

Comportamientos de riesgo para la salud en jóvenes españoles que realizan el servicio militar

M^a Nieves PEREZ MARFIL

Humbelina ROBLES

M^a Carmen FERNANDEZ

Jaime VILA

Universidad de Granada

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue obtener información sobre distintos aspectos comportamentales y emocionales relacionados con la salud (consumo de tabaco, consumo de alcohol, práctica de ejercicio físico, tipo de alimentación, consumo de drogas, patrón de conducta Tipo A, ira y depresión) en una muestra de jóvenes españoles que se encontraban realizando el servicio militar.

La información recogida sobre la prevalencia de determinados hábitos, así como los motivos señalados para mantener o no dichos hábitos y comportamientos de riesgo, podrían orientar el diseño de programas de prevención y promoción de la salud.

Palabras clave: Comportamientos de riesgo, soldados, drogas, nutrición, ejercicio físico, patrón de conducta tipo-A, depresión, ira.

Abstract

The aim of this study was to obtain information about health related behaviours and emotions (smoking habits, use of alcohol, physical activity, drug abuse, Type A behaviour pattern, anger and depression) in a group of Spanish youths doing their military service.

Information about the prevalence of these behaviours and motives for maintaining or changing them could orientate the design of preventive health programmes.

Key words: Risk behaviours, soldiers, drugs, diet, exercise, Type A behaviour pattern, depression, anger.

Dirección de los autores: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada. Campus de Cartuja. 18071 Granada.

Los autores agradecen a los Acuartelamientos Cervantes, Córdoba 10 y Santa Bárbara, del Ejército de Tierra, Región Militar Sur (Granada), su valiosa colaboración en el desarrollo de este estudio, haciendo mención especial al Coronel D. José Padilla.

Las investigaciones epidemiológicas de los últimos cien años han puesto de manifiesto un cambio importante en los patrones de enfermedad presentes en la comunidad. De un predominio de enfermedades contagiosas, se ha pasado a una mayor afluencia de trastornos crónicos no infecciosos -sin considerar el SIDA-, trastornos degenerativos y funcionales que explican la mayor parte de los índices de mortalidad y morbilidad actuales (Leparski, 1987; Vila, 1987). En este sentido, es necesario, a excepción del SIDA que, aunque se trata de una enfermedad infecciosa, representa uno de los trastornos con una de las curvas más peligrosas de crecimiento.

Nuestra forma de actuar puede promover o impedir el funcionamiento humano óptimo y gratificante. Ello va a condicionar enormemente las posibilidades de enfermar antes de lo previsible. Nos estamos refiriendo al conjunto de factores comportamentales que muchos estudios epidemiológicos coinciden en señalar como factores desfavorecedores de la salud o factores de riesgo. Es importante decir que, si bien son hábitos muy arraigados en la población, son potencialmente evitables.

Estos hábitos de comportamiento inadecuados y nocivos son comunes a la génesis de la mayoría de las enfermedades crónicas y explican el cincuenta por ciento de las diez primeras causas de mortalidad y morbilidad en países industrializados. Nos referimos fundamentalmente al consumo de tabaco, dietas alimenticias inadecuadas, sedentarismo, abuso de alcohol y drogas, estrés psicológico, patrón de conducta pronocoronaria, falta de medidas de seguridad e incumplimiento de prescripciones médicas (Vila, 1987).

El tabaco es la droga, junto al alcohol, que más se consume en nuestro país. El consumo de tabaco constituye uno de los problemas más graves para la salud en los países desarrollados. En EE.UU., el consumo de cigarrillos supone 390.000 muertes al año (*US Department of Health and Human Services*, 1989), 500.000 muertes en Europa y alrededor de 40.000 en España, lo que supone el 10% del total de las defunciones (Heseltine, Riboli, Shuker y Wilbourn, 1988). En Estados Unidos, se ha calculado que de los 565.000 muertos anuales por cardiopatía coronaria, el 30% son atribuibles al tabaco; el 30% de las muertes por cáncer y el 80% del cáncer de pulmón, también pueden imputarse al tabaco, y además hay que añadir todas las muertes por enfermedades pulmonares obstrusivas (Tomas Abadal, 1987). El hecho de que sea legal, que esté socialmente aceptada y los beneficios que se obtienen de su venta, entre otros factores, han impedido durante mucho tiempo que se tomara conciencia de su carácter adictivo. Las investigaciones clínicas y epidemiológicas han puesto de manifiesto que se trata realmente de una droga y todas las entidades sanitarias están de acuerdo en que es necesario desarrollar programas de intervención, especialmente a nivel preventivo, dada la amplia prevalencia en la población y los efectos nocivos por todos conocidos del consumo de tabaco (respiratorios, cardiovasculares, cancerígenos, etc.) (Costa y López, 1986).

El consumo de alcohol está muy extendido; es también una droga legal, que cuenta con una amplia aceptación social, ya que su uso ha estado presente en la mayor parte de las culturas formando parte de la tradición popular (fiestas,

ceremonias, etc.). Se ha venido utilizando por su efecto tónico y euforizante, su consumo produce una sensación de bienestar y alegría, ayudando a la desinhibición del sujeto ante situaciones sociales. Sin embargo, es una de las drogas más peligrosas y destructivas, especialmente si se consume de forma regular por encima de ciertos límites. Sus efectos pueden originar patologías tanto a nivel físico como psíquico y en el plano social provoca la desestructuración del medio familiar y sociolaboral.

La práctica de ejercicio físico, de forma regular y controlada, se sabe que proporciona una mejora en la calidad de vida no sólo en poblaciones sanas, sino también en personas enfermas (Folkins y Sime, 1981; Martin y Dubbert, 1982; Lawrence, 1987). Los beneficios de hacer ejercicio son muchos; a nivel fisiológico, mejora la resistencia cardiovascular (Leon y Blackburn, 1983), aumenta la fuerza y la flexibilidad, mejora la agilidad y coordinación neuromuscular y posibilita el gasto de energía. Recientemente se ha confirmado la contribución del ejercicio a nivel cognitivo y conductual; no sólo facilita la interacción social, también actúa reduciendo los niveles de depresión y ansiedad (Sime, 1984; Taylor, Sallis y Needle, 1985; Vallbona, 1986), proporciona un sensación de dominio y control, mejora el autoconcepto, etc. Es decir, facilita la estabilidad emocional y bienestar, la relajación y aumenta la autoestima. Por otra parte diversos estudios han encontrado correlaciones significativas entre el sedentarismo y el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Morris *et al.*, 1973; Paffenbarger, Wing y Hyder, 1978) y entre el sedentarismo y la obesidad (Thompson, Jarvie y Cureton, 1982).

En el tema de la alimentación, existe una estrecha relación entre alimentación y salud. Los trastornos asociados a la nutrición no sólo están presentes en los países con déficits alimentarios. En nuestra sociedad industrializada, donde, por lo general, no hay carencia de alimentos, algunos de los principales problemas sanitarios, como la hipertensión, la obesidad, la arteriosclerosis, la caries dental e incluso algunas formas de cáncer, están íntimamente relacionados con los hábitos alimentarios (Jenkins, 1988; Mataix, 1987; Reig, 1988).

Una dieta que reúna todos los nutrientes en las cantidades adecuadas es esencial para llevar una vida sana. Con una alimentación equilibrada, no sólo se evitan muchas enfermedades, sino que se mejoran las condiciones físicas y psíquicas.

Una dieta equilibrada debe contener cada uno de los siguientes grupos de alimentos: cereales (proporcionan proteínas, hidratos de carbono, hierro, vitaminas B); leche y sus derivados (proteínas, grasas, calcio, fósforo y vitaminas A y D); carne, pescado, huevos, leguminosas y frutos secos (proteínas, grasas, hierro y vitaminas B); y frutas y hortalizas (hidratos de carbono, vitaminas A y C) (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980).

El consumo de drogas, además del alcohol y tabaco, aunque de menor prevalencia que éstos, es desde un punto de vista social y sanitario de una gran importancia, debido a los graves efectos que sobre la salud física y mental provoca y a los problemas sociales que normalmente lleva asociado (inseguridad ciudadana, actos delictivos, etc.).

El patrón de conducta Tipo A se ha manifestado como un factor de riesgo

coronario en numerosos estudios. Este se define como un complejo acción-emoción que manifiestan algunas personas cuando se ven enfrentadas a situaciones ambientales apropiadamente desafiantes (Friedman y Rosenman, 1974).

Aunque existen muchos datos que apoyan la asociación entre la presencia del patrón y la aparición de trastornos coronarios, sólo una parte de los individuos evaluados como Tipo A van a manifestar finalmente algún problema coronario (Rosenman *et al.*, 1964; Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1976; Haynes, Levine, Scotch, Feinleib y Kannel, 1978; Bernardo, de Flores, Valdés, Mestre y Fernández, 1985; Booth-Kewkey y Friedman, 1987).

El patrón de conducta Tipo A no es un rasgo de personalidad sino más bien la conducta que emerge cuando una persona predispuesta es desafiada por las circunstancias ambientales (Jenkins, 1988). Este patrón de conducta se caracteriza por: competitividad, sobrecarga laboral, sentido de la urgencia del tiempo, acciones rápidas, puntualidad, impaciencia, habla rápida y abrupta, reacción con ira, y hostilidad ante cualquier tipo de obstáculo que impida o amenaze alcanzar su meta (Jenkins, 1988).

Algunos autores consideran que la poca especificidad del patrón de conducta Tipo A se debe a que, sólo algunos de los componentes son verdaderamente patogénicos y no todos (Dembroski y McDougall, 1985; Dimsdale, 1988; Dembroski y Czajkowski, 1989). Por ello, los estudios más recientes tienen como principal objetivo estudiar la prevalencia de los distintos factores que componen el patrón en la población, examinando las diferencias individuales

e intentando delimitar qué componentes pueden considerarse como perjudiciales. En este sentido, diversos estudios señalan que uno de los principales componentes del patrón de conducta tipo A implicado en los trastornos coronarios es la hostilidad-agresividad (Dembroski y McDougall, 1985; Dembroski, McDougall, Williams, Haney y Blumenthal, 1985; Shekelle, Gale, Ostfeld y Paul, 1983). Por otra parte, este tema es mucho más complejo ya que, resultados recientes indican que el patrón de conducta Tipo A debe ser considerado sólo como parte de la personalidad prono-coronaria; se han identificado otros factores psicológicos -depresión, ira y ansiedad- que también aparecen relacionados con este tipo de trastornos (Booth-Kewley y Friedman, 1987; Jenkins, 1988).

La depresión, al igual que el resto de factores estudiados no sólo es un factor de riesgo de enfermedades coronarias (Booth-Kewley y Friedman, 1987; Freeman, Fleece, Folks, Cohen - Cole y Waldo, 1984); sino que está presente en numerosos problemas de carácter orgánico o asociado a diversas enfermedades psicosomáticas (Depue y Monroe, 1978; Coyne, 1986; Fuentenebro y Vazquez, 1991). Junto a la ansiedad, es uno de los trastornos más frecuentes hoy día.

A la hora de elaborar programas de intervención o de prevención, un primer paso importante es identificar estos comportamientos desadaptativos, conocer su prevalencia y sus implicaciones y analizar qué factores está relacionados con ellos (favorecen su origen, los mantienen, pueden eliminarlos o reducirlos). Esta información guiará la actuación en un segundo momento, facilitando los

cambios conductuales y ambientales que puedan modificarlos.

En la línea de trabajos previos (Alonso, 1987), el objetivo general del proyecto ha sido estudiar los hábitos y comportamientos de riesgo en jóvenes durante el período del servicio militar en la provincia de Granada. Dicho período tiene características óptimas para el estudio de dichos factores de riesgo. Se trata de una muestra masculina amplia, perteneciente a un período evolutivo en el que los hábitos comportamentales, aún estando ya establecidos, podrían ser todavía relativamente modificables. Concretamente, se trata de obtener información sobre hábitos y estilos de vida relacionados con la salud, recogida a través de cuestionarios y escalas: consumo de tabaco, consumo de alcohol, práctica de ejercicio físico, tipo de alimentación, consumo de drogas, patrón de conducta Tipo A, hostilidad y depresión. Esta información será presentada individualmente para cada factor, dejando, por razones de extensión, el estudio de la posible conexión entre factores para otra publicación.

Método

Sujetos

En este estudio se ha utilizado una muestra de 864 jóvenes varones que estaban realizando el servicio militar, con edades comprendidas entre 17 y 32 años (ME = 19'9, DT = 2'04). Su nivel cultural oscilaba entre jóvenes con los estudios de EGB sin terminar (18%), hasta jóvenes con estudios universitarios (9%), predominando en la muestra los jóvenes que sólo habían completado los estudios de EGB (53%).

Medidas de auto - informes

Para la recogida de información se han utilizado las siguientes escalas y cuestionarios:

Escala de Consumo de Tabaco. Se trata de una adaptación del protocolo utilizado por el Centro de Cardiología Preventiva de Granada y del Proyecto CINDI (1987) de la OMS. Esta escala presenta un primer ítem que contempla cuatro posibles opciones: fumador habitual, fumador no habitual, no fumador y ex-fumador. La escala consta además con seis ítems para fumadores habituales y seis ítems para ex-fumadores y de 4 a 7 alternativas de respuesta en cada ítem. El tipo de información que se recoge para fumadores incluye el tiempo que lleva como fumador habitual, el tipo de cigarrillo consumido, el número de cigarrillos fumados diariamente, si han existido intentos para dejar de fumar, los motivos que le indujeron a intentarlo y las motivaciones aducidas por las que comenzó de nuevo a fumar. Para ex-fumadores, se pregunta durante cuánto tiempo fumaron, número de cigarrillos que consumían diariamente, tiempo que hace que dejaron el hábito, motivos que le impulsaron a hacerlo y beneficios e inconvenientes tras el abandono del consumo de tabaco.

Escala de Consumo de Alcohol. Para la recogida de información sobre el consumo de alcohol se han adaptado una serie de cuestionarios de León-Carrión (1984) y del Proyecto CINDI (1987) de la OMS. La escala presenta nueve ítems que tratan de recoger información sobre frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, tipo de bebida consumida, cantidad de bebida consumida diferenciando entre el fin de semana y el resto de la

semana, motivaciones para consumir/no consumir alcohol, edad a la que empezó a beber alcohol, y si el hecho de ingresar en el ejército ha modificado el consumo.

Escala de Consumo de Drogas: Se trata de una adaptación de una serie de cuestionarios de León-Carrión (1984) para evaluar el consumo de drogas. La escala consta de 8 items que abordan temas como si se consideran drogas una serie de sustancias, si se las han ofrecido alguna vez, si las consume, la frecuencia con que las consume, la edad a la que empezó, la peligrosidad percibida y los motivos por lo que consume o no consume dichas sustancias. Las sustancias sobre las que se formulan dichas preguntas son las siguientes: porros/haschich, cocaína, heroína/morfina, tranquilizantes/somníferos, anfetaminas y alucinógenos.

Escala de Nutrición: Para obtener información sobre el tipo de alimentación de los jóvenes, se ha utilizado una escala desarrollada por el Centro de Cardiología Preventiva en colaboración con la Escuela de Nutrición de Granada. Esta consta de 13 items, incluyendo cada uno de 4 a 8 alternativas de respuesta. Dichos items recogen información sobre el tipo y frecuencia de consumo de leche, carne y pescado y la frecuencia de consumo de alimentos fritos, embutidos, huevos, legumbres, verduras, frutas y dulces y el tipo de aceite utilizado para cocinar.

Escala de Ejercicio Físico: Para el tema de la práctica de ejercicio físico, se ha adaptado una escala desarrollada por el Centro de Cardiología Preventiva de Granada. Esta consta de 6 items cuyas alternativas de respuesta oscilan entre 3 y 5. En ella se recoge información sobre el tipo de trabajo realizado y la distancia

recorrida diariamente antes de ingresar en el ejército, la frecuencia con que se practica algún deporte, si existe alguna intención de practicar algún deporte cuando cumplan el Servicio Militar, los motivos por los que cree que es improbable que comience a practicar algún deporte, y la creencia sobre si la cantidad de ejercicio practicado es suficiente para mantener la salud.

JASE: Se trata de una adaptación española del Cuestionario de Actividad de Jenkins, Zyzansky y Rosenman (1965) realizada por Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez García (1988). Evalúa el patrón de conducta Tipo A. Este consta de 27 items cuyo formato de respuesta está diseñado sobre una escala tipo Likert de 6 puntos, en la que se mide el grado en el que el sujeto estima que el contenido del item se lo puede aplicar. Una puntuación de 1 significa que no le es en absoluto aplicable y el 6, que le es totalmente aplicable. En esta versión del Cuestionario JAS, se obtiene una puntuación general en la escala A y además se obtienen puntuaciones en tres componentes del patrón de conducta Tipo A: la escala de Competitividad, la escala de Sobrecarga Laboral y la escala de Impaciencia.

En cuanto a las propiedades psicométricas de esta versión, presenta una fiabilidad por el método de las dos mitades de 0'89; 0'88; 0'75 y 0'79 para las escalas A, Competitividad, Sobrecarga laboral e Impaciencia respectivamente y una consistencia interna de 0'87 para la escala A, 0'88 para la escala de Competitividad, 0'77 para la escala de Sobrecarga Laboral y 0'75 para la escala de Impaciencia (Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez, 1991). Los datos sobre validez ponen de manifiesto la bondad del JASE como medida del patrón de conducta Tipo A (Bermúdez *et al.*, 1991).

Cuestionario de Hostilidad MAI. Para evaluar la hostilidad se utilizó el cuestionario Multidimensional Anger Inventory de Siegel (1986) traducido al castellano por Bermúdez, Pérez García y Sánchez-Elvira (1988). Este consta de 29 ítems (el ítem nº 30 fué eliminado) cuyo formato está diseñado sobre una escala tipo Likert de 6 puntos, en los que se mide el grado en el que el sujeto estima si el contenido del ítem lo describe o no. Una puntuación de 1 indica que no le describe en absoluto y una puntuación de 5, que le describe totalmente. El Cuestionario MAI, además de proporcionar información sobre el nivel de hostilidad global, recoge información sobre tres dimensiones: a) Modo de expresión de la hostilidad: hostilidad manifiesta, b) modo de expresión de la hostilidad: hostilidad no manifiesta y c) apariencia hostil.

En cuanto a las propiedades psicométricas, el MAI presenta una fiabilidad test-retest de 0'75 en un intervalo de 3 a 4 semanas en una muestra de estudiantes. Además presenta una alta consistencia interna (coef. alfa de 0'84 a 0'89) (Siegel, 1986).

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, Beck, 1978): Este inventario está compuesto de 21 ítems y cada uno de ellos presenta 4 opciones de respuesta. El sujeto debe elegir en cada ítem la frase que más se adecúa a su estado actual y se puntúa de 0 a 3. La consistencia interna de la prueba es de 0'86 y la fiabilidad test-retest es de 0'75 (Santacreu, 1989).

Procedimiento

La recogida de información se llevó a cabo en los propios acuartelamientos (en los comedores) para los reemplazos

de octubre y diciembre de 1989 en grupos que oscilaban entre 60 y 100 soldados. Las sesiones duraban 90 minutos. Para ello tuvimos acceso a los Acuartelamientos de Cervantes, Santa Bárbara y Mondragones de la provincia de Granada.

Dado que nuestro interés se centraba en el estilo de vida que estos jóvenes presentaban antes de ingresar en el ejército, la aplicación de las pruebas se realizaba durante las dos primeras semanas de estancia en los acuartelamientos. El material, que consistía en un cuadernillo con las distintas escalas y cuestionarios, era entregado por tres evaluadores que permanecían allí durante toda la prueba para aclaración de cualquier duda, no estando presente ningún oficial. Asimismo, en las instrucciones que se les daba para rellenar las escalas y cuestionarios, se les insistía en la confidencialidad y en que las preguntas formuladas hacían referencia al estilo de vida que llevaban antes de ingresar en el ejército.

Resultados

Consumo de tabaco

Con respecto al consumo de tabaco, el 54% de esta muestra es fumador habitual, el 34'9% constituye un grupo de fumadores no habituales (15'6%) o de personas que no han fumado nunca (19'3%), y el 9'1% es ex-fumador. Dentro del grupo de los fumadores, el 37'7% llevan de 1 a 3 años como fumadores habituales y el 33'1% de 3 a 6 años. El tipo de cigarrillo más frecuentemente consumido es el rubio con filtro (71'6%), seguido del negro con filtro (17'4%). El número de cigarrillos consumidos diariamente se dis-

tribuye de la siguiente forma: de 1 a 10 el 37'1%, de 10 a 20 el 47'5%, de 20 a 40 el 12'3 % y más de 40 el 1'2%. Además, el 56'8% ha intentado dejar de fumar una o varias veces, el 27'1% no ha intentado dejar de fumar, pero quisiera dejarlo y el 13'8% no quiere dejarlo. Entre las motivaciones aducidas por las que han querido dejar de fumar destacan los motivos internos («porque quieren», 52'8%), seguido de la influencia de los amigos (16'7%) y los problemas de salud (13'8%).(Ver tabla 1).

Por otra parte, entre los motivos por los que se comenzó a fumar de nuevo se citan la falta de voluntad (30'18%), por fumar «uno sólo» (26'71%) y la influencia de los amigos, etc. (10'19%).(Ver tabla 2).

Dentro del grupo de ex-fumadores, fueron fumadores habituales de 1 a 3 años, el 41'6%, menos de un año, el 28'6%, y más de 3 años el 24'7%. El número de cigarrillos que se fumaban diariamente oscila entre menos de 5 (23'4%), de 5 a 10 (32'5%) y de 11 a 20 (28'6%). Entre las motivaciones

Tabla 1. Motivaciones aducidas por las que intentaron dejar de fumar.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por consejo médico	21	7'6
Por consejo de amigos o familiares	46	16'7
Por problemas de salud	38	13'8
Por aumento del precio del tabaco	2	0'7
Porque quiso dejar de fumar	145	52'8
Por influencia de la TV, periódicos, etc.	6	2'2
Varias opciones	3	1'1
No contesta	14	5'1
TOTAL	275	100

Tabla 2. Motivos por los que comenzó a fumar de nuevo, después de intentar dejarlo.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por falta de voluntad	833	0'18
Por falta de apoyo familiar	1	0'36
Porque se ponía nervioso	33	12
Por aumento de peso	2	0'73
Por decir: «Sólo fumaré este»	742	6'71
Por preocupaciones, problemas	25	9'09
Por influencia de amigos, etc.	30	10'39
Varias opciones	8	2'91
No contesta	21	7'63
TOTAL	277	100

aducidas por las que dejaron de fumar destacan, el consejo médico/los problemas de salud (61'1%) y el consejo de los amigos y la familia (19'5%). (Ver tabla 3).

Un dato llamativo es el hecho de que el 58'4% de la muestra de ex-fumadores no cite ningún beneficio obtenido por dejar de fumar, el 18'4% señale que se siente más alegre y el 10'9% respire mejor. Como aspectos negativos por dejar de fumar se han señalado el hecho de ser menos sociable (37'7%), el haber engordado (18'2%), el «sentirse peor» (16'9%), y el estar más nervioso (15'6%).

Consumo de alcohol

Nuestros datos indican que la frecuencia con que estos jóvenes acuden a los bares oscila entre «todos los días» (25'6%), «varias veces a la semana» (35'3%) y «sólo los fines de semana» (23'3%). Sin embargo, la frecuencia con que acuden a las discotecas se concentra sobre todo en el fin de semana (50'9%), existiendo una alta proporción (21'5%), que apenas va, y un 13'9% que acude varias veces a la semana. El 25'7% de los sujetos consumen bebidas alcohólicas varias veces a la semana, el 20'7%, todos los

días, el 20'3%, los fines de semana (considerando estas tres categorías como bebedores regulares), el 14'7%, sólo ocasionalmente, el 5'1% una vez por semana y el 5'9% nunca. El vino y la cerveza son las bebidas alcohólicas más consumidas (83'4%). Y bebidas como el coñac, el ron, la ginebra..., son consumidas preferentemente en combinación con bebidas refrescantes («cubalibre») (71'3%), aunque existe una alta proporción (23'4%), que las consume combinadas o solas indistintamente. Para medir el consumo de alcohol en nuestro estudio, hemos seguido la metodología empleada por el trabajo publicado por el Comisionado para la Droga (1988). La cantidad media de alcohol consumida durante los fines de semana es de 131 cm³ al día (DT = 112'87); el rango oscila entre 0 y 700 cm³. La cantidad de alcohol consumida durante el resto de la semana es de 63 cm³ al día (DT = 88'61); el rango también oscila entre 0 y 700 cm³, y el promedio diario es de 82'50 cm³. Con respecto a la cantidad de alcohol consumido, el 52'8% señala beber igual que antes de ingresar en el ejército, el 24'7% bebe menos y el 16'4% bebe más que antes de ingresar en el ejército. Entre las

Tabla 3. Motivaciones aducidas por las que dejaron de fumar.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por consejo médico	27	35'1
Por consejo de amigos o familia	15	19'5
Por problemas de salud	20	26
Por aumento del precio del tabaco	3	3'8
Porque quiso dejar de fumar	2	2'6
Por influencias de la TV, periódicos, etc.	5	6'5
No contesta	5	6'5
TOTAL	77	100

motivaciones para consumir alcohol, se citan «porque me gusta» (64'8%) y «por pasar el tiempo» (19'8%). (Ver tabla 4).

Por otra parte, entre los motivos para no consumir alcohol, se citan «porque es malo para la salud» (25'7%), «es responsable y sabe lo que quiere» (24'3%), o «no es necesario, no hay motivos» (18'8%), entre otros. (Ver tabla 5).

El 4'6% de esta muestra comenzó a beber antes de los 12 años, el 28'8% con una

edad de 12-15 años, el 59'7% con 16-18 años y el 4'4% lo hizo después de los 18 años.

Práctica de ejercicio físico

En cuanto a la práctica de ejercicio físico, en los datos recogidos se observa que se trata de una muestra en la que sólo el 23'2% llevaba a cabo un trabajo diario de tipo sedentario, antes de ingresar en el ejército. En el resto de los sujetos, el

Tabla 4. Motivaciones para consumir alcohol.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque tiene problemas	20	2'7
Por sentirse mayor, superior, importante	1	0'1
Por no hacer el ridículo	13	1'7
Por sentirse mejor, evadirse	31	4'1
Porque le gusta	487	64'8
Porque mucha gente lo hace	14	1'9
Por pasar el tiempo	149	19'8
Porque no puede dejarlo	5	0'6
Varias opciones	23	3'1
No contesta	9	1'2
TOTAL	752	100

Tabla 5. Motivaciones para no consumir alcohol.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque es malo para la salud	88	25'8
No soluciona los problemas	30	8'8
Lo ha probado y no le gusta	37	10'9
Es responsable y sabe lo que quiere	83	24'3
No es necesario, no hay motivos	64	18'8
Por miedo a no poder dejarlo	11	3'2
Varias opciones	20	5'9
No contesta	8	2'3
TOTAL	341	100

ejercicio físico era moderado (28'9%), activo (33'4%) o muy activo (14'5%). La distancia media recorrida al día oscilaba entre 1-5 Km (56'7%), menos de un Km. (19'2%) y 5-10 Km (16'1%). Además, el 54'2% de la muestra practicaba algún deporte durante la semana, el 20'8% varias veces al mes y el 25% no practica ningún deporte. En cuanto a la intención de practicar algún deporte cuando terminen el servicio militar, un 55'5% responde que sí, un 21%, no, y un 23'5% quisieran practicar algún deporte pero creen que es improbable. La principal razón aducida para no practicar deportes es la falta de tiempo (72'4%); por otra parte, un 15'4% reconoce no querer practicar ningún deporte. A la pregunta sobre si creen que la cantidad de ejercicio físico que realizan es suficiente para mantener su salud, el 50'9%, creen que sí es suficiente y el 26'6%, no lo saben.

Tipo de alimentación

En este apartado, nuestro objetivo fué recoger, de forma muy general, información sobre el consumo de los principales grupos de alimentos.

Hemos encontrado que el tipo de leche consumida con más frecuencia es la leche entera (en sus distintas variedades: normal, yogur, batidos,...), con un 87% de la muestra estudiada. Y la cantidad oscila entre un vaso (29'8%), dos vasos (30'6%) y 3 ó 4 vasos (24%) diarios.

El tipo de aceite más utilizado es el de oliva (78'4%) seguido por el de soja y girasol (8'9%). Por otra parte, algo más de la mitad de la población (52%) toma alimentos fritos casi a diario.

El consumo de embutidos oscila entre varias veces a la semana (45%) y todos los días (41'1%).

El consumo de carne de cerdo (41'1%) se sitúa por encima de otro tipo de carnes (21'7% consume preferentemente carne de pollo, y un 9'5%, carne de ternera) aunque un 24'8% señala varias opciones en el consumo de carne.

En cuanto a la cantidad de pan consumido diariamente, éste oscila entre el 38'7% que consume 150-250 grs. y el 29'2% que toma 250-500 grs. (sólo un 1'5% no lo consume).

Con respecto al pescado, no hay mucha diferencia en el consumo de pescado blanco y azul (33'6% y 26'4%, respectivamente). Además, la mayor parte de la población estudiada toma pescado de dos a tres veces por semana (59'6%), y el 10'9%, de 3 a 5 veces a la semana.

El consumo de verduras y frutas oscila entre el 32'8% de dos a tres veces por semana, el 29'1% que las toma a diario y el 18'5%, de 4 a 5 veces a la semana.

Las legumbres se consumen dos o tres veces en semana por la mayoría de los encuestados (56'6%), más de 4 veces en semana por el 27'9% y muy pocas veces por el 15%.

El consumo de huevos oscila entre menos de 5 (46'3%) y de 6 a 9 semanalmente (36'3%).

Por último, un 33% toma dulces raramente, un 25'6% de 2 a 3 veces por semana y un 32'9% casi a diario.

Consumo de drogas

Los resultados confirman que los sujetos de este estudio reconocen las sustancias que son consideradas drogas como tales, siendo los porcentajes más altos en la cocaína (93'8%) y en la heroína y morfina (94'6%). Cabe destacar que

los porcentajes más bajos se sitúan en los tranquilizantes y somníferos (69'3%) y en el tabaco (65'4%). Un 11'8% y un 16'1% creen que el alcohol y el tabaco no son drogas, respectivamente, y un 16'3%, no está seguro que los tranquilizantes y los somníferos sean drogas. Por otra parte, las únicas drogas que reconocen abiertamente que les han ofrecido en alguna ocasión son los porros y el *haschich* (81'2%).

Con respecto al consumo de drogas, destaca el bajo porcentaje de sujetos que reconoce que ha consumido algún tipo de drogas (cocaína, 10'8%; porros, *haschich*, 48'1%; heroína, morfina, 3'1%; tranquilizantes, somníferos, 10'2%; anfetaminas, 8%; y alucinógenos, 6'8%); y la alta proporción de sujetos que no contestan (en torno al 23% en todas las

drogas, a excepción de los porros y el *haschich*, con sólo un 6'3% que no contesta).

Centrándonos en la frecuencia del consumo de drogas, la mayor parte de los sujetos que consumen las distintas drogas, reconocen hacerlo de tarde en tarde, «alguna vez». Entre los sujetos que consumen porros/*haschich*, el 10'9% lo hace varias veces al mes, el 8'9%, varias veces a la semana y el 7'9%, todos los días. El 17'1% de los sujetos que consumen cocaína, lo hacen varias veces a la semana, y el 6'1%, todos los días. Y el 10% de los sujetos que consumen alucinógenos, lo hacen varias veces al mes. (Ver tabla 6).

Los datos parecen indicar que la edad crítica en la los encuestado proba-

Tabla 6. Frecuencia de consumo de las sustancias presentadas (PT.= Población total, PC.= Población Consumidora).

		ALGUNA VEZ	VARIAS VECES MES	VARIAS VECES SEMANA	TODOS LOS DIAS	ANTES SI AHORA NO	NO CONIESTA	TOTAL
COCAINA		43	14	1	5	16	3	82
	PT.	52'4%	17'1%	1'2%	6'1%	19'5%	3'6%	100%
	PC.	4'98%	1'62%	0'12%	0'58%	1'85%	0'35%	
PORROS HASCHICH		205	43	35	31	73	6	393
	PT.	52'2%	10'9%	8'9%	7'9%	18'6%	1'5%	100%
	PC.	23'73%	4'98%	4'05%	3'59%	8'45%	0'69%	
HEROINA MORFINA		11	2	0	2	13	3	31
	PT.	35'5%	6'5%	0%	6'5%	41'9%	9'7%	100%
	PC.	1'27%	0'23%	0%	0'23%	1'5%	0'35%	
TRANQUIL. SOMNIF.		33	3	3	1	24	4	68
	PT.	48'5%	4'4%	4'4%	1'5%	35'3%	5'9%	100%
	PC.	3'82%	0'35%	0'35%	0'12%	2'78%	0'46%	
ANFETA.		28	2	0	1	20	4	55
	PT.	50'9%	3'6%	0%	1'8%	36'4%	7'3%	100%
	PC.	3'24%	0'23%	0%	0'12%	2'31%	0'46%	
ALUCIN.		25	5	0	0	16	4	50
	PT.	50%	10%	0%	0%	32%	8%	100%
	PC.	2'89%	0'58%	0%	0%	1'85%	0'46%	

ron por primera vez las distintas drogas se centra entre los 16 y los 18 años. Además, un 15'5% de los sujetos que consumen porros, los han probado por primera vez entre los 13 y 15 años.

En general, parece reconocerse que todas estas sustancias son, en alguna medida, peligrosas. Los porros y el *haschich* se sitúan en el mismo nivel de peligrosidad que el tabaco y el alcohol (un poco peligrosas); se consideran muy peligrosas la cocaína, la morfina, la heroína y los alucinógenos; por último, los tranquilizantes, los somníferos y las anfetaminas se clasifican como bastante peligrosas.

Las principales razones para consumir droga entre los consumidores son, por una parte, motivaciones experimentales y de curiosidad (30'9%) y, por otra, con un porcentaje muy similar, el querer evadirse o sentirse mejor (30'5%); también se observa una alta proporción que no ha contestado (12%). (Ver tabla 7).

Entre las razones más aducidas por los no consumidores de drogas, están el no encontrar motivación para consumir droga (24'3%), el sentido de la responsabilidad (18'9%) y reconocer el perjuicio que pueden ocasionar en la salud (18'4%). (Ver tabla 8).

Patrón de conducta Tipo A (JASE)

Los sujetos de este estudio presentan unas medias de 9'68 (DT = 18'66), 29'59 (DT = 8'22), 21'14 (DT = 6'93) y 22'27 (DT = 6'48) en las escalas A, Competitividad (H), Velocidad e Impaciencia (S) y Sobrecarga laboral (J) del JASE, respectivamente. Como se puede observar en la tabla 9, las puntuaciones de los sujetos en la escala A presentan una distribución normal.

En las escalas de Competitividad (H) y Sobrecarga Laboral, existe una mayor proporción de sujetos que puntúan por encima de las puntuaciones medias y en la escala de Velocidad e Impaciencia,

Tabla 7. Motivaciones para consumir droga.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Porque tiene problemas	11	4'7
Por sentirse mejor, evadirse	71	30'5
Por sentirse mayor, importante, superior	5	2'1
Por aburrimiento	15	6'4
Por curiosidad, experimentar	72	30'9
Por no hacer el ridículo	1	0'4
Por no saber que puede pasar si las toma	10	4'3
Porque mucha gente lo hace	5	2'1
Por no poder dejarlo	6	2'6
Varios	9	3'9
No contesta	28	12
TOTAL	233	100

Tabla 8. Motivaciones para no consumir drogas.

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Es mala para la salud	133	18'4
No soluciona los problemas	56	7'7
Ha probado y no le gusta	63	8'7
Es responsable y sabe lo que quiere	137	18'9
No es necesario, no hay motivos	176	24'3
Por miedo a no poder dejarla	15	2'1
Varias	97	13'4
No contesta	46	6'4
TOTAL	723	100

ocurre justo lo contrario, existe una mayor proporción de sujetos que puntúan por debajo de las puntuaciones medias.

Hostilidad, irritabilidad (MAI)

Con respecto a la hostilidad/irritabilidad, los sujetos de este estudio presentan unas medias de 24'53 (DT = 8'03), 19'06 (DT = 4'38), 12'66 (DT = 3'59) y 15'25 (DT = 4'48) en las escalas General, Hostilidad Interiorizada, Hostilidad Exteriorizada y Apariencia Hostil del Cuestionario MAI, respectivamente. La puntuación media del Cuestionario MAI (suma de todos los ítems de la escala) es 71'50. En la tabla 10, se puede observar que la distribución de las puntuaciones en cada una de las escalas del Cuestionario MAI se concentran por debajo de las puntuaciones medias (no es una distribución normal).

Depresión (Inventario de Depresión de Beck)

La puntuación media obtenida en depresión es de 8'8 (DT = 6'97). El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 45. En cuanto a la distribución de los sujetos en

Tabla 9. Distribución de la muestra en las diversas escalas del JASE.

	PUNTUACION JASE	PORCENTAJE DE SUJETOS
JASE A	27 - 54	1'3
	55 - 81	22'7
	82 - 108	52'4
	109 - 135	22'4
	126 - 162	1'2
JASE H	8 - 16	7'2
	17 - 24	19'7
	25 - 32	34'7
	33 - 40	29'2
JASE S	41 - 48	9'2
	7 - 14	7'5
	15 - 21	34'9
	22 - 28	31'9
	29 - 35	13'7
JASE J	36 - 42	2'0
	6 - 12	7'6
	13 - 18	21'3
	19 - 24	34'1
	25 - 30	25'8
	31 - 36	11'2

Tabla 10. Distribución de la muestra en las diversas escalas del MAI.

	PUNTUACIONES EN EL MAI	PORCENTAJE DE SUJETOS
HOSTILIDAD GENERAL	11 - 22	46'9
	23 - 33	38'0
	34 - 44	13'5
	45 - 55	1'6
HOSTILIDAD INTERIORIZADA	7 - 14	11'60
	15 - 21	52'50
	22 - 28	34'40
	29 - 35	1'5
HOSTILIDAD EXTERIORIZADA	5 - 10	26'7
	11 - 15	38'5
	16 - 20	17'0
	21 - 25	17'9
APARIENCIA HOSTIL	6 - 12	29'6
	13 - 18	49'3
	19 - 24	18'9
	25 - 30	2'2

función de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck, el 69'5% presenta puntuaciones que oscilan entre 0-10, el 23'4% entre 11-20, el 5'2% entre 21-30 y 1'9% presenta más de 31 puntos.

Discusión

En nuestro estudio, *fuman* habitualmente un poco más de la mitad de la población (54%). Este porcentaje es más alto que el recogido en algunos estudios (35'4% en población universitaria granadina, Pérez, Robles y Reyes, 1992; 44% en una muestra andaluza, Comisionado para la Droga, 1988), aunque más bajo que el recogido en el estudio de Del Nido, Alvarez y Velasco (1991) en una población de jóvenes en período militar (69%).

De acuerdo a la clasificación propuesta por el Comisionado para la Droga, dentro del grupo de fumadores podemos diferenciar tres grupos: 1º) Moderados (menos de 10 cigarrillos diarios): 37'1%; 2º) Medios (de 11 a 20 cigarrillos diarios): 47'5%; 3º) Extremos (más de 21 cigarrillos diarios): 13'5%.

Es muy importante señalar que la mayor parte de los fumadores, quieren dejar de hacerlo e incluso han hecho uno o varios intentos para dejarlo, sólo una pequeña proporción declara que no quieren dejar de fumar. La principal motivación aducida que hace fracasar la intención de dejar el hábito es «la falta de voluntad» y la razón fundamental para hacerlo es simplemente el deseo de dejarlo.

Centrándonos en los datos de los ex-fumadores, hay que destacar el hecho de

que la principal motivación que les permitió dejar de fumar está relacionada directamente con el deseo de proteger la salud (consejo médico, problemas de salud). Otra información importante es que la mayoría no han observado aún ningún beneficio y que en su aspecto negativo se encuentran menos sociables.

Si comparamos las motivaciones aducidas que señalan los aún fumadores, con los que lo han sido y ya no lo son, para dejar el tabaco, parece ser más efectivas las razones de carácter exógeno (consejo médico o problemas de salud), que las de carácter endógeno (deseo personal de superar esa situación).

Estos datos apoyan la idea de la importancia de las campañas divulgativas sobre los efectos nocivos del tabaco, donde debe acentuarse que los beneficios de no fumar aunque no se observen de forma inmediata, son radicales a largo plazo. Pero estas campañas pueden resultar más eficaces si van apoyadas por el entorno del sujeto; dicho apoyo va a ser central para eliminar el hábito, dado que la persona por sí misma es más vulnerable y puede recaer fácilmente. Hay que tener en cuenta que la privación de nicotina provoca un síndrome de abstinencia, por lo que es muy importante contar con estímulos exteriores que refuercen la conducta de no fumar y subrayen sus beneficios. La propia comunidad debe ser el agente fundamental de cambio y la mayor arma para actuar a nivel preventivo, donde deben ir encaminados los principales esfuerzos (Costa y López, 1986).

No es sorprendente la alta proporción de sujetos que manifiesta que acude de forma muy frecuente a bares y discotecas; facilita los contactos sociales con el

grupo de amigos y ayuda a establecer nuevas relaciones, pero también incita al consumo de alcohol. Se observa un número muy alto de personas que consumen de forma habitual alcohol, en forma, preferentemente, de vino, cerveza y diversas clases de bebidas destiladas combinadas con bebidas refrescantes.

Hemos encontrado que existen diferencias importantes en cuanto a frecuencia y cantidad de consumo en distintas muestras de jóvenes granadinos. Si comparamos los datos relativos a la población de soldados con una población de estudiantes universitarios granadinos (Pérez, Robles y Reyes, 1992), observamos que los porcentajes de bebedores habituales son mucho más altos en los primeros.

Las diferencias más alarmantes las encontramos en el porcentaje de bebedores ocasionales y bebedores regulares; la frecuencia de bebedores regulares entre la población de soldados es muy elevada (Bebedores regulares: Muestra de soldados = 66'7%, Muestra universitaria = 6'0%; Bebedores ocasionales: Muestra de soldados = 5'1%, Muestra universitaria = 49'0%).

Comparados nuestros datos sobre el consumo de alcohol con los presentados en el estudio de Del Nido *et al.* (1991), con una población en período militar, se observan diferencias muy marcadas; una posible explicación podría encontrarse en la metodología empleada para la medición del consumo de alcohol.

El consumo medio de alcohol en los fines de semana se sitúa en el de bebedores excesivos y durante el resto de la semana, en bebedores moderados, según el criterio seguido por el Comisionado para la Droga (1988). Por otra parte, si

comparamos los datos de nuestro estudio con los publicados por el Comisionado para la Droga (1988) sobre la población total andaluza y la población bebedora andaluza, el promedio de consumo de alcohol en días laborables es muy similar entre la población total de soldados y la población bebedora andaluza ($63'08 \text{ cm}^3/\text{día}$ y $60'20 \text{ cm}^3/\text{día}$, respectivamente), pero bastante más alta si la comparamos con la población total andaluza ($39'09 \text{ cm}^3/\text{día}$). La diferencia es muy superior y alarmante en lo que se refiere a días festivos (Población total de soldados = $131 \text{ cm}^3/\text{día}$, Población bebedora andaluza = $74'70 \text{ cm}^3$ y Población total andaluza = $48'90 \text{ cm}^3/\text{día}$). En cuanto al promedio diario, puede apreciarse que la muestra de soldados supera en poco más del doble a la población total andaluza ($82'50 \text{ cm}^3/\text{día}$ y $39'70 \text{ cm}^3/\text{día}$, respectivamente).

En cuanto a la edad de comienzo del hábito suele situarse entre los 12 a los 18 años, siendo mayor el número de jóvenes que lo inician entre los 16 y 18 años; indicando claramente el carácter de integración social que tiene la conducta de beber, ya que en estas edades es cuando se empiezan a formar y ampliar los grupos de relaciones más similares a los de los adultos.

El principal motivo para beber es que les gusta y, le siguen en frecuencia motivos de tipo distractor (pasar el tiempo y evadirse).

El deseo de no perjudicar la salud es la razón más importante para no beber, le siguen muy de cerca el creer que el consumo de alcohol no es compatible con ser responsable, no encontrar ninguna motivación para hacerlo o, pensar que no resuelve ningún problema.

El ingreso en el ejército parece no haber afectado, en la mayoría, el consumo de alcohol, y en los que sí lo ha hecho, hay una mayor proporción que ha sido para reducirlo. También estos datos contrastan con los presentados por Del Nido *et al.* (1991), datos en los que se observa un importante aumento de la ingestión de alcohol. Pero estos datos no son comparables con los presentados en nuestro estudio dado que los jóvenes solamente llevaban dos semanas en los acuartelamientos y el aumento del consumo de alcohol recogido en el estudio de Del Nido se refieren al final del servicio militar. De lo cual se desprende que la aparente disminución del consumo del alcohol (o que éste no se vea afectado) que se observa en las primeras semanas de ingreso en el ejército no se va a mantener a lo largo de todo el período militar.

Con respecto al *ejercicio físico*, los datos indican que la mayor parte de los encuestados realizan un trabajo no sedentario y practican algún tipo de deporte de forma regular. La proporción de jóvenes que no realiza ningún deporte en nuestro estudio es mucho más baja (25%) que la obtenida en otras poblaciones: el 51'5% de una muestra de estudiantes universitarios granadinos (incluido ambos sexos) no practican deporte alguno (si extraemos sólo los datos de la población masculina universitaria, el 42% no practica deporte regularmente) (Pérez, Robles y Reyes, 1992); el 53% de una muestra de estudiantes universitarios de Barcelona tampoco realiza ninguna actividad deportiva durante el curso escolar (cifra que disminuye durante el verano, pasando al 30'4%) (Corbella, Cruz, Edo y Moix, 1988).

En España, los datos existentes sobre la práctica de algún tipo de actividad física o deporte sitúan dicha práctica en el 12% de la población en 1968, el 22% en 1975, el 25% en 1980 y el 34% en 1986 (García Ferrando, 1982; 1986; Martínez del Castillo, 1983). También hay que tener en cuenta que el porcentaje de gente activa no se distribuye regularmente entre los diferentes grupos socioeconómicos, culturales y por edades. En este sentido, en España, en 1980, practicaba la actividad física o el deporte el 51% de los hijos de padres con estudios universitarios y el 17% de los que tenía estudios primarios (Corbella *et al.*, 1988). En nuestros datos se recoge que el principal obstáculo para realizar algún deporte o comenzar a hacerlo es el poco tiempo disponible.

Creemos, como apuntan Costa y López (1986), que la actividad física regular constituye uno de los principales comportamientos implicados en la salud, no sólo por los beneficios tanto físico como psicológicos que conlleva en sí mismo sino porque, como algunos autores han señalado, los datos parecen indicar que la práctica de ejercicio físico está asociada a una menor prevalencia del consumo de tabaco (Jenkins, 1988; Robles, Reyes y Pérez, 1992), y a unos niveles más bajos de trastornos de salud (Haskell, Montoye y Orenstein, 1985; Corbella *et al.*, 1988). Por ello sería deseable potenciar este hábito entre aquellos jóvenes que no practican ningún tipo de ejercicio físico.

Por otra parte, en el tema de la *alimentación*, la escala que hemos utilizado en nuestro estudio no permite extraer conclusiones sobre consumo exacto de calorías, vitaminas, etc, pero si una

aproximación general de cuáles son los hábitos alimentarios más comunes en esta población.

Es bastante alta la proporción de personas que consume habitualmente leche o alguno de sus derivados, y la cantidad diaria oscila entre un vaso, dos vasos y 3 ó 4 vasos.

El tipo de aceite más utilizado en la muestra de este estudio es el de oliva. Es el aceite más recomendado por todos los especialistas en materia de salud (en la llamada «dieta mediterránea», el aceite de oliva juega un papel importante) debido a que el ácido graso mayoritario que lo compone es un monoinsaturado -el ácido oléico-, que aumenta los niveles de HDL (lipoproteínas de alta densidad) (Mataix, 1987; Mattson y Grundy, 1985; Baudet, Dachet, Lasserre, Esteva y Jocotot, 1984). La contrapartida es el hecho del alto consumo de alimentos fritos; observamos que un poco más de la mitad de la población, toma casi a diario alimentos fritos.

Los embutidos son otro grupo de alimentos donde hemos encontrado un alto consumo, no demasiado deseable desde un punto de vista de salud.

Otro hábito alimenticio muy extendido es el consumo de carne de cerdo por encima de otro tipo de carnes más recomendables por su menor contenido en grasa, como la carne de ternera o la de pollo.

Es también bastante alto el consumo de pan, pero también aquí, como en el caso del consumo de leche, hemos encontrado muchas diferencias en cuanto a la cantidad.

No hay mucha diferencia entre el consumo de pescado blanco y azul. Durante mucho tiempo se consideró el

pescado azul (graso) como un alimento comparable a la carne. Esto es cierto en cuanto a algunos nutrientes (proteínas), pero no lo es en cuanto a la grasa, ya que su composición es totalmente diferente. Concretamente, el pescado azul está compuesto de una gran proporción de ácidos grasos poliinsaturados capaces de producir compuestos con capacidad antiagregante plaquetaria. Más de la mitad de los sujetos encuestados toma pescado de dos a tres veces por semana (el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980, recomienda el consumo de pescado unas tres o cuatro veces por semana); se trata por tanto de una frecuencia relativamente baja.

También las legumbres suelen consumirse dos o tres veces en semana (es una frecuencia adecuada) por una alta proporción de los encuestados. El valor nutritivo de las legumbres es fundamentalmente calórico (por el alto contenido en hidratos de carbono); éstas no tienen apenas grasas, pero su valor energético es equiparable al del pan. Su contenido en proteínas es ligeramente superior al de la carne, el pescado y los huevos; además son una buena fuente de vitaminas del complejo B. El consumo semanal de dos variedades de legumbres mejora la dieta alimenticia y repercute beneficiosamente en la salud (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980).

El consumo de huevos oscila entre menos de 5 y de 6 a 9 huevos a la semana. El huevo es un alimento esencialmente proteico, que contiene además, grasas, minerales (hierro y fósforo) y vitaminas del complejo B, A y D. La frecuencia de consumo ideal para los adultos se centra en 5 huevos por semana (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980). Existe

por lo tanto en nuestra muestra una alta proporción de personas que sobrepasan el consumo de huevos recomendado.

Las verduras y frutas son esenciales en el mantenimiento de la salud del organismo, debido a su gran aporte de vitaminas, por lo que deberían estar presentes en nuestra dieta diariamente (alternando diferentes variedades). Hay que resaltar la baja proporción de sujetos que consumen verduras y frutas diariamente en nuestro estudio.

Por último es poco frecuente el consumo de dulces; aunque es adecuado su consumo diario (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980), su aporte alimenticio puede obtenerse a través de otros alimentos más completos, que además no favorezcan la aparición de caries dental.

Como conclusión general de los datos sobre hábitos alimenticios, podríamos decir que, sería recomendable reducir el consumo de alimentos fritos, disminuir el consumo de carne de cerdo, disminuir algo el consumo de huevos y elevar el consumo de verduras y frutas.

Como sucede en otros estudios sobre *consumo de drogas*, las estimaciones serán más exactas para el consumo de ciertas drogas (como el alcohol o el tabaco). Pero para las drogas con uso más restringido, y cuya base muestral es más limitada, los resultados finales sobre consumo habitual deben interpretarse de forma más aproximativa. Como hemos podido observar los sujetos de nuestro estudio reconocen a las sustancias que son consideradas drogas como tales. Por otra parte, las únicas drogas que reconocen abiertamente que les han ofrecido en alguna ocasión son los po-

rrros y el *haschich* (que son además las drogas consumidas más frecuentemente). En el resto existe un alto porcentaje que no contesta -presumiblemente por problemas de deseabilidad social, temor a que no se respetara la confidencialidad, etc.-, por lo que es difícil hacer alguna afirmación.

Además se mantiene una alta proporción de la muestra que ha preferido no contestar. De entre las personas que sí lo han hecho, son los porros y el *haschich* las drogas más consumidas alguna vez, pero en todas las drogas el mayor porcentaje se refiere a personas que nunca lo han probado.

La edad de inicio de consumo de las distintas drogas, en un porcentaje más alto, se sitúa entre los 16 y 18 años. Nuestros datos son similares a los recogidos en el estudio de Del Nido *et al.* (1991) quienes recogen que la edad media de inicio en el consumo de las distintas drogas se sitúa entre los 16 y 17,5 años, en una población en período militar.

En general, parece reconocerse que todas estas sustancias son, en alguna medida, peligrosas. Los porros y el *haschich* se sitúan en el mismo nivel de peligrosidad que el tabaco y el alcohol («un poco peligrosas»); se consideran muy peligrosas la cocaína, la morfina, la heroína y los alucinógenos; por último, los tranquilizantes, los somníferos y las anfetaminas se clasifican como bastante peligrosas.

Las principales razones para consumir droga son, por una parte, motivaciones experimentales y de curiosidad y, por otra, con un porcentaje muy similar, el querer evadirse o sentirse mejor; también se observa una alta proporción

que no ha contestado. Estas dos motivaciones también son recogidas en el estudio realizado por el Comisionado para la Droga (1988), aunque estas motivaciones son recogidas en segundo lugar. En primer lugar se aduce la enfermedad y el dolor (necesidad de calmar los nervios, de dormir mejor...). Pero como ya hemos señalado anteriormente, se trata de una muestra con un rango de edad mayor, y esta razón es señalada por personas de más de 44 años.

Las razones más aducidas por los no consumidores de drogas, como puede comprobarse, son las mismas que encontramos entre los no bebedores de alcohol: «no encontrar motivación para consumir droga», «reconocer el perjuicio que pueden ocasionar en la salud», y «un sentimiento de responsabilidad incompatible con el consumo de droga».

La información sobre las motivaciones para consumir y no consumir droga y el hecho de que en su base sean las mismas para todo tipo de sustancias, nos permite decir que, aunque sus consecuencias son distintas a nivel social y médico, se trata de una problemática muy común, que debe abordarse de forma similar. En cualquier caso, la mejor intervención es tratar de prevenir el consumo y una de las mejores formas es a través de la educación para la salud.

Las puntuaciones medias obtenidas en las *escalas del JASE* son muy similares a las ofrecidas por Bermúdez *et al.* (1991), para los primeros cursos de estudiantes de Psicología (23 años de media) en un grupo de hombres, a excepción de la puntuación en competitividad, que es

más alta en la muestra de soldados (Muestra de soldados: ME = 29'59, DT = 8'22; Muestra universitaria: ME = 21'36, DT = 6'26). Además, como ya hemos visto en la distribución de las puntuaciones en la escala de Competitividad, no es una distribución normal, sino que existe una alta proporción de sujetos que puntúan por encima de las puntuaciones medias.

Los resultados de nuestro estudio sobre la *hostilidad*, indican que las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas del Cuestionario MAI no siguen una distribución normal, sino que la mayor proporción de sujetos se sitúan por debajo de la puntuación media. Por otra parte, no hay mucha diferencia entre las puntuaciones obtenidas en la muestra de soldados, y una muestra de estudiantes varones del Instituto de Educación Física y Deporte de Granada (INEF) (Robles, Reyes y Pérez, 1992). Además, tampoco hay mucha diferencia entre la media del Cuestionario de Hostilidad MAI (la suma las puntuaciones de todos los ítems) en la muestra de soldados (ME = 71'50) y la media en la muestra de estudiantes del INEF (ME = 73'08) (Robles, Pérez y Reyes, en prensa) y en una muestra de estudiantes norteamericanos (ME = 71'18) (Siegel, 1986).

Si bien el porcentaje de sujetos que presentan altas puntuaciones en la *Escala de Depresión de Beck* no es muy alto, es preciso tener en cuenta que algunos datos pueden no tener relevancia estadística pero en cambio, pueden tener relevancia a nivel clínico o social.

En *resumen*, el objetivo general de este trabajo ha sido estudiar los principales comportamientos de riesgo para la salud en una muestra de jóvenes españoles, analizando su prevalencia y los motivos más frecuentes que mantienen algunas de estas conductas.

El análisis de los datos, en líneas generales, muestra resultados similares a los encontrados en otros estudios en cuanto a práctica de ejercicio físico, hábitos alimenticios, consumo de drogas y diferentes características de personalidad. Si hemos detectado diferencias importantes en frecuencia y cantidad de consumo tanto de bebidas alcohólicas como de tabaco, siendo más frecuentes ambos factores en nuestra muestra.

Creemos que la información recogida en el trabajo puede ayudar en el diseño de programas eficaces de prevención y promoción de la salud, centrándose en aquellas líneas de intervención precisamente en aquellos aspectos que hemos encontrado más relevantes (debido a su mayor prevalencia en la población, su mayor riesgo implícito,...).

Por una parte, nos ayuda a tomar conciencia de la alta proporción de personas que presentan conductas poco saludables o hábitos de riesgo. Por otra parte, pueden orientar nuestra actuación, precisamente, sobre los motivos que la población identifica como los principales que mantienen esas conductas o resaltar las razones fundamentales que se señalan para no hacerlo. Toda esta información, sin duda, podrá ser utilizada en los diseños de estrategias de intervención tanto de tipo preventivo como asistencial.

Referencias

- ALONSO, J.M. (1987). Consumo y actitudes hacia el tabaco y alcohol entre los reclutas. *Revista Española de Drogodependencias*, 12 (3), 3-14.
- BAUDET, M.F., DACHET, C., LASSERRE, M., ESTEVA, O. y JACOTOT, B.J. (1984). *Journal of Lipids Research*, 25, 456.
- BECK, A.T. (1978). *Depression Inventory*. Filadelfia: Center for Cognitive Therapy.
- BERMUDEZ, J., PEREZ GARCIA, A.M. y SANCHEZ-ELVIRA, A. (1988). *Cuestionario de Hostilidad (MAI)*. Traducido para el *Proyecto Salud*.
- BERMUDEZ, J., SANCHEZ-ELVIRA, A. y PEREZ GARCIA, A. (1988). Medidas del patrón de conducta Tipo A en muestras españolas: Datos preliminares. *Jornadas sobre Psicología y Salud*. Madrid: UNED, 1988.
- BERMUDEZ, J., SANCHEZ-ELVIRA, A. y PEREZ, A.M. (1991). Medida del patrón de conducta Tipo A en muestras españolas: Datos psicométricos del JAS en estudiantes. *Boletín de Psicología*, 31, 40-75.
- BERNARDO, M., De FLORES, T., VALDES, M., MESTRE, L. y FERNANDEZ, G. (1985). Type A and personality in a coronary disease sample. Comunicación presentada al *Fourth World Congress of Biological Psychiatry*. Filadelfia.
- BOOTH-KEWLEY S. y FRIEDMAN, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101 (3), 343-362.
- COMISIONADO PARA LA DROGA (1988). *Los andaluces ante las drogas*. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- COYNE, J.C. (1986). Ambiguity and controversy: An introduction. En J.C. Coyne (Ed.). *Essential papers on depression*, Nueva York: New York University Press.
- CORBELLA, E., CRUZ, J., EDO, S. y MOIX, J. (1988). Pautas de actividad física y salud en una muestra universitaria. En J. Santacreus (Comp.). *Modificación de conducta y psicología de la salud*. Valencia: Promolibro, 519-528.
- DEL NIDO ALONSO, C., ALVAREZ GONZALEZ, F.J. y VELASCO MARTIN, A. (1991). Estudios sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas de abuso en una población en período militar. *Medicina Militar. Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas de España*, 47 (3), 226-228.
- DEMBROSKI, T.M. y CZAJKOWSKI, S.M. (1989). Historical and current developments in coronary-prone behavior. En A. W. Siegman y T. M. Dembroski (Eds.). *In search of coronary-prone behavior. Beyond Type A*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- DEMBROSKI, T.M. y MacDOUGALL, J.M. (1985). Beyond global Type A: Relationships of paralinguistic attributes, hostility and anger-in to coronary heart disease. En T. Field, P. McCabe y N. Schneiderman (Eds.). *Stress and coping*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

- DEMBROSKI, T.M., McDOUGALL, J.M., WILLIAMS, R.B., HANEY, T.L. y BLUMENTHAL, J.A. (1985). Components of Type A, hostility and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.
- DEPUE, R. y MONROE, S. (1978). The unipolar-bipolar distinction in depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 85; 1001-1029.
- DIMSDALE, J.E. (1988). A perspective on Type A behavior and coronary disease. *The New England Journal of Medicine*, 14, 110-112.
- FOLKINS, C.H. y SIME, W.E (1981). Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*, 36(4), 373-389.
- FREEMAN, A.M., FLEECE, L., FOLKS, D.G., COHEN-COLE, S. y WALDO, A. (1984). Psychiatric symptoms, Type A behavior, and arrhythmias following coronary bypass. *Psychosomatics*, 25, 8.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- FUENTENEYRO, F. y VAZQUEZ C. (1991). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: Interamericana.
- GARCIA FERRANDO, M. (1982). *Deporte y sociedad. Las bases sociales del deporte en España*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- GARCIA FERRANDO, M. (1986). *Hábitos deportivos de los españoles. Sociología del comportamiento deportivo*. Madrid: Instituto de Ciencias de la Educación Física y del Deporte.
- HASKELL, W.F., MONTOYE, J.H. y ORENSTEIN, D.R. (1985). Physical activity and exercise to achieve health-related components of physical fitness. *Public Health Reports*, 100(2), 202-212.
- HAYNES, S.G., LEVINE, S., SCOTCH, N., FEINLEIB, M. y KANNEL, W.B. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: I. Methods and risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 107, 362-381.
- HESELTINE, E., RIBOLI, E., SHUKER, L. y WILBOURN, J. (1988). *Tabaco o salud*, Madrid: Comunidad Económica Europea.
- JENKINS, C.D. (1988). Epidemiology of cardiovascular diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 324-332.
- JENKINS, C.D., ZYZANSKY, S.J. y ROSENMAN, R.H. (1965). *Inventario de Actividad de Jenkins. Forma C*. The Psychological Corporation. Madrid: TEA.
- JENKINS, C.D., ZYZANSKY, S.J. y ROSENMAN, R.H. (1976). Risk of new myocardial infarction in middle-aged with manifest coronary heart disease. *Circulation*, 53, 342-347.
- LAWRENCE, R.M. (1987). Aspectos psicológicos del ejercicio. En A.A. Bove y D.T. Lowenthal (Eds.). *Medicina del ejercicio*. Buenos Aires: Ateneo.
- LEON, A.S. y BLACKBURN, H. (1983). Physical inactivity. En N.M. Kaplan y K.A. Stamler (Eds.). *Prevention of coronary heart disease: Practical management of the risk factors*. Filadelfia: Saunders, 86-97.
- LEON-CARRION, J. (1984). *Bases para la prevención de las drogodependencias*. Sevilla: Alfar.
- LEPARSKY, E. (Ed.). (1987). *The prevention of noncommunicable diseases*. Ginebra: OMS.

- LEPARSKY, E. y NÜSSEL, E. (Comps.). (1987). CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme) *Protocol and Guidelines for monitoring and evaluation procedures*. Copenague: OMS.
- MARTIN, J.E. y DUBBERT, P.M. (1982). Exercise applications and promotion in behavioral medicine: Currents status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1004-1017.
- MARTINEZ DEL CASTILLO, J. (1983). Evolución de las prácticas físico-recreativas en la formación social española en el período 1968-1982. *I Simposium Nacional. El Deporte en la Sociedad*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- MATAIX, J. (1987). Dieta y aterosclerosis. En *Centro de Cardiología Preventiva*. Granada: Servicio de Publicaciones, Caja General de Ahorros de Granada.
- MATTSON, F.H. y GRUNDY, S.M. (1985). *Journal of Lipids Research*, 26, 194.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (1980). *Programa de Educación en Alimentación y Nutrición*. Madrid: CID. Grafimor.
- MORRIS, J.N., ADAM, C., CHAVE, S.P.W., SIREY, C., EPSTEIN, L y SHEENAN, D.J. (1973). Vigorous exercise in leisure-time and the incidence of coronary heart disease. *Lancet*, 1, 333-339.
- PAFFENBARGER, R.S., WING, A.L. y HYDER, R.T. (1978). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 108 (2), 119-126.
- PEREZ, M.N., ROBLES, H. y REYES, G. (1992). Estudio epidemiológico sobre comportamientos de riesgo. *I Congreso Nacional de Psicología Aplicada a los Trastornos Cardiovasculares*. Valencia.
- REIG, A. (1988). La psicología de la salud en la promoción de la salud cardiovascular. *Jornadas Andaluzas de Psicología y Salud*. Granada: Colegio Oficial de Psicólogos.
- ROBLES, H., PEREZ, M.N. y REYES, G. (en prensa). Hostilidad, patrón de conducta Tipo A y reactividad cardíaca.
- ROBLES, H., REYES, G. y PEREZ, M.N. (1992). Incidencia de algunos factores de riesgo coronario en una población de estudiantes del INEF. *I Congreso Nacional de Psicología Aplicada a los Trastornos Cardiovasculares*. Valencia.
- ROSENMAN, R.H., FRIEDMAN, M., STRAUS, R., WURM, M., KOSITCHEK, R., HAHN, N. y WERTHESSO, N.T. (1964). A predictive study of coronary heart disease; The Collaborative Group Study. *Journal of the American Medical Association*, 189, 15-22.
- SANTACREU, J. (1989). Evaluación conductual de la depresión. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobes. *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide.
- SHEKELLE, R.B., GALE, M., OSTFELD, A.M. y PAUL, O. (1983). Hostility, risk of coronary disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 245, 219-228.
- SIEGEL, J.M. (1986). The Multidimensional Anger Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (1), 191-200.

- SIME, W.E. (1984). Psychological benefits of exercise training in the healthy individual. En J.D. Matarazzo, Sh. M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y St. M. Weiss. (Eds.). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: John Wiley, 448-508.
- TAYLOR, C.B.; SALLIS, J.F. y NEEDLE, R. (1985). The relationship between physical activity and exercise and mental health. *Public Health Report*, 100 (2), 195-202.
- THOMPSON, J.K., JARVIE, B.B. y CURETON, K.J. (1982). Exercise and obesity: etiology, physiology and intervention. *Psychological Bulletin*, 91, 55-79.
- TOMAS ABADAL, LL. (1987). El tabaco, factor de riesgo coronario. *Revista Clínica Española*, 180 (1), 48-51.
- U.S.D.H.H.S. (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- VALLBONA, C. (1986). El ejercicio como modalidad terapéutica de interés en medicina primaria. *Apuntes de Medicina de l'Esport*, 23, 5-13.
- VILA, J. (1987). Investigación básica en psicología y sus aplicaciones a la medicina conductual. En Asociación Neuropsiquiátrica Infanto-Juvenil. *Terapias conductuales en psicopatología infanto-juvenil*. Madrid: Alhambra, 17-28.