

LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO COMO CONTENIDOS PREFERENTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA VEJEZ

María R. Belando Montoro
Facultad de Educación
Universidad de Murcia

1. INTRODUCCIÓN

El grupo de población de mayores de 60 años no sólo está creciendo en los países desarrollados sino, también, en los menos desarrollados; pero los porcentajes más altos se encuentran en los primeros porque la mejora de las condiciones de vida, especialmente la alimentación, la Salud Pública y la atención médica son, en estas zonas, mayores. Sin embargo, sucede todo lo contrario cuando se trata de la longevidad individual —su prolongación ha sido menos notoria—: las longevidades más largas se suelen encontrar en regiones poco desarrolladas y aisladas de los modos de vida modernos que incluyen más factores de riesgo (físicos, biológicos y mentales). De ahí que para hacer más lento y más largo el proceso de envejecimiento (aumentando la etapa de juventud y/o la de adulto¹) sea necesario cambiar los modos de vida y los hábitos actuales por otros más saludables.

No se trata de «rejuvenecer» un organismo ya envejecido —como nos tratan de convencer en la actualidad, a través de recetas, dietas, píldoras, cremas, etc.—, ya que esto es imposible (al menos hoy); pero lo que sí se puede es dar más vida a los años que quedan por vivir, y para conseguir este objetivo la educación para la salud es uno de los medios más eficaces.

1 En las investigaciones realizadas en comunidades, como la de la región de Vilcabamba, en el sur de Ecuador, se observa que la condición física y de actividad de los longevos corresponde a la de adultos de 40 ó 50 años, y su estado mental es de lucidez (San Martín y Pastor y Aldeguer, 1990). En estos grupos, pues, se prolonga la vida adulta activa, y la vejez se produce más tarde que en las zonas y países desarrollados.

2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA VEJEZ

La salud constituye el elemento más importante del bienestar de las personas, pero quizá es más valorada en la vejez porque permite el acceso a otros factores también fundamentales de la calidad de vida en estas edades —en las que el tiempo libre es el elemento más representativo en su espacio vital—, como es la posibilidad de interacción social, la independencia y los viajes, entre otros.

S. Lemos (1994), basándose en dos investigaciones longitudinales referidas a la relación entre el estado de salud y siete actividades o características conductuales, realizó un análisis de los resultados de ambas y, en concreto, de la influencia de dichas conductas sobre la salud del grupo de más edad (60 a 69 años), llegando a las siguientes conclusiones:

- el riesgo de muerte aumenta cuanto menor es el *ejercicio físico*, siendo superior en las mujeres;

- el *consumo de tabaco* tiene mayor relación con el riesgo de muerte en los varones que en las mujeres; lo mismo ocurre con el *consumo de alcohol*;

- cuando el *peso corporal* se acerca al promedio hay un menor riesgo de muerte, que se incrementa en situaciones de bajo peso;

- en cuanto a los *patrones de sueño*, las tasas más bajas de muerte corresponden a los que duermen entre 7 y 8 horas diarias, incrementándose el riesgo de muerte en los sujetos que sobrepasan o están por debajo de este nivel;

- existe una relación entre desarreglos en el *hábito de desayunar* y el riesgo de muerte, pero los resultados estadísticos no son significativos; y,

- no se ha apreciado relación significativa entre comer entre horas y riesgo de mortalidad, controlando el estado de salud física original. Pero se observa que, en el grupo de varones de 60-69 años, la tasa de mortalidad es casi un 10% más elevada en aquellos que casi siempre comen entre horas que en los que manifiestan no hacerlo habitualmente.

S. Lemos (1994:99) subraya que «estos hábitos de vida han mostrado una relativa independencia entre sí, excepto correlaciones moderadas entre fumar, beber y no desayunar, observándose tendencia hacia un efecto acumulativo sobre el riesgo de muerte».

Sin embargo, nuestro objetivo no se ciñe a evitar las conductas que conllevan un riesgo de mortalidad; lo que pretendemos es conseguir mejorar las condiciones de salud en la vejez, especialmente en lo que respecta al área física.

El cuerpo, en estas edades, puede ser un factor limitante tanto física como psíquicamente (por la imagen negativa que hoy tienen las arrugas, las

canas, la calvicie, el encorvamiento, etc.), por ello, es fundamental desarrollar un estilo de vida sano que permita una vida activa e independiente, lo cual favorece no sólo la salud física, sino también la mental y la social.

A través de la educación para la salud se facilitan las modificaciones de conducta y las actitudes orientadas a la salud. Sin embargo, el cambio del estilo de vida, en la vejez, presenta ciertos obstáculos que deben ser considerados:

— «Costumbres y hábitos muy arraigados, siendo laboriosa su modificación.

— Menor capacidad de aprendizaje y memoria de fijación.

— Frecuente presencia de patologías orgánicas (insuficiencia vasculocerebral crónica, etc.)» (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984:30).

Esto no significa que la educación para la salud no sea una actividad viable en las personas mayores, simplemente implica que el aprendizaje de los nuevos conocimientos y destrezas será más lento y su logro estará altamente condicionado por el método que se utilice. En este sentido, el método que se recomienda, ya que es el más efectivo en estas edades por ser el más directo, es el diálogo interpersonal entre el educador para la salud y el anciano y/o su familia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984). Las actividades grupales como charlas, mesas redondas o conferencias pueden ser utilizadas como método de apoyo al anterior; dichas actividades por sí solas no suelen tener grandes incidencias en sus receptores; los cambios adoptados en pro de la salud suelen ser muy escasos tras la participación, generalmente pasiva, en ellas.

En cuanto a los contenidos de la educación para la salud en la vejez, nuestra propuesta se desarrolla a través de dos grandes apartados:

2.1. FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

Entre los factores que deterioran nuestra salud física, psíquica y social, aceleran el proceso de envejecimiento y pueden provocar enfermedades, destacan los siguientes:

— Soledad. Aburrimiento.

— Sedentarismo.

— Estrés.

— Cualquier enfermedad (hipertensión arterial, osteoporosis, diabetes, artrosis, etc.).

— Hábitos tóxicos:

• Tabaquismo

• Alcoholismo

• Automedicación y sobremedicación

— Hipernutrición e hiponutrición.

— Obesidad.

2.2. FACTORES QUE FAVORECEN LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD EN LA VEJEZ

- Sueño y descanso.
- Ejercicio físico.
- Chequeos periódicos.
- Termalismo.
- Alimentación.
- Sexualidad.
- Higiene personal.
- Higiene de la vivienda. Prevención de accidentes domésticos.
- Participación sociolaboral.
- Actividad intelectual. Filosofía de vida positiva.

De ellos, en este artículo, vamos a desarrollar los referentes a la actividad y al descanso, completados con el sedentarismo en contraposición a la vida activa y sana.

3. ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

Es una ironía que la simple necesidad biológica de actividad física se haya convertido en un elemento o factor que conlleve el desarrollo de riesgos y la inversión de dinero para asistir a clases en un gimnasio, comprar vídeos o libros sobre programas de gimnasia, comprar aparatos para realizar ejercicios físicos en casa, etc. Es la ausencia de trabajo físico «duro», consecuencia, especialmente, de los avances tecnológicos, y tomado como una muestra del desarrollo de nuestras sociedades, lo que hace necesario la creación de programas de ejercicio adecuados a las necesidades, circunstancias o gustos de cada uno. El interés despertado, desde hace ya algunos años, por estos temas nos revela uno de los numerosos aspectos negativos del estilo de vida característico de nuestra cultura actual. En comunidades longevas investigadas (como la de Vilcabamba en el sur de Ecuador, en los Andes, o los Hounzas en Pakistán, en los Himalayas occidentales) la actividad física forma parte de la vida cotidiana del individuo, tanto en las labores agrícolas de subsistencia, como en las actividades usuales de sus vidas.

3.1. EJERCICIO, SALUD Y LONGEVIDAD

Según Pelletier (1986) el campo concerniente al ejercicio físico y su relación con la salud es, junto con el de la nutrición, el que tiene una mayor cantidad de opiniones insustanciales. Pero aún es más inseguro y controvertido el papel que el ejercicio físico juega en relación a la longevidad.

Basándose en diferentes investigaciones, Pelletier (1986), comenta cómo se ha llegado a desarrollar un enfoque más amplio sobre la interacción entre la práctica del ejercicio físico y la extensión de la expectativa de vida. No se puede afirmar escueta y concluyentemente, y menos aún de modo general (pues hay que tener en cuenta la diversidad de factores que influyen en la creación de riesgos para la salud o, al contrario, el desarrollo de efectos positivos), que la actividad física sea beneficiosa para la salud y alargue la vida, aunque hay pruebas que indican que podría ser así. Sin embargo, hay que ser prudentes en este tema y explicar la correlación entre estas variables, atendiendo a una serie de factores. Existen investigaciones que muestran que la actividad física excesiva puede ser tan destructiva como su ausencia, es necesario saber y tener presente que hay riesgos potenciales, especialmente después de los 35 años; y, por otro lado, hay controversia con respecto a los límites de los beneficios del ejercicio. Es necesario tener en cuenta que no es preciso lograr un nivel de aptitud profesional o incluso competitiva para alcanzar un estado óptimo de salud; el objetivo, según Pelletier (1986), debe ser alcanzar un estilo de vida activa, que cumpla las cinco características básicas de ejercicio, de acuerdo con el doctor Harold H. Bloomfield. Éste recomienda estar, al menos, dos horas diarias de pie, hacer unos minutos de ejercicio moderado hasta que las pulsaciones aumenten hasta 120 y, actividad física que queme, al menos, 300 calorías. Su objetivo es conseguir una fuerza, contorsión, habilidad y energía suficientes para mantener la flexibilidad y la elasticidad. Estos requisitos, que a primera vista pueden parecer mínimos, producen beneficios tanto cardiovasculares como psicológicos.

No obstante, y a pesar de la precavida opinión de Pelletier, la mayoría de autores coinciden en señalar una estrecha relación entre ejercicio físico y salud, aunque también se subraya, como indicaba dicho autor, que existen numerosos y diferentes elementos que confluyen en la salud, favoreciéndola o perjudicándola. Concluyendo, podemos afirmar que el ejercicio físico, realizado de forma continua (este aspecto es importante considerando que el ejercicio tiene beneficios acumulativos), moderada y controlada, es uno de los elementos fundamentales para una mejor calidad de vida en la vejez y forma parte de un estilo de vida que permite una vida activa e independiente, lo cual hace que la persona mayor se sienta mucho mejor con ella misma y con los demás, logrando no sólo una salud física sino también mental.

Algunos autores han analizado los beneficios que la realización de ejercicio físico lleva consigo. En lo referente a los aspectos psicosociales U. Lehr (1994) indica que puede facilitar los siguientes elementos positivos: fomento de relaciones sociales, constituyendo una forma de evitar los sentimientos de soledad y, mejora de la propia imagen; además, puede considerarse como un factor organizativo del tiempo libre. También Jover de Castro (1990) hace referencia a la aportación que los deportes hacen en el área

psico-social, coincidiendo con Lehr (1994) en que contribuyen al aumento de relaciones sociales (especialmente cuando se trata de deportes de equipo) y, también, en que favorece una mejor imagen de uno mismo a través del refuerzo de la seguridad en sí mismo, ya que el ejercicio ayuda, entre otras cosas, a perder el miedo a las situaciones de esfuerzo, a la vez que fortalece la habilidad para responder más rápidamente ante las situaciones de la vida diaria moderna. Jover de Castro (1990) señala, asimismo, que el deporte favorece el incremento de la capacidad intelectual del anciano, ya que es necesario aprender ciertas reglas de juego, puntuación, técnicas, etc. y, por último, el interés por un deporte es interés por una actividad además de una atracción por su entorno (podemos extender esta idea y añadir que, el deporte, constituye una forma de ocupar el tiempo libre de forma satisfactoria, ya que es una actividad que el anciano desea practicar y que le puede aportar, como ya hemos comentado, múltiples beneficios).

Investigando más intensamente en el tema, encontramos que el ejercicio físico favorece el desarrollo de un acervo importante de beneficios. Así, podemos señalar que un ejercicio adecuado y practicado regularmente, mantiene la flexibilidad de las articulaciones, la rapidez de los reflejos, la capacidad de reserva del aparato respiratorio y circulatorio —con lo que se incrementa el riego sanguíneo a todos los órganos y la oxigenación de la sangre— y la fuerza muscular, incrementa la resistencia ante el esfuerzo y aumenta la coordinación, la estabilidad y la agilidad; por otro lado, ayuda a estabilizar la tensión arterial (aumentándola en los hipotensos y disminuyéndola en los hipertensos), mejora la calcificación ósea, corrige el estreñimiento, contribuye a que descienda el nivel de glucosa y de colesterol en la sangre, elimina el estrés y la tensión emocional, retrasa el envejecimiento biológico, favorece el poder de concentración, mejora el aspecto físico, impulsa la actividad intelectual y el equilibrio afectivo, etc.

3.2. ALGUNAS RECOMENDACIONES

Según Pelletier (1986) existe un alto grado de consenso sobre varios de los componentes que deberían formar parte de un programa óptimo de ejercicio a lo largo del desarrollo adulto:

1. Examen físico previo al ejercicio en el que se incluya: análisis físicos orientados de cara a su práctica, historiales médicos personales, y factores de riesgo para hombres y mujeres, en especial, después de cumplir los 35 años.

2. Períodos de precalentamiento (antes de iniciar el ejercicio) y enfriamiento (al finalizar el ejercicio). Parece ser que este procedimiento es una buena prevención para muchas lesiones (relacionadas con el deporte) en las articulaciones y en los tejidos blandos. Además, dichos ejercicios pueden favorecer el incremento de la gama de movimientos en las articulaciones, y minimizar el dolor posterior al ejercicio, particularmente, en las etapas iniciales.

3. Frecuencia, duración e intensidad del ejercicio. Se suele coincidir en que la frecuencia debe ser de un mínimo de tres veces por semana, en días no consecutivos. Es muy importante mantener la frecuencia.

La duración del período de ejercicio debe oscilar entre 20 y 30 minutos (que da tiempo al cuerpo para pasar de la fase «anaeróbica» a la «aeróbica» de la actividad, en la que el glucógeno y los ácidos grasos se utilizan como combustible), manteniendo el nivel de «pulsaciones de ejercicio». Es importante, en este sentido, que la intensidad de la actividad física se base en el «índice de pulsaciones». Es fundamental conocer las pulsaciones o latidos del corazón que pueden alcanzarse durante la realización del ejercicio físico y que puede soportar, sin excederse, el sistema cardiovascular. Ya que es beneficioso mantener un pulso objetivo sostenido, las mediciones de las pulsaciones podrán tomarse inmediatamente después del período de ejercicio.

4. Tipos de ejercicio. Pelletier (1986) recomienda diversas actividades (andar, correr, esquí de travesía, bailar jazz, nadar y montar en bicicleta), sin embargo, subraya la importancia de que la práctica de éstas permita disfrutar al que las realice, y de que estén integradas en el estilo de vida continuo de la persona.

5. Factores o variables psicológicas. Entre los efectos psicológicos que la actividad física regular produce, Pelletier señala, basándose en diversos estudios, los siguientes: atracción de la respuesta de relajación, marcada reducción de la ansiedad aguda y notable alivio de la depresión.

Por último, indica la importancia de cada uno de estos componentes en un programa personal de ejercicio, y añade que estos deben adaptarse, según las diferentes necesidades, a lo largo de la vida del individuo.

A partir de esta interesante propuesta de Pelletier (1986) hemos querido hacer la nuestra, apoyándonos en las recomendaciones de otros estudiosos e investigadores sobre el tema que, además de los factores ya señalados, añaden varios elementos de especial consideración a la hora de realizar ejercicio físico. No tratamos de ser exhaustivos en esta relación de consejos sobre la realización de actividades físicas en la vejez. Simplemente, hemos querido explicitar las orientaciones más relevantes para un primer acercamiento a la comprensión y conocimiento del tema, a la vez que, evidentemente, resultan de gran ayuda a la hora de la práctica:

— Buscar una actividad que sea agradable para la persona que la realiza y la mantenga activa diariamente. El ejercicio debe ser una combinación de placer y utilidad. En la propia casa hay miles de posibilidades para realizar ejercicios muy diversos; no hay que dejar de aprovechar estas oportunidades.

— Si no se está acostumbrado a hacer ejercicio (cuando la persona mayor se interesa por primera vez por los deportes o el ejercicio o, asimismo, tras un largo período de inactividad):

- debe hacerse un reconocimiento médico. Éste ofrece una orientación sobre el nivel hasta el cual el sistema respiratorio podrá responder a las exigencias del ejercicio elegido². Las contraindicaciones o limitaciones, según Jiménez Herrero (1990), no vienen de la edad, sino, fundamentalmente, de la situación cardiorrespiratoria, calidad de la homeostasis y patología asociada que tenga el individuo.

Se debe decir al médico si se padece alguna enfermedad y si se está tomando alguna medicina.

- si fuma, debe dejarse o fumar menos.
- si se está obeso, se debe intentar adelgazar.

— Cuando aparezcan mareos, fatiga, taquicardia, cuando parece faltar el aire... se debe dejar de inmediato el ejercicio y consultar al médico. Estos son signos de que la actividad o ejercicio que se está realizando no es el adecuado.

— El mejor ejercicio es el multidisciplinario. O sea, combinar la gimnasia sistemática con deportes como la marcha a pie, la natación, el ciclismo, etc.

— Olvidarse de conseguir ser el mejor, de lograr los mejores tiempos. No hay que tratar de llegar al límite de las posibilidades, esto conlleva riesgos físicos.

— Si no se tiene afición por ningún deporte, los paseos constituyen un ejercicio muy beneficioso para nuestra salud (activa la circulación sanguínea, mejora la aireación de los pulmones y ayuda a dormir mejor). Se deberá hacer de forma regular y sistemática, e ir aumentando poco a poco la distancia. Hay que andar al menos entre treinta minutos y una hora al día.

— No se debe intentar recuperar el tiempo perdido, pues los beneficios del ejercicio se logran con constancia y paciencia.

— Utilizar ropa adecuada al tipo de ejercicio y al tiempo atmosférico (cuando se realiza en el exterior).

— Ejercicios y deportes aconsejables para las personas mayores³ son, entre otros: la marcha y el footing, la natación, el ciclismo (sobre todo, la

2. El examen médico, según Marcos Olivares (1994), permite además:

- descubrir enfermedades poco importantes y fácilmente curables;
- detectar factores de riesgo (como hipertensión o diabetes) que pueden dar lugar a enfermedades importantes;
- descubrir enfermedades graves, de una manera precoz y, así, poder tratarlas en sus fases iniciales, lo que resulta más eficaz;
- impedir que pequeñas molestias o incapacidades, si no se les presta la debida atención, se conviertan en enfermedades más graves y difíciles de tratar.

3 En Jiménez Herrero (1990: pp. 75-81) se ha realizado un análisis de las limitaciones y contraindicaciones que las personas mayores tienen en diferentes deportes. Jover de Castro (1990: pp. 240-255) ofrece un amplio análisis sobre los beneficios, el equipamiento necesario, el lugar adecuado y la forma de realizar algunos deportes y actividades en la vejez.

bicicleta fija; para utilizar la móvil preguntaremos al médico), caza, baile, yoga, pesca, baloncesto y balonvolea, bolos, petanca, billar, ping-pong, tenis, esgrima, golf, equitación (si se tiene costumbre de montar a caballo), tiro con arco, etc. Los ejercicios al aire libre se realizarán siempre con buenas condiciones climáticas.

Además, todo plan de ejercicios debe ir acompañado de otro de alimentación, y debe seguirse durante toda la vida, pues, de no ser así las ventajas se pierden.

San Martín y Pastor y Aldeguer (1990) añaden a estas recomendaciones una última, para cuando se finaliza el ejercicio, y es que, en el baño o ducha que se realice tras él, es beneficioso para el sistema vascular el realizar masajes y fricciones con un guante rugoso, y llevar el chorro de agua —fría— partiendo de las extremidades hacia el corazón; y, después de todo esto, un reposo horizontal durante 15 o 20 minutos.

3.3. EL YOGA Y EL TAI-CHI: LA AUTORREALIZACIÓN Y LA LONGEVIDAD

A) *Los beneficios de la práctica del yoga en la vejez*

El origen del yoga está en la India, donde se viene practicando desde hace cientos de años. En esta técnica se utiliza la meditación como medio para alcanzar el máximo bienestar corporal y la máxima serenidad de la mente.

El yoga es un conjunto de ejercicios físicos y mentales que requieren un mínimo esfuerzo. El yoga físico se compone de posturas y técnicas de control respiratorio y de relajación. En el aspecto físico, el yoga previene y ayuda a curar la artrosis, el reumatismo, el lumbago, la osteoporosis y los dolores de espalda y cervicales; además, relaja el sistema nervioso, potencia la capacidad respiratoria, estimula el riego sanguíneo, facilita la digestión y aporta flexibilidad a la columna vertebral y las articulaciones. También es eficaz en la mejora y prevención de trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad e, incluso, fobias y obsesiones; favorece el autocontrol de la persona y ayuda a combatir el insomnio, la gastritis, alergias y úlceras.

Sus efectos positivos son muy similares a los del tai-chi, como vamos a ver.

B) *El taichi: arte milenario de salud y longevidad*

Durante siglos se han buscado fórmulas para conseguir la longevidad. En la filosofía china llevar un estilo de vida equilibrado es de vital importancia para lograr dicho objetivo. Los chinos han desarrollado muchas formas de ejercicios marciales para la mejora de la energía, los cuales ayudan a la circulación sanguínea y rejuvenecen el cuerpo, uno de los más popula-

res es el tai-chi. También han desarrollado maneras diversificadas de conseguir la relajación de la mente, que es otro de los factores que inciden sobre la longevidad.

Parece ser que el tai-chi, según nos comenta Mesas (1995), surgió en las instituciones taoístas⁴ como juego para que los niños estuviesen entretenidos; eran ejercicios derivados de las artes marciales y se utilizaban, también, como ejercicios de rehabilitación (para los convalecientes de enfermedades y lesiones). Mao she Tung, al observar que los que practicaban esta gimnasia se encontraban más sanos y gastaban menos productos farmacológicos, decidió recomendarlo. Aunque este ejercicio llegó a practicarse de forma masiva cayó, más tarde, en el desuso; sin embargo, en la mayoría de los chinos había creado hábito y seguían practicándolo. De China pasó a EEUU y, luego, a Europa.

El tai-chi está compuesto por unos ejercicios sencillos encadenados que persiguen, con armonía, el centro del equilibrio entre cuerpo y mente. Aunque se puede practicar en todas las edades es, sobre todo, adecuado para los mayores porque necesitan poco esfuerzo físico y, a través de sus movimientos equilibrados, suaves y fluidos, que hacen trabajar todas las articulaciones, músculos y ligamentos, se frena la atrofia que aparece en muchos ancianos debido a su inactividad, previniendo además enfermedades óseas y musculares. También se aumenta la capacidad respiratoria y produce una relajación adecuada.

Concluyendo, podemos considerar el tai-chi como un sencillo método de autorrelajación que mejora al individuo tanto física como mental y espiritualmente.

4. SUEÑO Y DESCANSO

Parece ser que, según indican Morris y McManus (1992), es esperable un aumento de variabilidad en los patrones del sueño en relación con la edad y, según estos autores, lo habitual es que se produzca una ligera tendencia a un aumento del sueño total diario. La edad en que se producen estos cambios de los patrones de sueño es, en opinión de Kalish (1983), altamente individual, reflejando la cantidad de diversión que han experimentado en sus actividades diarias las personas de edad. Así, no se puede generalizar, y la mayoría de los autores coinciden en señalar que hay que dormir las horas necesarias, ni más, ni menos. También son grandes las diferencias individuales en cuanto al descanso; según Kalish (1983) no es lo mismo para los ancianos que han sido activos durante toda su vida, para los que, quizá, no sea tan necesario aumentar el descanso.

4 En las prácticas taoístas chinas se trataba de obtener la perfección física y mental del hombre, que permitiera la juventud y la inmortalidad (San Martín y Pastor y Aldeguer, 1990).

Con el sueño el organismo repone fuerzas y repara sus desperfectos (Artigas García, 1984); pero, al dormir demasiado se produce una sensación de somnolencia y, aparece el cansancio fácilmente, por lo que no se está todo lo activo que se podría durante el día y, según Moreno Lara (1988), puede llevar a un aumento de peso. Hay que descansar un mínimo de 8 ó 9 horas diarias; algunos autores recomiendan que después de los 70 se debe dormir un mínimo de diez horas (Moreno Lara, 1988). Sin embargo, las horas de sueño son relativas para cada persona, lo importante es levantarse descansado.

Después de los 60 suelen aparecer problemas de sueño, fundamentalmente interrupción o intervalos durante la noche y somnolencia y sueños ligeros (pequeñas cabezadas) durante el día. Bootzin y Engle-Friedman (1990) han analizado extensamente las *causas de los trastornos del sueño*, destacando las siguientes:

1. *Cambios evolutivos asociados con el envejecimiento.* Los cambios observados en los parámetros de sueño de las personas mayores podrían ser debidos a una degradación del sistema nervioso central. Se mencionan las siguientes modificaciones: aumento de la frecuencia y de la duración del despertar (sobre todo, en la última mitad de la noche), mayor dificultad en dormirse inicialmente y en volver a dormirse, y una disminución del sueño profundo.

2. *Alteraciones físicas.* Aunque son numerosos los trastornos físicos que pueden interferir con el sueño debido, especialmente, a la sensación de malestar o dolor que provocan, los autores destacan los trastornos respiratorios relacionados con el sueño (la apnea del sueño y la hipoapnea) y dos trastornos musculares que se incrementan con la edad y que, también, pueden ocasionar alteraciones del sueño: las mioclonias nocturnas y las parestesias nocturnas de las piernas.

3. *Medicación* (tanto con prescripción como sin ella). Algunas medicaciones para otros trastornos físicos como los recetados para el asma (por ejemplo, la teofilina), los antidepresivos tricíclicos, algunos antiparkinsonianos, así como algunos antihipertensivos, pueden ocasionar diferentes alteraciones del sueño. Pero, en este apartado, los autores quieren hacer hincapié en la utilización de hipnóticos por parte de los ancianos. El uso continuado de hipnóticos causan un sueño menos profundo y con más interrupciones —y, como depresores del sistema nervioso central, parece ser que también afectan a la respiración—, además la tolerancia a éstos se produce rápidamente, por lo que cada vez se requiere una mayor dosis para obtener el mismo efecto. Se indica, asimismo, que efectos equivalentes se producen, igualmente, con los tranquilizantes como el diazepam (Valium). Bootzin y Engle-Friedman (1990) opinan que ni éstos ni los hipnóticos pueden considerarse tratamientos adecuados para combatir los trastornos crónicos del sueño, especialmente, en los ancianos.

4. *Alcohol.* Éste provoca los mismos problemas que se han señalado para los hipnóticos y los tranquilizantes cuando se beben habitualmente

grandes cantidades antes de acostarse. Además, el alcohol potencia los efectos de los hipnóticos y de otros depresores. Y parece ser que los ancianos toleran el alcohol peor que los jóvenes, ya que en aquéllos las toxinas permanecen largo tiempo en el organismo.

5. *Cafeína y nicotina.* Ambos causan un sueño más ligero y con un despertar frecuente, ya que son estimulantes del sistema nervioso central. Como ocurría con el alcohol, en los ancianos la nicotina (que tiene una vida media plasmática de unas seis horas) parece que produce sus efectos durante más tiempo que en otras edades, por ello se recomienda eliminar, o al menos reducir, la ingesta de cafeína y evitar el consumo de tabaco, especialmente por la tarde y por la noche, para lograr una mejoría en los patrones de sueño.

6. *Estrés.* En este apartado se hace alusión a todos los acontecimientos que se suelen producir con el envejecimiento, como la muerte del cónyuge, la jubilación, problemas de salud, etc., que causan estrés y ello, a su vez, puede afectar al sueño.

7. *Psicopatología.* Parece ser que las personas mayores que son insomnes son menos depresivas y ansiosas que los insomnes más jóvenes. Sin embargo, estos autores declaran que cuando los problemas psicológicos aparezcan acompañados de alteraciones de sueño el terapeuta debe atender ambos trastornos por separado y «no debería presuponer que la mejoría de unos provocará la mejoría automática de los otros» (p.79).

8. *Inactividad.* Muchos ancianos llevan una vida inactiva y, además, suelen dormir siestas durante el día con frecuencia. Ello produce un sueño más ligero y REM⁵ durante la noche y un despertar más frecuente, ya que se desarrolla de forma similar a la de la segunda mitad de una noche de sueño típica. La siesta de la tarde o del anochecer presentan las características contrarias: un sueño más profundo y menos sueño REM.

9. *Factores ambientales del sueño.* En opinión de Bootzin y Engle-Friedman (1990) no hay un grado ideal de temperatura o de dureza del colchón, y las personas podemos acostumbrarnos a dormir bien en superficies y temperaturas muy diferentes; sin embargo, a lo que parece ser que no se da una adaptación total es al ruido. Este suele provocar una menor cantidad de sueño profundo y un aumento de la frecuencia del despertar. En los ancianos, probablemente, incidirán más estos trastornos si tenemos en cuenta que tienen una mayor facilidad para despertarse y presentan más dificultades para volver a dormirse, tras haberse despertado.

10. *Hábitos de sueño.* Muchas personas adquieren malos hábitos de sueño realizando actividades que no constituyen una pauta o clave para el

5 REM es la etapa de sueño que se asocia típicamente con soñar, y ocurre cada 90 a 100 minutos. La mayor proporción de sueño REM se produce en la última mitad de la noche porque los períodos REM tienden a alargarse en duración en ésta.

sueño, sino todo lo contrario; así, por ejemplo, utilizar el dormitorio para hablar por teléfono, ver televisión o pensar en las preocupaciones, puede llevar al despertar fisiológico. Por ello, se observa que los insomnes suelen dormir bien en otros sitios, fuera de su cama. Sin embargo, ocurre todo lo contrario en las personas que no presentan dificultades para dormirse en su propia cama: estas personas suelen tener problemas para dormir en sitios no familiares.

11. *Refuerzo de la somnolencia.* Por último, se hace referencia al reforzamiento que se hace a la persona que se queja por problemas de sueño; la atención que se les presta o una mayor tolerancia ante sus defectos, cuando se ve al insomne fatigado o irritable -por falta de sueño-, refuerza esta conducta.

Bootzin y Engle-Friedman (1990) subrayan la necesidad de hacer una valoración completa de cada uno de estos factores si se quiere realizar una intervención eficaz. En cuanto al *tratamiento de los trastornos del sueño*, estos autores afirman que se puede realizar a través de intervenciones no farmacológicas y a corto plazo. Se sugieren los siguientes procedimientos:

1. En primer lugar, el *apoyo y la información de la higiene del sueño*, evaluando cada uno de los factores anteriores en el contexto de cada problema individual, para buscar las posibles soluciones. 2. En segundo lugar, se encuentran las *instrucciones del control de estímulos*⁶, con ellas se pretende ayudar a los insomnes a conseguir un ritmo de sueño constante y a afianzar el lecho como una pauta para el sueño, debilitándolo como clave de actividades que podrían provocar alteraciones en éste. 3. Por último, la *formación de la relajación* es el tratamiento no farmacológico más recomendado para el insomnio. En ésta se incluyen varios procedimientos de formación como la hipnosis, el yoga o la meditación trascendental, pero estos autores señalan que la relajación progresiva, desarrollada por Edmund Jacobson, es el método más evaluado en el tratamiento del insomnio y se ha mostrado de gran eficacia.

La combinación de estos tratamientos puede ser adecuada para muchos pacientes; pero, además,

dado que muchos insomnes carecen de las habilidades para enfrentarse con eficacia con el estrés de su entorno, la formación de las habilidades para hacer frente a los problemas, como la reestructuración cognitiva, la formación de habilidades sociales y el control del estrés podrían ser suplementos importantes para controlar el tratamiento de los trastornos del sueño (p. 84).

Por otro lado, Flórez Tascón y López-Ibor (1994) señalan que existen varios tipos de insomnio. El «despertar precoz», llamado así porque el anciano se despierta en la madrugada, es debido a un trastorno depresivo y

6 Para más información sobre este tratamiento, desarrollado por R. R. Bootzin, ver Bootzin y Engel-Friedman, 1990, pp. 81-82.

se produce en la segunda y tercera etapa de la noche. Este tipo de insomnio debe tratarse con antidepresivos, o con hipnóticos (aunque, en este caso, se habrá de prestar atención a la función respiratoria, ya que estos fármacos —como ya hemos comentado— la alteran y, también, a la excesiva sedación; se aconseja, en estas edades, los hipnóticos de vida corta-media).

Aunque el insomnio se suele tolerar bien, para evitarlo y dormir bien, el educador para la salud debe ofrecer los siguientes consejos:

- ante todo, evitar las pastillas para dormir, especialmente, cuando la medicación es autoprescrita, ya que los ancianos pueden quedar sobredosados, o pueden utilizar medicinas que anulen los efectos de otras o adquirir medicamentos ineficaces (Kalish, 1983),

- estar activo durante todo el día y cansarse físicamente; hacer ejercicio durante el día favorece unos patrones de sueño mejores (también parece que posibilita una mejor relajación),

- procurar no dormir durante el día, porque cuando se hace, resulta más difícil conciliar el sueño por la noche; pero cuando se duerma la siesta (unos treinta minutos) es importante tener en cuenta que ésta no debe hacerse inmediatamente después de la comida, sino unos cuarenta minutos después (Moreno Lara, 1988),

- tener un horario uniforme para acostarse y levantarse; acostarse siempre en la misma habitación, sin ruidos exteriores, que la habitación esté bien ventilada y con una temperatura adecuada. También se recomienda no retrasar demasiado la hora de acostarse (muchos autores opinan que se debe ir a la cama antes de medianoche) ni la de levantarse (para evitar que se produzca una modorra general durante el día⁷),

- en las horas antes de acostarse evitar todo aquello que pueda provocar tensiones o preocupaciones: lecturas, películas, discusiones, etc.,

- tomar una cena ligera, y no acostarse al menos hasta una hora después,

- no beber alcohol en exceso (ya que produce un sueño pesado y poco reparador), ni café o bebidas con cafeína,

- realizar ejercicios de relajación, tomar baños de espuma, leche caliente o tisanas, etc.

El dormir bien es fundamental en el descanso, aunque durante el día es también importante que se tengan momentos de reposo tranquilo (valga la redundancia). Cuando no se duerme lo suficiente, se puede sustituir tendiéndose tranquilamente en una habitación oscura, ello relaja y el organismo se recupera.

7 Artigas García (1984) opina que las personas trasnochadoras o de vida disipada difícilmente lograrán una vida larga.

5. SEDENTARISMO

Hemos oído muchas veces como una de las tantas creencias erróneas sobre la vejez que ésta causa invalidez. La invalidez no es consecuencia del envejecimiento físico sino del estilo de vida de la persona. Se ha comprobado que es más perjudicial para nuestra salud un inmovilismo exagerado que un exceso de ejercicio.

La falta de ejercicio, la vida sedentaria, lleva a una tendencia al sueño, a la inactividad, lo que produce una lentitud de reflejos, disminución de la capacidad respiratoria, pérdida de fuerza, disminución de la elasticidad muscular y pérdida de las defensas de nuestro organismo ante cualquier infección. Además, con el sedentarismo, sobreviene el aumento de peso (ya que hay una disminución del gasto energético), reduciendo la agilidad y provocando un cansancio más fácil. Por otro lado, no es recomendable pasar mucho tiempo en cama ante cualquier afección, a no ser que el médico lo aconseje; la cama favorece notablemente el riesgo de complicaciones respiratorias y circulatorias, y tanto los músculos como las articulaciones se atrofian con rapidez. Un ejercicio físico moderado (dependiendo de las circunstancias de cada uno —estado físico, recursos, etc.—), y realizado con regularidad, hará que la persona mayor se sienta mucho mejor tanto física como psíquicamente. La imagen de sí misma mejorará, dormirá mejor, desaparecerá el estrés y la tensión emocional, se encontrará sana y activa.

Sin embargo, sí es recomendable la vida tranquila (no sedentaria) y ordenada para prolongar la existencia y el bienestar. Es importante, en este sentido, evitar el estrés (ante la pérdida del trabajo —la jubilación—, fallecimiento del cónyuge, cambio de casa, etc.) y las prisas de la vida actual, ya que estos factores afectan al organismo y pueden reducir su resistencia a la enfermedad, favoreciendo una patología constituida por «hipertensión arterial, úlcera gastroduodenal, neurosis, jaquecas, infarto cardíaco y cerebral» (S. Martínez Fornés, 1991, p. 64); además, influyen en el proceso de envejecimiento haciéndolo más rápido e intenso (H. San Martín y V. Pastor, 1990).

6. RESUMEN Y CONCLUSIONES FINALES

En nuestro propósito de conseguir una vejez saludable y satisfactoria hemos señalado la educación para la salud como medio para modificar el estilo de vida y los hábitos actuales por otros más saludables. El objetivo último es que el anciano consiga vivir una vejez en el mejor estado físico y psíquico posible que le permita disfrutar de una independencia física, de la participación en las actividades organizadas por las asociaciones o clubs a los que pertenezca (desde los más sencillos juegos de mesa hasta viajes o actividades deportivas), de la relación con su familia, amigos, etc.

Los contenidos de la educación para la salud son múltiples y muy variados, ya que abarcan todas las áreas (física, psíquica y social) de la persona; pero, en este artículo, como hemos visto, sólo nos hemos referido al ámbito de la actividad física y el descanso. Y, para el aprendizaje de los conocimientos y habilidades relacionados con dichos campos hemos propuesto partir del diálogo interpersonal entre el educador para la salud y el anciano y/o su familia, por ser el método más efectivo en estas edades.

La educación para la salud en el tema de la *actividad* y el *ejercicio físico* puede jugar un importante papel, haciendo hincapié en el conocimiento y la valoración de aspectos tales como: la importancia de la continuidad en el desarrollo del ejercicio y, especialmente, de su control, pues cada persona debe realizar la actividad física adecuada a sus necesidades (estado de salud) y circunstancias (estilo de vida y factores que lo determinan), además de que tenga un cierto atractivo o interés para sí misma. El ejercicio físico, como hemos subrayado antes, constituye un elemento favorecedor no sólo de unas mejores condiciones físicas (aporta numerosos beneficios físicos) sino también puede incidir positivamente en el área psico-social, a través de las relaciones sociales que suele fomentar (especialmente, los ejercicios desarrollados en grupo o deportes de equipo); asimismo, disminuye la ansiedad, contribuye a una mejora en el autoconcepto, ayuda a superar la depresión, etc. Así, la educación para la salud en el área del ejercicio físico puede favorecer la salud tanto física, como psíquica y social, o sea, la salud integral.

Por último, y en lo referente al *descanso*, creemos que la educación para la salud debe englobar ciertos contenidos que también son significativos para el logro del bienestar. En nuestra opinión, a este tema debe prestársele una atención especial, pues la información sobre él no es tan popular como la que se ha difundido sobre el ejercicio físico y los deportes a través de los medios de comunicación, tanto los audiovisuales como los escritos. Es importante conocer los factores que pueden alterar el sueño y, consecuentemente, el descanso. Entre éstos destacamos: los problemas físicos, las modificaciones que suelen aparecer con el avance en edad (mayor dificultad para dormirse, aumento de despertares, etc.), el consumo de medicación, alcohol, café o tabaco, las situaciones causantes de estrés, la inactividad, el ruido en el dormitorio y la adopción de malos hábitos de sueño. El asesoramiento y formación que se pueden ofrecer desde la educación para la salud estarán orientados, especialmente, a informar sobre la repercusión de los factores anteriores y explicar cómo se pueden evitar en las personas en las que algunas de esas prácticas estén arraigadas, además de explicitar pautas para mejorar el descanso. El objetivo último, como ya dijimos antes, es lograr el descanso, pues éste es un factor fundamental del bienestar y la salud de la persona mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Artigas García, J. (1984): *Cómo combatir el envejecimiento*. Plaza & Janés, Barcelona.
- Bootzin, R. R. y Engle-Friedman, M. (1990): Trastornos del sueño. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (drs.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social* (pp.74-87). Martínez Roca, Barcelona.
- Flórez Tascón, F. J. y López Ibor, J.M. (1994): *Saber envejecer. Cómo vivir más y mejor*. Temas de Hoy, Madrid.
- Jiménez Herrero, F. (1990): Limitaciones y contraindicaciones del ejercicio físico, y actividades deportivas en la tercera edad. En J.R. Parreño Rodríguez y otros. *Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos* (pp.65-84). Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.
- Jover de Castro, L. (1990): Ejercicios físicos y deportes en la tercera edad. En J.R. Parreño Rodríguez y otros. *Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos* (pp.169-255). Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.
- Kalish, R. A. (1983): *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Pirámide, Madrid.
- Lehr, U. (1994): La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.353-371). Siglo XXI, Madrid.
- Lemos, S. (1994): Estilos de vida y salud en la vejez. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.89-105). Siglo XXI, Madrid.
- Marcos Olivares, S. (1994): Envejecimiento y salud. En M. C. García Pérez y A. Pérez Fiz (comps.) *Ancianidad, familia e institución* (pp.27-29). Amarú, Salamanca.
- Martínez-Fornés, S. (1991): *Envejecer en el año dos mil*. INSERSO y Editorial Popular, Madrid.
- Mesas, J. (1995): El taichi. *60 y Más*, nº119, 42-45.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1984): *Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Moreno Lara, X. (1988): *Triunfar en la 3ª Edad*. Mensajero, Bilbao.
- Morris, J. C. y McManus, D. Q. (1992): Envejecimiento neurológico normal y patológico. *Modern Geriatrics* (Ed. Española), 4 (1), 34-41.
- Pelletier, K. R. (1986): *Longevidad. Cómo alcanzar nuestro potencial biológico*. Hispano Europea, Barcelona.
- San Martín, H. y Pastor y Aldeguer, V. (1990): *Epidemiología de la vejez. ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?*. McGraw-Hill-Interamericana de España, Madrid.