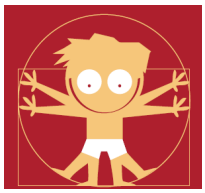

ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

Prof. Dr. Ernesto de la Cruz Sánchez
Prof. Dr. José Pino Ortega
Facultad de Ciencias del Deporte – Universidad de Murcia

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida[(1)]. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad.

Durante los años 80, el estudio del estilo de vida alcanzó un elevado protagonismo en el ámbito de las ciencias biomédicas, debido a que, tras el informe Lalonde, se determinó la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, definiendo que el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, podría considerarse como el "*conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control*"[(2)]. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando, durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "*una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales*"[(3)].

Hasta entonces, desde distintas áreas de conocimiento se habían estudiado diferentes variables relacionadas con el estilo de vida. Prevalecía la idea de que el estilo de vida tenía un carácter fundamentalmente voluntario, aunque en la actualidad cobra fuerza la idea de que existen muchas variables de índole muy diversa que vienen a conformar el fenómeno que denominamos estilo de vida y es que las conductas habituales y elecciones están limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen el contexto y las condiciones estructurales de vida[(4)].

Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud

De forma sinónima vienen a utilizarse los conceptos "hábitos de vida", "estilo de vida" y "estilo de vida relacionado con la salud" refiriéndose, esta última acepción, a aquellas conductas habituales que se ha demostrado ejercen una influencia en la salud de los individuos (como el tabaquismo, la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.) y sobre las que nos detendremos más detalladamente a continuación.

El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por[5]:

- Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.
- Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, "hábito".
- Asociación y combinación entre conductas de forma consistente.

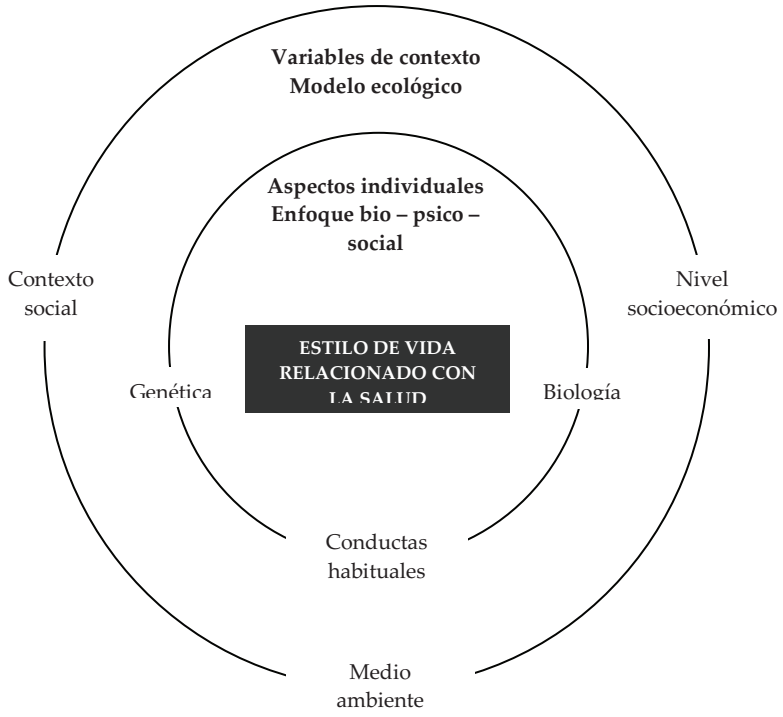

Fig. 1. Definición de hábitos de vida: los hábitos de vida son el conjunto de conductas adaptativas que conforman el estilo de vida y que dependen y están determinadas por la relación entre las características biopsicosociales y el contexto ecológico[2].

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas (figura 2.1.): La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno. Durante el desarrollo humano se establecen múltiples transacciones entre ambos contextos y se establecen patrones adaptativos de conducta, anteriormente denominados hábitos de vida,

que conforman en conjunto el "estilo de vida relacionado con la salud", determinados por cada uno de estos factores.

A continuación se detalla la relación entre diferentes aspectos individuales y la salud de los individuos:

1. Genética y biología

Como especie, nuestro genoma se ha adaptado al ambiente y circunstancias en las que hemos evolucionado, de forma que una alteración de las mismas, como es el ambiente que disfrutamos hoy en los países desarrollados, supone un desfase de nuestra herencia respecto al ambiente. Es razonable pensar que este desfase ha propiciado la aparición de problemas de salud, siendo el principal de ellos la obesidad. Desde hace pocos años, se viene desarrollando un área de conocimientos conocido como medicina evolucionista o medicina darwinista, desde el que se pretende estudiar la salud bajo una perspectiva evolutiva[6]. Si bien no hay marcadores genéticos muy buenos para incorporar el estudio de la predisposición genética a la obesidad u otras patologías en trabajos epidemiológicos[7], parecen existir algunas evidencias de cierta relación entre nuestra adaptación como especie y el riesgo de padecer enfermedades ligadas a un estilo de vida incoherente con nuestro organismo[6]. El sexo y otras características biológicas pueden ser también determinantes de la salud: e.g., cierto tipo de tumores son más frecuentes en un sexo que en otro y la enfermedad cardiovascular es más frecuente en hombres jóvenes que en mujeres de su misma edad, así como la incidencia de otras patologías es distinta en función del sexo[8]. Las mujeres, además, viven más años pero con menor calidad de vida y presentan mayor grado de dependencia en edades avanzadas, además de utilizar en mayor medida los servicios sanitarios en nuestro país debido a que padecen con más frecuencia enfermedades crónicas.[9, 10]

2. Conductas habituales

Ligadas en muchas ocasiones a los factores genéticos y biológicos anteriores, las conductas habituales pueden condicionar la salud de los sujetos. Una alimentación adecuada a las propias necesidades energéticas y la adopción de una dieta equilibrada y variada se considera como un elemento fundamental para preservar la salud de los individuos.[11] Así, encontramos que la alimentación es un factor que influye no sólo en el desarrollo de la obesidad y patologías asociadas como hipertensión, hipercolesterolemia e hiperuricemia, diabetes tipo II y enfermedad cardiovascular, sino también en la predisposición a desarrollar tumores[12-14]. Otras conductas como el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas o el uso de estupefacientes tienen como resultado la aparición de problemas muy diversos de salud.

La práctica de actividad física habitual es, junto a la alimentación, una de las conductas con mayor relevancia para el mantenimiento de la salud[15], independientemente de otros factores como el sexo o la edad[16] como describiremos más adelante.

En cuanto a las variables de contexto que más frecuentemente se abordan en los estudios relacionados con el estilo de vida y la salud pública, encontramos las siguientes:

1. El entorno afectivo próximo

Las relaciones sociales vienen a determinar, en gran medida, la adopción de gran parte de nuestras conductas habituales, e.g., es muy frecuente que ciertos hábitos de vida nocivos para la salud se desarrollen en grupo, tal y como el consumo de alcohol y de tabaco[17]. De la misma forma, la alimentación es un factor determinado por el contexto social, económico y familiar, encontrando que existe agregación familiar en la prevalencia de obesidad o en los patrones habituales de actividad física[18]. Ciertos aspectos sociales inciden de forma muy significativa en la salud, de esta forma, el estatus grupal se relaciona directamente con la capacidad de respuesta del sistema inmune y otras variables, tanto en personas como en otros mamíferos[19].

2. Aspectos sociales y económicos

Desde la publicación de los estudios de la WhiteHall, retomados por Michael Marmot, en los que se ha evaluado la relación entre estatus y enfermedad en funcionarios del Reino Unido[20, 21], han aparecido muchos estudios en los que se relaciona la salud con aspectos socioeconómicos. En epidemiología, se ha estudiado la influencia de variables socioeconómicas, encontrando que, en función del nivel de ingresos, se establece el riesgo de desarrollar ciertas patologías ya que parece que los conceptos pobreza y enfermedad están estrechamente vinculados[22], no guardando relación este fenómeno con la posibilidad de contar con atención sanitaria básica, ya que muchos de estos trabajos se realizan en países en los que la cobertura sanitaria es universal y gratuita. No es tan determinante el hecho de tener unos ingresos concretos como el hecho de que existan diferencias acentuadas perceptibles en un mismo entorno. Dicho de otro modo, para nuestra salud es más negativo “sentirse pobre” que “ser pobre”[23, 24]. Respecto al nivel educativo, se observa que se comporta de forma similar al nivel de ingresos. Ciertas enfermedades son más comunes entre las personas con pocos estudios mientras que otras tienen mayor prevalencia entre aquellos con más formación académica, como la esclerosis múltiple[25]. Ambos factores, el económico y el educativo, no sólo afectan a la morbilidad sino también, consecuentemente, a ciertos factores de riesgo, ya que además de tener peor salud y más problemas crónicos que pueden degenerar en enfermedades graves, como las cardiovasculares[26]. Estos aspectos pueden guardar relación con los resultados similares que obtienen trabajos desarrollados en otros grupos de personas con características especiales, como las minorías étnicas o los inmigrantes, en los que la

exclusión social que suelen padecer, que va unida a un peor estatus socioeconómico, redunda en detrimento de su salud[27].

Un factor que puede guardar relación con la salud son las características del entorno que se habita. Residir en un determinado contexto hace que las características del mismo influyan no sólo en la salud, sino en ciertos aspectos del estilo de vida y las relaciones sociales. En estudios en animales sociales, las posibilidades que ofrece el entorno de residencia hacen que ciertas poblaciones muestren conductas y formas de relación muy distintas entre sí que influyen directamente en su salud y bienestar. En los entornos más hostiles para la supervivencia, con carencias materiales o estructurales básicas, se observan mayor número de conductas menos saludables y menor cooperación, lo que hace que existan más presiones y estrés, mientras que en otros lugares más acogedores las relaciones son significativamente más saludables, pacíficas y distendidas[28]. Salvando las distancias, en los seres humanos, los contextos de residencia pueden llegar a condicionar nuestro estilo de vida y relaciones sociales, e.g., los núcleos rurales parecen ser lugares en los que acceder a ciertos servicios básicos como la sanidad u otras prestaciones puede ser más difícil debido a la dispersión geográfica y en ellos es más frecuente que las personas tengan más problemas de salud[29] o un peor estilo de vida, e.g., que sean físicamente inactivas[30], aunque esto puede deberse, fundamentalmente, a aspectos económicos, así como relacionarse con las condiciones laborales o la percepción de falta de oportunidades[31], tanto o más que a las condiciones de carestía real que podrían darse en algunas zonas rurales. De nuevo, parece que es tan importante o más la propia percepción de privación material que la carestía en sí misma, es decir, es más perjudicial carecer de algo cuando las personas son conscientes de que carecen de ello. De cualquier forma, parece que en el ámbito rural tradicional existen redes sociales y familiares más densas, lo que puede ser un elemento muy positivo para la salud de las personas[21, 32], e incluso pueden suponer un lugar muy adecuado para el desarrollo infantil, debido a esas mismas y otras características[33, 34].

3. Determinantes medioambientales

Las condiciones del entorno pueden determinar la salud de las personas; de hecho, el deterioro de ciertas condiciones ambientales aumenta la prevalencia de problemas de salud[35]. Las características del entorno físico de residencia son además objeto especial de estudio debido a la importancia del mismo en los hábitos de vida y la salud de las personas; de esta forma, existen diferentes trabajos que demuestran que es posible realizar una planificación urbana saludable que propicie un estilo de vida más activo, como definiremos más adelante[36, 37].

Estilo de vida en la edad escolar

Los componentes del estilo de vida relacionado con la salud en la población escolar no difieren de los mencionados en apartados anteriores, salvo ciertas peculiaridades propias de

este grupo de edad. La infancia es un período de desarrollo físico y personal de alta vulnerabilidad física y psicosocial, lo que hace imprescindible el establecimiento de programas de prevención de la salud a medio y largo plazo, ya que es en estas edades donde, además, se da una respuesta más positiva a los factores protectores y a las campañas de hábitos de vida saludable, como veremos posteriormente. Normalmente, en nuestro país, la investigación epidemiológica en estas edades suele contar con menos difusión que los estudios en los que se determinan los factores de riesgo en la población adulta, principalmente debido a que el peso relativo poblacional de este colectivo es escaso y a que los índices de mortalidad y morbilidad infantil vienen mejorando progresivamente desde hace décadas[38].

Una apreciación que es necesaria realizar es que los niños dependen fundamentalmente de su familia, que determina el ambiente social y físico, así como las características y temporalidad de sus experiencias vitales (figura 2.2). El rol central del núcleo afectivo hace imprescindible su estudio como un componente esencial de la salud infantil[39].

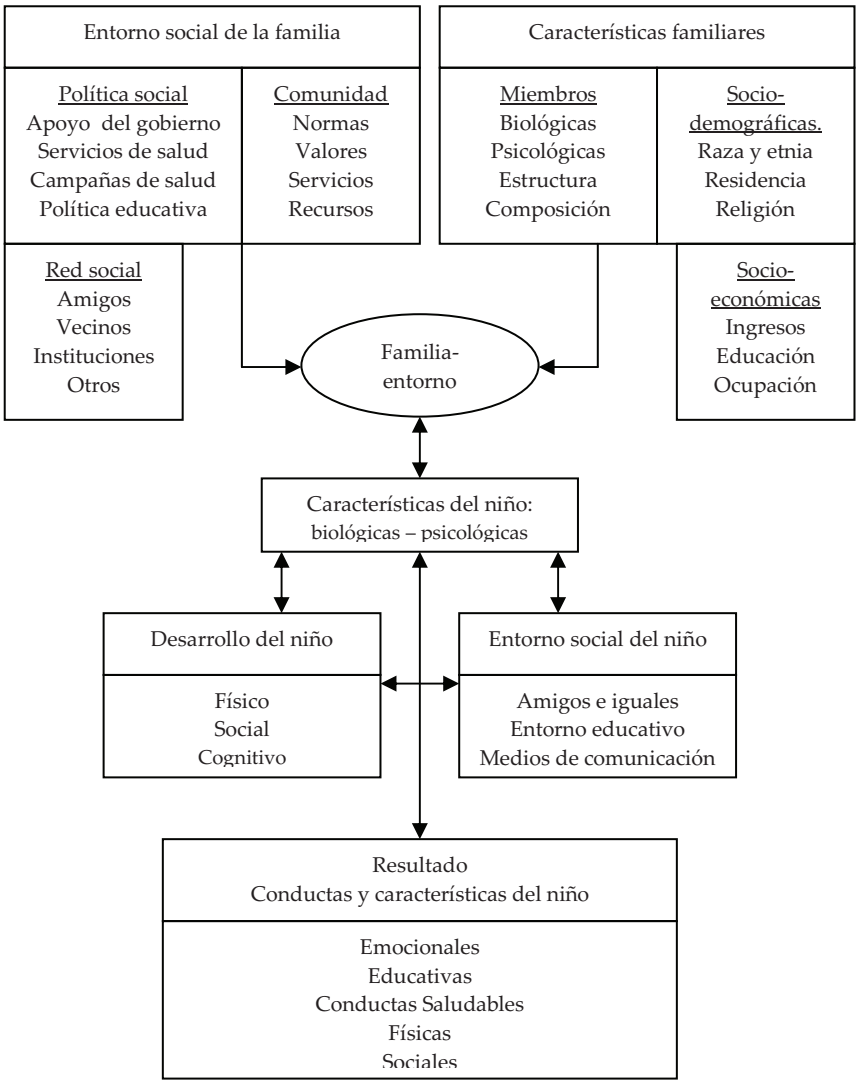

Fig. 2.2. Importancia del contexto y el entorno afectivo en la salud infantil[39].

Bibliografía

1. Cockerham WC. New directions in health lifestyle research. International Journal of Public Health. [Editorial Material]. 2007;52(6):327-8.

2. Lalonde M. A new perspective on the health of canadians - a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada; 1974.

3. Kickbusch I. LIFE-STYLES AND HEALTH. Social Science & Medicine. 1986;22(2):117-24.

4. Cockerham W, Abel T, Lüeschen G. Max Weber, Formal Rationality and Health Lifestyles. The Sociological Quarterly. 1993;34(3):413-25.

5. Elliot E. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. In: Millstein S, Petersen A, Nightingale E, editors. Promoting the health of adolescents New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 119-45.

6. Campillo-Álvarez J. El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis. Barcelona: Editorial Crítica; 2004.

7. Portoles O, Sorli JV, Frances F, Coltell O, Gonzalez JI, Saiz C, et al. Effect of genetic variation in the leptin gene promoter and the leptin receptor gene on obesity risk in a population-based case-control study in Spain. European Journal of Epidemiology. 2006 Aug;21(8):605-12.

8. Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad por causa y sexo 1996-2005. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2008 [21-May-2008]; Available from: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/anexos/ww9201_cap.htm.

9. Belanger A, Martel L, Berthelot JM, Wilkins R. Gender differences in disability-free life expectancy for selected risk factors and chronic conditions in Canada. Journal of Women & Aging. 2002;14(1-2):61-83.

10. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. Bmc Public Health. 2006 Jun;6.

11. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: Coiman; 2005.

12. Roche HM, Phillips C, Gibney MJ. The metabolic syndrome: the crossroads of diet and genetics. Proceedings of the Nutrition Society. 2005;64(3):371-7.

13. Milner JA. Diet and cancer: Facts and controversies. Nutrition and Cancer-an International Journal. 2006;56(2):216-24.

14. Greene CM, Fernandez ML. The role of nutrition in the prevention of coronary heart disease in women of the developed world. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2007;16(1):1-9.

15. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas J, Tousoulis D, Toutouza M, et al. Impact of lifestyle habits on the prevalence of the metabolic syndrome among Greek adults from the ATTICA study. American Heart Journal. 2004;147(1):106-12.

16. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. Lancet. 2005;366(9497):1640-9.

17. Hecht ML, Driscoll G. A COMPARISON OF SELECTED COMMUNICATION, SOCIAL, SITUATIONAL, AND INDIVIDUAL FACTORS ASSOCIATED WITH ALCOHOL AND OTHER DRUGS. International Journal of the Addictions. 1994;29(10):1225-43.

18. Eck LH, Klesges RC, Hanson CL, Slawson D. CHILDREN AT FAMILIAL RISK FOR OBESITY - AN EXAMINATION OF DIETARY-INTAKE, PHYSICAL-ACTIVITY AND WEIGHT STATUS. International Journal of Obesity. 1992 Feb;16(2):71-8.

19. Sapolsky R. El mono enamorado y otros ensayos sobre nuestra vida animal. Barcelona: Paidós; 2007.

20. Rose G, Hamilton PJS, Keen H, Reid DD, McCartney P, Jarrett RJ. MYOCARDIAL ISCHEMIA, RISK-FACTORS AND DEATH FROM CORONARY HEART-DISEASE. Lancet. 1977;1(8003):105-9.

21. Marmot M, Wilkinson R. The social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 1999.

22. Ashiabi G, O'neal K. Children's Health Status: Examining the Associations among Income Poverty, Material Hardship, and Parental Factors. PLoS ONE. 2007;2(9):940.

23. Gallo L, Matthews K. Do negative emotions mediate the association between socioeconomic status and health? Annals of New York Academic of Sciences. 1999(896):226-45.

24. Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. Social Science & Medicine. 2008 Jul;67(2):330-40.

25. Hammond SR, McLeod JG, Macaskill P, English DR. Multiple sclerosis in Australia: Socioeconomic factors. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry. [Article]. 1996 Sep;61(3):311-3.

26. Kaplan GA, Keil JE. SOCIOECONOMIC-FACTORS AND CARDIOVASCULAR-DISEASE - A REVIEW OF THE LITERATURE. Circulation. [Review]. 1993 Oct;88(4):1973-98.

27. Ramos M, Garcia R, Prieto M, March J. Problems and proposals for improvement in the health care of economic immigrants. Gaceta Sanitaria. 2001;15(4):320-6.

28. Kaplan M. Why bonobos make love, not war. NewScientist. 2006(2580):40-3.

29. Ryan S, Kang M, Riley A. Use of health care services by rural and urban adolescents: The role of regular source of care and health need. Journal of Adolescent Health. [Meeting Abstract]. 1998 Feb;22(2):141-.

30. Rutten A, Abel T, Kannas L, von Lengerke T, Luschen G, Diaz JAR, et al. Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a comparative European study. Journal of Epidemiology and Community Health. 2001;55(2):139-46.

31. Tay JB, Kelleher CC, Hope A, Barry M, Gabhainn SN, Sixsmith J. Influence of sociodemographic and neighbourhood factors on self rated health and quality of life in rural communities: findings from the Agriproject in the Republic of Ireland. Journal of Epidemiology and Community Health. 2004;58(11):904-11.

32. Fisher C. To dwell among friends. Chicago: University of Chicago Press; 1982.

33. Glendinning A, Nuttall M, Hendry L, Kloep M, Wood S. Rural communities and well-being: a good place to grow up? Sociology Reviews. 2003;51(1):129-56.

34. Van de Poel E, O'donnell O, Van Doorslaer E. Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries. Social Science & Medicine. 2007;65(10):1986-2003.

35. Goldman L, Coussens C. Environmental Health Indicators: Bridging the Chasm of Public Health and the Environment - Workshop Summary. Washington DC: INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. THE NATIONAL ACADEMIES PRESS; 2004.

36. Handy SL, Boarnet MG, Ewing R, Killingsworth RE. How the built environment affects physical activity - Views from urban planning. American Journal of Preventive Medicine. 2002;23(2):64-73.

37. Librett JJ, Yore MM, Schmid TL. Local ordinances that promote physical activity: A survey of municipal policies. American Journal of Public Health. 2003;93(9):1399-403.

38. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, Peiró-Pérez R, Rajmil L. La salud en la infancia. Gaceta Sanitaria. 2004;18(Sup 1):39-46.

39. Szilagyi P, Schor E. The health of children. Health Services Research. 1998;33(4):1001-39.