

Comportamiento y salud en la vejez

Abilio Reig Ferrer*, Julio Cabrero García** y Miguel Richart Martínez**

Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante. *^o Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante.

RESUMEN.-Determinados comportamientos pueden ser factores protectores y promotores de salud, o actuar como variables de riesgo de mortalidad prematura, de morbilidad y de discapacidad funcional. Frente a las enfermedades ligadas a la cronología, e) comportamiento pasaría a constituir una variable crucial de las enfermedades de biografía. En este artículo se presenta una sucinta revisión de trabajos epidemiológicos que han analizado la relación comportamiento y salud en gerontología. Se presenta también una breve síntesis en relación al estado actual de algunos comportamientos de elección personal implicados en la salud del anciano o de interés para un envejecimiento satisfactorio: fumar, alcohol, ejercicio físico, comportamiento alimentario, hábitos de sueño, y sexo seguro. Finalmente, se sugieren algunas implicaciones prácticas de la revisión, destacando la necesidad de incorporar a las personas de edad en los programas de promoción de comportamientos de salud y de prevención de enfermedad, y de valorar la evidencia científica disponible a la hora de aconsejar cambios en determinados comportamientos de riesgo, sobre todo en aquellos ancianos sin problemas de salud para los que ciertos comportamientos se asocian a un hedonismo ponderado y a disfrute de la vida.

PALABRAS CLAVE: Comportamiento de la salud. Condición de salud. Envejecimiento satisfactorio. Anciano.

Behavior and health in advanced age

SUMMARY.-Certain behaviors may act as protective factors promoting health or as risk factors for premature death, morbidity, and functional disability. In contrast with chronology-linked diseases, behavior is a critical variable in biography-linked diseases. Epidemiological studies analyzing the relation between behavior and health in gerontology are reviewed. The current status of certain personal choices that affect the health of elderly persons or are of interest in ensuring success in aging is summarized: smoking, alcohol use, physical exercise, eating behavior, sleeping habits, and safe sex. Finally, practical recommendations are drawn from the review, emphasizing the need to include elderly persons in programs for promoting healthy behavior and disease prevention. Available scientific evidence should be evaluated when recommending certain risky behaviors, particularly in elderly subjects without health problems for whom cer

tain behaviors are associated with a prudent hedonism and enjoyment of life.

KEY WORDS: Health behavior. Health status. Successful aging. Elderly.

Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31: 37-44

EL COMPORTAMIENTO COMO CUESTION CENTRAL PARA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO

El comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en interacción con el ambiente y el medio socialmente construido (1). Lo que la persona hace o deja de hacer, percibe, piensa o siente se relaciona con la salud, la longevidad y la calidad de vida (2). El modelo de envejecimiento satisfactorio propuesto por Baltes y Baltes descansa precisamente en esta perspectiva comportamental: a través de los mecanismos de selección, optimización y compensación se consigue una vida más restringida pero efectiva (3).

En gerontología comportamental, el estudio del comportamiento de interés para la salud del anciano es triple: el comportamiento individual del anciano; el comportamiento del profesional de la salud, y el comportamiento, en su caso, del allegado o cuidador del anciano. Para el propósito específico de este trabajo nos centraremos prioritariamente en el primero.

Existe un notable consenso y evidencia empírica de que el comportamiento se relaciona con la salud del anciano a través de múltiples vías (1). Directamente, el comportamiento es el medio de contacto directo con los agentes patógenos y nocivos; indirectamente, el tabaquismo, el consumo de alcohol, el tipo de alimentación, las pautas de sueño o el grado de actividad física producen cambios graduales en el organismo que pueden repercutir en la salud. Es a través también del comportamiento como detectamos y atendemos la aparición de condiciones patógenas en nosotros mismos y en los demás, de manera que uno de los principales motivos por los que el pacien

te reconoce una enfermedad consiste en el grado de interferencia que dicho proceso presenta en sus hábitos cotidianos de vida. **Con el comportamiento** se potencia cualquier atención e intervención sanitarias: la comunicación, la cooperación, la rehabilitación, el cumplimiento de prescripciones. El comportamiento resulta afectado, a su vez, por los problemas de salud y su atención sanitaria; la hospitalización o el ingreso en una institución impone cambios significativos en los hábitos diarios, en el estilo de vida, con una gravedad que dependerá de su duración, del estado de salud, de la edad, de la actitud, etc. Otro comportamiento de enorme interés, como se ha mencionado anteriormente, es el relativo al que realizan otras personas significativas, y en concreto, el de los profesionales de la salud y, en su caso, el de los familiares, allegados o cuidadores; de lo que estas personas hagan o dejen de hacer, de la calidad de su atención, dependerá en gran medida la salud, el bienestar y la satisfacción del anciano. El comportamiento es, en definitiva, la cuestión central en el proceso de atención sanitaria; en la práctica, sólo una condición biológica tiene interés para el paciente si afecta (o se cree que afecta como tal) la cantidad o la calidad de vida, variables de desenlace o de resultado claramente de tipo comportamental (4).

Diversos informes, investigaciones y modelos, aparecidos desde la década de los años setenta, acentúan la importancia del comportamiento como uno de los determinantes más notorios de la salud y cantidad de vida de las personas. El conocido informe de Lalonde defendía la tesis de que la mayor parte de las causas de mortalidad prematura y de incapacidades eran prevenibles (5). En el no menos famoso informe *Healthy People Report*, Califano subrayaba la disciplina personal y la voluntad política como pilares de una nueva sanidad (6). El grupo de Belloc y Breslow (7-8) investigó en el Estudio del condado de Alameda (California) la relación entre una serie de conductas personales de salud (dormir de 7 a 8 horas diariamente; desayunar; no picar entre comidas; mantener un peso equilibrado; no fumar cigarrillos; no beber alcohol o, en su caso, moderadamente; y mantener una actividad física regular) y el estado de salud y bienestar posterior así como su repercusión en la tasa de mortalidad. Sus resultados mostraron convincentemente la estrecha y significativa relación entre la práctica desigual de estos hábitos de salud y las diferencias notables tanto en el estado de salud como en la mortalidad posterior. Por último, se han propuesto algunos modelos para identificar los determinantes de la salud y explicar su contribución singular a la mortalidad. Así, por ejemplo, se ha venido manteniendo que la salud, la longevidad y la calidad de vida de las personas dependen fundamentalmente de sus características biológicas, de su estilo de vida, del contexto ambiental en el que se vive, y de otros determinantes como el sistema sanitario (9). El grado de explicación de estos determinantes es, no obstante, desigual. El estilo de vida sería el responsable del 51%, en promedio, de las diez principales causas de mortalidad; el ambiente explicaría el 20% de la varianza de las principales causas de morta-

lidad; la biología sería responsable de otro 20%, y los servicios de atención sanitaria del 9% restante (10). Otros muchos estudios han puesto de manifiesto también la relevancia de los estilos de vida como condicionantes de la salud de las personas, de la situación sanitaria de las poblaciones y de los costes sanitarios y recursos destinados a ella (11-14). El estilo de vida pasa por ser, por lo tanto, el factor modificable más importante en la actualidad ligado a la salud y a la enfermedad (815). Aunque el estilo de vida es un concepto sociocultural que incorpora e integra comportamientos, actitudes, hábitos, circunstancias de la vida e incluso filosofía de la vida, en el área de la salud, sin embargo, se suele emplear este término para referirse al patrón idiosincrásico de comportamientos, de actitudes y valores del individuo en interacción con el medio y mundo en el que vive y que tienen que ver con la salud.

LA RELACION ENTRE EL COMPORTAMIENTO Y LA SALUD EN LA VEJEZ

Gran parte de la evidencia científica disponible a partir de la investigación epidemiológica y acerca de la relación comportamiento-salud en población general es relevante, también, para las personas de edad. Lamentablemente, sin embargo, sólo unos pocos trabajos han investigado esta cuestión específicamente en población anciana.

La idea central que guía a la investigación epidemiológica consiste en encontrar una serie de factores protectores o de riesgo para la salud en el estilo de vida de las personas, y en otros supuestos determinantes de la salud, sobre los cuales intervenir al objeto de prevenir la aparición y exacerbación de los procesos patológicos o reducir, en general, la morbilidad y la mortalidad. En gerontología, además de estos objetivos, se intenta reducir en el anciano el grado de discapacidad y de dependencia, prevenir la ruptura familiar y asegurar su vida en el hogar, mejorando su expectativa de vida activa y manteniendo una buena calidad de vida (16-18).

La mejora global de las condiciones de vida durante las últimas décadas, entre otras variables, ha repercutido en la aparición del fenómeno de envejecimiento poblacional con el resultado de que, cada vez más, más gente vive más años, y la aparición de un debate científico entre una concepción optimista frente a otra pesimista de cara a este fenómeno que está lejos de resolverse. Para unos gerontólogos, los defensores de la *comprensión de la morbilidad*, vivir más tiempo traerá consigo la puesta en práctica de actividades preventivas y rehabilitadoras, de promoción de la salud y de cambios en el estilo de vida que compriman y retrasen la morbilidad a los últimos años de la vida (19). Para los más, sin embargo, esta ganancia de años a la vida repercutirá no solo en vivirlos peor sino también en peor salud, capacidad funcional y con unas demandas y necesidades imparables de servicios sociosanitarios, la teoría de vivir *más, pero a costa de pasarlo* peor (20).

Una serie de estudios han aportado resultados valiosos y sugerentes en la línea de que también en los ancianos determinados hábitos comportamentales se relacionan significativamente con la percepción de su estado de salud (21), con una prevalencia más alta de morbilidad o enfermedades (22), con hospitalización más frecuente (23) y con mortalidad (24). Por ejemplo, un índice de cinco prácticas relacionadas con la salud (fumar, consumo de alcohol, ejercicio, horas de sueño y obesidad) se asoció significativamente con prevalencia de enfermedad (22); ser varón, fumar, tener poca actividad física, el sobrepeso y no desayunar regularmente incrementaba significativamente la tasa de mortalidad en personas entre 60 y 94 años (23); y fumar, unas redes de apoyo social limitadas, y carencia de ejercicio físico regular incrementan significativamente la hospitalización en ancianos (24). En general, la autopercepción del estado de salud en el anciano está muy influenciada por la presencia de trastornos crónicos, el número de sintomatología referida, una actividad física restringida (capacidad funcional limitada), presencia de insatisfacción con la vida, un estilo de vida sedentario y sensación de soledad (25, 26).

ALGUNOS ESTUDIOS DE ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO Y COMPORTAMIENTO

Una de las conclusiones más sólidas de la investigación gerontológica es que los ancianos no son un grupo homogéneo. Mientras unos presentan algunas enfermedades crónicas, tienen limitaciones funcionales más o menos importantes para la realización de las actividades de la vida diaria, o pasan un tiempo considerable hospitalizados o en instituciones de cuidados especiales, otras personas de edad, sin embargo, no presentan estas limitaciones y viven con un grado notable de independencia, autonomía y con satisfacción vital. A esta última situación se le suele denominar *envejecer con éxito*. ¿Cuáles son, pues, las causas o los determinantes del envejecimiento con éxito o satisfactorio? Para dilucidar parte de esta cuestión se han diseñado y realizado algunos estudios epidemiológicos, preferentemente de epidemiología descriptiva y analítica.

Guralnik y Kaplan (27), por ejemplo, han investigado aquellos factores que se asocian no sólo a una mayor longevidad sino también aquellos otros que promocionan una supervivencia con un estado de salud adecuado para vivir con independencia y con capacidad funcional. Trabajando sobre la población norteamericana de 65 a 89 años del estudio del condado de Alameda, y por medio de una escala de funcionamiento físico como medida de resultado, encontraron una serie de variables predictoras de un buen funcionamiento físico al cabo de 19 años, una vez ajustadas en la línea base la edad y el estado funcional. Las variables predictoras encontradas fueron: no ser fumador; un nivel alto de ingresos económicos; la raza (aquellos que no eran negros); ausencia de hipertensión; ausencia de problemática articular (artrosis, artritis); au-

TABLA 1. Interpretación aproximada de los valores de riesgo relativo (RR) en epidemiología psicosocial

Valor RR	Interpretación
0-0,3	Beneficio fuerte
0,4-0,5	Beneficio moderado
0,6-0,8	Beneficio débil
0,9-1,1	Ningún efecto
1,2-1,6	Riesgo débil
1,7-2,5	Riesgo moderado
2,6 o más	Riesgo fuerte

sencia de dolor de espalda; mantener un peso adecuado, y el consumo de cantidades moderadas de bebidas alcohólicas. El género no predijo un buen funcionamiento debido, según estos autores, a efectos de contrabalanceo: así, mientras que las mujeres de edad tenían una supervivencia mayor, los varones aparecían con una mayor probabilidad de alto funcionamiento.

Otro interesante estudio acerca de los determinantes del envejecimiento con éxito lo tenemos en el trabajo de Roos y Havens (28). Estos investigadores entrevistaron durante el año 1971 a una muestra representativa de personas canadienses de entre 65 y 84 años integrantes del *Manitoba Longitudinal Study on Aging*. Durante los años 1983 y 1984 entrevistaron a los supervivientes de esta cohorte para detectar los predictores de envejecimiento satisfactorio. Se estableció que la categoría «envejecer con éxito» se concretaba en: vivir en 1983; no residir en una institución de cuidados especiales; no haber recibido más de 59 días de cuidados especiales en el hogar durante 1983; estimar su estado de salud como excelente, bueno, o regular; no ser dependiente en cualquier actividad de la vida diaria (vestirse, comer, subir escalones, etc.); no necesitar una silla de ruedas; no necesitar ayuda para salir fuera de casa; ser capaz de pasear, y contestar correctamente siete o más preguntas de una prueba cognoscitiva de estado mental. Con este criterio, se encontró que el 20% de aquellos individuos entrevistados en 1971 había envejecido con éxito en 1983; otro 22,6% estaba vivo pero eran funcionalmente dependientes y el 57,5% restante había fallecido. Aquellas personas de edad que habían envejecido con éxito eran las que declaraban un grado más alto de satisfacción vital y aquellos que habían requerido menos cuidados del sistema de salud. A pesar del gran número de predictores potenciales que se analizaron, únicamente unos cuantos mostraban niveles de significación estadística importantes: la edad, cuatro medidas del estado de salud, dos medidas de estado mental, no haber fallecido la pareja, y no haber pasado a vivir a una residencia. Las variables socioeconómicas (grado académico, tipo de trabajo anterior, e ingresos económicos) no fueron predictores significativos así como tampoco el contacto regular con profesionales sanitarios. A pesar de las limitaciones metodológicas del estudio (caren-

cia de mediciones biológicas de función tales como la presión sanguínea, o la ausencia de medición de comportamientos de riesgo ligados a la salud, como el fumar cigarrillos, o la inactividad física), los autores concluyeron que un porcentaje considerable de ancianos envejece con éxito. Los ancianos que presentan, en esta línea, un riesgo particular de no envejecer satisfactoriamente son aquellos que han perdido a su pareja, aquellos que califican su estado de salud como malo, aquellos que presentan problemas en su estado mental, los que tienen diagnósticos de cáncer, y los que han sido obligados a jubilarse, o se han retirado ellos mismos, a causa de su estado de salud.

Más recientemente, en un estudio realizado en Francia, se ha intentado identificar una serie de marcadores de riesgo de mortalidad en una cohorte de 645 personas de 60 y más años (29). Al cabo de un seguimiento de cuatro años se produjeron un total de 11.1 muertes. el análisis de los riesgos relativos (RR) mostró la utilidad de una serie de variables ligadas a mortalidad: el grado de discapacidad funcional (RR = 7.75); la percepción del estado de salud en comparación con el de los demás (RR= 3.97); el estado de salud autopercebido (RR = 2.47); el grado de confort doméstico (RR = 0.52); el grado de actividad física (RR = 0.32); el grado de sociabilidad (frecuencia de visitas, y participación en actividades de asociación o clubes; RR = 0,43), y dos preguntas de bienestar subjetivo, el sentimiento de inutilidad (RR = 3.52), y la carencia de proyectos para el futuro (RR = 2.35). En la tabla 1 presentamos una interpretación aproximativa de los valores de riesgo relativo.

Finalmente, en un trabajo llevado a cabo en nuestro país, se ha estudiado la asociación entre determinadas prácticas de salud y la mortalidad analizando los resultados de una muestra de personas de 65 o más años que habían participado en la Encuesta de Salud de la ciudad de Barcelona (30). Tras un seguimiento medio de unos 32 meses, 125 de ellas habían fallecido. Con el método de las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier, se observó una supervivencia relativamente menor en los varones, en los mayores de 75 años, y en los que declaraban mala salud percibida. Pero lo más significativo fue que el hábito tabáquico presentó el valor predictivo más alto de mortalidad, con un riesgo relativo, ajustado por edad, género y otras variables sociodemográficas, de 2.20 (IC = 1.154.49) para los fumadores actuales, y de 1.5 (IC = 0.7-2) para los ex-fumadores. Aquellos ancianos con un índice de masa corporal bajo presentaron una menor supervivencia que aquellos con un peso normal. El sobrepeso no resultó ser un factor de riesgo en este grupo. También tenían una supervivencia más desfavorable aquellos ancianos que habían declarado dormir más de 9 horas al día, y los sedentarios. El consumo de alcohol apareció como factor protector. Aunque el seguimiento de estas personas en el tiempo permitirá superar la falta de potencia en el análisis de algunos factores de riesgo, los resultados preliminares indican que, también en los ancianos, el fumar cigarrillos, el sedentarismo, y el dormir más de 9 ho-

TABLA 2. Consumo de tabaco, alcohol y grado de actividad física en la población española de personas con 65 o más años (N= 4177) entrevistada en la Encuesta Nacional de

	<i>Varón</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>
<i>Porcentajes de consumo de tabaco</i>			
No fumador	22,7	95	64,3
Ex-fumador	42,9	2,7	19,8
Fumador	33,5	1,9	15,3
1-9	8,5	0,6	4,0
10-19	9,3	0,6	4,3
20 ó +	13	0,3	5,7
<i>Porcentajes de consumo de alcohol</i>			
No bebedor	37,6	66,2	54
Excepcional	6,2	10,5	8,7
Moderado	44,7	18,9	29,9
Alto	6,9	0,6	3,3
Excesivo	3,1	0,3	1,5
<i>Porcentajes de actividad física</i>			
Inactivo	49,2	48,1	48,6
Moderada	30,5	40,8	36,4
Regular	18,6	10,4	13,9
Intensa	1,2	0,4	0,7
NS/NC	0,5	0,3	0,4

ras al día, son factores de riesgo para la salud y se asocian a una tasa mayor de mortalidad, sugiriendo además estos datos, que también en este grupo de edad deben llevarse a cabo intervenciones de tipo preventivo. Posteriormente este mismo grupo ha encontrado que la capacidad funcional es un predictor de riesgo de mortalidad importante en la vejez, de modo que el riesgo relativo asociado a la dependencia del anciano en actividades básicas para la vida diaria fue de 3.17 (95% CI = 1.985.08), y de 2.14 (95% CI = 1.32-3.46) la dependencia en las actividades instrumentales (31).

HÁBITOS COMPORTAMENTALES RELACIONADOS CON LA SALUD EN LA VEJEZ

Con la edad aparece un progresivo interés por la salud y por la realización de comportamientos relacionados con la misma (21, 32, 33). Llevar una vida morigerada suele ser una ocupación y preocupación frecuentes en las personas de edad. No solo se constata un nivel global de estrés percibido significativamente más bajo en el anciano en relación con otros grupos de edad (32), sino que permanecer activo y ocuparse en algo (actividades caritativas o de ayuda a los demás, cuidar huerto, etc.), hacer algún tipo de ejercicio físico (pasear), controlar chequeos y visitar a médicos, involucrarse menos en contextos o prácticas de riesgo, y ocuparse en descansar, relajarse y atender su bienestar espiritual suelen ser actividades f re-

cuentas en gran parte de los ancianos. Frente a los adultos más jóvenes, las personas mayores de 65 años presentan un estilo de vida y unos comportamientos más saludables, a excepción del ejercicio físico regular (21, 33).

A continuación deseamos analizar de modo sucinto algunos comportamientos instrumentales de riesgo para la salud y otros de tipo preventivo en los que la evidencia epidemiológica es más notoria. Deseamos notar dos elementos de interés: a) que el comportamiento de riesgo del anciano puede constituir en ocasiones la consecuencia directa de carecer de comportamientos preventivos; b) que el hábito comportamental que conduce a una mala salud no es sólo un asunto de elección y responsabilidad personal sino que también es el resultado del estilo de vida de la sociedad. En la tabla II presentamos los datos relativos a tres hábitos de comportamiento en personas de edad recogidos a partir de la Encuesta Nacional de Salud (34).

Fumar cigarrillos

Fumar es uno de los marcadores de riesgo más importante de enfermedades neoplásicas, cardiovasculares y respiratorias, con una experiencia científica acumulada tan fuerte que resulta recomendable aconsejar a cualquier fumador que abandone este hábito (35). El consumo de cigarrillos constituye, hoy por hoy, la causa aislada y evitable más importante de morbilidad y de mortalidad prematura (12, 14, 17, 18). Sin embargo, y a pesar de la fuerte evidencia en población adulta, no disponemos de evidencia derivada de epidemiología experimental con ensayos clínicos o comunitarios aleatorios que señale que aconsejar al anciano que deje de fumar prevenga enfermedades futuras o asegure supervivencia.

Los ancianos (y mucho más significativamente las mujeres) constituyen el grupo de edad con la menor prevalencia de consumo de tabaco. Según la Encuesta Nacional de Salud (34), el 64,3% de la población española de 65 o más años declara no fumar; un 20% declara ser exfumador, y el 15,3% se considera fumador en la actualidad. Este hábito, al igual que ocurre en otros grupos de edad, es mucho más frecuente en varones que en mujeres. Este hábito, además, aparece modulado no sólo por el género, sino también por la edad, el nivel de renta y el nivel educativo (33, 36, 37).

Pero fumar cigarrillos puede ser también uno de los escasos comportamientos placenteros y agradables que disfrutan los ancianos fumadores. Un 25% de los fumadores de 60 y más años, así como cerca del 50% de los mayores de 75 años, consideran que fumar no es peligroso para su salud (18). De la investigación disponible no se deriva evidencia concluyente de que dejar de fumar sea beneficioso en la vejez desde el punto de vista sanitario. Debe quedar claro que si un anciano pide ayuda para dejar de fumar, el profesional sanitario tiene la obligación de tratar (por ejemplo, mediante asesoramiento psicológico y

ayuda con parches transdermales o chicles de nicotina, con la precaución de la utilización de estos sustitutos de nicotina en **gente con enfermedades coronarias o vasculares periféricas**). El dilema ético se **plantea cuando la prescripción de dejar de fumar se basa en que el cambio en este marcador de riesgo llevará consigo una reducción significativa** en morbilidad y mortalidad. De hecho, los resultados del Estudio de Framingham sugieren que los efectos beneficiosos observados en los varones más jóvenes desaparecen tanto en los varones de más edad como en gran parte de las mujeres (38).

En personas de más de 64 años, libres de enfermedad cardiovascular, no se ha encontrado que los fumadores tengan un riesgo relativo muy superior a los no fumadores y ex-fumadores. En el estudio longitudinal norteamericano del condado de Alameda, por ejemplo, aparecieron riesgos relativos débiles en población de 60 y más años entre fumadores y personas que nunca habían fumado (RR=1.47), y entre nunca fumadores y ex-fumadores (RR=1.23) (23). En otro estudio, sin embargo, el riesgo relativo para fumadores fue moderado (RR = 2.29) y débil para los exfumadores (RR = 1.7) (26).

Comparados con los no fumadores, los ancianos fumadores realizan el mismo grado de actividad física, no apareciendo tampoco diferencias en la cantidad de medicación prescrita (39). No obstante, en este estudio con seguimiento de 5 años los varones fumadores de 70 y más años, frente a los no fumadores, presentaban una reducción significativa de peso, una menor fuerza muscular, densidad ósea reducida, función pulmonar disminuida, y presentaban un peor estado de salud (39).

Otros estudios han encontrado efectos beneficiosos desde el punto de vista sanitario en los ancianos que dejan de fumar: mejora significativamente la capacidad respiratoria, disminuye la problemática de sintomatología respiratoria y mejora notablemente la función pulmonar (40). Asimismo, se reduce el riesgo de cáncer de pulmón y la mortalidad por enfermedad coronaria, neumonía y gripe (18). Por ello, Kennie (18) propone, ante la falta de evidencia para identificar qué tipo de fumadores son más vulnerables al futuro deterioro de la salud y a la enfermedad, que el médico aconseje a todos los ancianos fumadores que abandonen este hábito. En un reciente estudio se demuestra, en esta línea, que la recomendación médica de dejar de fumar a través de consejo, los chicles y los parches de nicotina se encuentra entre las intervenciones sanitarias más eficientes (41). Para aquellos ancianos fumadores que no presentan mala salud y consideran el fumar como una actividad agradable ligada a su calidad de vida este planteamiento no resulta, sin embargo, científicamente ético.

Alcohol

«El vino que se bebe con medida, jamás hace daño», sentenciaba Cervantes en *El celoso extremeño*. No obs-

tante, el consumo abusivo de bebida alcohólica se asocia a una gran variedad de enfermedades (gastrointestinales, neurológicas, hepáticas), lesiones por accidentes, comportamiento antisocial, etcétera (12, 14, 17, 18, 42). Su uso moderado no parece presentar un riesgo importante para la salud e inclusive puede resultar beneficioso para la misma (43-45). El consumo bajo o moderado de alcohol en personas de 65 y más años aparece como factor protector de salud en población española (30, 31), asociándose a una disminución significativa tanto de mortalidad total como de mortalidad cardiovascular (46).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, el 54% de los ancianos no se considera bebedor; el 8,7% se declara bebedor excepcional; el 29,9% bebedor moderado; el 3,5% alto, y el 1,5% bebedor excesivo (ver tabla 2).

Por el contrario, el uso abusivo de alcohol es uno de los «icebergs» geriátricos con una prevalencia de entre un 5 y 12% de los ancianos varones y en el 1-2% de las ancianas, estimándose su presencia como factor desencadenante de la tercera parte de los suicidios en los ancianos (18).

Ejercicio físico

Con la edad las personas mayores reducen sus niveles de actividad física de modo que un porcentaje considerable de ellos se declara sedentario. Así, y según los resultados de la Encuesta nacional de salud, el 48,6% de los ancianos españoles se declara inactivo; el 36,4% declara realizar una actividad física moderada, el 13,9% regular, y menos del 1 % intensa. Tener un hábito de vida de tipo sedentario se asocia significativa y consistentemente con un peor estado de salud autoinformado (25, 26).

Diversos estudios avalan la tesis de que la realización regular y programada de ejercicio aeróbico resulta beneficiosa para la salud física y mental del anciano; entre estas ventajas se señala el aumento de la forma física, de la función cardiovascular, de la masa ósea, de la fuerza muscular, la sensación de bienestar, las relaciones interpersonales, disminuyendo significativamente los sentimientos de ansiedad, depresión, soledad, la obesidad, e inclusive la tasa de mortalidad global (47-52). Practicar un programa regular y moderado de ejercicio físico es un hábito ligado a envejecimiento satisfactorio. Pero aunque la evidencia disponible sobre los efectos beneficiosos de un programa de ejercicio físico en la vejez es prometedora, todavía no es, una vez más, concluyente (48). En cualquier caso, pasear es una actividad agradable, barata, practicable durante todo el año, disponible y saludable, por lo que resulta una recomendación muy conveniente para la gran mayoría de los ancianos.

Comportamiento alimentario

Con la jubilación pueden cambiar las pautas de nutrición y dieta. Incorporar una alimentación nutritiva y varia-

da, adecuar el aporte calórico, potenciar el consumo de alimentos frescos ricos en fibra, vitaminas y calcio, y controlar el consumo de grasas y carbohidratos son consejos altamente recomendables en estas edades (53). Existe la creencia, sin embargo, de que el anciano es incapaz de cambiar sus hábitos alimenticios y que no desea probar o aumentar la ingesta de otros tipos de alimentos. Los estudios disponibles, por el contrario, contradicen y desafían esta postura, sugiriendo que los ancianos siguen las prescripciones médicas y se muestran receptivos a modificar pautas inadecuadas de consumo de alimentos (54). Los estudios tendentes a conocer las preferencias alimentarias concretas de los ancianos resultan de gran interés para la planificación de dietas que resulten satisfactorias, tanto desde un punto de vista nutricional y sanitario como desde el de disfrute personal, y para que la mayoría de los ancianos cumplan esas prescripciones (55, 56). Por último, conviene señalar que no disponemos de pruebas concluyentes sobre los efectos beneficiosos para la salud o longevidad de los suplementos vitamínicos en ancianos sin carencias graves de vitaminas.

Hábitos de sueño

Se ha identificado una serie de cambios normales del sueño asociado a la edad: despertares más frecuentes y largos, mayor tiempo en cama, menor tiempo total de sueño, aumento de siestas diurnas, disminución de la duración del sueño profundo, aumento en duración de la fase de transición del sueño, y percepción de la calidad del sueño menos satisfactoria, entre otros (57-60). Los estudios epidemiológicos descriptivos y analíticos no aportan evidencia significativa o satisfactoria que relacione las horas de sueño con la mortalidad. Comprenderla idiosincrasia de estos cambios, e interrogar cuidadosamente para la valoración exacta de cada queja, es fundamental para una correcta intervención. El sueño es un proceso biológico individual que no está satisfactoriamente sometido a los dictados de pautas reglamentadas o duraciones reglamentarias (61).

Como estrategia preventiva se desaconseja la administración de sedantes para el tratamiento del insomnio del anciano por su asociación tanto con caídas como con un aumento de la tasa de mortalidad (62), y fundamentalmente si no se ha atendido la intervención no farmacológica del mismo (modificación del ambiente y otros comportamientos ligados a los trastornos del sueño) (57, 59, 60).

Otras prácticas comportamentales: sexo seguro

La edad avanzada no es un seguro frente a la morbilidad de transmisión sexual. Por ello, no se debe excluir a la población de edad avanzada de los programas de consejo sexual o de las campañas de promoción de sexo seguro, en especial en aquellos grupos con unos conoci-

mientos y experiencia sexual inadecuados y con comportamientos sexuales promiscuos o fuera de la pareja. Una encuesta a personas de más de 60 años que habían contraído una enfermedad de transmisión sexual desmonta la tesis de la inactividad sexual del anciano; algunos ancianos acuden a los servicios de la prostitución o buscan relaciones homosexuales o heterosexuales ocasionales (63). De hecho, el SIDA geriátrico representa entre el 2,5 y el 5% del total de casos de SIDA, correspondiendo el 1,25% de casos en España a personas de 60 y más años en el momento del diagnóstico (64). Recientemente se han diagnosticado 1.351 casos de SIDA en pacientes con edad superior a los 50 años, lo que representa el 5,2% del total de casos de SIDA declarados en nuestro país (65). Ha habido un aumento de la transmisión heterosexual del VIH en estos grupos de edad y una disminución de la transmisión a través de relaciones homosexuales y del tratamiento con sangre y hemoderivados (65, 66). Resulta conveniente, por lo tanto, que el profesional sanitario reconozca que determinados comportamientos sexuales de riesgo se dan en la edad avanzada y que los incorpore en la historia clínica. Ello permitiría diagnosticar, prevenir o tratar las enfermedades de transmisión sexual.

IMPLICACIONES PRACTICAS

1. Una buena parte del riesgo de enfermar se puede prevenir a través de cambios en hábitos de comportamiento de riesgo para la salud hacia otros más saludables, o promocionando y manteniendo un estilo de vida personal sano y seguro. En la actualidad disponemos de evidencia sugestiva en cuanto a la conveniencia de aconsejar una serie de recomendaciones de promoción de salud y actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria en ancianos (16).

2. Hay que ser conscientes, con todo, de que gran parte de los problemas de salud tienen una estructura multifactorial en cuya etiología algunos importantes factores tienen su origen en la pobreza o desigualdad social. Apelar e intervenir exclusivamente en el cambio comportamental de responsabilidad personal puede resultar claramente ineficaz.

3. No existe un consenso absoluto ni evidencia científica concluyente que sostenga la existencia de una asociación significativa y relevante clínicamente entre hábitos comportamentales y discapacidad o enfermedad en la vejez. Urge, cada vez más, la potenciación en epidemiología comportamental de metodología estadística apropiada para el estudio de las complejas e interactivas relaciones entre comportamientos y salud y en subgrupos de población (67).

4. Los ancianos, pese a los prejuicios sociales e inclusive de profesionales de la salud en contra, pueden y están dispuestos a cambiar sus hábitos comportamentales de riesgo para la salud y a adoptar un estilo de vida considerado como más sano.

5. El comportamiento, o el **estilo de vida, que puede ser un riesgo para la salud en un determinado momento del ciclo vital, o para un subgrupo de población concreto, puede estar mucho más reducido su riesgo o inclusive no serlo en otra situación.**

BIBLIOGRAFIA

- Ribes E. Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca, 1990.
- Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE, Weiss SM, editores. Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention. New York: Wiley, 1984.
- Baltes PB, Baltes MM, editores. Successful aging: perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Kaplan RM. Behavior as the central outcome in health care. *American Psychologist* 1990; 45: 1211-20.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
- Califano J. Healthy people report. Washington DC: US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, 1979.
- Belloc NB. Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine* 1973; 2: 67-81.
- Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* 1972; 1: 409-21.
- Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Ind Res* 1976; 2: 453-66.
- Centers for Disease Control. Ten leading causes of death in the United States, 1977. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1980.
- Fries JF, Everett Koop C, Beadle CE et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *N Engl J Med* 1993; 329: 321-5.
- S.E.S.P.A.S. La salud y el sistema sanitario en España: Informe SES PAS 1995. Barcelona: SG Editores, 1995.
- Gochman DS, editor. Health behavior. Emerging research perspectives. New York: Plenum, 1988.
- Varios autores. Aspectos actuales de la medicina preventiva. *Med Clin (Bard)* 1994; 102 /Supl II: 1-135.
- Bruhn JG. Life-style and health behavior. En: Gochman DS, editor. Health behavior. Emerging research perspectives. New York: Plenum, 1988: 71-86.
- González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT, Salgado Alba A. Medicina preventiva en las personas mayores. *Medicine* 1995; b: 3854-b1.
- Haber D. Health promotion and aging. New York: Springer, 1994.
- Kennie DC. Preventive care for elderly people. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Fries JF. The sunny side of aging. *J Am Med Assoc* 1990; 263: 2354-5.
- Roos NP, Havens B, Block Ch. Living longer but doing worse: assessing health status in elderly persons at two points in time in Manitoba, Canada. *Soc Sci Med* 1993; 36: 273-82.
- Amir D. Preventive behaviour and health status among the elderly. *Psychology and Health* 1987; 1: 353-78.
- Paganini-Hill A, Ross RK, Henderson BF. Prevalence of chronic disease and health practices in a retirement community. *J Chronic Dis* 1986; 39: 699-707.
- Kaplan GA, Seeman TE, Cohen RD, Knudsen LP, Guralnik J. Mortality among the elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors. *AIPH* 1987; 77: 307-12.

24. Lubben JE, Weiler PG, Chi I. Health practices of the elderly poor. *AIPH* 1989; 79: 731-3.
25. Gorrónogoiia jturbe A, Ibáñez Pérez F, Olaskoaga Arrate A. Auto percepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Atenc Prim* 1992; 10: 771-5.
26. Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac Sanit* 1991; 5: 117-24.
27. Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *A)PH* 1989; 79: 703-8.
28. Roos NP, Havans B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Public Health* 1991; 81: 63-8.
29. Grand A, Grosclaude P, Bocquet H, Pous J, Albarede J. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural french population. *J Clin Epidemiol*. 1990; 43: 773-82.
30. Alonso J, Ruigómez A, Antó JM. La salud de los ancianos en Barcelona. En: Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento. *Epidemiología del envejecimiento: recopilación de datos y estudios españoles*. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias, 1990: 224-33.
31. Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Functional capacity and five-year mortality in a sample of urban community elderly. *European Journal of Public Health*, 1993; 3: 165-71.
32. Reig A. Estrés y estado de salud en personas ancianas. En: Reig a, Ribera D, editores. *Perspectivas en gerontología y salud*. Valencia: Promolibro, 1992: 116-64.
33. Fernández-Ballesteros, R. *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores, 1992.
34. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
35. LaCroix AZ, Omenn GS. Older adults and smoking. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 69-87.
36. Centro de Investigaciones Sociológicas. *Estructura social y salud*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1990.
37. Gil E, Jiménez R, Pérez C, Vargas F. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
38. Seltzer CC. Framingham Study data and established wisdom about cigarette smoking and coronary heart disease». *J Clin Epidemiol*. 1989; 42: 743-50.
39. Mellstrom D, Rundgren A, Jagengurg R, Steen B, Svanborg A. Tobacco smoking, ageing and health among the elderly: a longitudinal population study of 70 year old men and a age cohort comparison. *Age Ageing* 1982; 11: 45-58.
40. Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among people aged 60 and over: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 1990; 19: 164-8.
41. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R, Taberner J, Salieras T. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53.
42. Patterson C, Chambers LW. Preventive health care. *Lancet*, 1995; 345: 1611-5.
43. Marmot MG, Rose G, Shipley MI, Thomas BJ. Alcohol and mortality: a U-shaped curve. *Lancet* 1981; i:580-3.
44. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med* 1992; 117: 646-54.
45. Gronbaek M, Deis A, Sorensen TIA, Becker, U, Schnohr P, Jensen G. Mortality associated with moderate intakes of wine, beer, or spirits. *BMI* 1995; 310: 1165-9.
46. Scherr PA, LaCroix AZ, Wallace RB, et al. Light to moderate alcohol consumption and mortality in the elderly. *J Ame Geriatr Soc* 1992; 40: 651-7.
47. Wagner EH, LaCroix AZ, Buchner DM, Larson EB. Effects of physical activity on health status in older adults I: observational studies. *Ann Rev Publ Health* 1992; 13: 451-68.
48. Buchner DM, Beresford SAA, Larson EB, LaCroix AZ, Wagner EH. Effects of physical activity on health status in older adults II: intervention studies. *Ann Rev Publ Health* 1992; 13: 469-88.
49. Frandin K, Grimby G, Mellstrom D, Svanborg A. Walking habits and health related factors in a 70 year old population. *Gerontology* 1991; 37: 281-8.
50. Blair SN, Blair PED, Kohl HW jr, et al. Physical Fitness and all-cause mortality. A prospective study of health men and women. *JAMA* 1989; 262: 2395-401.
51. German K, Posner J. Benefits of exercise in old age. *Clin Geriatr Med* 1988; 4: 181-92.
52. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very old people. *N Engl J Med* 1994; 330: 1769-75.
53. Sastre Gallego A, García Uncid MS, García Plaza AL. Nutrición en el anciano. *Medicine* 1995; 6: 3862-72.
54. Bilderbeck N, Holdsworth MJ, Purves R, Davies L. Changing food habits among 100 elderly men and women in the United Kingdom. *J Hum Nutr* 1981; 35: 448-55.
55. Ortega RM, Redondo Sobrado MA, Quintas Herrero ME, López-Sobaler AM, et al. Preferencias alimentarias en un colectivo de ancianos españoles. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30: 231-b.
56. Kendall KE, Wisocki PA, Pers DB. Nutritional factors in aging. En: Wisocki PA, editor. *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client*. New York: Plenum, 1991: 73-95.
57. Bootzin RB, Engle-Friedman M. Trastornos del sueño. En: Carstensen LL, Edelman BA. *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca, 1989: 74-87.
58. Kutner NG, Schechtman KB, Ory MG, Baker DI and the FICSIT Group. Older peoples' perceptions of their health and functioning in relation to sleep disturbance, falling and urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 757-62.
59. Erman MK. An overview of sleep and insomnia. *Hospital Practitioner* 1988; 23 (Suppl 2j): 6-14.
60. Albarede JI, Morley JE, Roth T, Vellos BJ, editores. *Sleep disorders and insomnia in the elderly*. New York: Springer, 1993.
61. Valdés M. El insomnio. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 647-9.
62. Van Weel C, Vermeulen H, van den Bosch W. Falls, a community care perspective. *Lancet* 1995; 345: 1549-51.
63. Ragstad KE, Bignell CJ. Age is no bar to sexually acquired infection. *AgeAgeing*, 1991;20:377-8.
64. Antuña A, Morís de la Tassa J, Gutiérrez del Río C, Estrada F, García-Alcalde M. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el anciano. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 461-4.
65. González Lahoz JM. SIDA y ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 39: 59-60.
66. González Martín T, Olaya Gallo MA, Eiros Bauza JM, Arias Mayor-ga J, et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30: 107-11.
67. Dean K, Colomer C, Pérez-Hoyos S. Research on lifestyles and health: searching for meaning. *Soc Sci Med* 1995; 41: 845-55.