiento saludable asociado a baja carga de comorbilidad. Los siguientes criterios se usaron en el estudio para identificar a un adulto mayor sano: autopercepción de salud positiva (buena y muy buena); ser funcionalmente independiente para todas las actividades diarias e instrumentales; no sufrir un deterioro cognitivo; ser capaz de caminar al menos tres cuadras sin ayuda; no tener enfermedades agudas ni crónicas; tomar menos de tres medicamentos; no fumar (no haber fumado nunca o haber fumado y haberlo dejado); no consumir alcohol habitualmente (nada o menos de un día a la semana).

La autopercepción de salud fue evaluada mediante una escala Tipo Likert para las respuestas (muy mala, mala, regular, buena y muy buena). La movilidad fue evaluada con una única pregunta: "¿Puede usted caminar tres cuadras sin ayuda?", con respuesta dicotómica (sí o no). El uso de medicación se evaluó por el número de medicamentos tomados en la época del estudio. Para

evaluar la presencia o ausencia de enfermedades crónicas o agudas conocidas en la época del estudio se utilizó una pregunta dicotómica. La frecuencia del consumo de alcohol se evaluó durante los tres meses anteriores al inicio del estudio mediante la siguiente pregunta: "En promedio, ¿cuántos días a la semana consume usted bebidas alcohólicas tales como cerveza, vino, licor y ron de caña de azúcar?". Las categorías de respuesta fueron: ninguno, menos de 1 día a la semana, 1 día a la semana, 2 a 3 días a la semana, 4 a 6 días a la semana, y todos los días. Con respecto al tabaco, lo participante debería responder si: 1) nunca han fumado, 2) fumaban pero lo dejaron, 3) fumaban ocasionalmente; es decir, menos de un cigarro al día, o 4) fuman actualmente; es decir, al menos un cigarro al día⁽⁷⁾.

Para evaluar el estado cognitivo, se utilizó el Mini-Examen del Estado Mental (MEEM) validado para Brasil⁽⁹⁾ con un punto de corte de 21/22 puntos⁽¹⁰⁾. Una puntuación de 21 puntos o menos indica un deterioro cognitivo. La limitación funcional se investigó por medio de una evaluación de seis actividades básicas de la vida diaria (AVD) (darse un baño, vestirse, usar el inodoro, comer, acostarse y levantarse de la cama o silla, e incontinencia

urinaria y fecal), y ocho actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (uso del teléfono, uso de medios de transporte, hacer la compra, cocinar, limpiar la casa, lavar ropa, administrar los asuntos económicos y tomar la medicación). La clasificación como "sin limitaciones" se aplicó a los individuos con independencia total al llevar a cabo las AVD y las AIVD, separadamente.

Las características socioeconómicas evaluadas al inicio del estudio fueron: edad en el momento de la encuesta (80–84 años, ≥ 85 años), sexo (hombre, mujer), estado civil (casado, separado, soltero, viudo), etnia auto-declarada (caucásico, negro/mulato, oriental/indígena), nivel de estudios (sabe leer y escribir, analfabeto), ingresos mensuales (sin ingresos, ≤ 1 salario mínimo, > 1 salario mínimo), jubilado (sí, no), conformación familiar (viviendo con cónyuge, alojamientos mixtos, vive solo), número de hijos (0, 1, ≥ 2), número de nietos (0, 1, ≥ 2), y presencia de un cuidador (sí, no).

Inicialmente, se hizo un análisis descriptivo de los datos. Las asociaciones entre las variables de interés fueron evaluadas usando el test chi-cuadrado a un nivel de significación del 5%.

Para analizar el perfil de envejecimiento saludable asociado a los demás predictores se utilizó el modelo del árbol de decisiones. Este método consiste en reglas de decisión usadas para subdividir sucesivamente el conjunto de datos y así hacerlo más homogéneo para el criterio de valoración. El árbol de decisión se presenta en forma de una gráfica y empieza con un nodo raíz que incluye todas las características de la muestra de estudio. Los nodos producidos en secuencia representan subdivisiones de los datos en grupos que son cada vez más homogéneos⁽¹¹⁾.

El método usado fue el algoritmo de *Chi-squared Automatic Interaction Detector* o *CHAID*, el cual puede detectar y registrar los efectos no-lineales sobre la variable respuesta y las interacciones entre los predictores. La interpretación del árbol se centra

principalmente en el análisis del grupo con el mayor número de individuos formados por el último nodo del árbol, que representa el resultado final del modelo⁽¹²⁾.

El modelo fue ajustado mediante divisiones binarias sucesivas (nodos) del conjunto de datos. El criterio de parada fue un valor de $p < 0,05$ usando la estadística de chi-cuadrado y la corrección de Bonferroni. El ajuste final fue evaluado por estimación del riesgo general, el cual comparó la diferencia entre el valor esperado y los observados en el modelo, indicando en qué medida el árbol de decisión predijo los resultados correctamente. Todos los análisis se llevaron a cabo usando el software SPSS, versión 19.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

La edad de los adultos mayores de la muestra de estudio en 2014 oscilaba entre 80 y 108 años, con una edad media de $85,2 \pm 4,6$ años ($85,3 \pm 4,8$ para las mujeres y $85,1 \pm 4,1$ para los hombres).

De los 335 adultos mayores participantes, la mayoría eran mujeres (62,1%), edad entre 80 y 84 años (50,4%), viudos (53,4%), analfabetos (59,1%), con ingreso mensual por debajo del salario mínimo (59,1%), jubilados (85,7%), viviendo con cónyuge (63,8%), sin cuidador (60,3%), con dos o más hijos (82,7%), y con dos o más nietos (78,8%) (Tabla 1).

La Tabla 1 muestra la asociación entre el sexo y las siguientes variables: etnia ($p = 0,035$), estado civil ($p < 0,001$), ser jubilado ($p < 0,001$), y vivir solo ($p = 0,041$). Esta asociación indicó un perfil de mujeres que eran viudas, jubiladas, y viviendo en alojamientos mixtos o solas.

Tabla 1 - Características socioeconómicas y demográficas de la muestra de estudio. Sete Lagoas, estado de Minas Gerais, Brasil, 2014

Variables	Total (N = 335)		Hombres (N = 127)		Mujeres (N = 208)		Valor de p*
	N	%	N	%	N	%	
Edad							0,988
80–84 años	169	50,4	64	50,4	105	50,5	
≥ 85 años	166	49,6	63	49,6	103	49,5	
Etnia auto-declarada							0,035
Caucásico	139	41,5	61	48,0	78	37,5	
Negro/Mulato	44	13,1	20	15,7	26	12,5	

(continua...)

Tabela 1 - (continuação)

Variables	Total (N = 335)		Hombres (N = 127)		Mujeres (N = 208)		Valor de p*
	N	%	N	%	N	%	
Oriental/Indígena	149	44,5	44	34,6	103	49,5	
No respondió	3	0,9	02	1,6	1	0,5	
Estado civil							<0,001
Casado	120	35,8	81	63,8	39	18,8	
Separado	13	3,9	7	5,5	6	2,9	
Viudo	179	53,4	36	28,3	143	68,8	
Soltero	23	6,9	3	2,4	20	9,6	
Nivel de estudios							0,989
Sabe leer y escribir	137	40,9	52	49,9	85	49,9	
Analfabeto	198	59,1	75	59,1	123	59,1	
Ingresos mensuales							0,671
Sin ingresos	32	9,6	10	7,9	22	10,6	
≤1 salario mínimo†	198	59,1	75	59,1	123	59,1	
>1 salario mínimo†	105	31,3	42	33,1	63	30,3	
Jubilado							<0,001
Sí	287	85,7	122	96,1	165	79,3	
No	48	14,3	5	3,9	43	20,7	
Conformación familiar							<0,001
Vive con el cónyuge	81	63,8	37	17,8	118	35,2	
Alojamientos mixtos	30	23,6	126	60,6	156	46,6	
Vive solo	12	9,4	35	16,8	47	14,0	
No respondió	4	3,1	10	4,8	14	4,2	
Número de hijos							0,367
0	36	10,7	10	7,9	26	12,5	
1	13	3,9	6	4,7	7	3,4	
≥2	277	82,7	107	84,3	170	81,7	
No respondió	9	2,7	4	3,1	5	2,4	
Número de nietos							0,787
0	44	13,1	15	11,8	29	13,9	
1	9	2,7	3	2,4	6	2,9	
≥2	264	78,8	103	81,1	161	77,4	
No respondió	18	5,4	6	4,7	12	5,8	
Cuidador							0,431
Sí	133	39,7	47	37,0	86	41,3	
No	202	60,3	80	63,0	122	58,7	

*Prueba de chi-cuadrado con la corrección por la prueba exacto de Fisher

†El salario mínimo en Brasil corresponde a 622,00 BRL (~300 USD)

La prevalencia del deterioro cognitivo en la muestra de estudio fue de 27,2%, y la limitación funcional fue mayor para las AIVD (55,5%) que para las AVD (24,5%). A pesar de que la mayoría de los adultos mayores evaluados declararon no tener enfermedades crónicas ni agudas (57,1%), solo el 37,4% declararon no tomar ninguna medicación (Tabla 2).

Con respecto a la salud auto-percibida, el 47,2% calificaron su propia salud como buena o muy buena, el 36,4% la calificaron como regular, y el 16,4% la calificaron como mala o muy mala. Sólo el 42,4% de los

octogenarios podían andar tres cuadras sin ayuda. La mayoría de los adultos mayores evaluados no tomaban bebidas alcohólicas o lo hacían menos de un día a la semana (94,0%), y el 56,3% no habían fumado nunca (Tabla 2).

El análisis entre los sexos (Tabla 2) indicó que la mayoría de las mujeres no consumían alcohol (50,5%) mientras que el 10,9% de los hombres consumían alcohol con frecuencias variables ($p = 0,007$). Con respecto al hábito tabáquico, el 63,5% de las mujeres y el 44,8% de los hombres no habían fumado nunca ($p < 0,001$).

Tabla 2 - Estado de salud y estilo de vida de la muestra de estudio. Sete Lagoas, estado de Minas Gerais, Brasil, 2014

Variables N	Total (N = 335)		Hombres (N = 127)		Mujeres (N = 208)		Valor de p*
	%	N	%	N	%	N	
Salud auto-percibida							0,798
Muy mala	18	5,4	5	3,9	13	6,30	
Mala	37	11,0	14	11,0	23	11,1	
Regular	122	36,4	45	35,4	77	37,0	
Buena	142	42,4	58	45,7	84	40,4	
Muy buena	16	4,8	5	3,9	11	5,3	
Deterioro cognitivo							0,311
Sí	91	27,2	30	23,6	61	29,3	
No	244	72,8	97	76,4	147	70,7	
Limitaciones en AVD ††							0,063
Sí	82	24,5	24	18,9	58	27,9	
No	253	75,5	103	81,1	150	72,1	
Limitaciones en AIVD‡							0,426
Sí	186	55,5	67	52,8	119	57,2	
No	149	44,5	60	47,2	89	42,8	
Puede andar tres cuadras sin ayuda							0,621
Sí	142	42,4	56	44,1	86	41,3	
No	193,0	57,6	71	55,9	122	58,7	
Frecuencia de consumo de alcohol							0,007
Nunca	165	49,2	60	47,2	105	50,5	
Menos de 1 día a la semana	150	44,8	53	41,7	97	46,2	
1 día a la semana	6	1,8	4	3,1	02	1,0	
2 a 3 días a la semana	6	1,8	4	3,1	02	1,0	
4 a 6 días a la semana	2	0,6	0	0	2	1,0	
Todos los días	6	1,8	6	4,7	0	0	
Hábito tabáquico							<0,001
Nunca ha fumado	183	56,3	56	44,8	127	63,5	
Fumaba pero lo dejó	90	27,7	52	41,6	38	19,0	
Fumaba ocasionalmente (menos de un cigarro al día)	29	8,9	10	8,0	19	9,5	
Fuma actualmente (al menos un cigarro al día)	23	7,1	7	5,6	16	8,0	
Presencia de enfermedades crónicas o agudas							0,225
Sí	103	30,7	34	26,8	69	33,2	
No	232	69,3	93	73,2	139	66,8	

(continua...)

Tabela 2 - (continuação)

Variables N	Total (N = 335)		Hombres (N = 127)		Mujeres (N = 208)		Valor de p*
	%	N	%	N	%	N	
Número de medicamentos tomados							0,135
0	123	36,7	54	42,5	69	33,2	
1-3	120	35,8	46	36,2	74	35,6	
≥4	86	25,7	26	20,5	60	28,8	
No respondió	6	1,8	1	0,8	5	2,4	

*Prueba de chi-cuadrado con la corrección de la prueba exacto de Fisher

†AVD = actividades de la vida diaria

‡AIVD = actividades instrumentales de la vida diaria

El envejecimiento saludable estaba asociado de forma significativa con estar casado ($p = 0,015$) y no tener cuidador ($p = 0,014$) (Tabla 3).

Tabla 3 - Envejecimiento saludable en el grupo de estudio según las características socioeconómicas y condiciones de salud. Sete Lagoas, estado de Minas Gerais, Brasil, 2014

Variables	Envejecimiento saludable		Envejecimiento no saludable		Valor de p*
	N	%	N	%	
Edad (N = 335)					0,444
80-84 años	94	52,5	75	48,1	
≥85 años	85	47,5	81	51,9	
Sexo (N = 335)					0,115
Hombres	75	41,9	52	33,3	
Mujeres	104	58,1	104	66,7	
Estado civil (N = 335)					0,015
Casado	76	42,5	44	28,2	
Separado	8	4,5	5	3,2	
Viudo	81	45,3	98	62,8	
Soltero	14	7,8	9	5,8	
Etnia auto-declarada (N = 332)					0,944
Caucásico	76	42,7	63	40,9	
Negro/mulato	23	12,9	21	13,6	
Oriental/Indígena	79	44,4	70	45,5	
Nivel de estudios (N = 335)					0,578
Sabe leer y escribir	103	57,5	95	60,9	
Analfabeto	76	42,5	61	39,1	
Ingresos mensuales (N = 335)					0,668
Sin ingresos	15	8,4	17	10,9	
≤1 salario mínimo†	109	60,9	89	57,1	
>1 salario mínimo†	55	30,7	50	32,1	
Jubilado (n = 335)					0,276
Sí	157	87,7	130	83,3	
No	22	12,3	26	16,7	
Cuidador (N = 335)					0,014
Sí	60	33,5	73	46,8	
No	119	66,5	83	53,2	
Condiciones de convivencia (N = 321)					0,076
Viviendo con el cónyuge	73	42,4	45	30,2	
Alojamientos mixtos	76	44,2	80	53,7	
Viviendo solo	23	13,4	24	16,1	
Número de hijos (N = 326)					0,251
0	24	13,7	12	7,9	
1	7	4,0	6	4,0	

(continua...)

Tabela 3 - (continuação)

Variables	Envejecimiento saludable		Envejecimiento no saludable		Valor de p*
	N	%	N	%	
≥2	144	82,3	133	88,1	
Número de nietos (N = 317)					
0	28	16,4	16	11,0	0,260
1	6	3,5	3	2,1	
≥2	137	80,1	127	87,0	

*Prueba de chi-cuadrado con la corrección de la prueba exacto de Fisher

† El salario mínimo en Brasil corresponde a 622,00 BRL (~300 USD)

El modelo del árbol se construyó con ocho nodos, el promedio del riesgo estimado fue de 0,412 ($\pm 0,027$), y el total de clasificación correcta fue del 60,0%. El perfil de envejecimiento saludable de octogenarios se podría explicar por la edad, estado civil, y la presencia o no de un cuidador. El primer nodo dio lugar a dos ramas distintas, las cuales describían el envejecimiento saludable según los grupos de edad: individuos con 80–

84 años (N = 169; 50,4%) e individuos con edad ≥ 85 años (N = 166; 49,6%). En general, el envejecimiento saludable predominó por sobre los individuos en el grupo de edad de 80–84 años (55,6%), entre aquellos que estaban casados (64,9%), y entre aquellos sin pareja ni cuidador (54,2%). El envejecimiento no saludable prevaleció en 34 (68,0%) adultos mayores sin pareja y sin cuidador (Figura 2).

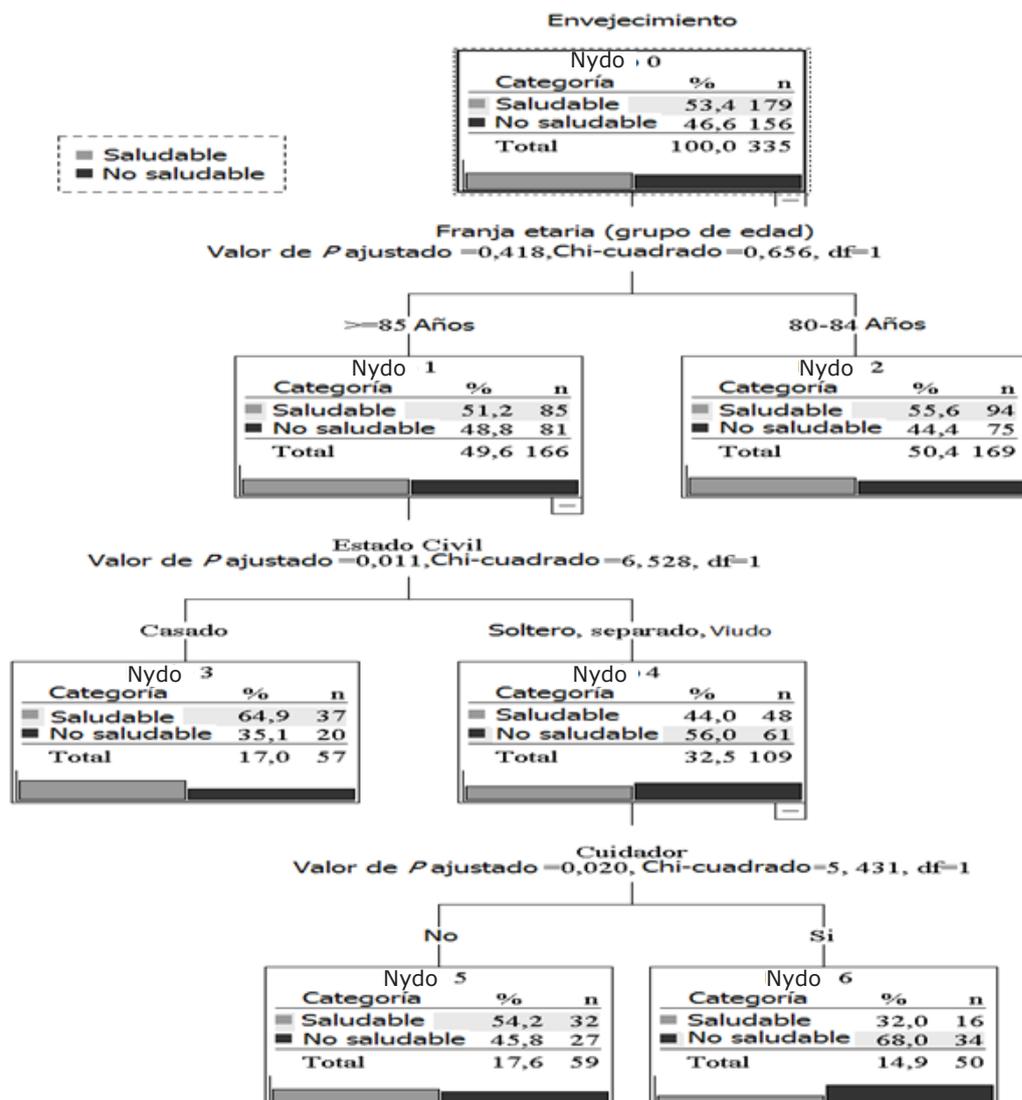


Figura 2 - Análisis multivariado mediante un árbol de decisión (CHAID) para envejecimiento saludable en octogenarios, ajustado para los factores socioeconómicos. Sete Lagoas, estado de Minas Gerais, Brasil, 2014

Discusión

En general, el perfil de la población estudiada fue similar al de estudios previos llevados a cabo en Brasil^(4,13) y en otros países⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. La mayoría de los participantes eran mujeres, en su mayoría viudas, con bajo nivel de estudios, jubiladas, con ingresos de menos de un salario mínimo, y viviendo con miembros de la familia o cuidadores.

En el último censo de la población brasileña, el grado de analfabetismo entre adultos mayores fue de 26,2%⁽¹⁷⁾, y este porcentaje es similar al encontrado en el estudio AGEQOL (28,2%)⁽⁸⁾. Estos valores son incluso mayores (59,1%) en el grupo de edad de ≥ 80 años, al igual que lo descrito en otros estudios^(4,13). Estas diferencias en el nivel de estudios reflejan las desigualdades sociales a principios del siglo XX, momento en el que estos adultos mayores debían haber ido a la escuela, pero la educación no estaba disponible para los pobres ni para las mujeres.

Entre los octogenarios de este estudio hubo diferencias estadísticas entre los sexos para el estado civil y el tipo de convivencia. La mayoría de los hombres estaban casados (63,8%) mientras que 143 (68,8%) mujeres eran viudas, y un 77,1% de ellas vivían solas. Este resultado es similar al descrito en otras ciudades de América Latina evaluadas en el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)⁽¹⁸⁾, y en otros estudios brasileños que incluyen octogenarios⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

La condición de vivir solo fue una causa de preocupación y fue más frecuente entre las mujeres posiblemente debido a la mayor probabilidad de volver a casarse observada entre los hombres⁽¹⁸⁾, la cual no ocurre con las mujeres. Estos datos demuestran la importancia de adaptación a una nueva convivencia familiar en este grupo etario⁽²⁰⁾.

Además, se observaron diferencias sustanciales entre los sexos en cuanto al hábito tabáquico y al consumo de alcohol. A pesar de que la mayoría de los adultos mayores evaluados en este estudio no habían fumado nunca (56,3%), el 41,6% de los hombres habían sido fumadores. Otras inferencias no se pueden realizar en este momento porque los datos sobre el periodo en el que este grupo ha fumado y cuándo dejaron de fumar no se han recogido.

Un estudio realizado con 832 individuos con 60 años o más de edad que vivían en Porto Alegre, estado de Rio Grande do Sul, Brasil, reveló una mayor prevalencia del hábito tabáquico y del consumo de alcohol en hombres (11,7% y 20,8%, respectivamente) comparada con la prevalencia en mujeres (0,7% y 13,0%, respectivamente)⁽²¹⁾. Los estudios sobre el hábito tabáquico y el consumo de alcohol y sus consecuencias

en los adultos mayores sugieren una correlación entre el sexo, la etnia y el nivel socioeconómico.⁽²²⁾

En este estudio, el concepto de envejecimiento saludable incluyó una adecuada percepción de salud, independencia para llevar a cabo las AVD, ausencia de deterioro cognitivo, estilo de vida y hábitos saludables (no fumar ni beber alcohol y tomar pocos medicamentos), movilidad adecuada, y ausencia de morbilidades.

Estudios previos han demostrado que comportamientos saludables, tales como no fumar, el control del peso y la presión arterial, y practicar ejercicio físico regularmente, están asociados con un envejecimiento saludable y una calidad de vida mejorada en los adultos mayores⁽²³⁻²⁵⁾. Por esta razón, es necesario invertir en intervenciones a nivel individual y a nivel de salud pública con el fin de guiar a estos sujetos y desarrollar estrategias nuevas que garanticen una vida más larga y más sana para las generaciones futuras⁽²⁶⁾.

Merece la pena destacar que esperábamos encontrar diferencias entre los sexos en cuanto al envejecimiento saludable entre octogenarios en el modelo del árbol, basándonos en la literatura sobre el envejecimiento^(8,27-28).

Sin embargo, los resultados indican la presencia de tres grupos con un perfil de envejecimiento más saludable: adultos mayores de 80-84 años de edad (55,6%), aquellos con 85 años o más y casados (64,9%), y aquellos con 85 años o más sin pareja y sin cuidador (54,2%).

El segundo grupo incluyó individuos >85 años, casados, y sanos, sugiriendo que el matrimonio puede ser un factor positivo para el envejecimiento saludable entre octogenarios los resultados sugieren que la relación entre el esposo y la esposa se debe evaluar y monitorizar por profesionales de la salud como una estrategia para prevenir la dependencia funcional de los octogenarios.

Se han llevado a cabo estudios con adultos mayores casados para identificar los determinantes de la felicidad, salud, y bienestar en la vejez. El estudio de Waldinger y Schulz⁽²⁹⁾ reveló que, para ambos sexos, la satisfacción conyugal estaba fuertemente asociada con una conexión diaria más positiva entre el tiempo que se pasa con la pareja y el nivel de felicidad. Otro estudio llevado a cabo en China con octogenarios reveló una alta prevalencia (62,4%) de adultos mayores casados con mejor bienestar psicológico⁽¹⁶⁾.

El estrato de adultos mayores no saludables mayores de 85 años estaba asociado con estar soltero, viudo o divorciado ($p = 0,011$) y necesitar asistencia de un cuidador ($p = 0,020$). Estos resultados indican que este grupo de edad se componía de adultos mayores con más comorbilidades y limitaciones funcionales, los cuales requerían mayores cuidados, y no tenían pareja con

la que compartir sus vidas y ayudar en las actividades diarias.

El cuidador es a menudo un pariente cercano del sexo femenino (esposas, hijas y nietas) que residen en la vivienda de los ancianos y se hacen responsables de todos los aspectos de sus vidas⁽³⁰⁾. Las actuaciones de intervención en este grupo de edad son únicas y deben permitir a los miembros de la familia y a los cuidadores formales afrontar mejor las dificultades asociadas a las limitaciones funcionales, físicas, cognitivas y psicológicas de los adultos mayores.

Vivir solo es un factor de riesgo de síntomas depresivos y deterioro del bienestar psicológico de los adultos mayores⁽¹⁶⁾. Por tanto, los adultos mayores con un apoyo familiar estable y de confianza pueden construir buenas relaciones familiares y enfrentarse mejor a posibles pérdidas durante el proceso de envejecimiento⁽²¹⁾.

Las limitaciones de este estudio incluyen la falta de información genética y la falta de corroboración de los datos del inicio del estudio. La ausencia de datos previos sobre las variables que componen el concepto de envejecimiento saludable en este estudio impidieron el cálculo de supervivencia para el grupo saludable y el no saludable por separado. El perfil de envejecimiento saludable fue investigado usando información subjetiva auto-declarada, la cual puede llevar a sesgos de memoria.

No obstante, este es uno de los pocos estudios que evalúan octogenarios usando datos del inicio del estudio de una muestra aleatoria con un alto grado de respuesta, con el objetivo de hacer inferencias usando herramientas estadísticas complejas tales como el árbol de decisión.

La incorporación de otras variables y el geoprocesamiento de los datos pueden ayudar a ampliar la discusión y establecer una relación temporal entre el envejecimiento saludable y el estado civil entre octogenarios brasileños.

Considerando que el estado civil fue un determinante importante del perfil de envejecimiento saludable en esta muestra, se deben evaluar otros datos, incluyendo subtipos de convivencia familiar (con dos o tres generaciones), las razones de vivir en el hogar, y si estos adultos mayores eran cabeza de familia⁽²⁰⁾.

Investigaciones futuras deben ir encaminadas a evaluar mejor los diferentes requerimientos y formular políticas públicas para este grupo de edad, considerando la heterogeneidad de esta población en cuanto a la edad y al nivel socioeconómico⁽³⁾.

Conclusión

Los adultos mayores más saludables tenían una salud auto-percibida positiva; ausencia de deterioro funcional, deterioro cognitivo, y otras morbilidades;

adecuada movilidad; y hábitos saludables. En el modelo final, este perfil fue determinado por edad, estado civil, y necesidad de cuidador.

El concepto de envejecimiento saludable adoptado aquí se puede considerar un modelo fiable y práctico en estudios epidemiológicos sobre envejecimiento y para las evaluaciones de recepción y cribaje de los servicios de atención primaria de salud.

Por tanto, los resultados de este estudio deben guiar y mejorar la investigación futura en octogenarios y se debe usar para establecer nuevas propuestas para el desarrollo de políticas sobre envejecimiento saludable dirigidas a este grupo de edad, centrándose en el estado civil y las relaciones familiares como una unidad de cuidados.

El cuidado de la vida y la salud durante el proceso de envejecimiento es necesario sobre todo en enfermería porque los/las enfermeros/as que trabajan en atención primaria deben centrarse en el continuo cuidado a lo largo de la vida del adulto mayor. Los resultados de este estudio epidemiológico indican que el/la enfermero/a debe continuar invirtiendo en la promoción de un envejecimiento saludable, tratando de prolongar la salud y bienestar de los octogenarios más allá de los primeros cinco años tras cumplir ochenta. Además, el/la enfermero/a debe poner especial atención al cuidado continuo de los adultos mayores nos cuya salud se ha deteriorado debido a morbilidades o al proceso natural de fragilidad producido por mayor longevidad creciente, y debe proporcionar estrategias para mejorar la relación entre los adultos mayores y los familiares cuidadores.

Referencias

1. Tinker A. The social implications of an ageing population. *Mech Ageing Dev.* 2002;123:729-35.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do Censo Demográfico 2010 [Internet]. . Rio de Janeiro: IBGE, 2013. [Acesso 17 ago 2014]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>.
3. Camarano AM, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro?. In: Camarano AM (org.). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
4. Inouye K, Pedrazzani ES. Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(spe):742-7.
5. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol Estud.* 2009;14(1):3-10.
6. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicol Reflex Crit.* 2007;20(1):81-6.

7. Carrasco M, Martínez G, Foradori A, Hoyl T, Valenzuela E, Quiroga T, et al. Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. *Rev Med Chile*. 2010;138:1077-83.
8. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:166. doi:10.1186/s12955-014-0166-4.
9. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH: Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2003;61:77-81.
10. Quiroga P, Albala C, Klaasen G: Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Med Chil*. 2004;132:467-78.
11. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Ritschard G. CHAID and Earlier Supervised Tree Methods. *Cahiersdudépartement d'économétrie*. [Internet]. Faculté des sciences économiques et sociales. Université de Genève; 2010. [Acesso 7 Jun 2011]. Disponível em: http://www.unige.ch/ses/metri/cahiers/2010_02.pdf.
13. Tavares DMS, Ferreira PCS, Dias FA, Oliveira PB. Caracterização e distribuição espacial de homens octogenários. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(4):558-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a20.pdf>.
14. Montez JK, Berkman LF. Trends in the educational gradient of mortality among US adults aged 45 to 84 years: bringing regional context into the explanation. *Am J Public Health*. 2014;104(1):e82-90.
15. Fleming J, Zhao E, O'Connor DW, Pollitt PA, Brayne I C. Cohort Profile: The Cambridge City over-75s Cohort (CC75C). *Int J Epidemiol*. 2007;36(1):40-6.
16. Wang J, Chen T, Han B. Does co-residence with adult children associate with better psychological well-being among the oldest old in China? *Aging Ment Health*. 2014 Mar;18(2):232-9. doi: 10.1080/13607863.2013.837143. Epub 2013 Sep 20.
17. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Taxa de analfabetismo - B.1. 2011. [Acesso 16 abr. 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/b01a.def>.
18. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Pan Am J Public Health*. 2005;17(5-6):370-8.
19. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ de, Filizola CLA, Petrilli JF Filho, Santos AA dos. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(3):374-9.
20. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Household arrangements of the elder elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):18-25.
21. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, De Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):713-9.
22. Cummings SM, Cooper RL, Johnson C. Alcohol misuse among older adult public housing residents. *J Gerontol Soc Work*. 2013;56(5):407-22.
23. Rizzuto D, Fratiglioni L. Lifestyle factors related to mortality and survival: a mini-review. *Gerontology*. 2014;60(4):327-35.
24. Peralta-Catipon T, Hwang JE. Personal factors predictive of health-related lifestyles of community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*. 2011;65(3):329-37.
25. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nurs Stand*. 2011;25(19):43-9.
26. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med*. 2005;28(3):298-304.
27. Belon AP, Lima MG, Barros MBA. Gender differences in healthy life expectancy among Brazilian elderly. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:88. doi:10.1186/1477-7525-12-88.
28. Boerner K, Jopp DS, Carr D, Sosinsky L, Kim SK. "His" and "her" marriage? The role of positive and negative marital characteristics in global marital satisfaction among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014 Jul;69(4):579-89. doi: 10.1093/geronb/gbu032.
29. Waldinger RJ, Schulz MS. What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychol Aging*. 2010 Jun;25(2):422-31.
30. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(3):458-66.

Recibido: 30.04.2015

Aceptado: 16.12.2015

Correspondencia:

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
 Universidade Federal do Pará
 Faculdade de Enfermagem
 Rua Augusto Corrêa, 1 Guamá
 CEP: 66.075-110, Belém, PA, Brasil
 E-mail: lhtakase@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.