

2011

Estilo de vida y salud en adultos mayores de la Iglesia Adventista del Séptimo Día

Maffio, Liliana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1084>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Carrera de Especialización en Prácticas Gerontológicas.

PLAN DE TRABAJO FINAL

Estilo de Vida y Salud en Adultos Mayores de la Iglesia

Adventista del Séptimo Día

Alumna: Lic. Liliana Maffio

Directora: Dra. Susana Verdinelli

-2011-

INDICE

1- Agradecimientos-----	Pág. 3
2- Introducción-----	Pág. 4
3- Revisión de la Literatura-----	Pág. 7
4- Metodología-----	Pág. 23
5- Resultados-----	Pág. 29
6- Conclusiones-----	Pág. 40
7- Bibliografía -----	Pág. 42
8- Apéndice I-----	Pág. 47

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación contó con la colaboración de los adultos mayores de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de la ciudad de Mar del Plata, quienes estuvieron siempre dispuestos ya sea después del culto o en sus casas a recibirnos para contestar la encuesta. También para los adultos mayores que se fueron acercando voluntariamente a través de conocidos o amigos para participar del trabajo.

Un agradecimiento especial para Gary Fraser que desde Estados Unidos nos facilitó información del trabajo que realiza con la población adventista facilitando su instrumento a partir del cual se elaboró el utilizado en este estudio y por su interés en los resultados del mismo.

A Daniel Arias, Griselda Hooft e Ivana Rodríguez, tres jóvenes que desinteresadamente en su tiempo libre colaboraron en la toma de las encuestas.

Finalmente a mi directora del trabajo Dra Susana Verdinelli ya que sin ella este trabajo no hubiera sido posible.

INTRODUCCION

Los estudios científicos practicados en diversas partes del mundo con los adventistas como objeto, han puesto de manifiesto que éstos tienen menos enfermedades, un índice menor de mortalidad y mayor longevidad que la población general. La iglesia Adventista posee 24 millones de adherentes en el mundo entero y promueve un estilo de vida saludable. Se espera que los miembros de la iglesia no fumen, no beban alcohol, practiquen ejercicio físico y consuman una dieta vegetariana o casi vegetariana. Muchos adventistas también evitan las bebidas que contienen cafeína; aunque la adherencia a estos principios es variable (Butler et. al., 2007).

El primer informe acerca de la salud de los adventistas que salió en una revista científica apareció en 1958. Este estudio involucró a 25.000 miembros de iglesia a quienes se les hizo un seguimiento que duró más de treinta años. En 1974 otros 35.000 hogares adventistas de California, Estados Unidos, participaron en un estudio longitudinal. Los resultados de estas investigaciones han afectado profundamente las recomendaciones acerca de la salud que se han difundido en el mundo entero (Fraser, 2003).

Uno de los descubrimientos más importantes del estudio de California fue que la expectativa de vida promedio de un adventista varón es 7.3 años más que la población general masculina de California y las mujeres adventistas tienen una expectativa de vida de 4.4 años más que la población femenina de California. (Kuzma & Lindsted, 1990). A partir de allí más de doscientos cincuenta informes acerca de los adventistas han aparecido en las publicaciones científicas del mundo destacando los beneficios del estilo de vida de la comunidad adventista en la salud general. Se ha demostrado que el estilo de vida adventista provee cierta protección a enfermedades como algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes (Fraser & Shavlik, 1997).

Los estudios realizados con la comunidad adventista se han llevado a cabo principalmente en Estados Unidos e indican que esta población posee hábitos más saludables

que la población general. En Argentina, la comunidad adventista no ha sido objeto de importantes investigaciones como en el país del norte. Este estudio tiene como objetivo explorar los estilos de vida de los adultos mayores de la comunidad adventista en la ciudad de Mar del Plata y de adultos mayores en población general. Particularmente se indagarán las áreas de consumo de cigarrillo, consumo de alcohol, práctica de ejercicio físico, salud física y red social.

REVISION DE LA LITERATURA

Espiritualidad, Salud y Vejez

Existen numerosos trabajos que exploran la relación entre espiritualidad y vejez indicando que a medida que la persona se vuelve senescente incrementa su cercanía a la religión y la espiritualidad. Esta relación se comprobó para distintos grupos étnicos (Benjamins & Campbell Buck, 2008). Williams y colaboradores (1991) examinaron cuáles pueden ser las diferencias entre personas religiosas y personas que no lo son, en relación a problemas de índole psicológica. Se estudio una comunidad de 720 adultos. Se llegó a la conclusión de que pertenecer a una religión no estaría relacionado, por lo menos en forma directa, con la salud mental. Es decir que pertenecer a una religión no reduce los factores estresantes que son dañinos para el psiquismo. Sin embargo, encontraron que ante los eventos estresantes y los problemas de la salud, la práctica de una religión reduce las consecuencias nocivas de estos estresores sobre el bienestar psicológico.

Rasanen y colaboradores (1996) investigaron la relación entre algunos grupos religiosos y todas las causas de mortalidad en mil seiscientos veintisiete personas fallecidas, que vivieron entre 42 y 60 años, entre los años 1984 y 1989. La conclusión de esta investigación fue que el riesgo de morir varía mucho entre los fieles de distintas religiones y que esta variación no depende de características sociales, ni económicas, ni biológicas tampoco de comportamiento ni de salud. Otra investigación indagó sobre la relación que hay entre la religión y la presión sanguínea. El estudio epidemiológico mostró que cuanto mayor era el compromiso de una persona con su religión, su presión arterial era menor, como así también la mortalidad que tenía que ver con dicha presión. Concluye que existe un efecto benéfico de la religión con la presión arterial. Su explicación es que esto se debe a una combinación de factores: estilo de vida más saludable debido a la práctica de la religión, existencia de cierta predisposición hereditaria, la vida religiosa que produciría efectos saludables y el beneficio psicodinámico de creencias religiosas, ritos y fe (Levin &

Vanderpool, 1989). Otro trabajo sobre la espiritualidad que realiza una extensa revisión bibliográfica, en la cual la espiritualidad es entendida como una búsqueda de lo trascendente, del fin último del ser humano en tanto representaciones que dan sentido a la vida y que acompañan el proceso de envejecer, concluye que las respuestas sobre la muerte, el más allá, el por qué y para qué de la vida van a ser muy importantes para lograr el bienestar psíquico en la tercera edad. Sostiene que las personas que trabajan con ancianos, para poder ayudarlos en ese momento de la vida, deben tener claros los referentes espirituales que esa persona tiene (San Martín Petersen, 2007).

Un trabajo de investigación realizado sobre una muestra de 212 adultas mayores donde se evaluaron las situaciones críticas, su apreciación cognitiva y las estrategias de afrontamiento dio como resultado que además del uso de recursos espirituales y religiosos las adultas mayores también utilizaron como estrategia de afrontamiento la auto distracción, aceptación, reformulación positiva y afrontamiento activo. Es decir utilizaron estrategias de afrontamiento tanto activas como pasivas. Se destaca que la espiritualidad y la religiosidad son funcionales y efectivas para lograr la adaptación ante la crisis vital que significa envejecer. Las investigadoras están de acuerdo con perspectivas del desarrollo humano que sostienen que el envejecer está dentro del curso de la vida, es decir, que los cambios y las pérdidas que se producen al envejecer deben ser considerados eventos críticos y tendrían que ser integrados al mismo. Entienden el envejecimiento como un momento en el ciclo vital donde se producen cambios, pérdidas pero donde también es posible la actualización de potencialidades (Krzemien & Monchietti, 2008).

La Religión Adventista y sus Principios

En el contexto de este estudio, resulta fundamental comprender los principios de la religión adventista ya que los hábitos y comportamientos de adherencia generan un buen estado de salud. Esta religión comprende buenos hábitos de vida y la abstención de todo

producto perjudicial para la salud. De ahí que los adventistas evitan el uso de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas. Además, la iglesia desarrolla un vasto programa de alcance popular para prevenir el uso de alcaloides y particularmente para abandonar la adicción tabáquica. En este sentido, son muy conocidos los planes de cinco días para dejar de fumar que, como un aporte gratuito a la comunidad, se dictan con regularidad en todas las instituciones adventistas. También dictan cursos de cocina vegetariana y de control de estrés. Para entender mejor la filosofía de salud adventista es necesario comprender que los principios de salud fueron ligados a blancos espirituales. La escritora y profeta adventista Elena de White fue específica y práctica al unir lo espiritual con lo físico y lo mental con una visión holística de la persona humana.

El 6 de junio de 1863, Elena de White recibió una visión sobre temas de salud que sentó las bases de lo que se conoce como el estilo de vida adventista:

- Aquellos que no controlan su apetito al comer son culpables de intemperancia.
- La carne de cerdo no debe comerse bajo ninguna circunstancia.
- El tabaco es un veneno lento.
- La estricta limpieza del cuerpo y de la casa.
- El té, el café también son perjudiciales.
- Dieta sencilla.
- Dos comidas al día, si se hace una tercera, lejos del momento de dormir.
- Comer entre horas perjudica el proceso digestivo.
- El uso abundante del agua pura para mantener y mejorar la salud, inclusive para curar enfermedades.
- Sólo la naturaleza tiene poderes curativos.
- Luz y ventilación especialmente en los dormitorios.
- Las influencias prenatales son muy importantes en el bebé en gestación.

- Actividad física importante para la salud.
- El exceso de trabajo es perjudicial para la salud.
- El cuidado de la salud es una cuestión espiritual.

Sostuvo que todo aquello que debilite la mente o el cuerpo impide discernir entre lo bueno y lo malo afectando directamente el estado de preparación para la vida eterna. El adventista que haya preservado su cuerpo y su espíritu en santidad recibirá la inmortalidad. Por estas razones el adventista es absolutamente práctico. El compromiso de cuidar la salud también revela como el cristiano se interesa por su prójimo. De estas creencias surgen beneficios colaterales que incluyen una vida más larga, de mejor calidad, menos enfermedades, etc. Pero cuidar la salud es un asunto espiritual (Knight, 2004). Asimismo entre las manifestaciones más destacadas de solidaridad y caridad cristianas están las instituciones médicas de la iglesia adventista (Douglass, 2000). Todas ellas responden a esa filosofía: servir al prójimo tanto en el aspecto físico como espiritual.

La Comunidad Adventista en Argentina

La comunidad adventista Argentina posee colegios, universidades y centros de salud. En Argentina funcionan el Sanatorio Adventista del Noreste Argentino, en Alem, Misiones; el sanatorio Belgrano en Capital Federal; el sanatorio Adventista de Loma Linda, en los suburbios de la ciudad Roque Sáenz Peña, Provincia del Chaco; y el Sanatorio Adventista del Plata, de Villa Libertador San Martín, Prov. De Entre Ríos. Esta es la más antigua y conocida de las instituciones médicas adventistas que funciona desde 1908. También poseen avionetas sanitarias, lanchas hospitales y modestos dispensarios médicos en el norte argentino llegando a lugares inaccesibles y muy humildes. La personería jurídica fue otorgada a la Asociación Argentina de los Adventistas del Séptimo Día en el año 1939 aunque hace más de 100 años que están en el país.

Los datos estadísticos correspondientes al año 2010 informan que en la Argentina existen 485 iglesias y 310 congregaciones. Cantidad de miembros: 102.255. Tres Hospitales y sanatorios, dos Centros de Vida Sana, 63 escuelas primarias, 20 colegios secundarios, tres colegios para pupilos, una Universidad, dos centros de comunicaciones, una fábrica de alimentos Granix con tres plantas elaboradoras y restaurantes vegetarianos que colaboran en la formación de hábitos saludables y una casa editora que se llama Aces. La asistencia social está a cargo de Adra (Agencia Adventista para el desarrollo de recursos asistenciales) que abarca la prevención, tratamiento y promoción de la salud en la población (Asociación Argentina de los Adventistas del Séptimo Día, 2010).

Villa Libertador San Martín, Entre Ríos

La ciudad adventista de Villa Libertador San Martín, en Entre Ríos, es el centro más importante desde la práctica de los principios adventistas. El espacio central abarca cerca de 300 hectáreas que pertenecen a la Iglesia. Allí están emplazados las Iglesias, el Sanatorio, la Universidad y el Centro de Vida Sana. En la Villa no se trabaja los sábados ya que es el día santo del cuarto mandamiento. Las autoridades políticas pertenecen a la Iglesia, como también los medios de comunicación o sea radio y televisión que cuando comienza el sábado el día viernes comienzan a transmitir programas religiosos. Hace más de un siglo que los adventistas llegaron a este lugar que en ese momento era conocido como estación Puiggari, y establecieron una religión y una cultura que ha caracterizado lo que hoy conocemos como “la ciudad santa” (Flores, 2001).

Los Estudios Adventistas

En el año 1958 apareció publicado en una revista científica el primer informe que se hizo sobre la salud de los adventistas. El seguimiento duró aproximadamente treinta años y participaron alrededor de 25.000 miembros de esa denominación. En California fueron relevados 35.000 familias adventistas en el año 1974 en otro estudio longitudinal. Estos

trabajos de investigación determinaron que comenzara a modificarse las recomendaciones que sobre el cuidado de la salud se le hacían los médicos a la población en general no sólo en Estados Unidos sino en el mundo. El Dr. Gary E. Fraser y Ferry L. Butler, director e investigador principal, respectivamente, del Estudio de Salud Adventista que se está realizando actualmente, sostienen que en realidad el adventismo no es la única religión que le da importancia al cuidado de la salud pero sí es una de las más importantes en este sentido (Fraser, 2003).

Las investigaciones sobre la conducta de los adventistas se han realizado especialmente en Estados Unidos y Europa sin embargo los esfuerzos para influir en el cambio de hábitos en la población en base a los resultados de las mismas dado el fenómeno de la globalización se a extendido a países del tercer mundo donde si bien existen diferencias entre los estilos de vida y enfermedades propias de cada región del planeta , la mayoría de las personas todavía muere a causa de enfermedades del corazón, enfermedades infecciosas o distintos tipos de cáncer. Sostienen que como las personas de los países en vías de desarrollo quieren tener la vida de los países desarrollados han comenzado a tener hábitos de vida similares a ellos y así una alimentación excesiva, poca actividad física han producido un aumento de las enfermedades cardíacas y el cáncer en esos lugares. El cáncer en Asia, África y en otros países subdesarrollados va en aumento. Fraser (2003) indica que el proyecto del genoma humano nos ha permitido saber que los seres humanos difieren muy poco en su composición genética lo cual hace suponer que cambios en sus estilos de vida no importan donde vivan, los va a beneficiar.

Los dos grandes estudios realizados en los últimos cuarenta años en los adventistas norteamericanos sobre salud y causas alimentarias de la enfermedad han aportado resultados muy interesantes. Los estudios fueron realizados en la población adventista de California donde el 50% es vegetariano y el 50% no. Esto permitió y permite en el nuevo estudio en

curso comparar por ejemplo cual es la frecuencia en cada grupo de sufrir enfermedades del corazón y cáncer y también cual es la diferencia en su longevidad. Los resultados fueron que los adventistas vegetarianos se benefician más que los no vegetarianos. Esto puede tener o no relación con el consumo o la abstención de carne. En los vegetarianos es mayor el consumo de frutas, verduras, nueces y sustitutos comerciales de la carne, consumen pan integral, no consumen alcohol y muy poco café. La conclusión es que es posible que estos sean los factores que hace que en ellos disminuya el riesgo de sufrir algunas enfermedades y no la ausencia de carnes. Los estudios demostraron que los adventistas vegetarianos padecen la mitad de las enfermedades cardíacas que los no vegetarianos. También se observó que la ventaja de ser vegetariano es mucho mayor en los adventistas más jóvenes y en los de edad media pero bastante menor en los ancianos. Lo que no fue sorpresa es ver que los vegetarianos tienen niveles bajos de colesterol en sangre y una presión sanguínea más baja, además de tener menos sobrepeso.

Estos resultados son compartidos por otros estudios en grupos de vegetarianos no adventistas. Los vegetarianos adventistas presentaron menos diabetes, debido probablemente a su menor peso corporal, ya que la insulina no funciona bien en personas con sobrepeso y esto sobrecarga al páncreas. Otros resultados sugieren que es en el caso de enfermedades del corazón, es en gran parte el consumo de carne el responsable del aumento del riesgo. Fraser (1992) dice que en su trabajo de investigación como el de otros investigadores confirma que el consumo de nueces disminuye el riesgo de ataque cardíaco, ya que las nueces disminuyen los niveles de colesterol malo en sangre (Sabate & Fraser, 1993). Al consumir menos nueces los adventistas no vegetarianos aumentan su riesgo. Los no vegetarianos consumen menos fibras o sea menos pan integral y más pan blanco, menos cereales integrales y más cereales refinados esta disminución del consumo de fibras ayudaría a aumentar los niveles de colesterol en sangre.

Asimismo el estudio mostró que el cáncer de intestino grueso es cerca de un tercio menos frecuente en los adventistas vegetarianos que en los no vegetarianos. El riesgo aumenta con el consumo de carne. Los adventistas que comían más porotos corren menos riesgo de padecer este tipo de cáncer. Otro cáncer muy frecuente es el cáncer de próstata. En Estados Unidos diferentes estudios han confirmado que los hombres que tienen 60 años o más y que no se les ha diagnosticado este cáncer cerca del 15% lo contraerá en los siguientes siete años a pesar del desarrollo lento del mismo. El cáncer de próstata es menos frecuente en las culturas asiáticas.

Se ha enfocado la atención en el alto consumo que tienen de porotos de soja muy superior del que se tiene en occidente. Esta podría ser una de las razones de su escasa frecuencia en Asia. Los adventistas son grandes consumidores de soja en sus diferentes formas. Como universo estadístico se los investigó para saber los efectos de la soja sobre la salud. Ya es sabido que la soja reduce el colesterol en sangre y se supone que los isoflavonoides que contiene podrían eliminar las células cancerígenas o retardar su desarrollo. En los varones adventistas que beben al menos una taza de leche de soja por día, el riesgo de incidencia de cáncer de próstata es sólo del 30 al 40% en relación con el de los varones que no la consumen. Como surgió de este estudio de California el consumir tomate puede proteger de sufrir cáncer de próstata como también cáncer de ovarios en las mujeres.

El riesgo de cáncer de ovarios entre las mujeres que comían tomates al menos cinco veces por semana era del 50 al 60% menor que entre las que comían pocos o no los consumían.

Se supone que puede ser porque el tomate contiene licopeno, que es el carotenoide rojo que además de darle color es un antioxidante. Otro hallazgo interesante de esta investigación es que los adventistas de California son una de las poblaciones más longevas del mundo. Los hombres adventistas vegetarianos viven 9,4 años más que otros varones de California y las mujeres adventistas vegetarianas viven 6,2 años más que las mujeres no adventistas.

californianas. La longevidad aumenta lentamente en la población en general por lo que se supone que llevaría alrededor de cincuenta años equiparar la diferencia.

El análisis de este estudio sostiene que las diferencias adventistas en relación a la alimentación, la actividad física, el no consumo de alcohol y el haber dejado de fumar pueden ser los responsables de los nueve o diez años más de vida. Otro dato interesante de este estudio fue que los adventistas que concurren regularmente a la iglesia viven más y padecen menos enfermedades cardíacas. Esto ya se sabía hace veinte años en otras poblaciones de creyentes, pero estos resultados lo confirman para los adventistas también. La explicación podría ser, según Fraser, los efectos tanto psicológicos como sociales de el compartir un lugar y una fe. También surgió de este estudio que los adventistas de California tienen un 31% menos de riesgo de desarrollar cualquier tipo de cáncer, comparados con los californianos.

El estudio que actualmente se realiza abarcará aproximadamente cien mil adventistas de todo Estados Unidos y se investigara la relación entre dieta y cáncer. Los fondos recibidos han permitido realizar este estudio sobre enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación siendo el más extenso del mundo.

Utilizado este estudio de salud adventista (AHS-2) se realizaron diferentes investigaciones sobre la población adventista. Una de ellas compara la salud y el estilo de vida de adventistas negros y adventistas blancos y también lo compara con la población en general. Los resultados fueron que los adventistas negros eran menos inclinados que los adventistas blancos a sostener una dieta vegetariana realizaban menos actividad física y presentaban mayor sobrepeso y obesidad. Tenían más hipertensos y diabéticos. La prevalencia de cáncer de próstata fue del 47% mayor en los negros que en los blancos, sin embargo fue más baja en colesterol sérico, infarto de miocardio, enfisema y todo tipo de cáncer. El informe concluye que los adventistas negros tienen mejores hábitos de salud que los habitantes negros del resto del país.

Otro trabajo interesante fue el realizado por Zollinger y otros (1984) donde se investigaron a doscientas ochenta y dos mujeres que pertenecían a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, y se las comparó con otras mil seiscientas setenta y cinco mujeres no adventistas todas ellas padecían cáncer. Se les hizo un seguimiento durante treinta años, entre 1946 hasta 1976. Las mujeres adventistas tuvieron una sobrevida aproximada de 5 años más que las no adventistas. Estudios europeos confirman los dos estudios más importantes hechos en Estados Unidos. En Noruega, se realizó un estudio que duró diecisiete años que cubrió todos los adventistas que vivían allí. Los resultados confirmaron que los adventistas noruegos disfrutaban de los mismos beneficios que los adventistas de California. Además concluyeron que no era la clase social ni la geografía la que determinaba estos resultados sino el estilo de vida que la Iglesia Adventista promueve en sus fieles (Fonnebo, 1992).

La Oficina de Registro del Cáncer en Dinamarca, con sede en Copenhague, en 1982, después de realizar un estudio que duró 35 años, que sólo uno de cada diez adventistas contrajo cáncer, mientras en el mismo período dentro de la población danesa fue una persona de cada cuatro. Concluyeron que el riesgo que corrían los adventistas de desarrollar cáncer era un 70 a un 80% menor que el de un danés no adventista. También se hizo una investigación en Holanda que informó que había una ventaja de expectativa de vida de 8,9 años para los hombres adventistas y de 3,7 para las mujeres adventistas (Berkel & de Waard, 1983). Un pequeño estudio, ya que se analizaban estadísticas de sólo una iglesia urbana en Polonia del año 1985, informó que los hombres adventistas tenían una ventaja de 9,5 años y las mujeres adventistas una diferencia en su favor de 4,5 años (Jedrychowski, Olma, Tobiassz-Adamczyk & Gradzikiewicz, 1985).

Hábitos, Envejecimiento y Salud

Actividad física

La práctica de actividad física de forma regular es una de las formas de prevenir las enfermedades crónicas-degenerativas que son las que con más frecuencia se presentan en edades avanzadas. Trabajos de investigación que han analizado el desempeño neuromotor en relación con el índice de masa corporal, observaron que existe una relación entre el grado de obesidad y la agilidad y fuerza de los miembros inferiores, y que esto era peor en las mujeres obesas. También mostraron que la pérdida de fuerza muscular es de alrededor del 30% y del área muscular del 40% entre la segunda y la séptima década de vida. Al envejecer se pierden más fibras tipo II b y esto compromete los aspectos relacionados a velocidad, agilidad y tiempo de reacción del anciano. Estudios científicos señalan que el entrenamiento de la fuerza muscular está asociado de manera positiva con una alta densidad mineral ósea en ancianos.

El entrenamiento de resistencia parece tener un impacto mayor que el ejercicio aeróbico. Este tipo de entrenamiento mantiene o aumenta la masa ósea en las mujeres pos-menopáusicas y ayuda a los ancianos a aumentar su masa y fuerza muscular, lograr mayor agilidad y equilibrio tan necesarios para mantener su capacidad funcional (Layne & Nelson, 1999). Otra actividad que mejora la fuerza muscular, la velocidad de andar, la potencia aeróbica, la flexibilidad y el equilibrio entre las personas de la tercera edad es la práctica del Tai Chi Chuan (Yan, 1998).

En definitiva, es importante que el anciano haga cambios en su vida adoptando un estilo de vida más activo. El sedentarismo o inactividad física fue reconocido por la OMS como una de las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte de nuestro siglo. Por eso la recomendación de la OMS es promover un envejecimiento activo (OMS, 2002). En esta línea Sao Paulo lanzó un programa de promoción de salud mediante un estilo de vida activo llamado “Agita Sao Paulo” que busca estimular en los adultos mayores la práctica de

la actividad física, con una intensidad moderada, tres veces por semana, treinta minutos cada día.

En la Argentina el Hospital Italiano de Buenos Aires forma parte de este programa de promoción que ya se extiende a distintos países. Diferentes estudios se han realizado para saber si la práctica de alguna actividad física es beneficiosa en aquellas personas mayores que sufren enfermedades que afectan su salud mental. En un estudio realizado en San Pablo, Brasil se pudo observar la incidencia de enfermedades mentales en edades avanzadas pudiendo llegar al 11% (Laurenti, Mello Jorge, Lebrao, Gotlieb, & Almeida, 2005).

La demencia de Alzheimer (DA) representa cerca de un 50% de los casos de demencia senil. Estudios realizados muestran que la actividad física produce cambios significativos modificando el estilo de vida, depresión, vascularización y oxigenación cerebral, comportamiento y capacidad funcional. Otro estudio realizado a un paciente con DA donde se aplicó un protocolo de entrenamiento donde tuvo actividad física en forma sistemática y con una relación personalizada todo esto durante tres meses, con tres sesiones semanales de 50 minutos mostraron modificaciones positivas en el nivel de dependencia física, emocional, en el equilibrio y en los síntomas de depresión que presentaba. Sin embargo no hubo modificaciones significativas en el aspecto cognitivo (Christofolletti, Oliani, Corazza, Stella, Gobbi, Bucken-Gobbi, & Borger, 2009).

El mejoramiento de la capacidad funcional llevaría a mejoras a nivel psicológico. En un estudio de Strawbridge y colaboradores (2002) se observó que había mayor depresión en las personas que tenían muy poca o nula actividad física cuando se los comparaba con aquellas personas que realizaban una actividad física regular y de cierta intensidad.

Actividad física y depresión

Los adultos mayores suelen cuestionarse su vida, esto se debe a que la ancianidad es una época signada por muchas pérdidas no sólo de personas sino también de estatus social,

laboral y familiar. Comienza a estar comprometida su autonomía y esto suele repercutir en el aspecto emocional haciéndolos más vulnerables a tener depresión. Distintos estudios han demostrado los efectos positivos de la actividad física en ancianos con Parkinson que presentaban síntomas de depresión. Reuter y Engelhardt (2002) realizaron un estudio con pacientes parkinsonianos. Fueron sometidos a un programa intensivo de actividad física. Los pacientes elegidos no tenían alteraciones de tipo cognitivo. Las conclusiones fueron que la actividad física ya sea como deporte o como ejercicios programados especialmente para esta enfermedad, logran una significativa mejoría de sus funciones motoras, reducir los temblores y la rigidez, aumentar las actividades que pueden realizar cotidianamente y prevenir alteraciones posturales o atrofia muscular.

Tabaquismo

Desde 1864 por visiones tenidas por Elena G. de White los adventistas sostuvieron que el tabaco era perjudicial para la salud en contra de lo que la mayoría sostenía en ese momento (White, 1964). A mediados de la década de 1930 como resultado del hábito de fumar entre los soldados que fueron a la Primera Guerra Mundial el cáncer de pulmón aumentó pero fue veinte años después que el resultado de esta adicción se pudo comprobar. Antes de 1930 este tipo de cáncer era poco frecuente. En 1995, solamente en Estados Unidos, el cigarrillo causó 418.000 muertes. (Estadísticas compiladas por los Centros de Control y Prevención de la Enfermedad, 1996). También estudios diversos han demostrado que esta adicción es un factor de riesgo importante en las muertes a causa de enfermedades de las arterias coronarias. (Special Report: Inter-Society Commission for Heart Disease Resources 1984). Investigadores de la Universidad de Wisconsin encontraron que mueren muchos niños por la adicción al tabaco de sus padres. Sostienen que 2800 bebés mueren por año por el bajo peso que tienen cuando nacen causado por el hábito de fumar de sus madres que fuman durante el período de gestación y otros 2000 mueren por el aire contaminado por el cigarrillo.

Esta investigación dijo que más de cinco millones de niños sufren de asma e infecciones del oído provocado por padres fumadores (Aligne & Stoddard, 1997).

Consumir tabaco en cualquiera de sus formas es un importante factor de riesgo a cualquier edad incluyendo los ancianos. Son muchas las ventajas cuando se deja de fumar con respecto a riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares se reduce si durante dos años no se fuma y si pasaron cinco años es igual a los de aquellos que nunca fumaron. En otras enfermedades como el cáncer de pulmón y la enfermedad obstructivas de vías respiratorias si se deja de fumar el riesgo se reduce pero más lentamente. Los efectos que tiene el hábito de fumar siempre se acumulan y son de larga duración (Doll, 1999).

Bolzán y Peleteiro (2003) realizaron en una población de jóvenes adolescentes un estudio cuyos resultados fueron que la edad media de inicio es entre los once y doce años. Además la influencia decisiva en empezar a fumar fue detectada en sus pares y en las personas fumadoras de la familia. Valdés y Sánchez (1999) luego de un exhaustivo estudio sostuvieron en esos años que los hombres eran mayoría como fumadores pero que las mujeres estaban adquiriendo rápidamente el hábito. Hicieron una serie de recomendaciones entre ellas que era necesario reducir el tabaquismo en los jóvenes porque el hábito se estaba convirtiendo en epidemia y que era necesario promulgar y hacer cumplir leyes para reducir al mínimo la propaganda que las tabacaleras hacían para vender cigarrillos. También indicaron que debía implementarse más programas de prevención para que los niños conozcan los peligros del tabaco. Y se recomiendan programas dirigidos a los adultos padres para dejar de fumar y de esa manera indirectamente disminuir el consumo en sus hijos.

Un estudio realizado en Cuba sobre diferentes formas de cáncer en la tercera edad en personas mayores de 60 años, destacó el gran consumo de cigarrillos que tienen en ese país, siendo el primer consumidor per cápita entre los hombres en América. De la población

fumadora el 60% son hombres y el 40% mujeres aunque el consumo entre las mujeres va en aumento. En promedio fuman más de veinte cigarrillos diarios (Soriano et al., 1998)

Un trabajo de investigación interesante es el realizado por Zylbersztejn y colaboradores (2007) sobre el tabaquismo en médicos argentinos. Los resultados sobre 6.497 médicos fue que el 63% eran hombres de una edad promedio de 41,5 años. El 30% eran fumadores. El 22,4 eran ex fumadores. Mayor porcentaje eran médicos del servicio de urgencia y en especialidades quirúrgicas. Los ex fumadores presentaban mayor prevalencia de factores de riesgo coronarios. Tanto los fumadores como los ex fumadores tenían antecedentes familiares en tabaquismo.

METODOLOGIA

Objetivo General

El presente estudio tuvo como objetivo explorar algunos aspectos del estilo de vida de la comunidad adventista de adultos mayores y de población general de la ciudad de Mar del Plata.

Hipótesis Planteadas

1. Existirá una diferencia significativa en la media de consumo de cigarrillo entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.
2. Existirá una diferencia significativa en la media de consumo de alcohol entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores
3. Existirá una diferencia significativa en la media de ejercicio practicado entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.
4. Existirá una diferencia significativa en la media del bienestar de salud reportado entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.
5. Existirá una diferencia significativa en la media del nivel de estrés reportado entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.
6. Existirá una diferencia significativa en la media del consumo de carne entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.
7. Existirá una diferencia significativa en la media de la satisfacción con la vida reportada entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.
8. Existirá una diferencia significativa en la media del apoyo social percibido entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

Participantes

Se trabajó sobre una muestra no probabilística intencional de 123 adultos mayores residentes de la ciudad de Mar del Plata. La población consistió en dos grupos: 62 adultos mayores que se identificaron como practicantes de la religión adventista y 61 adultos

mayores que no practicaban esta religión. El criterio de selección que sirvió para determinar el grupo de participantes adventistas fue que fueran miembros activos de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de la ciudad de Mar del Plata. Ser miembro de esta iglesia se definió por la condición de ser bautizado y, por ende, figurar en los libros de la Iglesia. La calidad de miembro activo se estableció por dos actividades: concurrencia de los mismos a la Iglesia los días sábados y el participar del rito de la santa cena. Las características del grupo de población general indicaron la no pertenencia a la Iglesia Adventista del Séptimo Día y se excluyeron personas institucionalizadas, con deterioro cognitivo y/o inmovilidad física o que no pudieran responder voluntariamente a la encuesta.

Los participantes del grupo adventista reportaron una edad de 60 a 90 años ($M = 69.6$, $DS = 8.1$), de los cuales 39 eran mujeres y 23 varones. Los participantes del grupo no adventista reportaron una edad de 60 a 96 años ($M = 71.2$, $DS = 8.6$), de los cuales 51 eran mujeres y 10 varones.

Instrumentos y Diseño

Se utilizó un diseño de investigación transversal con metodología descriptiva. Se aplicó un protocolo de evaluación en un único momento a cada muestra. Se indagaron las características demográficas de la población y se administró un instrumento que exploraba distintos aspectos del estilo de vida. Se indagó sobre el consumo de cigarrillo, el consumo y frecuencia de consumo de alcohol, actividad física, auto evaluación de salud general, nivel de estrés y consumo de carne. Para evaluar la salud de los participantes se indagó acerca de la presencia o ausencia de algunas enfermedades físicas tales como enfermedad cardíaca, cáncer, diabetes, hipertensión, colesterol elevado, artritis, enfermedad de Parkinson, cálculos renales, divertículos intestinales, obesidad, y apendicitis. También se solicitó que se identificara la presencia o ausencia de 16 síntomas tales como dolor de cabeza, dolor abdominal, sentirse cansado, sufrir insomnio, entre otros. El instrumento utilizado puede

consultarse en el apéndice A. Los ejes principales de este instrumento se basaron en las medidas utilizadas en el llamado Estudio Adventista realizado en Estados Unidos (Fraser, 2003). El autor del estudio envió a la investigadora la copia completa del instrumento; y se revisaron y cotejaron la utilidad y aplicación de los ítems a nuestra población. Es preciso acotar que el cuestionario usado por Fraser y colaboradores es un cuestionario de 50 páginas y se decidió que sería un cuestionario muy extenso para aplicar a la población de adultos mayores. Por lo tanto fue fundamental realizar una adaptación.

Escala de Satisfacción con la Vida. Esta escala fue desarrollada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) para medir satisfacción personal con la vida dentro del contexto de la investigación del bienestar subjetivo. La satisfacción con la vida se define como una valoración global que las personas hacen sobre sus vidas, y compara lo que se ha conseguido, con los logros personales que se esperan obtener. El instrumento administrado inicialmente a una población de habla inglesa mostro buenas psicométricas: alfa de Cronbach de 0,87, correlacion test-retest de 0,82 a los dos meses y correlaciones ítem-test entre 0,57 y 0,75. El análisis factorial extrajo un único factor que explicaba el 66% de la varianza. El instrumento ha sido extensamente utilizado en diversas poblaciones incluyendo poblaciones de habla hispana mostrando también propiedades psicométricas satisfactorias (Cabañero Martínez, et al., 2004). En este estudio se reporta un adecuado nivel de fiabilidad de la escala 0,76.

Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido. Esta escala fue desarrollada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988) y es un instrumento de 12 ítems que mide la percepción del apoyo social en tres dominios: familia, amigos y pareja o persona significativa. A los participantes que completan la escala se les pide que indiquen su nivel de acuerdo con los ítems en una escala de tipo Likert de 7 puntos que va desde *completamente en desacuerdo* hasta *completamente de acuerdo*. El instrumento fue inicialmente

administrado a una población de estudiantes universitarios de habla inglesa y mostro propiedades psicométricas satisfactorias. Diversos estudios realizados en distintas poblaciones comprobaron la estructura factorial de las tres subescalas, la fiabilidad interna y validez discriminatoria (Edwards, 2004). Dahlem, Zimet y Walder (1990) reportaron un alfa de Cronbach de 0,91 para la escala total y para la subescalas de Familia, 0,90, Amigos, 0,94; y Pareja o Persona Significativa, 0.95 en una población de estudiantes universitarios. En este estudio se reporta un adecuado nivel de fiabilidad de 0,86 para la escala total, de 0,93 para la subescala de Familia, de 0,93 para la subescala de Amigos, y de 0,70 para la subescala de Pareja o Persona Significativa. La directora de este estudio realizo la traducción al español de la escala.

Procedimiento de Recolección de Datos

En una primera etapa se estableció contacto con la secretaria de la Iglesia Adventista Centro de Mar del Plata y se le solicitó la lista de miembros activos entre 60 y 80 años de esa comunidad que no estuvieran institucionalizados y no tuvieran enfermedades mentales. Se contactó a los adultos mayores y se les explicó el objetivo de la investigación y las características de la misma solicitándoles la firma de un consentimiento informado, aclarando expresamente que la colaboración era voluntaria y anónima. El instrumento fue administrado en forma personal a la salida de la Iglesia los días miércoles y los días sábados. También, previo contacto telefónico, se concurrió a la casa de los adultos mayores. El instrumento podría haber sido auto administrable pero se prefirió hacerlo personalmente, en forma individualizada dada la edad de los entrevistados. El instrumento fue administrado por la autora del presente trabajo y tres personas quienes fueron previamente capacitadas para administrar la encuesta. Se realizaron de manera individualizada, asegurándose en cada caso la capacidad de comprensión de los participantes. La duración de cada entrevista osciló entre 20 y 30 minutos y se realizó en el mismo templo, una vez que el servicio había terminado y el

lugar estaba vacío o en el domicilio del entrevistado con cita previa y en condiciones de tranquilidad y privacidad.

Los primeros adultos mayores entrevistados no adventistas pertenecían al círculo de los encuestadores. Siguieron con conocidos de los primeros y así se estableció la red de participantes. Las entrevistas fueron en sus domicilios previa cita telefónica. Al igual que a los adultos mayores adventistas, se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó el consentimiento informado. También se les aclaró el carácter voluntario y anónimo de la misma. La recolección de datos se realizó entre octubre 2009 y agosto 2010.

RESULTADOS

Los datos recolectados en este estudio fueron analizados utilizando SPSS para Windows. Los resultados se presentan de acuerdo a las principales hipótesis planteadas.

Consumo de Cigarrillo

Hipótesis 1. Existirá una diferencia significativa en la media de consumo de cigarrillo entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

En este estudio exploratorio, el consumo de cigarrillo se midió a través de una pregunta:

Acerca del consumo de cigarrillo

- 1. Nunca fumó o dejó de fumar hace más de 15 años*
- 2. Dejo de fumar hace menos de 15 años.*
- 3. Fuma de 1 a 10 cigarrillos por día*
- 4. Fuma de 11 a 20 cigarrillos por día*
- 5. Fuma 21 a 40 cigarrillos por día*
- 6. Fuma 41 o más cigarrillos por día.*

Se llevó a cabo un análisis de la prueba t para muestras independientes (o no relacionadas) para comparar el puntaje del consumo de cigarrillo para ambas poblaciones. Existe una diferencia significativa en los puntajes para Adventistas ($M = 1.03$, $DS = .18$) y población general ($M = 1.43$, $DS = .97$; $t(64) = -3.1$, $p = .003$). La población Adventista de adultos mayores consume menos cigarrillo.

Consumo de Alcohol

Hipótesis 2. Existirá una diferencia significativa en la media de consumo de alcohol entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

En este estudio exploratorio, el consumo de alcohol se midió a través de una pregunta:

¿Consume bebidas alcohólicas?

1. *Nunca*
2. *A veces*
3. *Frecuentemente*
4. *Casi siempre*

Se llevó a cabo un análisis de la prueba t para muestras independientes (o no relacionadas) para comparar el puntaje del consumo de alcohol para ambas poblaciones. Existe una diferencia significativa en los puntajes para Adventistas ($M = 1.05$, $DS = .216$) y población general ($M = 1.70$, $DS = .760$; $t(69) = -6.5$, $p = .000$). La población Adventista de adultos mayores consume menor cantidad de alcohol.

Ejercicio Físico

Hipótesis 3. Existirá una diferencia significativa en la media de ejercicio practicado entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

En este estudio exploratorio, la actividad física se midió a través de una pregunta:

¿Con qué frecuencia practica ejercicio físico de manera moderada o intensa durante por lo menos 30 minutos por vez, tales como caminatas rápidas, ciclismo, gimnasia, natación, gimnasia terapéutica, gimnasia en el agua, etc.?

1. *Nunca.*
2. *1 vez por semana*
3. *2 veces por semana*
4. *3 o 4 veces por semana*
5. *5 o más veces por semana*

Se llevó a cabo un análisis de la prueba t para muestras independientes (o no relacionadas) para comparar el puntaje de ejercicio físico realizado para ambas poblaciones. No existe una diferencia significativa en los puntajes para Adventistas ($M = 2.89$, $DS = 1.59$) y población general ($M = 2.74$, $DS = 1.60$; $t(121) = .52$, $p = .605$). La población adventista de

adultos mayores y la población general no difieren en la actividad física realizada, aunque la media de la población adventista es levemente más elevada que la población general.

Exploración de la Salud en Adultos Mayores

El área de la salud en adultos mayores fue explorada a través de tres indicadores. El primero consistió en una pregunta que auto evaluaba el estado de salud general (ítem 5 del protocolo), el segundo consistió en auto evaluar la presencia o ausencia de algunas enfermedades (ítem 6 del protocolo), y el último fue indicar la presencia o ausencia de algunos síntomas (ítem 8). La selección de las enfermedades y de los síntomas no fue una selección aleatoria, sino que respondió a explorar aquellas enfermedades o síntomas que pudieran estar correlacionados con distintos aspectos del estilo de vida. Por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, la construcción del protocolo usado en este estudio se basó en el utilizado por Fraser (2003) en su extenso estudio de la población Adventista. Los resultados de la indagación de estos ejes se describen a continuación.

Estado de Salud General

La siguiente hipótesis se planteo en relación al estado de salud general en adultos mayores. **Hipótesis 4.** Existirá una diferencia significativa en la media del bienestar de salud reportado entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

En este estudio exploratorio, la percepción de salud se midió a través de una pregunta:

Ud. Diría que su estado de salud general es:

- 1. Excelente*
- 2. Muy Buena*
- 3. Regular*
- 4. Pobre*

Se llevó a cabo un análisis de la prueba *t* para muestras independientes (o no relacionadas) para comparar el puntaje de salud física reportado para ambas poblaciones. No existe una diferencia significativa en los puntajes para adventistas ($M = 2.27$, $DS = .66$) y población general ($M = 2.28$, $DS = .581$; $t(121) = -.040$, $p = .968$). La población adventista de adultos mayores y la población general no difieren en el estado de salud reportado. La media de ambas poblaciones alcanza un valor muy similar.

Exploración de Enfermedades

A continuación se presenta una tabla con el listado de enfermedades exploradas y frecuencia de respuesta. Los participantes respondieron si alguna vez tuvieron alguna de estas enfermedades o condiciones. El número de respondientes fue el ya descrito: población adventista 62 participantes, población general 61 participantes. La tabla consigna la frecuencia de aparición de las enfermedades.

Tabla 1. Frecuencia de respuesta de enfermedades exploradas.

	Adventistas	Población General
Enfermedad Cardíaca	7	11
Cáncer	1	2
Diabetes	4	8
Hipertensión	21	34
Colesterol Elevado	10	22
Artritis	16	22
Enfermedad de Parkinson	0	1
Cálculos Renales	4	4
Divertículos intestinales	5	6
Obesidad	7	12
Apendicitis	12	9

Total Enfermedades	87	131
--------------------	----	-----

La observación de estas frecuencias arroja resultados interesantes: con la excepción de apendicitis, en la cual la población general reporta menos frecuencia, y cálculos renales, en el que ambas poblaciones alcanzan el mismo número de frecuencia, la población adventista reporta menor cantidad de enfermedades que la población general.

Se realizó un análisis para indagar si existe o no una asociación entre la práctica del estilo de vida adventista y la presencia de enfermedades. Para comprobar si existe esta asociación se realizaron análisis de chi-cuadrado (cuando la frecuencia era igual o mayor a 5) y la prueba exacta de Fisher (cuando la frecuencia era menor a 5). Se reportan los resultados estadísticamente significativos.

El análisis de chi-cuadrado independiente (con la corrección de continuidad de Yates) indica una asociación significativa entre estilo de vida adventista e hipertensión, $\chi^2 (1, n=123) = 5.09, p = .024, phi = -.220$. Asimismo, el análisis de chi-cuadrado independiente (con la corrección de continuidad de Yates) indica una asociación significativa entre el estilo de vida adventista y colesterol, $\chi^2 (1, n=123) = 5.36, p = .021, phi = .227$.

Exploración de Síntomas.

Similar a la indagación de enfermedades, se pidió a los participantes que respondieran por sí o por no a la aparición de un listado de síntomas. La tabla 2 reporta las frecuencias de respuestas afirmativas.

Tabla 2. Frecuencia de respuesta de síntomas explorados.

	Adventistas	Población General
<i>Items que expresan síntomas negativos</i>		
Sufro de dolores de cabeza	13	12
Tengo dolores abdominales	5	5

Me molesta la zona lumbar	27	32
Tengo taquicardias	8	10
Tengo sensaciones de ahogo	7	11
Se me agarrotan los músculos del cuello y de la espalda	21	19
Tengo poco apetito	12	10
Me siento cansado y sin energía	16	18
Sufro de insomnio	7	17
Sudo mucho (incluso sin hacer ejercicio)	13	5
Lloro y me desespero con facilidad.	14	10
<i>Items que expresan síntomas positivos</i>		
Hago bien las digestiones	47	44
Voy regularmente de vientre	49	47
Estoy libre de alergias	36	27
Tengo la tensión sanguínea moderada y constante	41	37
Mantengo mi memoria normal	45	47

El análisis estadístico de estos síntomas no arroja resultados estadísticamente significativos. La lectura de la frecuencia de aparición de síntomas no demuestra grandes variaciones, con la excepción del síntoma de las alergias en el que la población general puntúa más alto.

Nivel de Estrés

Hipótesis 5. Existirá una diferencia significativa en la media del nivel de estrés reportado entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

En este estudio exploratorio, la percepción de estrés se midió a través de una pregunta:

¿Cómo describiría el estrés que siente?

- 1. Bajo a moderado*
- 2. Alto, pero capaz de enfrentarlo.*
- 3. Alto, pero no siempre capaz de enfrentarlo.*
- 4. Muy alto, pero intenta enfrentarlo.*
- 5. Muy alto e incapaz de enfrentarlo.*

Se llevó a cabo un análisis de la prueba *t* para muestras independientes (o no relacionadas) para comparar el estrés reportado para ambas poblaciones. No existe una diferencia significativa en los puntajes para adventistas ($M = 1.21$, $DS = .58$) y población general ($M = 1.16$, $DS = .45$; $t(121) = .49$, $p = .626$). La población adventista de AM y la población general no difieren en el estado de estrés reportado. La media de ambas poblaciones alcanza un valor muy similar, obteniendo valores más bajos la población general.

Consumo de Carne

Hipótesis 6. Existirá una diferencia significativa en la media del consumo de carne entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

En este estudio exploratorio, el consumo de carne se midió a través de una pregunta:

Ud. consume una porción de carne (por ejemplo una milanesa de carne o de pollo, un bife, un filete de pescado entre otros):

- 1. Nunca.*
- 2. De una o dos veces al mes.*

3. *De una o dos veces a la semana*
4. *De tres a siete veces a la semana.*
5. *De ocho o más veces a la semana.*

Se llevó a cabo un análisis de la prueba t para muestras independientes (o no relacionadas) para comparar el consumo de carne para ambas poblaciones. Existe una diferencia significativa en los puntajes para adventistas ($M = 2.60$, $DS = .82$) y población general ($M = 3.38$, $DS = .95$; $t(121) = -4.88$, $p = .000$). La población adventista de adultos mayores consume menor cantidad de carne.

Satisfacción con la Vida

Hipótesis 7. Existirá una diferencia significativa en la media de la satisfacción con la vida reportada entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

En este estudio la satisfacción con la vida se midió a través de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Se llevó a cabo un análisis de la prueba t para muestras independientes (o no relacionadas) para comparar la satisfacción con la vida para ambas poblaciones. No existe una diferencia significativa en los puntajes para adventistas ($M = 26.09$, $DS = 5.64$) y población general ($M = 24.95$, $DS = 6.83$; $t(121) = 1.01$, $p = .312$).

Apoyo Social

Hipótesis 8. Existirá una diferencia significativa en la media del apoyo social percibido entre la población adventista de adultos mayores y la población general de adultos mayores.

En este estudio el apoyo social se midió a través de la Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988). Se llevó a cabo un análisis de la prueba t para muestras independientes (o no relacionadas) para comparar la percepción

del apoyo social para ambas poblaciones. No existe una diferencia significativa en los puntajes para adventistas ($M = 74.14$, $SD = 11.8$) y población general ($M = 73.75$; $SD = 12.26$; $t(120) = .181$, $p = .86$).

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio se señala el número de participantes. Idealmente un mayor número de participantes brindaría resultados más estables y la posibilidad de generalizar los hallazgos. En relación a los instrumentos utilizados se puede indicar que los análisis se basaron en respuestas auto-referenciales. Al indagar la percepción de salud se podrían contar con otros documentos tales como reportes médicos o historias clínicas para corroborar la presencia o ausencia de las enfermedades reportadas. La búsqueda bibliográfica no arrojó datos epidemiológicos en áreas de la salud tales como problemas cardíacos u obesidad realizados en Argentina, pero una búsqueda mas específica en centros especializados podría haber brindado una base de comparación con estos resultados.

Algunas áreas exploradas, particularmente el consumo de cigarrillo, de alcohol, actividad física, nivel de estrés y consumo de carne, fueron indagadas usando un solo ítem. Esto se debió al carácter exploratorio del estudio y se justifico dado que no existe ningún dato publicado sobre la población adventista en Argentina en estas áreas. Por otra parte el objetivo general del estudio fue obtener un despistaje del estilo de vida de adultos mayores adventista y no adventista en diversas áreas de relevancia en lugar de preponderar una sola. Existen instrumentos refinados y psicométricamente apropiados para medir estrés, consumo de cigarrillo y alcohol que deberían ser utilizados en estudios posteriores. Un dato que debería haber sido recabado en este estudio es el tiempo de involucración en la religión adventista. Es posible que a mayor cantidad de años en la práctica de la religión adventista mayor adherencia al estilo de vida propuesto.

Finalmente se podría pensar que existe un grado de discapacidad social no controlado en este estudio. Dado que la práctica de la religión adventista recomienda e implica poseer un consumo de alcohol o cigarrillo limitado, futuros estudios deberían incluir una medida de discapacidad social para neutralizar este efecto.

CONCLUSIONES

Este estudio exploratorio buscó investigar algunos aspectos del estilo de vida de la población adventista de adultos mayores en Argentina. El estudio se justificó dada la escasez o nula investigación en nuestro país de este segmento de la población que practica un estilo de vida particular en base a lineamientos religiosos. Estudios longitudinales realizados en Estados Unidos con adventistas indicaron la importancia de estudiar esta población ya que su expectativa de vida es mayor que la de población general y estas personas tienden a contraer un menor número de enfermedades.

Los resultados de la investigación indican que la población adventista de adultos mayores tiende a consumir menos cigarrillo, alcohol y carne que la población general. Asimismo, tiende a contraer menos enfermedades que la población general, particularmente reporta menos colesterol elevado e hipertensión. Algunos resultados, aunque no fueron significativos, permitirían elaborar hipótesis futuras. Por ejemplo, de las 11 enfermedades exploradas solo en una la población general reportó menos frecuencia de aparición y en otra enfermedad indagada ambas poblaciones reportaron la misma cantidad de aparición. En números totales la población adventista reportó la aparición de 87 enfermedades y la población general 131. Los resultados son alentadores para proseguir el estudio de la salud de esta comunidad y obtener una mayor comprensión sobre la relación entre el estilo de vida adventista y el estado de salud. Tal como se indicó en la sección de limitaciones, futuras investigaciones deberían utilizar instrumentos fiables para medir variables como consumo de alcohol, de cigarrillo, estrés entre otras utilizando un mayor número de participantes.

Bibliografía

- Aligne, C. A., & Stoddard, J. J. (1997). Tobacco and children: An economic evaluation of the medical effects of parental smoking. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151(7), 648-653.
- Asociación Argentina de los Adventistas del Séptimo Día (2010). *Folleto "En marcha con el país, una perspectiva cristiana en la Argentina de hoy"*. Publicación impresa para la Asociación Argentina de los Adventistas del Séptimo Día. Asociación Casa Editora Sudamericana, Buenos Aires.
- Berkel, J., & y de Waard, F. (1983). Mortality pattern and life expectancy of Seventh-Day Adventists in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 12(4), 455-459.
- Benamins, M. R., & Campbell Buck (2008). Religion: A sociocultural predictor of health behaviors in Mexico. *Journal of Aging Health*, 20(3), 290-305.
- Bolzán A., & Peleteiro, R. (2003) Tabaquismo durante la adolescencia temprana en escolares argentinos. *Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria* 79(5).
- Butler TL, Fraser GE, Beeson WL, Knutsen SF, Herring RP, Chan J, Sabate J, Montgomery S, Haddad, E, Preston-Martin S, Bennett H, Jaceldo-Siegl K. (2007). Cohort profile: The Adventist Health Study-2 (AHS-2). *International Journal of Epidemiology*; 1-6.
- Cabañero Martínez, M. J., Richart Martínez, M., Cabrero García, J., Orts Cortés, M. I., Reig Ferrer, A., y Tosal Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Christofolletti, G., Oliani, M. M., Corazza, D. I., Stella, F., Gobbi, S., Bucken-Gobbi, L.,

- Borges, G. (2009). Influencia de la actividad física en la enfermedad de Alzheimer: un caso clínico. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 12(2), 96-100.
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 756-761.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Doll, R (1999). Risk from tobacco and potentials for health gain. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 3, 90-9
- Douglass, H.E. (2000). *Repasando un Siglo de principios de la reforma pro salud*. Mensajera del Señor, Editorial ACES.
- Edwards, L. (2004). Measuring perceived social support in Mexican American youth: Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(2), 187-194.
- Estadísticas compiladas por los Centros de Control y Prevención de la Enfermedad (1996) citadas en *USA Today*, 29 de octubre 1996.
- Flores, F. C. (2001). Cadenas migratorias, redes sociales y espacios religiosos: El caso de la villa adventista de libertador General San Martín (Entre Ríos, Argentina). *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 94(23).
- Fraser, G., Sabate, J., Beeson, W., Strahan, T. (1992). A posible protective effect of nut consumption on risk of coronary heart disease. The Adventist Health Study. *Arch. International Medicine*, 152, 1416-1424.
- Fraser, G. (2003). Diet, Life Expectancy & Chronic Disease. Studies of Seventh Day Adventists and other Vegetarians. New York: Oxford University Press.

- Fraser GE, & Shavlik D. (1997). Risk factors, lifetime risk, and age at onset of breast cancer. *Ann Epidemiology*; 7: 375-82.
- Fonnebo, V. (1992). Coronary risk factors in Norwegian Seventh-Day adventists: A study of 247 Seventh-day Adventists and matched controls. The cardiovascular disease studies in Norway. *American Journal of Epidemiology*, 135(5), 504-508.
- Jedrychowski, W, Olma, A., Tobiassz-Adamczyk, B., & Gradzikiewicz, P. (1985). Survival Rates Among Seventh-day Adventists Compared with the General Population in Poland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 13, 49-52.
- Knight, G. (2004), *Cómo leer a Elena de White*. Miami: Asociación Publicadora Interamericana.
- Krzemien, D., Monchietti, A. (2008). Conferencia Espiritualidad y religiosidad en el envejecimiento: ¿Las estrategias de afrontamiento espiritual-religiosas son positivas o negativas en la vejez? *IX Congreso Virtual de Psiquiatría, InterSalud y Psiquiatría.com Mallorca* (I. Baleares) 1-28/02/08.
- Kuzma JW & Lindsted KD (1990) Determinants of eight-year diet recall ability. *Epidemiology*, 5:386-91.
- Layne, J. E., & Nelson, M. E. (1999) "The effects of progressive resistance training on bone density. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 31(1), 25-30.
- Laurenti, R. ; Mello Jorge, M. H. P. ; Lebrao, M. L. ; Gotlieb, S. L. D. ; Almeida, M. F. (2005). Estatísticas Vitais: contando os nascimentos e as mortes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 8(2), 127-141.
- Levin, J.S, & Vanderpool, H. Y. (1989). Is religion therapeutically significant for hipertension? *Social Science and Medicine*, 29(1), 69-78.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española Geriatria y Gerontología*.37(2),74-105.

- Rasanen J., Kauhanen J., Lakka TA, Kaplan GA, & Salonen JT.(1996) Religious affiliation and all-cause morality: a prospective population study in middle-aged men in eastern Finland. *Internacional Journal of Epidemiology* 25(6) 1244-1249.
- Reuter, I. & Engelhardt, M. (2002). Exercise training and Parkinson's Disease: Placebo or essential Treatment? *Physician and Sports Medicine*, 30(3),43-50.
- Sabate, J., Fraser, G. (1993). The probable role of nuts in preventing coronary heart disease. *Primary Cardiology*, 19, 65-72.
- San Martín Petersen, C. (2007). Espiritualidad en la Tercera Edad. *Psicodebate* 8. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 111-127.
- Soriano García J, Galán Álvarez, Y, Luaces Álvarez, P, Garcia. A. M., Arrébola Suárez, J.A., & Carrillo Franco, G. (1998) Incidencia en Cuba del cáncer en la tercera edad. *Revista Cubana de Oncología*, 14 (2),121-28
- Special Report: Inter-Society Commission For Heart Disease Resources (1984)
Circulation 70, 176A-177A.
- Strawbridge W. J., Deleger S., Roberts R. E., Kaplan G A.(2002) Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. *American Journal of Epidemiology* 156(4) ,328-334.
- Valdés, N, & Sánchez, S. (1999). *El tabaco y los adolescentes. Tendencias actuales*. División de Salud y Desarrollo. Washington D.C: OPS, 10-15.
- White, E.G. (1964). *El Ministerio de curación*. Editorial ACES
- Williams D.R, Larson, D. B, Buckler R. E, Heckman. R. C., & Pyle, C.M.(1991). Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science and Medicine*, 32(11), 1257-1262.
- Yan, J.(1998) Tai Chi Practice Improves Senior Citizens 'Balance and Arm Movement Control. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6(3), 271-84.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Zollinger TW, Philips RL, Kuzma JW. (1984). Breast cancer survival rates among seventh-day adventists and non seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology*, 119(4), 503-509.

Zylbersztejn H, Cardone A, Vainstein N, Mulassi A, Calderón J, Blanco P, Pautas E, Picarel A, Cagnolino R, Fernández S, Andina A, Saravia Toledo S, Torchio I, Belziti CA. (2007) Tabaquismo en médicos de la República Argentina. Estudio Tamara. *Revista Argentina de Cardiología*. 75(2).

APENDICE A

Estamos interesados en conocer mejor el estilo de vida de los adultos. La información derivada de sus respuestas será utilizada exclusivamente para investigación. Se le asignará un código numérico a cada cuestionario para asegurar el anonimato y la confidencialidad. Este estudio no implica ningún riesgo para usted ya que preguntamos aspectos generales de sus hábitos de salud.

Expreso mi consentimiento para participar voluntaria y libremente en este proyecto.

Firma

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

2. Edad: _____

3. En caso de practicar alguna religión indique cual es: _____

4. ¿Con quién vive en su casa? _____

5. Máximo nivel educativo alcanzado

- | | |
|---|---|
| ☐ Primario incompleto | ☐ Primario completo |
| ☐ Secundario incompleto | ☐ Secundario completo |
| ☐ Terciario incompleto | ☐ Terciario completo |
| ☐ Universidad incompleto | ☐ Universidad completo |

6. Estado Civil: _____

7. ¿Trabaja actualmente?

Sí ☐ No ☐

Si responde "sí" indique cual es su trabajo _____

8. ¿Trabajó en el pasado?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de trabajo que realizó _____

9. ¿Es beneficiario de una jubilación o pensión?

Si ☐ No ☐

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Marque con un círculo una respuesta a cada una de las siguientes preguntas. Debajo de cada una aparecen distintas alternativas. Esto no es una prueba y usted no recibirá un puntaje. No hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Conteste por favor a todas las preguntas.

1. Acerca del consumo de cigarrillo

1. Nunca fumó o dejó de fumar hace mas de 15 anos
 2. Dejó de fumar hace menos de 15 anos.
 3. Fuma de 1 a 10 cigarrillos por dia
 4. Fuma de 11 a 20 cigarrillos por dia
 5. Fuma 21 a 40 cigarrillos por dia
 6. Fuma 41o mas cigarrillos por dia.
-

2. Consume bebidas alcoholicas?

1. Nunca
 2. A veces
 3. Frecuentemente
 4. Casi siempre
-

3. Si Ud. consume bebidas alcholicas, cuan frecuentemente consume un vaso de vino, un vaso de cerveza o un vaso de otras bebidas alcoholicas?

1. De 1 a 4 vasos al mes.
 2. De 1 a 7 vasos por semana
 3. De 8 a 14 vasos por semana
 4. De 15 a 21 vasos por semana
 5. De 22 a 28 vasos por semana
-

4. ¿Con que frecuencia practica ejercicio fisico de manera moderada o intensa durante por lo menos 30 minutos por vez, tales como caminatas rapidas, ciclismo, gimnasia, natacion, gimnasia terapeutica, gimnasia en el agua, etc.?

1. Nunca.
 2. 1 vez por semana
 3. 2 veces por semana
 4. 3 o 4 veces por semana
 5. 5 o mas veces por semana
-

5. Ud. Diria que su estado de salud general es:

1. Excelente
 2. Muy Buena
 3. Regular
 4. Pobre
-

6. ¿Tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? (puede marcar mas de una opcion):

1. Enfermedad cardiaca
2. Cancer
3. Diabetes
4. Hipertension

5. *Colesterol elevado*
6. *Artritis*
7. *Enfermedad de Parkinson*
8. *Calculos renales*
9. *Diverticulos intestinales*
10. *Obesidad*
11. *Apendicitis*

7. Si tuvo o tiene algun otro diagnostico clinico que no ha sido mencionado en el item anterior, por favor indicar el nombre:

8. Por favor indique si siente en la actualidad algunos de estos sintomas (puede marcar mas de uno)

1. <i>Sufro de dolores de cabeza</i>	Sí ☐	No ☐
2. <i>Tengo dolores abdominales</i>	Sí ☐	No ☐
3. <i>Hago bien las digestiones</i>	Sí ☐	No ☐
4. <i>Voy regularmente de vientre</i>	Sí ☐	No ☐
5. <i>Me molesta la zona lumbar</i>	Sí ☐	No ☐
6. <i>Tengo taquicardias</i>	Sí ☐	No ☐
7. <i>Estoy libre de alergias</i>	Sí ☐	No ☐
8. <i>Tengo sensaciones de ahogo</i>	Sí ☐	No ☐
9. <i>Se me agarrotan los musculos del cuello y de la espalda</i>	Sí ☐	No ☐
10. <i>Tengo la tension sanguinea moderada y constante</i>	Sí ☐	No ☐
11. <i>Mantengo mi memoria normal</i>	Sí ☐	No ☐
12. <i>Tengo poco apetito</i>	Sí ☐	No ☐
13. <i>Me siento cansado y sin energia</i>	Sí ☐	No ☐
14. <i>Sufro de insomnio</i>	Sí ☐	No ☐
15. <i>Sudo mucho (incluso sin hacer ejercicio)</i>	Sí ☐	No ☐
16. <i>Lloro y me desespero con facilidad.</i>	Sí ☐	No ☐

9. ¿Como describiria el estres que siente?

1. *Bajo a moderado*
2. *Alto, pero capaz de enfrentarlo.*
3. *Alto, pero no siempre capaz de enfrentarlo.*
4. *Muy alto, pero intenta enfrentarlo.*
5. *Muy alto e incapaz de enfrentarlo.*

10. Ud. consume una porcion de carne (por ejemplo una milanesa de carne o de pollo, un bife, un filete de pescado entre otros):

1. *Nunca.*
2. *De una o dos veces al mes.*
3. *De una o dos veces a la semana*
4. *De tres a siete veces a la semana.*
5. *De ocho o mas veces a la semana.*

11. Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

- 7 – Completamente de acuerdo**
6 – De acuerdo
5 – Más bien de acuerdo
4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo
3 – Más bien en desacuerdo
2 – En desacuerdo
1 – Completamente en desacuerdo

- ____ 1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.
 ____ 2. Las condiciones de mi vida son excelentes.
 ____ 3. Estoy satisfecho con mi vida.
 ____ 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.
 ____ 5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.

11. Estamos interesados en saber como se siente sobre las siguientes declaraciones. Lea cada declaración cuidadosamente. Indique como se siente en relacion a cada declaración.

Haga un circulo en el 7 si Ud. Esta **Completamente de Acuerdo**
 Haga un circulo en el 6 si Ud. Esta **De Acuerdo**
 Haga un circulo en el 5 si Ud. Esta **Mas bien de acuerdo**
 Haga un circulo en el 4 si Ud. Es **Neutral**
 Haga un circulo en el 3 si Ud. Esta **Mas Bien En desacuerdo**
 Haga un circulo en el 2 si Ud. Esta **En desacuerdo**
 Haga un circulo en el 1 si Ud. Esta **Completamente en desacuerdo**

- | | |
|---|---------------|
| 1. Hay una persona especial que esta a mi alrededor cuando lo necesito. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y mis penas. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Mi familia realmente trata de ayudarme. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Tengo una persona especial que es una fuente real de aliento para mi. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Puedo hablar sobre mis problemas con mi familia. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y penas. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Hay una persona especial en mi vida a la que le importan mis sentimientos. | 1 2 3 4 5 6 7 |

11. Mi familia esta dispuesta a ayudarme a tomar decisions. 1 2 3 4 5 6 7

12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. 1 2 3 4 5 6 7