

# **Patrones de comportamiento relacionados con la salud en una muestra española de población general.**

**Artículo publicado en 2008 en la revista “Acta Colombiana de Psicología”, Vol. 11, nº 2, pp. 97-106.**

## **Autores:**

Xavier Pons Diez

Departamento de Psicología Social de la Universitat de València.

Marta Gil Lacruz

Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza.

.....

## **1.- Introducción**

Entre las múltiples aplicaciones de la psicología social, el estudio de los comportamientos de las personas en relación con su salud es ilustrador de la interacción entre los procesos psicológicos, los biológicos y los sociales. El comportamiento influye en la propia salud, desde la forma en que es tratada la información relevante, hasta la manera de adoptar un tratamiento médico. Además, el individuo se integra en un contexto que, a menudo, determina sus opciones y recursos para la salud.

Si a lo anterior se añaden factores tales como las tendencias recientes de morbilidad crónica en los países económicamente desarrollados, el envejecimiento progresivo de la población, la alta incidencia de estrés y trastornos emocionales, la obesidad o el riesgo de enfermedades cardiovasculares, se hará más evidente cómo el estudio de los estilos de vida relacionados con la salud adquiere relevancia en la sociedad actual (Gil-Lacruz, 2007).

El término “estilos de vida saludable” hace referencia a un conjunto de patrones conductuales beneficiosos para la salud, que constituyen hábitos aprendidos por la persona que los pone en práctica y que surgen de una elección individual, pese a no estar exentos de procesos de influencia social (Abel, 1991; Elliot, 1993). Son diversas las variables que integran los estilos de vida saludable. Siguiendo la revisión de Pastor, Balaguer y García-Merita (1999), se pueden

destacar las tres siguientes categorías como las más evaluadas en las investigaciones al respecto:

- Consumo de drogas institucionalizadas. De entre las sustancias farmacológicamente calificadas como drogas, el tabaco, el alcohol etílico y el café son, con diferencia, las más consumidas en nuestra sociedad (Carrasco, 2004; World Health Organization, 2000). Por ello, tanto la investigación social como la médica se han interesado en conocer la incidencia de este consumo en población general y en grupos poblacionales específicos (Britton, 2004).

- Actividad física. Se entiende por tal cualquier actividad que suponga movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que sea productora de un gasto significativo de energía (Bailis, Fleming y Segall, 2005). A partir de aquí, se podrá distinguir entre “actividad física simple” –subir escaleras, pasear, ir en bicicleta,...–, “ejercicio de mantenimiento” –actividad física planeada y estructurada–, y “deporte” –actividad física competitiva–.

- Vigilancia de hábitos de riesgo. Se han destacado, principalmente, los hábitos alimentarios –incluyendo el control del peso saludable– y la atención a la higiene bucodental (Gracia y Millán, 2005).

Desde los inicios de la psicología social de la salud como disciplina científica, uno de los temas de interés preferente para los investigadores ha sido el de los estilos de vida saludable en la población (Nouvilas, 2007). Se presta atención al estudio de las correlaciones de los estilos de vida saludable entre sí y a la ocurrencia diferencial de éstos en distintos grupos poblacionales (Pastor, Balaguer y García-Merita, 2000). La psicología social de la salud se ha interesado por los motivos que llevan a las personas a cuidar de su salud o a no hacerlo. Desde esta perspectiva, se toma en consideración el punto de vista y la responsabilidad del individuo en el desarrollo de su propia salud (Nouvilas, 1999).

La conducta que cada individuo realiza será, pues, un factor altamente condicionante de su propio estado de salud (Bundek, Marks y Richardson, 1993; Pender, 1987). De aquí se deriva que la salud se verá significativamente beneficiada por la existencia de determinados patrones conductuales, tales como la evitación –o, al menos, moderación– del consumo de alcohol y tabaco, la realización de actividad física adecuada, la alimentación equilibrada o el cuidado bucodental, entre otros.

Pero también los factores demográficos y sociales serán condicionantes del estado de salud, pues éstos inciden sobre la conducta que el individuo realiza (Gil-

Lacruz, 2007; Herr y Oaks, 2003). Así, el estilo de vida de un individuo aparece vinculado al estilo de vida de su grupo social de referencia o pertenencia –es decir, a un tipo de estilo de vida colectivo– y ambos se forman en relación con las condiciones sociales en las que viven el individuo y el grupo (Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992). Como explican Sanabria-Ferrand, González y Urrego (2007), el estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia de vida del individuo y en su constitución juegan un papel decisivo los procesos de aprendizaje por imitación de modelos familiares o de grupos formales o informales.

Al respecto de lo anterior, investigadores como Conner (1995) o Pinn (2003) se han referido a la existencia de una mayor presencia de comportamientos de riesgo para la salud en los varones y más tendencia al cuidado de la salud en las mujeres. Los estilos de vida saludable responden a variabilidad de sus pautas de ocurrencia, no sólo entre individuos diferentes, sino también entre grupos sociales diferentes –grupos de género, grupos generacionales,...– pues éstos se hallan sometidos a procesos de influencia distintos y peculiares (Lindstrom, 2006).

En la presente investigación se pretende analizar distintas conductas de riesgo para la salud –consumo de tabaco, alcohol y café; ausencia de higiene bucodental; ausencia de control del peso corporal e inactividad física– en una muestra de población general, estableciendo, en primer lugar, relaciones entre estos hábitos conductuales entre sí con la finalidad de determinar si constituyen una misma tendencia conductual sobre el cuidado de la salud, y analizando, posteriormente, la ocurrencia de cada una de estas conductas en los grupos de sexo y edad establecidos en la muestra.

## **2.- Método**

Muestra: La investigación se realizó con una muestra de 680 personas de ambos sexos, residentes en la Comunidad Valenciana (España) y de edades comprendidas entre 11 y 86 años.

Se presenta en la Tabla 1 la distribución de la muestra en función de las variables sexo y edad.

**Tabla 1**  
*Distribución de frecuencias y porcentajes  
por variables estructurales*

<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Varones</b>	331	48,7
<b>Mujeres</b>	349	51,3
<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>11-16</b>	26	3,8
<b>17-22</b>	232	34,1
<b>23-28</b>	161	23,7
<b>29-33</b>	53	7,8
<b>34-39</b>	45	6,6
<b>40-50</b>	99	14,6
<b>51-64</b>	49	7,2
<b>65-86</b>	15	2,2

Como se observa en la Tabla 1, un 51,3% de la muestra corresponde a mujeres mientras que un 48,7% son varones. En cuanto a la edad, el grupo más numeroso es el comprendido entre 17 y 22 años (34,1%) seguido del que tiene entre 23 y 28 años (23,7%) y el de 40 a 50 años (14,6%).

Instrumento: Para obtener los datos de la investigación se utilizó el cuestionario de comportamientos de salud CS-94 elaborado por Herrero, Musitu y Gracia (1996). Este instrumento ha demostrado validez de constructo y capacidad para evaluar de manera precisa los estilos de vida saludable, tanto con muestras de población general (Gil-Lacruz, 2000) como con grupos de edad específicos (Gil-Lacruz y Pons, 2002). El cuestionario fue construido por sus autores originales siguiendo criterios teóricos –presencia de hábitos nocivos y de riesgo, o ausencia de conductas de cuidado de la salud– y metodológicos –un tamaño reducido del cuestionario para no restarle fiabilidad–. Consta de ocho ítems que proporcionan información sobre tres categorías de hábitos conductuales relacionados con la salud:

- Cuatro ítems evalúan el consumo de tóxicos: consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas –de vino, de cerveza y de licores y combinados–.
- Un ítem evalúa la actividad física: grado de presencia de actividad física en el tiempo libre.
- Tres ítems evalúan la vigilancia de hábitos de riesgo: control en el consumo de café, atención a la higiene bucodental y vigilancia al mantenimiento del peso saludable.

El cuestionario utilizado recoge las categorías que aparecen como más evaluadas en la literatura científica sobre estilos de vida saludable, según la revisión de Pastor et al. (1999).

Las puntuaciones de los ocho ítems recogen el riesgo que presenta para la salud la conducta de los sujetos en cada una de esas áreas. Las puntuaciones obtenidas deben interpretarse de tal manera que el comportamiento de riesgo para la salud estará representado por una alta puntuación en cada ítem en cuestión. De este modo, las puntuaciones en los diferentes ítems y sus medias aritméticas podrán oscilar entre los siguientes valores:

- Consumo de tabaco, vino, cerveza y licores: las puntuaciones podrán oscilar entre 1 -mínimo consumo- y 7 -máximo consumo-.

- Inactividad física: las puntuaciones podrán oscilar entre 1 -máxima frecuencia de actividad- y 8 -máxima frecuencia de inactividad-.

- Vigilancia de hábitos de riesgo: las puntuaciones podrán oscilar entre 1 -máxima atención a la higiene bucodental, el control del peso corporal y el control del consumo de café- y 5 -máxima desatención-.

Procedimiento: Con la finalidad de establecer las relaciones entre las ocho conductas de salud analizadas, fueron obtenidos los índices de correlación de Pearson entre todas ellas, a partir de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario. Con la finalidad de relacionar estas ocho variables con el sexo y la edad de los encuestados, fueron llevados a cabo análisis de varianza en los que se establecía como variables dependientes las puntuaciones en estas ocho medidas conductuales y como variables independientes el sexo y la edad. En el caso de la edad, dado que esta variable fue categorizada en ocho diferentes rangos de edad -ver distribución de la muestra en Tabla 1-, fue aplicada la prueba de contraste de medias de Tukey para determinar entre qué grupos de edad se daban las diferencias significativas detectadas en el anterior análisis de varianza.

### **3.- Resultados**

En las tablas siguientes son expuestos los resultados de los análisis estadísticos realizados. En primer lugar, se exponen las medias aritméticas para rango de edad de cada una de las conductas que se evalúan en esta investigación. Con independencia de la significatividad estadística de las diferencias entre medias, que será analizada en tablas posteriores, es de interés conocer en qué rangos de edad de la muestra se han encontrado las medias más elevadas y más reducidas en cada variable dependiente analizada. En la Tabla 2 se exponen estos datos.

**Tabla 2**

*Ordenación descendente de las medias obtenidas por cada rango de edad en cada conducta*

	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>	<b>(5)</b>	<b>(6)</b>	<b>(7)</b>	<b>(8)</b>
1 <sup>o</sup>	23-28: 4,21	65-86: 2,07	40-50: 2,09	17-22: 2,06	51-64: 6,67	40-50: 3,71	65-86: 2,50	51-64: 3,19
2 <sup>o</sup>	34-39: 4,20	51-64: 2,00	23-28: 2,08	23-28: 1,97	40-50: 6,07	51-64: 3,58	51-64: 2,31	34-39: 3,05
3 <sup>o</sup>	40-50: 4,10	40-50: 1,97	29-33: 1,96	34-39: 1,77	29-33: 5,37	23-28: 3,49	11-16: 2,16	23-28: 3,01
4 <sup>o</sup>	29-33: 4,04	34-39: 1,73	51-64: 1,79	29-33: 1,75	23-28: 5,31	34-39: 3,48	40-50: 2,02	17-22: 2,92
5 <sup>o</sup>	17-22: 3,89	23-28: 1,60	34-39: 1,66	40-50: 1,60	34-39: 5,16	17-22: 3,34	23-28: 1,89	29-33: 2,92
6 <sup>o</sup>	11-16: 3,32	29-33: 1,56	17-22: 1,59	11-16: 1,56	65-86: 5,07	29-33: 3,15	29-33: 1,88	40-50: 2,88
7 <sup>o</sup>	51-64: 3,00	17-22: 1,38	65-86: 1,57	51-64: 1,54	17-22: 4,84	65-86: 2,86	34-39: 1,86	11-16: 2,84
8 <sup>o</sup>	65-86: 1,57	11-16: 1,12	11-16: 1,28	65-86: 1,29	11-16: 3,76	11-16: 2,32	17-22: 1,82	65-86: 2,64

<b>(1):</b> Consumo de tabaco	<b>(2):</b> Consumo de vino	<b>(3):</b> Consumo de cerveza
<b>(4):</b> Consumo de licores	<b>(5):</b> Inactividad física	<b>(6):</b> Consumo de café
<b>(7):</b> Inatención a la higiene bucodental	<b>(8):</b> Inatención al cuidado del peso corporal	

Los datos de la Tabla 2 reflejan las puntuaciones medias de cada grupo de edad en cada una de las variables conductuales. Cada columna corresponde a una de las conductas analizadas. En cada columna se ordenan, de manera descendente, las puntuaciones medias obtenidas por cada rango de edad en esa variable. En cada casilla se expone, a la izquierda, el rango de edad y, a la derecha, la puntuación media de ese rango en la variable conductual correspondiente. De este modo, puede apreciarse una clasificación ordenada de puntuaciones medias, de modo que las posiciones altas corresponden a los hábitos de riesgo para la salud y las bajas a comportamientos más saludables.

En los análisis de varianza y pruebas de contraste de medias que serán expuestos en tablas posteriores se hará mención a las diferencias significativas entre pares de medias, que permitirán una mejor comprensión de las relaciones entre las conductas de riesgo para la salud y la edad y el sexo. Antes de ello, se expone en la Tabla 3 la matriz de correlaciones de Pearson entre cada par de ítems referidos a los comportamientos de riesgo para la salud.

**Tabla 3**

*Correlación de Pearson entre los ocho ítems de la escala CS-94*

	<b>tabaco</b>	<b>vino</b>	<b>cerveza</b>	<b>licores</b>	<b>inac. fís.</b>	<b>café</b>	<b>dental</b>	<b>peso</b>
<b>tabaco</b>	1.000							
<b>vino</b>	0.133**	1.000						
<b>cerveza</b>	0.262**	0.360**	1.000					
<b>licores</b>	0.266**	0.320**	0.412**	1.000				
<b>inact. física</b>	0.169**	0.149**	0.090*	0.024	1.000			
<b>café</b>	0.266**	0.053	0.200**	0.150**	0.131**	1.000		
<b>inat. dental</b>	0.145**	0.231**	0.240**	0.207**	0.141**	0.059	1.000	
<b>inat. peso</b>	0.174**	0.121**	0.211**	0.190**	0.207**	0.152**	0.300**	1.000

(\*\*) Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral)

(\*) Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

De las 28 correlaciones establecidas entre las conductas analizadas, 25 de ellas muestran significatividad estadística. No se encuentra una relación significativa entre consumo de café y consumo de vino, entre desatención a la higiene bucodental y consumo de café y entre inactividad física y consumo de licores –hay que recordar que la variable “consumo de licores” incluye tanto el consumo de éstos solos como combinados, según aparece en el enunciado del ítem en el cuestionario–.

Las cuatro correlaciones más elevadas han sido las establecidas entre consumo de licores y consumo de cerveza (0,412), entre consumo de cerveza y consumo de vino (0,36), entre consumo de licores y consumo de vino (0,32) y entre desatención al peso saludable y desatención bucodental (0,3), las cuatro significativas al nivel 0,01.

A continuación, se exponen en la Tabla 4 los resultados del análisis de varianza realizado para determinar las relaciones entre los hábitos de cuidado de la salud y el sexo de los encuestados. Dado que una alta puntuación en cada variable representa la existencia de un comportamiento de riesgo, las ocho variables dependientes han sido léxicamente formuladas en términos de comportamientos de riesgo, con la finalidad de facilitar la comprensión e interpretación de los resultados.

**Tabla 4***Resultados del análisis de varianza en función del sexo y medias de cada grupo*

Variable	SC	GL	MC	F	P	VARONES	MUJERES
CONSUMO TABACO	71,494	1	71,494	14,287	<0,001	4,23a	3,58b
CONSUMO VINO	14,854	1	14,854	16,480	<0,001	1,75a	1,46b
CONSUMO CERVEZA	53,474	1	53,474	42,937	<0,001	2,10a	1,54b
CONSUMO LICORES	17,265	1	17,265	19,767	<0,001	2,02a	1,70b
INACTIVIDAD FÍSICA	9,216	1	9,216	1,714	0,191	5,18	5,41
CONSUMO CAFÉ	1,103	1	1,103	0,494	0,482	3,36	3,44
INATENCIÓN BUCODENTAL	77,908	1	77,908	75,906	<0,001	2,29a	1,61b
INATENCIÓN PESO	48,402	1	48,402	26,850	<0,001	3,23a	2,70b

**a>b:** Diferencias significativas.

SC: Sumas cuadráticas. GL: Grados de libertad. MC: Medias cuadráticas.

F: Valor de F empírica. P: Nivel de significatividad.

En la Tabla 4 se comprueba la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre sexos en seis de las variables dependientes ( $p < 0,001$  en los seis casos), de tal manera que los varones aparecen como más consumidores de tabaco, de vino, de cerveza y de licores, así como más descuidados en el cuidado de la higiene bucodental y de la atención al peso saludable. No se encuentran diferencias significativas en inactividad física ni en consumo de café.

Para finalizar este apartado, se expondrán en las tablas siguientes los resultados de los análisis estadísticos efectuados con la finalidad de conocer las relaciones existentes entre las conductas de salud y la edad de los sujetos pertenecientes a la muestra, categorizada esta variable en ocho rangos de edad. En primer lugar, la Tabla 5 describe los resultados del análisis de varianza realizado con tal finalidad.

**Tabla 5***Resultados del análisis de varianza en función de la edad*

Variable	SC	GL	MC	F	P
CONSUMO TABACO	146,498	7	20,928	4,257	<0,001
CONSUMO VINO	42,472	7	6,067	6,947	<0,001
CONSUMO CERVEZA	40,742	7	5,820	4,541	<0,001
CONSUMO LICORES	30,825	7	4,404	5,095	<0,001
INACTIVIDAD FÍSICA	257,456	7	36,779	7,282	<0,001
CONSUMO CAFÉ	50,122	7	7,160	3,288	0,002
INATENCIÓN BUCODENTAL	17,041	7	2,434	2,161	0,036
INATENCIÓN PESO	5,956	7	0,851	0,452	0,869

SC: Sumas cuadráticas. GL: Grados de libertad. MC: Medias cuadráticas.

F: Valor de F empírica. P: Nivel de significatividad.

Se observa en la Tabla 5 que aparecen diferencias significativas entre los grupos de edad en las variables: consumo de tabaco, consumo de vino, consumo de cerveza, consumo de licores e inactividad física ( $p < 0,001$  en los cinco casos); así como en las variables: consumo de café ( $p = 0,002$ ) e inatención bucodental ( $p < 0,036$ ).



No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable referida al control del peso saludable.

Con la finalidad de conocer entre qué grupos de la variable independiente se encuentran las diferencias significativas, se realizó la prueba de contraste de medias de Tukey, cuyos resultados, junto a las medias de cada grupo, son expuestos en la Tabla 6.

**Tabla 6**  
*Test de Tukey para los rangos de edad y medias de cada grupo*

Variable	11-16	17-22	23-28	29-33	34-39	40-50	51-64	65-86
CONSUMO TABACO	3,32	3,89a	4,21a/1	4,04a	4,20a	4,10a	3,00/2	1,57b
CONSUMO VINO	1,12b/2	1,38b	1,60	1,56	1,73	1,97a	2,00a	2,07/1
CONSUMO CERVEZA	1,28b	1,59b	2,08a	1,96	1,66	2,09a	1,79	1,57
CONSUMO LICORES	1,56	2,06a	1,97	1,75	1,77	1,60b	1,54b	1,29b
INACTIVIDAD FÍSICA	3,76b/3	4,84b	5,31/2	5,37	5,16/2	6,07a	6,67a/1	5,07
CONSUMO CAFÉ	2,32b	3,34a	3,49a	3,15	3,48a	3,71a	3,58a	2,86
INATENCIÓN BUCODENT.	2,16	1,82b	1,89	1,88	1,86	2,02	2,31a	2,50
INATENCIÓN PESO	2,84	2,92	3,01	2,92	3,05	2,88	3,19	2,64

**a>b:** Diferencias significativas (alfa=0,05)      **/1>/2>/3:** Diferencias significativas (alfa=0,05)

Tal y como se muestra en la Tabla 6 las diferencias significativas entre las medias se dan de la siguiente manera:

- Consumo de tabaco. El grupo de mayor edad (65-86) obtiene una puntuación significativamente menor a la de todos los demás grupos de edad, salvo a la del grupo de menor edad (11-16) y a la del grupo de 51-64. Por su parte, el grupo de 23-28 años obtiene una puntuación significativamente más elevada que el de 51-64, no habiendo más diferencias estadísticamente significativas entre el resto de niveles de la variable independiente.

- Consumo de vino. Los grupos de edad de 40-50 años y de 51-64 años obtienen ambos una puntuación significativamente más elevada que la de los dos grupos de menor edad. Al mismo tiempo, el grupo de los más jóvenes (11-16) presenta también una puntuación significativamente menor que el de los más mayores (65-86).

- Consumo de cerveza. Los rangos de edad de 23-28 años y 40-50 años obtienen ambos una puntuación significativamente más elevada que la de los dos grupos más jóvenes, no habiendo significatividad estadística en las diferencias entre el resto de los grupos.

- Consumo de licores. El rango de edad de 17-22 años presenta un consumo significativamente mayor que el manifestado por los tres grupos de mayor edad, los mayores de 40 años.

- Inactividad física. Los grupos de edad comprendidos entre los 11 y los 22 años son menos inactivos que los comprendidos entre 40 y 64 años. Del mismo modo, también aparecen diferencias significativas entre otros grupos, de tal forma que los rangos de edad de 23-28 años y de 34-39 son ambos menos sedentarios que los de 51-64, mientras que los de 11-16 son, a su vez, menos inactivos que los tres mencionados anteriormente.

- Consumo de café. Los más jóvenes (11-16) son significativamente menos consumidores de café que los de edades comprendidas entre 17 y 28 años y que los que tienen entre 34 y 64.

- Inatención a la higiene bucodental. Las únicas diferencias estadísticamente significativas entre las medias aparecen entre el grupo de 17-22 años y el de 51-64 años, siendo este último rango más inatento que el anterior.

- Inatención al control del peso saludable. No aparece ninguna diferencia significativa entre los pares de medias.

#### **4.- Discusión**

Dada la gran cantidad de datos expuestos en las tablas precedentes, se destacarán y comentarán en este apartado aquellos resultados que son más relevantes. En primer lugar, se destaca que han sido halladas correlaciones significativas entre las conductas evaluadas en 25 de los 28 pares establecidos. Es decir, puede afirmarse que los comportamientos de desatención en el cuidado de la salud guardan estrecha relación entre ellos, apuntando hacia la existencia de una misma tendencia conductual. Investigadores como Coreil, Levin y Jaco (1992) o Elliot (1993) han señalado que el estilo de vida en relación con la salud implica una tendencia conductual hacia el cuidado o hacia la desatención, constituyéndose así en un patrón general de conducta, que puede conducir hacia un mayor o menor riesgo para la salud. Por otro lado, es especialmente relevante observar que, en la presente investigación, las mayores correlaciones han aparecido entre las conductas de consumo de bebidas alcohólicas.

En cuanto al análisis de variables estructurales para las ocho conductas analizadas, se expone en los siguientes párrafos las principales conclusiones obtenidas para cada uno de estos ocho comportamientos:

- Consumo de tabaco. Éste se ha mostrado superior en los varones y en los grupos de edad comprendidos entre los 17 y los 50 años, descendiendo su consumo a partir de los 50 y antes de los 17. En esta tendencia, la influencia de los iguales y el contexto del consumo constituyen importantes factores predictivos (Poland et al., 2006).

- Consumo de vino. De nuevo es mayor entre los varones y, en esta ocasión, significativamente más elevado entre las personas mayores de 40 años. La existencia de niveles escasos de consumo de vino –en comparación con otras bebidas alcohólicas– entre los jóvenes ya ha sido anteriormente apuntada por otras investigaciones similares (Gil-Lacruz y Pons, 2002; Pons y Berjano, 1999). No obstante, hay que apuntar que las medias de este consumo no han sido altas en ningún grupo de edad, incluyendo a los grupos de edad más avanzada: la media más elevada ha sido de 2,07, lo que indicaría una posición de consumo moderado, si se atiende a las categorías de respuesta en el cuestionario. La investigación reciente ha comprobado que el consumo moderado de vino en adultos está asociado a determinados efectos saludables –que, no obstante, desaparecen y se convierten en insaludables cuando esta ingesta sobrepasa la moderación o cuando se da en menores– (Anderson et al., 2005; Casani, Segalés, Vilahur, Bayés de Luna y Badimón, 2004; Marambaud, Zhao y Davies, 2005). Por tanto, no se puede afirmar que los niveles de tendencia central de consumo de vino observados en nuestra investigación puedan ser calificados como hábitos insaludables.

- Consumo de cerveza. Otra vez los varones son significativamente más consumidores que las mujeres y, en cuanto a la edad, se observa que los menores de 22 años manifiestan consumir menos cerveza que los grupos de 23-28 años y de 40-50. No han sido halladas otras diferencias significativas entre los grupos de edad.

- Consumo de licores. Los varones y los jóvenes de 17-22 años manifiestan un consumo más elevado que las mujeres y que los mayores de 40 años. La ingesta de combinados en los espacios de ocio nocturno, como primera bebida alcohólica elegida por la juventud consumidora (Pons y Berjano, 1999), se encuentra a la base de estos datos. Este tipo de resultados remite a la necesidad de instaurar programas preventivos del consumo precoz.

- Inactividad física. En esta ocasión, no existen diferencias significativas entre sexos, pero sí las hay entre los grupos de edad. La tendencia observada al respecto es que los más sedentarios son los de edades comprendidas entre 40 y 64 años. Obviamente, la menor inactividad aparece en los más jóvenes y el sedentarismo va aumentando con la edad, pero llama la atención cómo el grupo de mayores de 65

años manifiesta una inactividad inferior, incluso, al del grupo de 23-28 –aun sin diferencias significativas a favor, pero tampoco en contra–. La disponibilidad de mayor tiempo libre y la asunción del ejercicio físico como estrategia promotora de la salud en personas mayores, son factores que nos ayudan a interpretar este tipo de resultados (Rees, Ingledey y Hardy, 2005).

– Consumo de café. No hay diferencias significativas entre varones y mujeres. En cuanto a la edad, lo más destacado es que a partir de los 17 años se incrementa este consumo, aunque manteniéndose relativamente estable a lo largo de los cohortes de edad estudiados.

– Inatención al cuidado bucodental. Son los varones los menos ocupados en la higiene bucodental y, respecto a la edad, sólo se observan diferencias significativas entre los jóvenes de 17-22 años y los adultos de 51-64, siendo los jóvenes los más atentos a su higiene bucodental.

– Inatención al peso saludable. En esta variable vuelven a aparecer de nuevo diferencias entre sexos desfavorables para los varones, aunque no se observa ninguna diferencia significativa entre los cohortes de edad, por lo cual se puede inferir que la mayor o menor atención al peso saludable no se halla influida por la edad de la persona.

En general, los hábitos insaludables han aparecido más presentes entre los varones. Anteriores investigaciones como la de Conner (1995) en el entorno anglosajón o la de Martínez y Sánchez (2004) en el contexto español, ya evidenciaron que las mujeres presentan, en comparación con los hombres, mejores hábitos de salud. Por otro lado, los hallazgos de la presente investigación muestran que los hábitos de cuidado de la salud presentan, en casi todos los casos –siete de ocho–, una ocurrencia diferencial en los distintos rangos de edad, aunque no existe una pauta genérica que explique las relaciones entre ambas variables, sino que el sentido de estas relaciones está en función del tipo de comportamiento del que se trate.

Nuevos interrogantes surgen a la luz de estos resultados. Por razones de espacio, el presente estudio presenta un marcado carácter de investigación conductual, pero es cierto que la complejidad y multidimensionalidad del tema invita a contemplar más variables implicadas en los estilos de vida saludable (Sniehota, Scholz y Schwarzer, 2005) ¿Cómo influyen los factores sociocognitivos, atribucionales y motivacionales en la adopción de estas conductas? ¿de qué manera eficaz se puede promover el cambio conductual de riesgos de salud? ¿cómo pueden

llegar los mensajes preventivos a una población heterogénea en cuanto a sus hábitos y costumbres? ¿cuáles son los factores que protegen al individuo de los riesgos de salud y cuáles los factores nocivos de su contexto de referencia? Estas cuestiones son sólo algunas de nuevas líneas de investigación que se deberían abordar ante estos resultados.

## 5.- Referencias

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine*, 32, 899-908.
- Anderson, J.C., Alpern, Z., Sethi, G., Messina, C.R., Martin, C., Hubbard, P.M. et al. (2005). Prevalence and risk of colorectal neoplasia in consumers of alcohol in a screening population. *American Journal of Gastroenterology*, 100, 1-7.
- Bailis, D.S., Fleming, J.A. y Segall, A. (2005). Self determination and functional persuasion to encourage physical activity. *Psychology and Health*, 20, 691-708.
- Britton, P.C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research and Theory*, 12, 103-114.
- Bundek, N.I., Marks, G. y Richardson, L. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly Hispanic women. *Journal of Health Psychology*, 12, 193-199.
- Carrasco, A.M. (2004). Factores psicosociales y comportamientos de salud relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes: Un análisis multivariable. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 125-144.
- Casani, L., Segalés, E., Vilahur, G., Bayés de Luna, A. y Badimón, L. (2004). Moderate daily intake of red wine inhibits mural thrombosis and monocyte tissue factor expression in an experimental porcine model. *Circulation*, 110, 460-465.
- Conner, M. (1995). The role of social cognition in health behaviours. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- Coreil, J., Levin, J.S. y Jaco, G. (1992). Estilo de vida: Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3, 221-231.
- Elliot, D.S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S.G. Millstein, A.C. Petersen y E.O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century*. Oxford: Oxford University Press.
- Erben, R. Franzkowiak, P. y Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine*, 35, 359-365.

- Gil-Lacruz, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social: Análisis de una comunidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias.
- Gil-Lacruz, M. y Pons, X. (2002). Consumo alcohólico y hábitos de cuidado de la salud en jóvenes de una comunidad urbana periférica. *Revista Española de Drogodependencias*, 27, 22-33.
- Gracia, M. y Millán, A. (2005). *Alimentación, salud y cultura: Enfoques antropológicos*. Madrid: Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- Herr, B. y Oaks, L. (2003). *Risk, culture and health inequality: Shifting perceptions of danger and blame*. Hartford: Praeger.
- Herrero, J., Musitu, G. y Gracia, E. (1996) *Salud y comunidad: Evaluación de los recursos y estresores*. Valencia: Editorial Serrano Villalba.
- Lindstrom, M. (2006). Psychosocial work conditions, social participation and social capital: A causal pathway investigated in a longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 62, 280-291.
- Marambaud, P., Zhao, H. y Davies, P. (2005). Resveratrol promotes clearance of Alzheimer's disease amyloid- $\beta$  peptides. *Journal of Biological Chemistry*, 280, 37377-37382.
- Martínez, M.A. y Sánchez, A. (2004). *Estilos de vida y salud pública*. Pamplona: Ulzama.
- Nouvilas, E. (1999). Psicología social y salud. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Nouvilas, E. (2007). Psicología social aplicada. En J.F. Morales, M. Moya, E. Gaviria e I. Cuadrado (Eds.), *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (1999). *Estilo de vida y salud*. Valencia: Albatros.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (2000). Estilo de vida saludable en la adolescencia media: Análisis diferencial por curso y sexo. *Revista de Psicología de la Salud*, 12, 55-66.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Pinn, V.W. (2003). Sex and gender factors in medical studies: Implications for health and clinical practice. *Journal of the American Medical Association*, 289, 397-400.
- Poland, B., Frohlich, K., Haines, R.J., Mykhalovsky, E., Rock, M. y Sparks, R. (2006). The social context of smoking: The next frontier in tobacco control? *Tobacco Control*, 15, 59-63.

- Pons, X. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Rees, T., Ingledew, D.K., y Hardy, L. (2005). Attribution in sport psychology: Seeking congruence between theory research and practice. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 189-204.
- Sanabria-Ferrand, P.A., González, L.A. y Urrego, D.Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15, 207-217.
- Sniehota, F.F., Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behavior gap: Planning, self-efficacy and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20, 143-160.
- World Health Organization (2000). *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.