

ENVEJECIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ESPAÑA

POR

**GLORIA FERNÁNDEZ-MAYORALAS FERNÁNDEZ
FERMINA ROJO PÉREZ**

Y

VICENTE RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Introducción

Según la definición de la O.M.S., el término salud hace referencia a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente a la ausencia de enfermedad (World Health Organization, 1983).

Esta definición considera la salud como un fenómeno multidimensional, resultado dinámico y variable de las influencias globales de múltiples factores sociales (San Martín *et al.*, 1986), progresando desde un modelo tradicional médico, orientado hacia las patologías, a un concepto social, enfocado sobre la prevención, y aportando la noción de salud positiva como soporte argumental (Hansluwka, 1985).

Gloria Fernández-Mayoralas Fernández, Fermina Rojo Pérez, Vicente Rodríguez Rodríguez. Instituto de Economía y Geografía. CSIC. Madrid.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a J. M. Duque (licenciado en Psicología) por su asistencia técnica.

Estudios Geográficos
Tomo LV, n.º 216, julio-septiembre 1994

Un aspecto importante para la salud, desde esta óptica preventiva, viene dado por el seguimiento y mantenimiento, por parte de la población, de estilos de vida o hábitos que podríamos denominar saludables.

Los estilos de vida saludables comprenden modelos de conducta, valores y actitudes relacionados con la salud, que son adoptados por los grupos de individuos en respuesta a su entorno social, cultural y económico (Abel, 1991). En este sentido, los estilos de vida se ajustan a la definición de indicador de salud como medida directa o indirecta del estado de salud, esto es, como variable asociada a algún acontecimiento que creemos puede estar relacionado con la salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990).

En este contexto de indicadores de salud, el estudio de las conductas saludables toma un interés relevante en la detección de desigualdades sanitarias.

La primera de estas desigualdades deriva del propio deterioro biológico al que se ve sometida la población a medida que envejece (Tinker, 1984), de lo que se deriva una mayor fragilidad ante unos hábitos no saludables.

Pero además, la población vieja posee unas características sociales, culturales y económicas que la diferencian claramente del resto de los grupos demográficos definidos por la edad, confiriéndola, también, una cierta fragilidad social como colectivo.

Por otra parte, el estudio de los estilos de vida de las personas mayores puede ser considerado como resumen o síntesis de las conductas desarrolladas a lo largo de su existencia, de tal forma que la comparación con otros grupos de menor edad puede ser útil para detectar las variaciones o cambios sociales en los hábitos relacionados con la salud.

Los objetivos de este trabajo, en este sentido, son varios:

— Describir las conductas que presenta el colectivo de personas viejas y resaltar las diferencias que pudieran existir entre este subgrupo con respecto a otros grupos de menores de 65 años.

— Detectar las posibles relaciones entre los hábitos que mantienen y la morbilidad e incapacidad que padecen los viejos.

— Definir las asociaciones entre estos hábitos y las características socioeconómicas de los ancianos.

— Encontrar variaciones de conductas en los distintos colectivos demográficos.

Material y métodos

La fuente utilizada es la Encuesta Nacional de Salud (E.N.S.) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987), realizada en el mes de julio de 1987 sobre una muestra de cerca de 30.000 individuos no institucionalizados de 16 y más años de edad.

Fueron analizados tres tipos de estilos de vida: consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, café/té) y fármacos, ejercicio físico y uso del tiempo libre, y revisiones médicas (visión, audición y boca).

En el primer tipo, y con respecto al consumo de tabaco, se consideraron *fumadores* a los consumidores actuales. Se distinguen, además, aquellas personas que nunca han tenido contacto con el tabaco (*no-fumadores*), las que tuvieron contacto en el pasado pero no actualmente (*fumadores arrepentidos o ex fumadores*), así como una categoría que incluiría a los fumadores actuales y los que lo fueron con anterioridad (*prevalencia del consumo*). Por otra parte, como el consumo de tabaco tiene repercusión sobre el organismo afectándolo en proporción directa al número de cigarrillos y al tiempo de consumo (Nebot *et al.*, 1991), se consideraron *grandes fumadores* a aquellos que durante un período de seis o más años consumieron diez o más cigarrillos diarios. La morbilidad asociada a este hábito es la de tipo bronquial.

En cuanto al consumo de alcohol, se consideraron *bebedores* a aquellos individuos que habían consumido alguna bebida alcohólica en el último año anterior a la entrevista. La intensidad de consumo se determinó en función de la frecuencia y el número de vasos ingeridos en cada ocasión, considerándose *grandes bebedores* a aquellas personas que consumen tres o más vasos de cualquier bebida alcohólica (cerveza, vino, licores...), diaria o semanalmente (*bebedores habituales*). Se considera como morbilidad asociada con este tipo de hábito los problemas relacionados con el hígado, uno de los órganos que más frecuentemente se daña por el consumo de alcohol (Grisolía, 1990).

El consumo de bebidas estimulantes no alcohólicas (café o té) es analizado en función de la proporción de *consumidores matinales*, no siendo posible determinar las cantidades ingeridas a partir de los datos utilizados.

Por su parte, la referencia temporal del consumo de fármacos se establece sobre las dos últimas semanas anteriores a la entrevista.

El uso del tiempo está enfocado en la E.N.S. bajo un doble prisma: uno, es el del tiempo dedicado al trabajo, sea remunerado o no (trabajo propiamente dicho y actividades domésticas); el otro, se refiere a las actividades de ocio, de carácter voluntario, en contraposición con la obligatoriedad del mismo en el tiempo de trabajo.

El área de revisiones médicas se ha concretado sobre los dos órganos sensoriales (vista y oído) que más directamente influyen sobre la realización diaria de actividades, especialmente entre la población anciana. Se han incluido, asimismo, las consultas al dentista de carácter preventivo, revisiones en general y limpieza dental, no cubiertas económicamente por el Sistema Nacional de Salud, y, por tanto, reflejo de una actitud positiva del usuario hacia un hábito saludable no influida por la gratuidad del servicio sanitario. El período temporal de referencia en la encuesta es de tres meses.

La población entrevistada fue categorizada en cinco cohortes: de 16 a 24 años (jóvenes), de 25 a 44 años (adultos-jóvenes), de 45 a 64 años (adultos-viejos), de 65 a 74 años (viejos-jóvenes) y de 75 y más años (viejos-viejos), con unas submuestras de 5.991, 9.605, 9.076, 3.292 y 1.666 encuestados, respectivamente.

Como variables descriptoras del nivel socioeconómico de la población, se seleccionaron el nivel educativo y la cuantía de los ingresos económicos.

Se trata de un estudio retrospectivo donde las asociaciones entre variables son medidas mediante tablas de contingencia aplicando test de la ji cuadrado, aceptando un nivel de significación $p < 0,05$, en las relaciones comparativas, y tomando como control el conjunto de la población entrevistada.

Consumo de sustancias tóxicas y medicamentos

La población anciana es uno de los colectivos de mayor riesgo derivado de la incidencia del consumo de sustancias tóxicas o drogas ya que, a medida que se incrementa la edad, el sujeto tiene una sensibilidad más elevada, padece más efectos secundarios y presenta una más lenta y peor eliminación del tóxico (Jiménez, 1991).

Es importante constatar que, entre los ancianos españoles, el concepto

de sustancia tóxica o droga está estrechamente ligado al sentimiento de prohibido o ilegal, de tal forma que las sustancias socialmente *legales*, como el tabaco, el alcohol, el café o té, y algunos psicofármacos, no son consideradas como drogas (Moraleda, 1988). Ello influye sobre el tamaño de su consumo, siendo así que las sustancias *ilegales* socialmente (hachís, cocaína, heroína...) son excepcionalmente consumidas por muy pocos viejos (Jiménez, 1991).

Tabaco, alcohol y bebidas estimulantes no alcohólicas.— Según los datos analizados, casi la mitad de la población entrevistada eran fumadores o lo habían sido habitualmente.

Atendiendo a la edad, esta prevalencia del consumo de tabaco se ha extendido ampliamente entre las generaciones más jóvenes, siendo relativamente menor entre la población más vieja. Así, seis de cada diez personas menores de 45 años tienen o tuvieron el hábito de fumar frente a 1/3 de los ancianos.

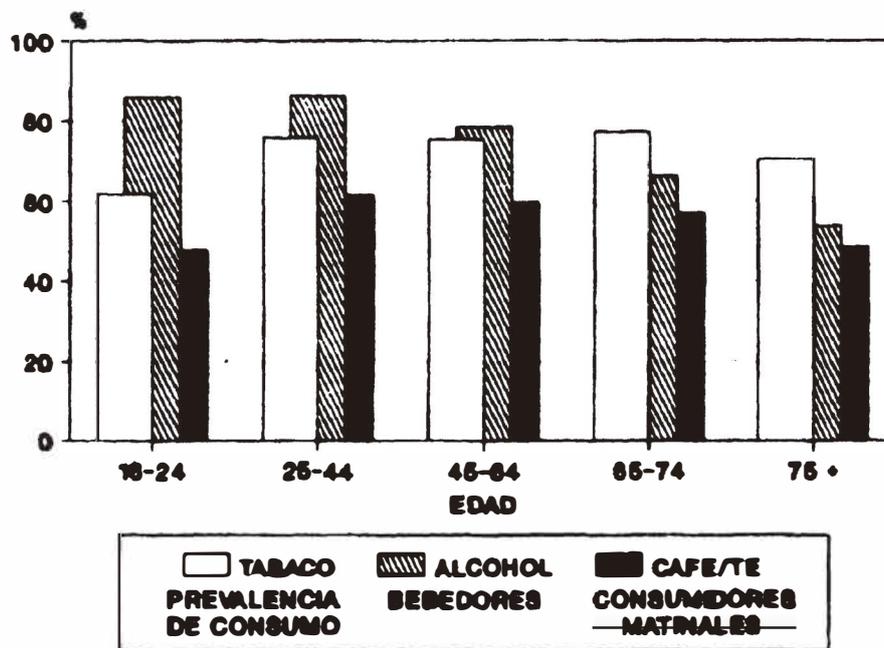
Sin embargo, estas cifras encierran importantes diferencias por sexo (figura 1). De un lado, se constata que más del 90 % de las mujeres españolas con edades superiores a los 44 años nunca han fumado frente a sólo el 43 % de la mujeres más jóvenes. De otro, la población masculina adulta y vieja observa una cierta estabilidad en la proporción de individuos que fuma o alguna vez lo ha hecho de forma habitual siendo precisamente los varones menores de 25 años los que presentan una prevalencia menor del consumo.

No obstante, la proporción de ex fumadores tiende a incrementarse lógicamente con la edad, desde el 7 % de los jóvenes hasta el 20 % de los mayores de 75 años. Además, la tasa de arrepentidos es mayor entre los varones que entre las mujeres, aunque existe una menor prevalencia de tabaquismo en estas últimas.

Por otra parte, más del 70 % de los entrevistados que tenían o tuvieron contacto con el tabaco habían mantenido este hábito al menos durante seis años y cerca del 60 % consumían diez o más cigarrillos, es decir, eran grandes fumadores. Este hecho puede ser, además, un factor negativo para la tasa de éxito en la decisión de dejar de fumar (Lundberg *et al.*, 1991).

Según una encuesta realizada en 1986, el 90 % de la población española sabía que el tabaco presenta un peligro real para la salud (Jiménez *et*

A) VARONES



B) MUJERES

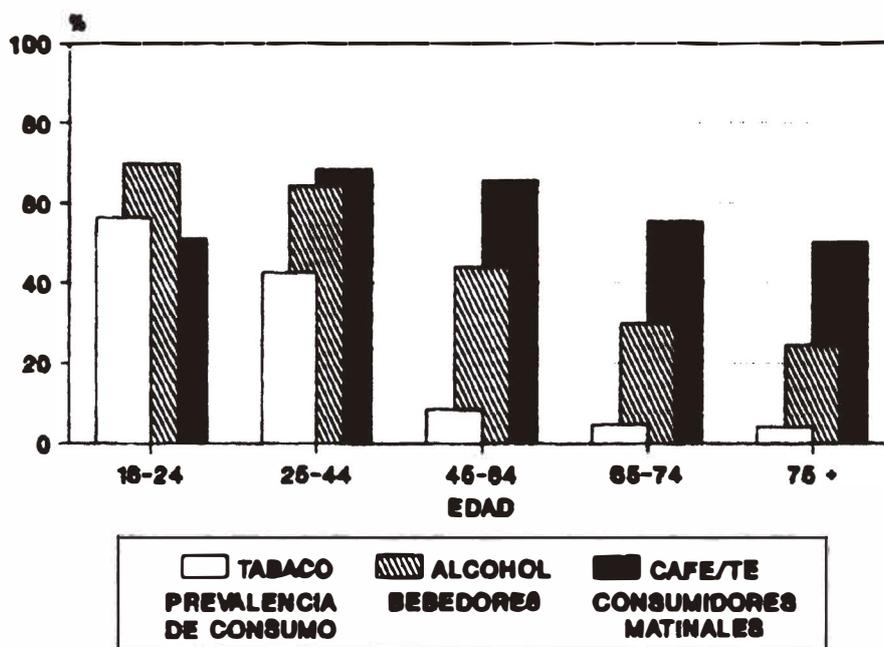


FIGURA 1.—Consumo de sustancias tóxicas por edad y sexo

al., 1991). A pesar de ello, más del 37 % de la población entrevistada en 1987 era fumadora, de la cual cerca de un 6 % reconocía padecer problemas de tipo bronquial, destacando altas tasas de continuidad en el hábito (más del 15 %) entre la población anciana con procesos bronquiales declarados. No obstante, en todas las edades, la tasa de fumadores arrepentidos con estos problemas (12 %) supera la de los que continúan fumando. Ello nos remite a otros estudios que afirman que el conocimiento y aceptación de las consecuencias negativas sobre la salud no gobiernan, por sí solos, la elección de fumar o no (Robbins *et al.*, 1991), sorprendiendo que la prevalencia de enfermedad no parece explicar las diferencias en el abandono de este hábito (Lundberg *et al.*, 1991).

Por su parte, el consumo de alcohol está aún más extendido que el del tabaco entre la población española. Si el 50 % de la misma no había fumado nunca, sólo el 32 % no había consumido alcohol en el último año anterior a la entrevista. Como la encuesta no contempla la posibilidad de que los no bebedores lo hayan sido en el pasado, es razonable pensar, a la luz de otros estudios (Dufour *et al.*, 1990), que una parte de éstos hayan sido bebedores en algún momento de su vida, sobre todo entre los entrevistados de mayor edad.

De hecho, según los datos de la E.N.S., la proporción de personas en cada grupo de edad consideradas bebedores desciende desde un 78 % de los jóvenes hasta un 37 % de los viejos-viejos.

Esta tendencia se repite cuando observamos la distribución del consumo de alcohol por sexos (figura 1), si bien las diferencias son más acusadas. Aunque la incidencia del consumo de alcohol es muy elevada en la población femenina aún lo es más entre la población masculina; pero, mientras que entre los viejos la proporción de varones bebedores duplica a la de mujeres bebedoras, entre la población de menor edad (menos de 45 años) las diferencias se atenúan. Ello nos puede indicar, como en el caso del tabaco, una incorporación a este hábito de la población femenina más joven.

Entre los tipos de alcohol consumido de forma habitual, esto es, con una frecuencia diaria o semanal, destaca preferentemente el de baja graduación (cerveza, sidra...) (63 % de la población que bebe), seguido del vino (50 %), alcohol de alta graduación o licores (28 %); el 15 % de estos bebedores habituales consumen en cada ocasión tres o más vasos (grandes bebedores), independientemente del tipo de bebida.

Las pautas de consumo son claramente diferentes según la edad. Así, el consumo de cerveza o similares es mayor entre la población más joven y descende entre los grupos de edad más avanzada. Esta tendencia se repite, aunque con proporciones inferiores, en el consumo de licores. En cambio, el vino es preferentemente consumido entre la población mayor de 45 años (más del 60 % de la misma) descendiendo su consumo entre la población de menor edad (50 % de los adultos jóvenes y 28 % de los jóvenes).

Las mujeres son, como dijimos, menos consumidoras de bebidas alcohólicas que los varones, pero las pautas de consumo preferencial son similares en ambos sexos.

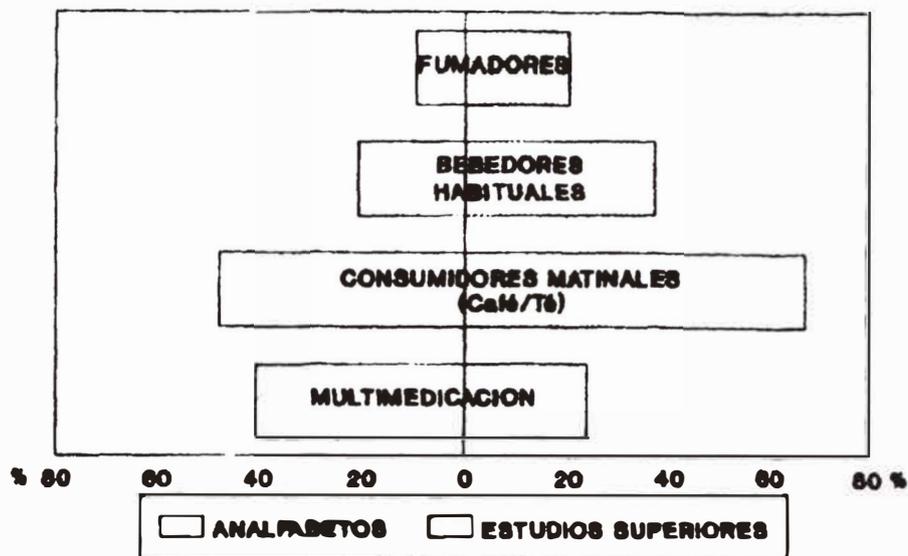
A pesar de que los bebedores habituales de mayor edad tienden a consumir menos cantidad en cada ocasión, se observa, como en el caso del tabaco, una relativamente alta tasa de continuidad en el hábito (7 %) entre la población anciana que declara problemas relacionados con el hígado.

Otro de los consumos de sustancias estimulantes legales muy extendido entre la población española (50 %) es el de bebidas como el café o el té. Resalta que, aunque su consumo es mayor entre la población adulta-joven y descende en las cohortes de edad más avanzada, es más relevante que el del tabaco o el alcohol entre la población vieja (54 % frente a 15 % y 42 %, respectivamente). Las mujeres tienden a consumir preferentemente café/té sobre las otras sustancias anteriormente citadas (figura 1).

Aunque pudiera pensarse que un estilo de vida saludable se encuentra asociado con un nivel de instrucción alto, la realidad demuestra que a mayor categoría educativa existe una mayor tendencia al consumo de tabaco, alcohol y café/té, tanto entre los menores de 65 años como entre la población anciana.

Así, entre los ancianos (figura 2 A), la proporción de fumadores actuales con estudios superiores duplica a la de los analfabetos, si bien, la categoría de ex fumadores se amplía entre los viejos con un nivel educativo mayor. Por lo que respecta al consumo de alcohol, la población con 65 y más años que tienen estudios superiores declararon haber consumido alguna bebida alcohólica en el último año más que los analfabetos de la misma edad. Además, las diferencias son más acentuadas cuando observamos la categoría de bebedores habituales. Este hecho se repite, aunque

**A) CONSUMOS Y NIVEL EDUCATIVO
POBLACION ANCIANA**



**B) CONSUMOS Y NIVEL DE RENTA
POBLACION ANCIANA**

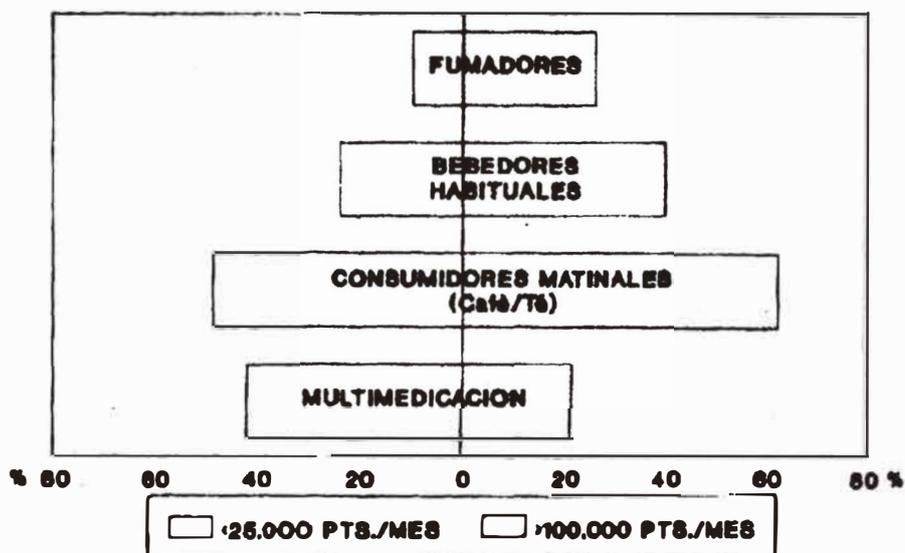


FIGURA 2.—Consumos y características socioeconómicas

no tan acusadamente, en cuanto al consumo de bebidas estimulantes no alcohólicas. Asimismo, las variaciones en el consumo debidas al nivel educativo se observan también entre la población más joven.

Por su parte, el nivel de renta, y conociendo su asociación positiva con el nivel de instrucción, sigue las mismas pautas de consumo (figura 2 B), posiblemente porque una capacidad adquisitiva mayor permite detraer parte de los ingresos para consumos de lujo, que aún conservan un cierto aura de prestigio en nuestras sociedades. Entre la población anciana las diferencias de consumo según el nivel de ingresos son mayores que las suscitadas por el nivel de instrucción. Rentas elevadas favorecen mayores proporciones de fumadores, bebedores habituales y consumidores de café/té, si bien, como en el caso anterior, se observa un aumento de la tasa de ex fumadores entre los viejos a medida que se incrementan sus ingresos. Estas tendencias se aprecian también entre la población menor de 65 años en función de rentas superiores.

Consumo de medicamentos.—El estudio del consumo de fármacos requiere una atención especial, pues si, de una parte, los medicamentos ayudan a ampliar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los enfermos, de otra, pueden derivar en problemas de dependencia, automedicación, reacciones adversas, etc.

En España, y según los datos analizados, más del 40 % de la población de 16 y más años de edad consumió algún tipo de medicación durante las dos semanas anteriores a la entrevista, observándose un claro incremento en el consumo según se envejece, así como diferencias significativas por sexo (figura 3).

Los medicamentos más consumidos por el conjunto de la población fueron los analgésicos (36 %), los reguladores de la tensión arterial (18 %) y los antirreumáticos (16 %).

En líneas generales, se pueden observar claras diferencias atendiendo a la edad de los medicados y sus pautas de consumo.

La población menor de 65 años tiende a consumir medicamentos relacionados con dolencias agudas (antigripales, antibióticos, antitérmicos...), mientras que la población vieja consume principalmente medicinas para la tensión arterial, el reumatismo, el corazón..., asociadas con problemas crónicos. Por sexo, las mujeres consumen más medicamentos que los varones, observándose las mismas pautas por edad.

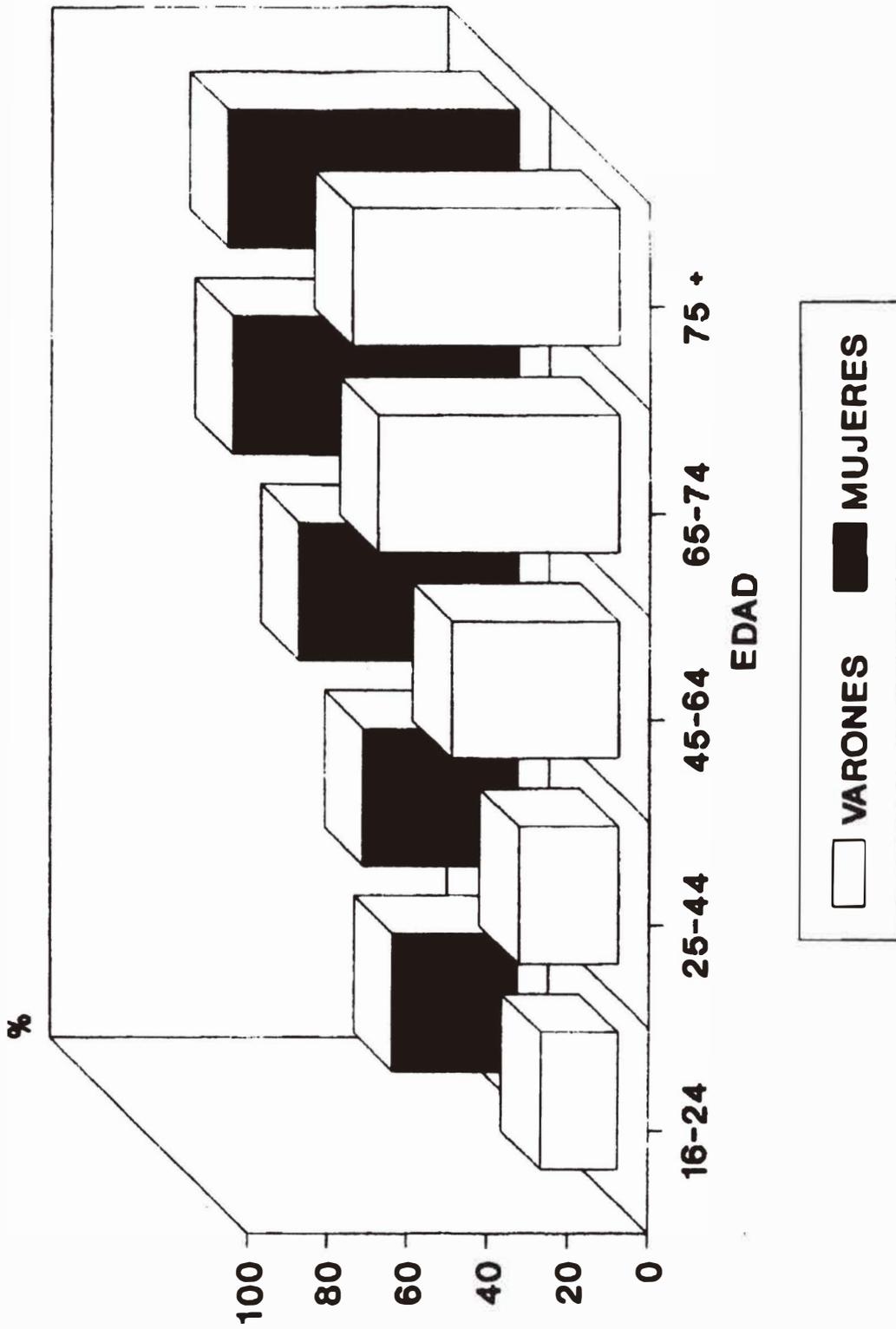


FIGURA 3.—Consumo de fármacos por edad y sexo

De otro lado, a medida que la población envejece se observa una mayor tendencia al multiconsumo, de tal forma que el 11 % de los menores de 65 años habían consumido dos o más medicamentos frente a más del 30 % de los ancianos. En la misma línea, la población femenina tiende a la multimedicación en mayor proporción que los varones, en todas las edades.

A pesar de que ambas pautas se encuentran estrechamente relacionadas con el tipo y el número de patologías declaradas (morbilidad percibida) por la población mayor, es claro que los ancianos se encuentran más expuestos que otros grupos de edad a los riesgos derivados del consumo de medicamentos. Por una parte, este hecho es debido a su mayor fragilidad biológica, pero también a los efectos nocivos de la interacción de fármacos diversos, a la no siempre correcta comprensión de las pautas terapéuticas prescritas y a la automedicación. Además, por su condición de pensionistas de la Seguridad Social, la gratuidad puede llevar, en ocasiones, a la dependencia/rutina en el consumo y a un uso excesivo de fármacos con la permisividad y la tolerancia de la familia y el propio médico (Organización Mundial de la Salud, 1987).

En este sentido, un mayor nivel de instrucción y renta entre la población anciana va emparejado con un consumo de medicamentos inferior y con una menor tendencia a la multimedicación (figura 2), lo que puede también explicarse por un mejor estado de salud percibido (Abellán *et al.*, 1990). Estas pautas de consumo, derivadas de los rasgos socioeconómicos, se observan también en el conjunto de la población.

Ejercicio físico y uso del tiempo libre

El ejercicio físico y el tiempo libre en la vida de la población anciana española son dos parámetros que se relacionan más con un estilo de vida saludable que con un comportamiento orientado hacia la salud, aunque entre ambos conceptos no haya siempre límites definidos (Abel, 1991).

Para el conjunto de la población (y también para los ancianos) estas dos actividades tienen una dependencia estricta del tiempo de trabajo, del estilo de vida definido sobre todo por la sociedad urbana, y de las propias características de la población. A un nivel subjetivo, la aceptación de patrones de ejercicios físicos y de uso del tiempo libre más saludables parece tener una concordancia cierta con la percepción de la propia salud,

el conocimiento de los mecanismos que la gobiernan y el nivel educativo de la población (Kenkel, 1991).

En el caso de las personas mayores este esquema es aún más importante, ya que puede afectar a la independencia física y familiar e influir sobre la prestación de determinados servicios. A los efectos psicológicos que puede producir el tránsito del tiempo de trabajo al *tiempo libre* de la jubilación, se unen las dificultades físicas, la no preparación para un uso creativo del tiempo, la falta de ambientes institucionales que canalicen el uso del tiempo, etc.

El ejercicio físico está condicionado por el tiempo de trabajo. Para la población española se podría definir el siguiente modelo siguiendo los resultados de la E.N.S.: los adultos en edad laboral (25-65 años) realizan habitualmente actividades *de pie* o *caminando*, u ocupan su tiempo de trabajo efectuando tareas que requieren un esfuerzo físico apreciable, con valores más altos para los varones, sobre todo en la última categoría. Para las mujeres la situación más común es la de estar de pie, asociada con las labores del hogar. Para las personas mayores, en cambio, es dominante no realizar actividades físicas con esfuerzos (estar sentado la mayor parte de la jornada), especialmente entre los mayores de 75 años, sin que sea posible establecer diferencias por sexo. La escasa población vieja que todavía trabaja lo hace, pues, desarrollando una actividad suave, con escaso ejercicio físico. Tampoco existe una correlación comprobada con el nivel académico y de renta, ya que la diversidad de trabajos condicionan los esfuerzos necesarios para su ejecución, pero no el nivel de las personas que los desempeñan.

Cuando se profundiza en la valoración del tiempo de ocio exclusivamente, las escalas se estructuran de forma inversa según los rasgos de la población española. Las actividades que requieren menos ejercicio son propias de la población vieja; y viceversa, el tiempo libre que implica mayor ejercicio es desarrollado por los más jóvenes.

Cerca del 80 % de los viejos manifiesta pasar su tiempo libre en casi total inactividad (leer, ver la televisión), en claro contraste con los más jóvenes, lo que representa *un dejarse llevar* en la planificación del tiempo libre, una limitación del ejercicio físico, una reclusión en el espacio social y familiar, etc. Detrás de este comportamiento se hallan en muchos casos problemas físicos, falta de valoración de los efectos terapéuticos del tiempo

libre creativo, una inercia social en la concepción del *viejo jubilado*. Ello es todavía más agudo cuando se analiza la situación de la mujer anciana, cuyos valores de actividad (generalmente escasa) en el tiempo libre son siempre diez puntos porcentuales inferiores a los de los hombres en las edades más altas (figura 4).

En la otra escala se hallan las actividades que suponen un cierto esfuerzo físico, como caminar, realizar trabajos de jardinería, o actividades deportivas de ejercicio suave. La relación inversa se mantiene (a mayor edad menos ejercicio), aunque cerca del 20 % de los ancianos españoles realizan habitualmente estas prácticas físicas con el desequilibrio, ya comentado, entre sexos a favor de los hombres.

Aunque parezca razonable pensar que la educación y el conocimiento de los efectos positivos del ejercicio físico en la salud influyen en su práctica, no es fácil extender esta relación a toda la población española. Para el caso de los viejos su propio ciclo de vida (actividad laboral anterior, relaciones familiares, ingresos económicos, medio geográfico en el que viven, etc.) imponen condiciones decisivas en relación con este comportamiento saludable.

Los mayores porcentajes en usos del tiempo libre centrados en una actividad física escasa o nula (ver la televisión, por ejemplo) se dan entre las personas que tienen menos nivel educativo y de ingresos, independientemente de la edad. La única diferencia es que los viejos más pobres y con estudios más bajos ocupan casi el 80 % de su tiempo libre en esta actividad (figura 5) frente al 60 % del total de los menores de 65 años (con semejantes coordenadas).

Cuando existe algún ejercicio físico, poco frecuente o habitual, la situación se invierte para todo el conjunto de la población: el porcentaje de práctica de ejercicios físicos se produce entre las personas de educación y rentas más altas. La única diferencia apreciable entre mayores y menores de 65 años es que los primeros apenas desarrollan actividades físicas de carácter habitual. Evidentemente las limitaciones físicas imponen un control fuerte sobre este uso del tiempo.

Parece, sin embargo, adecuado afirmar que la percepción de la población española (sobre todo de los adultos cercanos a la edad de jubilación) sobre la necesidad de ejercicio físico como parte de un comportamiento saludable es cada día más acentuada.

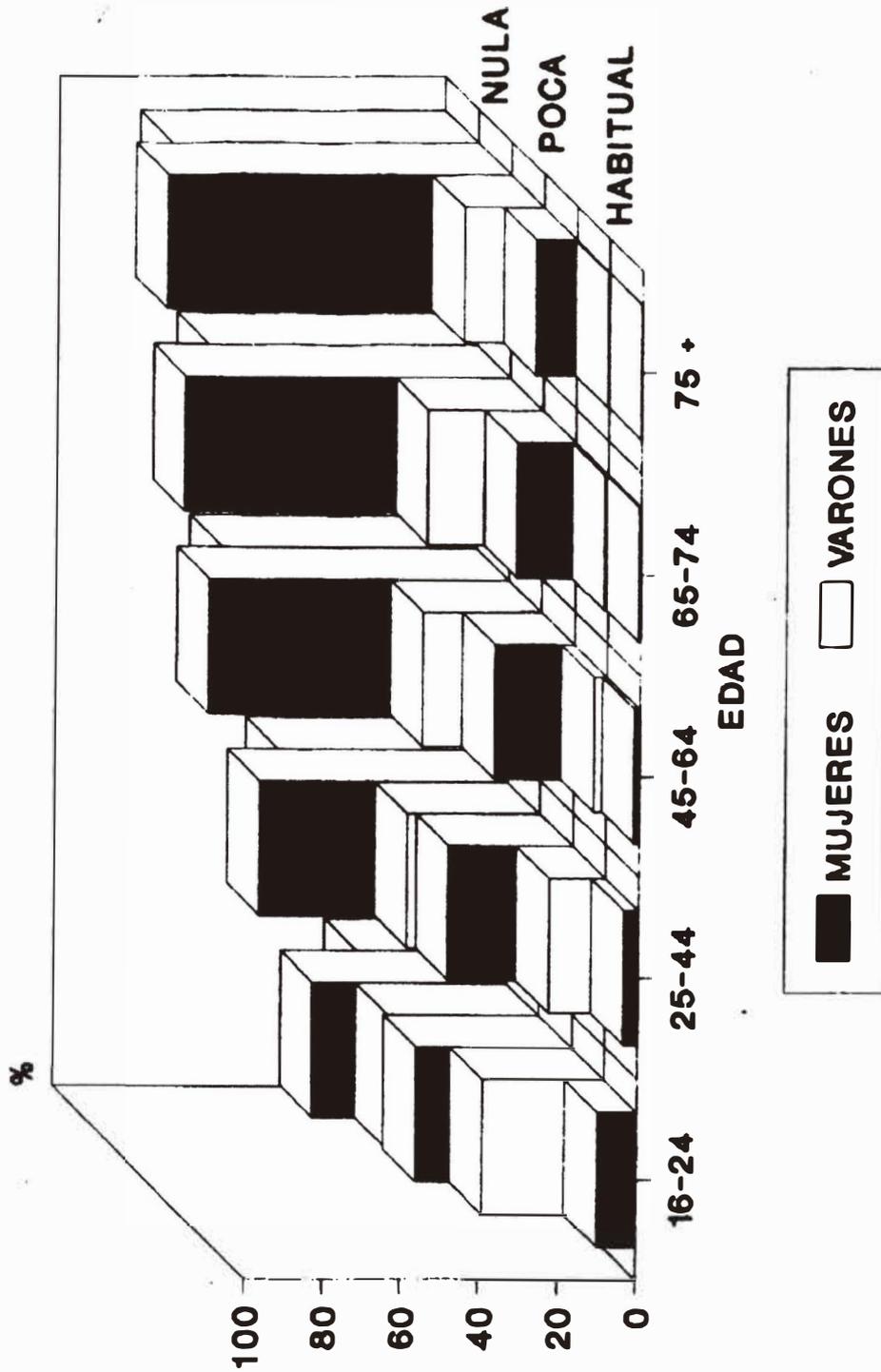
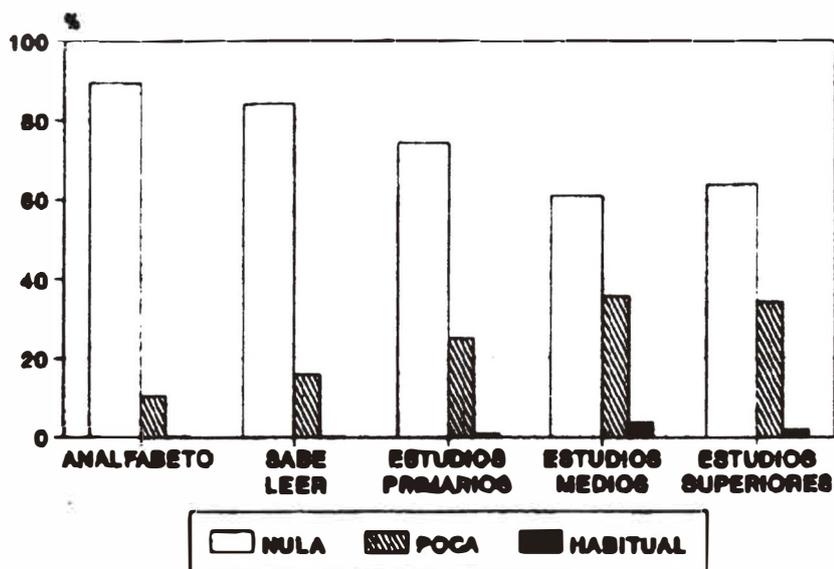


FIGURA 4.—Actividad física en tiempo de ocio por edad y sexo

A) POR NIVEL DE INSTRUCCION DE LA POBLACION ANCIANA



B) POR NIVEL DE RENTA DE LA POBLACION ANCIANA

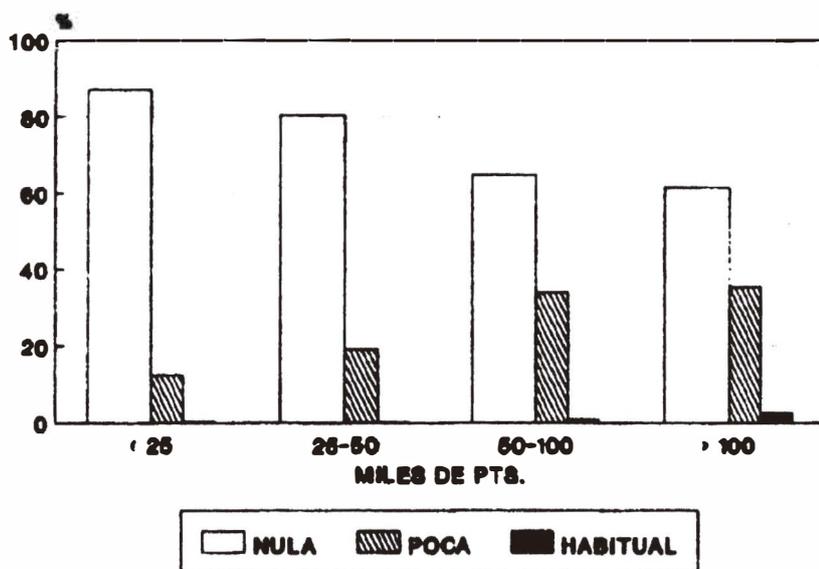


FIGURA 5.—Actividad física en tiempo de ocio

Revisiones médicas

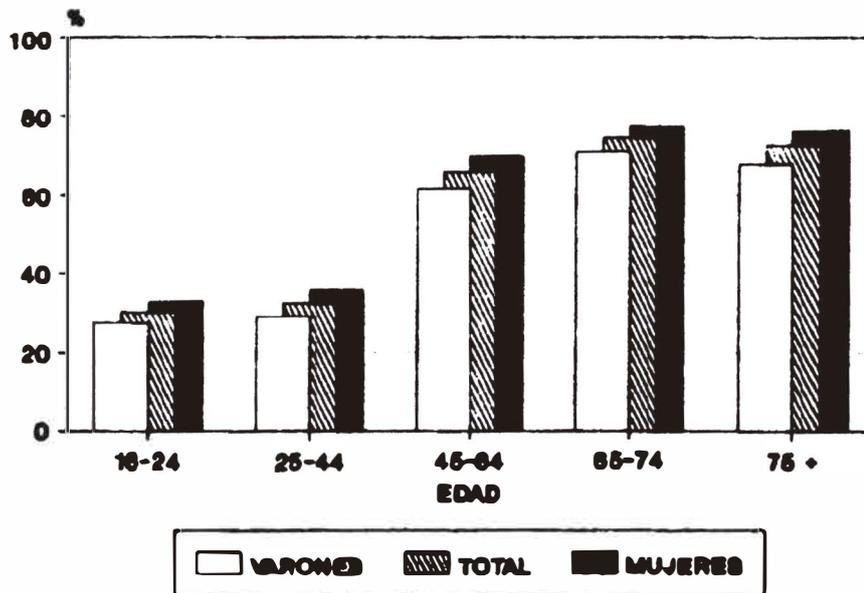
Muchas investigaciones han demostrado la tendencia a un aumento de la esperanza de vida, en todas las edades, con unos marcados incrementos en las edades superiores (Abellán, 1990), de manera que el tiempo por vivir de las personas ancianas ha aumentado considerablemente también. Sin embargo, no sólo hay que procurar un aumento de los años por vivir, sino además unas normas para vivir en salud durante el proceso de envejecimiento y cambio fisiológico. Estas normas estarían enfocadas a la prevención del envejecimiento patológico a través de chequeos periódicos para prevenir cualquier anomalía o disfuncionalidad que impida llevar al anciano un tipo de vida independiente.

En este sentido, existen muchas patologías orgánicas que son consideradas como una causa relevante de incapacidad en la vejez. Sin embargo, es de enorme interés el análisis de las alteraciones de los órganos más directamente implicados o relacionados con el entorno ambiental y social circundantes, como son los órganos sensoriales de vista y el oído.

La proporción de población que experimenta dificultades con la vista y el oído se incrementa con la edad, y estas deficiencias sensoriales de vista y oído perturban notablemente las actividades de la vida cotidiana entre los ancianos. La mitad de la población mayor de 16 años padece algún problema con su vista para leer, ver la televisión o reconocer a personas sin utilizar gafas o lentillas. Esta proporción aumenta a casi tres cuartas partes de los ancianos con alteraciones visuales siendo más acusada la incidencia entre los ancianos jóvenes (figura 6 A).

El deterioro del sentido de la vista con la edad es causado por la disminución de la agudeza visual y de tolerancia a la luz, la reducción del campo de visión, la lenta adaptación a la oscuridad, así como la dificultad de movimientos oculares (Padilla, 1984-85). Por esto, se recomienda realizar chequeos periódicos del sentido de la vista para revelar las necesidades correctoras de este órgano sensorial. De toda la población encuestada, casi dos tercios han acudido alguna vez a reconocimiento médico, siendo la población adulta y sobre todo la anciana (figura 6 B) quienes han visitado al médico en mayor proporción que el resto. Sin embargo, son los grupos más jóvenes los que suelen acudir a revisión en proporción claramente superior a lo que suponen sus problemas de vista.

**A) ALTERACIONES DEL SENTIDO DE LA VISTA
POR EDAD Y SEXO**



**B) USO DE LENTES CORRECTORAS POR LA
POBLACION QUE ACUDE A CHEQUEOS**

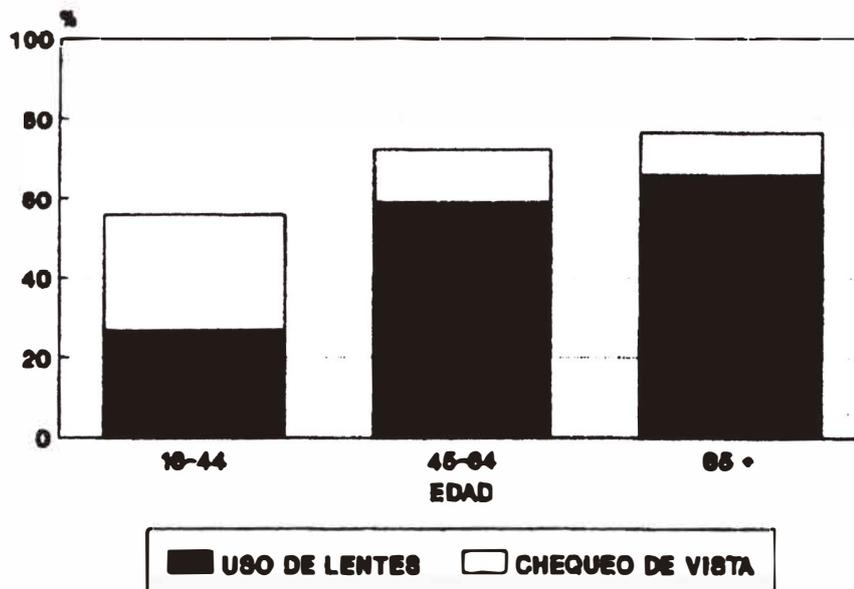


FIGURA 6.—Problemas de vista, chequeos y uso de lentes correctoras

Por otro lado, parece existir una relación más estrecha entre la población que realiza revisiones o comprobaciones de la vista y el uso de lentes correctoras de la visión. Un 65'9 % de los ancianos usan lentes correctoras en clara concordancia con el predominio de deficiencias visuales de este grupo demográfico.

De entre toda la población que ha visitado una consulta oftalmológica, el 60 % acudió en el último año (1986-87), observándose una relación inversa entre la edad a la que se dice padecer mayores problemas visuales (los ancianos) y la última vez que se consultó a un especialista.

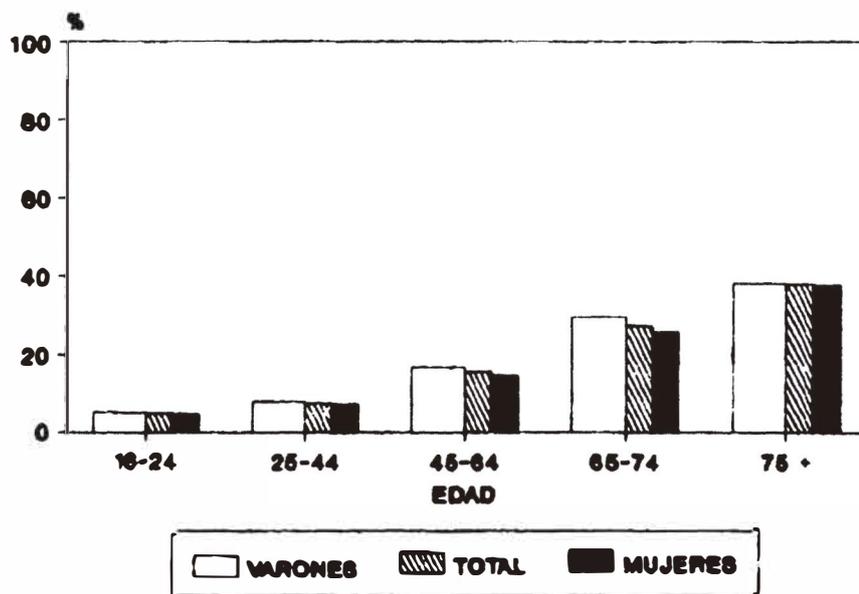
Pero no sólo la edad es un factor de mayor riesgo en las alteraciones visuales. También el sexo parece incidir desigualmente en estas deficiencias, de manera que son las mujeres, a cualquier edad considerada, las que padecen más problemas con la vista (figura 6 A), y las que también visitan un especialista en mayor proporción que los varones.

El sentido auditivo es, asimismo, de relevante importancia entre los ancianos y su deterioro provocará la alteración de la personalidad y capacidad de relación social y de convivencia. Las dificultades para oír conversaciones o escuchar la radio o la televisión son declaradas en menor proporción que los problemas visuales (figura 7 A), alcanzando un valor medio de 13'3 % en el conjunto de la población, y un incremento gradual también según la edad, siendo el predominio entre los ancianos más viejos casi tres veces superior a la media.

La causa más frecuente de la disminución auditiva con la edad se debe a la pérdida de elasticidad de los tímpanos (Víctor, 1987), lo que provoca la reducción de la capacidad de oír altas frecuencias, que obligaría a éstos a realizar revisiones periódicas del oído en mayor proporción que entre el resto de la población (figura 7 B). Sin embargo, la relación entre alteraciones del oído y chequeos no es directamente proporcional en la edad anciana como ocurría con el sentido de la vista. El uso de aparatos correctores, como audífonos, está muy poco extendido entre toda la población en general, siendo los ancianos y sobre todo los viejos-viejos los mayores usuarios de los mismos.

Las deficiencias de audición, a diferencia del sentido de la vista, son más acusadas entre los hombres (figura 7 A), y esta diferencia se acentúa con la edad.

**A) ALTERACIONES DEL SENTIDO DEL OIDO
POR EDAD Y SEXO**



**B) USO DE AUDIFONO POR LA POBLACION
QUE ACUDE A CHEQUEOS**

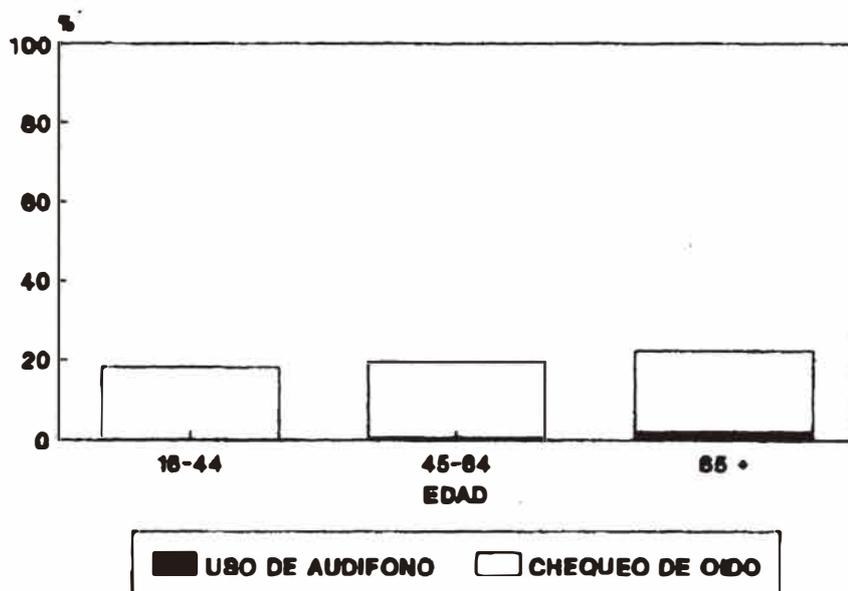


FIGURA 7.—Problemas de oído, chequeos y uso de audífonos

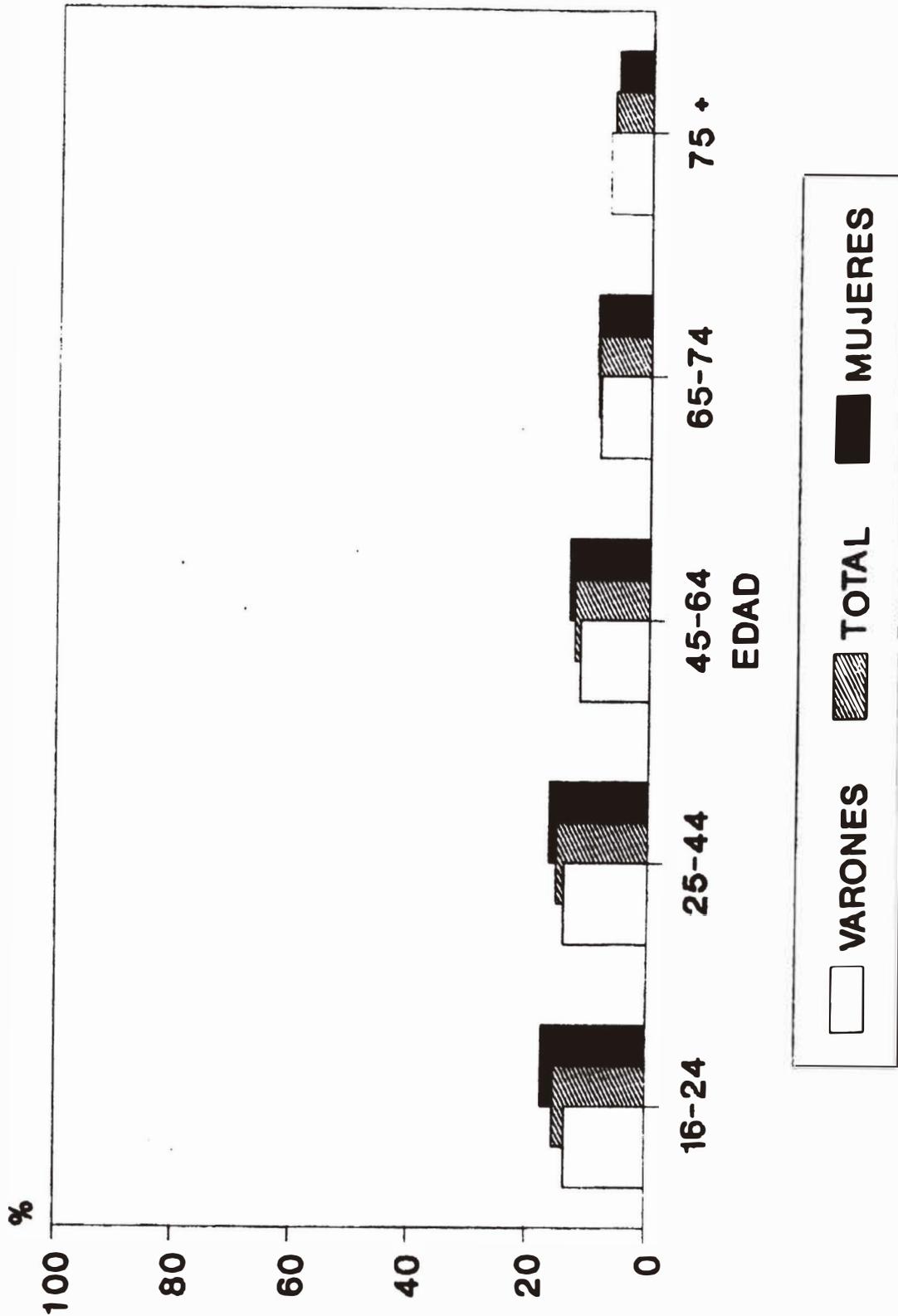


FIGURA 8.—Revisión de dentadura y boca por edad y sexo

También, como consecuencia de las modificaciones fisiológicas, en la edad anciana aparecen una serie de problemas específicos del aparato buco-dental, como la caries y la enfermedad periodontal (piorrea) formadas por la desmineralización del diente y por la calcificación de la placa bacteriana, respectivamente (Carrión, 1991). Además, entre los viejos se observa un desgaste natural de las piezas dentarias (aplanación), lo que provoca una deficiente trituración de los alimentos que se agudiza por la falta de piezas dentarias.

El 86 % de la población ha visitado la consulta del dentista en alguna ocasión a lo largo de su vida, sin observarse diferencias significativas por edad. Ahora bien, tan sólo el 13 % de la población acudió al dentista (para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca) en los últimos tres meses anteriores a la realización de la encuesta y en esta visita sí se observan diferencias muy acusadas por edad (figura 8), siendo los ancianos los que menos acudieron en este período, tendencia opuesta a lo que se supone son los problemas dentales específicos de la edad. Sin embargo, estas proporciones casi se duplican si se tiene en cuenta que la última visita realizada ha sido durante los dos últimos años.

De entre los motivos para acudir al dentista (en alguna ocasión a lo largo de la vida) destaca que sólo un 8 % de los casos declaró la *revisión*, propiamente dicha, y un 9 % la *limpieza de boca*, resaltando significativamente que los ancianos apenas acudieron al dentista por estos motivos en un 3 %, respectivamente.

También por sexo se ha observado una mayor asistencia a consulta del dentista por la población femenina, aunque los motivos de carácter preventivo ya apuntados no ofrecen diferencias significativas por sexo.

En definitiva, se puede señalar que los problemas de vista y oído (órganos importantes entre la población mayor para permanecer independiente) son mucho más acusados entre los ancianos que entre otros grupos de población. Se refieren o declaran menos problemas auditivos que de visión, y este órgano sensorial está más alterado entre las mujeres, a diferencia de lo que ocurre con las alteraciones auditivas más acusadas entre los varones. Proporcionalmente a las deficiencias señaladas, se acude más a chequeos de vista y se usan más aparatos correctores para las deficiencias visuales que para las auditivas.

Por su parte, las consultas realizadas con motivo de revisión de dientes

y de boca son más numerosas entre las generaciones jóvenes y adultas, y también entre la población femenina a excepción de las mujeres ancianas. Asimismo, las variables socioeconómicas de nivel de renta y de instrucción influyen en la decisión de revisar vista, oído y boca, de forma que a mayor nivel económico y de instrucción es más numerosa la población que acude a revisión, a cualquier edad considerada.

Conclusiones

De los resultados expuestos se puede concluir que la población anciana presenta un estilo de vida lejano a lo que actualmente se define como saludable.

Entre los viejos, la prevalencia de consumo de tabaco es muy elevada, estando asimismo muy extendido el consumo de alcohol y bebidas estimulantes; además, los ancianos invierten su tiempo especialmente en actividades pasivas, y, a pesar de sufrir un evidente deterioro biológico reflejado en una clara tendencia a la multimedicación, son poco proclives a demandar un cuidado sanitario de carácter preventivo.

Este modelo general se ve alterado si atendemos a las características socioeconómicas de la población anciana, de tal forma, que niveles de instrucción y de renta mayores se asocian con estilos de vida más saludables, en lo que se refiere a consumo de medicamentos, actividad física y revisiones médicas periódicas. Sin embargo, estas mismas variables favorecen el consumo de algunas sustancias no saludables (tabaco, alcohol, café/té).

Con respecto a la población con menos de 65 años, se observa, en primer lugar, que los hábitos de consumo de sustancias tóxicas se han moderado entre los más jóvenes, y también que el aumento de la morbilidad asociada con la edad suele llevar aparejada una restricción en estos consumos (con la aparición de más ex fumadores y menores proporciones de grandes bebedores, por ejemplo entre los ancianos). En segundo lugar, también se detecta que las generaciones más jóvenes tienden a incorporar cada vez más una cierta actividad física a su rutina diaria. Finalmente, se aprecia una actitud más positiva hacia la prevención sanitaria entre las cohortes de menor edad. Sin embargo, la población femenina más joven ha adoptado hábitos tradicionalmente considerados masculinos con la consi-

guiente disminución de las diferencias por sexo en lo que se refiere, fundamentalmente, a consumos tóxicos y actividad física.

Si estas tendencias apuntadas se mantuvieran es de suponer que cada vez en mayor medida accedan a la vejez generaciones con estilos de vida más saludables, aunque este proceso no será tan rápido como cabría esperar.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL, Th.: «Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings», *Social Science & Medicine*, n. 32, 1991, pp. 899-908.
- ABELLÁN, A.: *El envejecimiento de la población. Tendencias e implicaciones*. Documento de trabajo n. 1. Madrid, 1990, IEGA-CSIC, Departamento de Geografía Humana y Regional.
- ABELLÁN, A.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; RODRÍGUEZ, V., y ROJO, F.: «El envejecimiento de la población española y sus características sociosanitarias», *Estudios Geográficos*, n. 199-200, 1990, pp. 241-257.
- CARRIÓN, J. A.: «La salud buco-dental. Problemas y cuidados», *60 y más*, n. 73, 1991, pp. 36-37.
- DUFOUR, M.; COLLIVER, J.; GRIGSON, M. B., y STINSON, F.: «Use of Alcohol and Tobacco». In: CORNONI-HUNTLEY, J. C.; HUNTLEY, R. R., y FELDMAN, J. J. (Eds.): *Health Status and Well-Being of the Elderly*, Oxford, 1990, Oxford University Press.
- GRISOLÍA, S.: «Genética del Alcoholismo», *El Médico*, número de abril, 1990, pp. 76-85.
- HANSLUWKA, H. E.: «Measuring the health of populations, indicators and interpretations», *Social Science & Medicine*, n. 20, 1985, pp. 1.207-1.224.
- JIMÉNEZ, F.: «Hábitos tóxicos e incapacidad en Geriatría», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, n. 26, 1991, pp. 115-124.
- JIMÉNEZ, C. A.; SOLANO, S.; FLÓREZ, S., et al.: «Tabaquismo (I). Características histórico-epidemiológicas», *Inflamación*, n. 1, 1991, pp. 64-67.
- KENKEL, D. S.: «Health behaviour, health knowledge and schooling», *Journal of Political Economy*, n. 2, 1991, pp. 287-305.
- LUNDBERG, D.; ROSEN, B., y ROSEN, M.: «Who stopped smoking? Results from a panel survey of living conditions in Sweden», *Social Science & Medicine*, n. 5, 1991, pp. 619-622.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Encuesta Nacional de Salud*, Madrid, 1987, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Indicadores de Salud*, Madrid, 1990, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MORALEDA, M.: «Tercera edad y consumo de sustancias tóxicas», *60 y más*, n. 37, 1988, pp. 28-31.
- NEBOT, C.; CANELA, J.; TRESSERA, M. A., y SALLERAS, Ll.: «Hábito tabáquico en la población mayor de sesenta y cinco años en Catalunya», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, n. 26, 1991, pp. 56-59.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Medicamentos para el anciano*, Madrid, 1987, Ministerio de Sanidad y Consumo.

ENVEJECIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA...

- PADILLA, M. R.: «Envejecimiento: su repercusión física», *60 y más*, número extraordinario diciembre-enero, 1984-85, pp. 24-26.
- ROBBINS, M. C., y KLINE, A.: «To smoke or not to smoke: a decision theory perspective», *Social Science & Medicine*, n. 33, 1991, pp. 1.343-1.347.
- SAN MARTÍN, H.; CARRASCO, J. L.; YUSTE, J., *et al.*: *Salud, Sociedad y Enfermedad*, Madrid, 1986, Editorial Ciencia 3.
- TINKER, A.: *The elderly in modern society*, London, 1984, Longman.
- VÍCTOR, Ch. C.: *Old Age in Modern Society*, Beckenham, 1987, Croom Helm.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Basic Documents*, 33rd edition (incluye las enmiendas adoptadas hasta febrero de 1983), Geneva, 1983, World Health Organization.

RESUMEN.—*Envejecimiento y estilos de vida saludables en España.* La investigación que se presenta es una aproximación al análisis de los estilos de vida relacionados con la salud entre la población anciana española, con el objetivo de comprobar sus diferencias con las generaciones más jóvenes, resaltando el papel que juegan las variables de sexo, nivel de instrucción y nivel de renta.

Los resultados demuestran correlaciones estadísticas negativas entre la edad y el seguimiento de conductas saludables, diferencias significativas en las actitudes saludables por sexo, sobre todo en las edades avanzadas, y una incidencia importante de unos niveles de educación y renta elevados en la aparición de estilos de vida propicios a una buena salud, con la excepción del consumo de tabaco y alcohol.

PALABRAS CLAVE.—Envejecimiento. Indicadores de salud. Estilos de vida. España.

ABSTRACT.—*Ageing and health lifestyles in Spain.* This research is an approach to the analysis of health lifestyles of the elderly people in Spain, aiming to show their differences with younger cohorts, highlighting the role of gender, academic level and income.

The main results show negative statistical correlations between age and the maintaining of healthy behaviour, significant differences in healthy attitudes by gender, specially in old-old people, and an important incidence of high educational and income level, when we are considering lifestyles necessary for a good state of health, with the exception of tobacco and alcohol consumption.

KEY WORDS.—Ageing. Health indicators. Health lifestyles, Spain.

RÉSUMÉ.—*Vieillesse et modes de vie liés à la santé en Espagne.* Cette recherche c'est une approximation à l'analyse des modes de vie attachés à la santé chez les vieilles espagnoles. L'objectif est vérifier les différences par sexe, niveau d'instruction et rente par rapport aux cohortes plus jeunes.

Les résultats montrent corrélations statistiques négatives entre l'âge et les conduites liés à la santé, aussi différences significatives des comportements par sexe surtout parmi les plus vieilles, et une plus forte influence du niveau d'études et revenus élevés sur les modes de vie associés à une bonne santé, avec l'exception de la consommation du tabac et alcool.

MOTS CLÉS.—Vieillesse. Modes de vie. Indicateurs de santé. Espagne.