
REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA DEL EJERCICIO Y EL DEPORTE Vol. 9, nº 2 pp. 339-372

CONSUMO E INGESTA DE ALCOHOL EN ESPAÑOLES MAYORES DE 16 AÑOS Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA, LA FAMILIA Y EL CONSUMO DE TABACO

Francisco Ruiz-Juan¹, Manuel Isorna Folgar², Jorge Ruiz-Risueño Abad¹ y Raquel Vaquero-Cristóbal³

Universidad de Murcia¹, Universidad de Vigo², Universidad Católica de San Antonio de Murcia³, España

RESUMEN: El objetivo fue conocer la relación entre el consumo de alcohol, diferentes variables socio-demográficas, el consumo de tabaco y la práctica de ejercicio físico en adultos de tres provincias del sur de España. Una muestra representativa de 3.373 personas de Almería, Granada y Murcia, con edades comprendidas entre los 16 y 96 años, las cuales cumplimentaron el cuestionario “Hábitos físico-deportivos y estilos de vida”, participaron en el presente estudio. Se encontró que el consumo de alcohol estaba muy influido por los distintos miembros de la familia y la pareja. La práctica físico-deportiva en adultos no fue un factor de protección para el consumo de alcohol, ya que fueron las personas que nunca habían realizado ejercicio físico y quienes habían abandonado la práctica físico-deportiva las que menos probabilidad tenían de consumir alcohol de manera habitual o esporádica. No obstante, fueron las personas sedentarias y las que habían abandonado la práctica regular de ejercicio físico las que tenían una mayor probabilidad (hasta el doble de riesgo) de tener un consumo de riesgo y alto riesgo en cuanto a la cantidad de alcohol ingerido. Además, los datos indicaron que el consumo de tabaco sí que era un factor significativamente predisponente para el consumo de alcohol.

Manuscrito recibido: 5/08/2013

Manuscrito aceptado: 18/02/2014

Dirección de contacto: Francisco Ruiz-Juan. Facultad de Ciencias del Deporte. C/ Argentina s/n. 30720 Santiago de la Ribera, Murcia. España. Correo-e.: fruizj@um.es

PALABRAS CLAVE: bebidas alcohólicas, contexto familiar, factores sociales, actividad física-deportiva.

**SPANISH ALCOHOL USE OVER 16 YEAR-OLD AND ITS
RELATION WITH PHYSICAL EXERCISE PRACTICE, FAMILY AND
TOBACCO USE**

ABSTRACT: The aim was to determine the relationship among alcohol use, different socio-demographic variables, tobacco use and physical exercise practice in adults from three provinces of southern of Spain. A representative sample of 3373 participants from Almeria, Granada and Murcia, with ages between 16 and 96 year-old, participated in the present study. They completed the questionnaire “Sport-physical habits and lifestyles”. It was found alcohol use was significantly influenced by various family members’ and the couple’s alcohol habits. The physical and sport practice in adults was not a protective factor for alcohol use, because there were who had never practiced physical exercise and who had abandoned the regular practice of physical exercise which had less probability of drink alcohol regularly or sporadically. However, who had never practiced physical exercise and who had abandoned the regular practice of physical exercise were which showed a high probability (up to twice the risk) to have a risk or a high-risk consumption in terms of the quantity of alcohol drinking. In addition, the data indicated the consumption of tobacco was a significant predisposing factor for the consumption of alcohol.

KEYWORDS: alcoholic drinks, family context, social factors, physical activity.

CONSUMO E INGESTÃO DE ÁLCOOL EM ESPANHÓIS MAIORES DE 16 ANOS E SUA RELAÇÃO COM A ATIVIDADE FÍSICO- DESPORTIVA, A FAMÍLIA E O CONSUMO DE TABACO

RESUMO: O objetivo foi conhecer a relação entre o consumo de álcool, diversas variáveis sociodemográficas, o consumo de tabaco e a prática de exercício físico em adultos de três províncias do sul de Espanha. Uma amostra representativa de 3.373 pessoas das províncias de Almería, Granada e Murcia com idades compreendidas entre os 16 e os 96 anos, as quais preencheram o questionário “Hábitos físico-desportivos e estilos de vida”, participaram no presente estudo. Descobriu-se que o consumo de álcool estava muito influenciado pelos diversos membros da família e pelo outro membro do casal. A prática físico-desportiva em adultos não foi um fator de proteção para o consumo de álcool, dado que foram as pessoas que nunca tinham feito exercício físico e quem tinham abandonado a prática físico-desportiva as que tinham uma menor probabilidade de consumirem álcool de forma habitual ou esporádica. Não obstante, foram as pessoas sedentárias e as que tinham abandonado a prática regular de exercício físico as que tinham uma maior probabilidade (até ao duplo do risco) de ter um consumo de risco e alto risco relativamente à quantidade de álcool ingerida. Além disso, os dados indicaram que o consumo de tabaco era um fator que predispunha significativamente para o consumo de álcool.

PALAVRAS-CHAVE: bebidas alcoólicas, contexto familiar, fatores sociais, atividade física.

El alcohol es la principal droga de abuso consumida en España y en todas sus comunidades autónomas (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011). El abuso y la dependencia del alcohol se encuentran entre las conductas adictivas más frecuentes de nuestra sociedad, hecho que supone un importante problema sanitario ya que existe una clara relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol y la frecuencia y gravedad de numerosas enfermedades (Corral-Varela y Cadaveira, 2002). Se estima que el alcohol por sí solo es el responsable de aproximadamente un 3,44% de las defunciones en España y de un 26,6% de las urgencias hospitalarias (García y Portella, 2002; Oliva y Rivera, 2006; Scandurra, García, y Nebot, 2011).

En la actualidad, el alcohol es el quinto factor de riesgo de muerte prematura y discapacidad, causando el 3.8 % de las muertes y un 4,6% de la carga de morbilidad a nivel mundial (Rehm et al., 2009). En España estos porcentajes son algo mayores, alcanzando el 6.2% de toda la carga de enfermedad (Génova, Álvarez, y Morant, 2005), sobre todo en las comunidades autónomas de Murcia, Andalucía, Canarias, País Vasco y Asturias (Fierro, Yáñez, y Álvarez, 2010). Y es que, en nuestro país, el consumo de alcohol es un hecho consolidado y de gran relevancia. Además, España es uno de los países con mayor nivel de producción de bebidas alcohólicas (es el tercero del mundo en producción de vino, el octavo en bebidas destiladas, el noveno en la de cerveza), lo cual, junto con el gran arraigo social que tiene el alcohol en nuestra cultura y la gran accesibilidad y oferta que hay, es el primero dentro de la Unión Europea en estos aspectos, agrava enormemente el problema (Gómez et al., 2001).

Además de los costes sanitarios, el efecto neurotóxico del etanol altera de forma significativa la estructura y la función cerebral, lo que contribuye a la aparición de alteraciones neuropsicológicas que interfieren en la actividad familiar, social y laboral de los alcohólicos y en el cumplimiento de los programas terapéuticos (Corral-Varela y Cadaveira, 2002).

Pero el consumo de alcohol no es solo un problema español, la propia World Health Organization (WHO) (2011) lo considera una amenaza para la salud pública ya que genera consecuencias negativas en todos los niveles (biológico, físico y

psicológico), lo que le ha llevado a ser el factor de riesgo para la salud más importante en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados. Su consumo excesivo y prolongado contribuye a la etiología de enfermedades crónicas como el cáncer, la hipertensión arterial, gastritis, daño hepático, deterioro cognitivo, entre otras (Fierro et al., 2010). Asimismo, se ha relacionado el consumo de alcohol con la ocurrencia de lesiones, violencia, discapacidad, muertes prematuras, infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados y suicidios (WHO, 2011). Al mismo tiempo, la ingesta del alcohol y el consumo concentrado provocan incrementos del riesgo en las personas que no beben (daños a terceros): consecuencias sociales negativas, accidentes de trabajo, violencia y delitos, violencia interpersonal, accidentes de tráfico y una serie de déficits neuroconductuales para el feto que se manifiestan en la adolescencia y con consecuencias permanentes y crónicas (Farke y Anderson, 2007).

Datos recientes sobre el consumo de alcohol en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSI], 2013) señalan que el consumo habitual es el doble en hombres (52.4% lo hace al menos una vez a la semana) que en mujeres (25.0%). En los jóvenes se reduce esta diferencia por sexo. Por lo que se refiere al consumo intensivo de alcohol (con riesgo de producir problemas agudos), el 13.4% de la población de 15 y más años ha consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez en el último año (19.7% de los hombres y 7.3% de las mujeres). El porcentaje de varones que consume alcohol de forma intensiva al menos una vez al mes supera ampliamente al de mujeres en todos los grupos de edad. La menor diferencia se da entre los más jóvenes y aun así los hombres (11.0%) duplican en frecuencia a las mujeres (5.6%). La mayor prevalencia de consumo intensivo se da en hombres de 15 a 34 años: uno de cada 10 se expone mensualmente a los riesgos del consumo intensivo de alcohol y casi uno de cada 20 lo hace semanalmente (MSSI, 2013). Respecto a la edad de inicio en el consumo de alcohol, recientes estudios han señalado que los adolescentes comienzan a beber a los 13.7 años (Meneses et al., 2012). El patrón de consumo en esta etapa se caracteriza por un consumo intensivo de alcohol, sobre todo en los fines de semana, conocido como atracón, siendo las consecuencias de este

patrón de ingesta más graves a corto, medio y largo plazo que las alcanzadas con un consumo más moderado (McCambridge, McAlaney, y Rowe, 2011). En esta misma línea algunos estudios sugieren que las conductas de consumo de alcohol a edades tempranas también se puede relacionar con patrones de consumo abusivos en la edad adulta y sus pertinentes repercusiones negativas para la salud (Casswell, Pledger, y Pratrapp, 2002; Pitkänen, Lyyra, y Pulkkinen, 2005). Además, el consumo de alcohol, junto al consumo de tabaco, el sedentarismo y el exceso de peso son factores de riesgo más importantes para las principales enfermedades crónicas en España (MSSI, 2013).

Todo esto constituye un reto para la sociedad española, en la cual se debe incidir en una mayor conciencia social para abordar dicho problema. La WHO (2000) planteó, a través de su Comité Regional para Europa, la necesidad de reducir para el año 2015, los efectos adversos para la salud que derivan del consumo de alcohol y otras drogas. Sin embargo, lejos se está en España de conseguir el objetivo de reducir el consumo de alcohol. En este sentido los datos de las últimas encuestas estatales demuestran que la evolución del consumo no ha disminuido significativamente (PNSD, 2011), a pesar de que el nivel de concienciación, a nivel mundial, sobre el problema que supone el consumo de alcohol ha aumentado (WHO, 2010, 2011).

En la búsqueda de explicaciones sobre la etiología del por qué las personas consumen alcohol se han propuesto diferentes teorías o modelos, cada cual enfatizando variables y mecanismos diferentes. Algunas teorías han destacado el aspecto biológico debido a que la adicción es un trastorno con sustrato biológico-neurológico (Fernández-Espejo, 2002), otros modelos establecen prioritario el componente psicológico o individual del sujeto (Ambrosio, 2003), otros incluso el psicopatológico (Glantz, 1992), mientras que otras teorías han reparado más en el componente social, vinculado al medio donde se desenvuelve el sujeto en su ocio, tiempo libre y vida recreativa (Calafat et al., 2000). Otros modelos han planteado que el consumo de alcohol es un “ritual” de paso de la adolescencia a la adultez y que con la asunción de roles adultos el papel del alcohol en la vida del individuo descenderá (Baer, MacLean, y Marlatt, 1998). Diferentes modelos y teorías psicológicas explican el consumo a partir

del proceso de socialización como elemento central (Oetting y Donnermeyer, 1998), estudiando especialmente el papel de la familia (Secades y Fernández, 2002). Sin embargo, son muy pocos los modelos que han relacionado el consumo de alcohol con la práctica física-deportiva (Moreno, González-Cutre, y Cervelló, 2008). Aunque existe la creencia popular de que la actividad física palia la ingesta de alcohol (Ruiz-Juan, Ruiz-Risueño, De la Cruz, y García, 2009), los resultados encontrados son contradictorios. Pastor, Balaguer, y García-Merita (2006) afirman que el consumo de alcohol se relaciona de forma negativa con la práctica físico-deportiva y sobre las conductas de salud, actuando la participación deportiva como variable mediadora en esta relación. Mientras que Bourdeaudhuij y Van Oost (1999) al igual que Paavola, Vartiainen, y Haukkala (2004), indican que no existen resultados concluyentes sobre la actividad física y la ingesta de bebidas alcohólicas. De hecho y al contrario de lo esperado, algunos autores han encontrado que la práctica de ejercicio físico favorece la adquisición de prácticas insanas (Rainey, McKeown, Sargent, y Valois, 1996), e incluso varios estudios asocian los deportes colectivos con el abuso de alcohol o tabaco (Lorente, Souville, Griffet, y Grélot, 2004; Moore y Werch, 2005; Ruiz-Juan, De la Cruz, Ruiz-Risueño, y García-Montes, 2008). Otros autores argumentan que los efectos beneficiosos del ejercicio físico-deportivo no son producto del ejercicio en sí mismo, sino que vienen motivados por el seguimiento de unos hábitos más saludables por parte de las personas que lo practican (no ingerir bebidas alcohólicas, no fumar, seguir unos hábitos alimenticios correctos que impidan el sobrepeso) (Burbano, Fornasini, y Acosta, 2003; Caraveo, Colmenares, y Saldívar, 1999; Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group, 2003; Navarro et al., 2012; Torres-Luque, Carpio, Lara, y Zagalaz, 2014). Otros estudios concluyen que es el consumo de alcohol el que puede mermar la motivación más positiva hacia la práctica de actividad física, o bien esa motivación positiva pueda reducir el consumo de alcohol (Moreno, González-Cutre, et al, 2008; Inglés et al., 2007). Por lo tanto, tal y como sugiere el propio Moreno et al. (2008), son necesarios más estudios que profundicen en el análisis de estas relaciones.

Por ello, esta investigación se plantea, con un carácter exploratorio, conocer en qué medida existe relación significativa entre el consumo y la ingesta de alcohol con variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y tener hijos o familiares a su cargo), con aspectos de la práctica físico-deportiva (comportamientos, patrón de actividad físico-deportiva y motivaciones), con el contexto familiar (padre, madre, hermano/os, hermana/as, pareja, hijo/s e hija/s) y con el consumo de tabaco.

MÉTODO

Participantes

Se presenta un estudio de carácter transversal que se ha llevado a cabo en las provincias de Almería (509.111 habitantes), Granada (728.168 habitantes) y Murcia (1.094.426 habitantes), escogiéndose personas mayores de 15 años. Los datos de la población fueron facilitados por el INE (Instituto Nacional de Estadística). Para asegurar que la muestra era representativa de las tres provincias (error $\pm 3\%$, intervalo de confianza 95,5%), se empleó un diseño de muestreo polietápico estratificado por afijación proporcional y por conglomerados. Se tuvo en cuenta, el tamaño de la población (más de 50.000 habitantes, de 20.001 a 50.000 habitantes, de 10.001 a 20.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, de 2.001 a 5.000 habitantes y menos de 2.001 habitantes), municipios, distritos y secciones censales (determinados para su identificación, según codificación numérica). Igualmente, la distribución de la población por sexo (varones y mujeres) y edad (grupos quinquenales) en cada municipio.

La muestra fue de 3.373 personas de ambos sexos (1.685 varones = 50% y 1.688 mujeres = 50%) pertenecientes a las provincias de Almería (1.100 personas; 555 varones y 545 mujeres), Granada (1.104 personas; 554 varones y 550 mujeres) y Murcia (1.169 personas; 576 varones y 593 mujeres). El rango de edad estuvo comprendido entre los 16 y 96 años ($M = 43.01$; $DT = 19.05$). Los componentes de la muestra dieron su consentimiento para participar en el estudio.

En la tabla 1 se encuentran las características de los participantes. Cabe destacar que la mayoría de los encuestados tenían estudios primarios (entre el 32.8 y el 43.5%) o secundarios (entre el 30.5 y el 32.5%); vivían en pareja (el 49.6% en Almería, el 56.8% en Granada y el 60.6% en Murcia); nunca habían realizado ejercicio físico-deportivo (29.1-32.0%) o la habían abandonado (23.5-32.5%), siendo muy bajo el porcentaje de sujetos que realizaban ejercicio con una intensidad moderada (18.5-20.0%) o vigorosa (7.3-10.5%); y consumían alcohol de manera habitual (36.1% en Almería, 35.1% en Granada y 29.1% en Murcia) u ocasional (23.5% en Almería, 24% en Granada y 31.3% en Murcia), aunque la mayoría consumían bajas cantidades (entre 41.5 y 58.8% de los consumidores). En relación al consumo de los familiares había una mayor prevalencia entre los varones (padres, hermanos, hijos) que entre las mujeres (madres, hermanas, hijas). La mayoría de los sujetos no fumaban nunca (entre el 59.7% y el 68.8%).

Tabla 1. Prevalencia de las características de los participantes, 2006.

	Almería		Granada		Murcia	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Varón	555	50,5	576	49,3	554	50,2
Mujer	545	49,5	593	50,7	550	49,8
Total	1100	100	1169	100	1104	100
Edad (años)						
16 a 30	326	29,6	310	26,5	313	28,4
31 a 45	342	31,1	331	28,3	346	31,3
46 a 60	221	20,1	245	21,0	213	19,3
Más de 60	211	19,2	283	24,2	232	21,0
Total	1100	100	1169	100	1104	100
Estudios						
Sin estudios	187	17,0	214	18,3	132	12
Primarios	399	36,3	384	32,8	480	43,5
Secundarios	357	32,5	359	30,7	337	30,5
Universitarios	157	14,3	212	18,1	155	14
Total	1100	100	1169	100	1104	100
Estado civil						
Vive con amigos o con familia	330	30,0	300	25,7	208	18,8
Casado, soltero, divorciado, separado, viudo (vive en pareja)	546	49,6	664	56,8	669	60,6
Soltero, divorciado, separado, viudo (vive solo)	224	20,4	205	17,5	227	20,6
Total	1100	100	1169	100	1104	100
Hijos familiares a cargo						
Si	459	41,7	516	44,1	495	44,8
No	641	58,3	653	55,9	609	55,5
Total	1100	100	1169	100	1104	100
Comportamientos ante la práctica físico-deportiva						
Nunca	352	32,0	358	30,6	321	29,1
Abandono	291	26,5	275	23,5	359	32,5
Activos	457	41,5	536	45,9	424	38,4
Total	1100	100	1169	100	1104	100
Patrón de actividad físico-deportiva						
Sedentario	643	58,4	633	54,1	680	61,6
Insuficiente+Ligera	164	14,9	179	15,3	135	12,2
Moderada	203	18,5	234	20,0	208	18,8
Vigorosa	90	8,2	123	10,5	81	7,3
Total	1100	100	1169	100	1104	100
Consumo de alcohol						
Nunca	445	40,5	479	41,0	438	39,7
Ocasional	258	23,5	280	24,0	345	31,3
Habitual	397	36,1	410	35,1	321	29,1
Total	1100	100	1169	100	1104	100
Unidades de consumo						
Bajo consumo	385	58,8	383	55,5	458	41,5
Consumo moderado	171	26,1	171	24,8	137	12,4
Consumo peligroso+alto riesgo	99	15,1	136	19,7	71	6,4
Total	655	100	690	100	666	100
Consumo alcohol padre						
Si	559	51,6	749	64,6	682	62,5
No	525	48,4	410	35,4	409	37,5
Total	1084	100	1159	100	1091	100
Consumo alcohol madre						
Si	155	14,3	276	23,8	261	24
No	927	85,7	884	76,2	827	76
Total	1082	100	1160	100	1088	100
Consumo alcohol hermanos						
Si	465	52,5	587	63,4	485	51,1
No	421	47,5	339	36,6	465	48,9
Total	886	100	926	100	950	100
Consumo alcohol hermanas						
Si	274	33,6	340	46,1	274	35,6
No	541	66,4	397	53,9	495	64,4
Total	815	100	737	100	769	100
Consumo alcohol pareja						
Si	371	44,1	452	54,1	431	49,3
No	470	55,9	383	45,9	443	50,7
Total	841	100	835	100	874	100
Consumo alcohol hijo/os						
Si	175	33,5	224	42,1	195	33,1
No	348	66,5	308	57,9	394	66,9
Total	523	100	532	100	589	100
Consumo alcohol hija/as						
Si	138	29,1	165	37,8	138	29,6

Instrumentos

Para obtener los datos se empleó la técnica de la encuesta. Se utilizó un cuestionario ad hoc al que se le pasaron las correspondientes pruebas de validez de contenido y constructo (juicio de expertos en la materia y psicometría) (Piéron y Ruiz-Juan, 2010). Se constató su fiabilidad mediante cuatro estudios piloto con el fin de probar si el contenido de preguntas, terminología y vocabulario eran comprendidas por los entrevistados.

Del cuestionario, se seleccionaron para este artículo solamente las variables que evalúan: sexo, edad, estudios, estado civil, hijos familiares a cargo, consumo habitual de tabaco (frecuencia) (Pérez-Milena et al., 2007) y de alcohol (frecuencia y unidades) (Lorente et al., 2004), implicación en actividades físico-deportivas de tiempo libre (activo, abandono, nunca haber practicado), nivel de actividad físico-deportiva (Telama et al., 2005) y motivación por la actividad (intrínseca y extrínseca). Además, se tuvo en cuenta el consumo de alcohol del entorno familiar (padre, madre, pareja, hermano/os, hermana/as, hijo/os, hija/as).

Respecto a la frecuencia en el consumo de alcohol se fijaron tres categorías: no consumo, consumo esporádico y consumo diario/habitual (Lorente et al., 2004). Se planteó a los bebedores que pensarán en la última semana la ingestión de alcohol e indicaran el número de bebidas y tipo, calculándose posteriormente las unidades de alcohol consumidas (1 unidad de bebida estándar equivale a 8 gramos de alcohol). Se establecieron tres grupos: bajo consumo, consumo moderado y riesgo+alto riesgo, al igual que en estudios previos (Córdoba et al., 2001). Las conductas de consumo de alcohol de su padres, madres, pareja, hermano/os, hermana/as, hijo/os, hija/as se midieron con preguntas cerradas, presentando buena fiabilidad ($\alpha = .85$). La frecuencia de consumo de tabaco se estructuró en: no consumo, consumo esporádico/ocasional y consumo habitual, empleando un método previamente utilizado internacionalmente (Lorente et al., 2004).

Los patrones de práctica de actividad físico-deportiva de los individuos activos fueron calculados mediante tres preguntas referidas en el índice de cantidad de

actividad físico-deportiva. Dichas preguntas se refieren a frecuencia, duración e intensidad del ejercicio físico en el tiempo libre. Los resultados más bajos son característicos de las personas menos activas, mientras que las puntuaciones más altas son indicativas de los individuos más activos (Telama et al., 2005). El Alfa de Cronbach demuestra una aceptable fiabilidad del conjunto de estas variables ($\alpha = .85$). Para representar mejor los patrones de actividad de los participantes, según trabajos mencionados, estos se clasificaron en actividad vigorosa, moderada, ligera+insuficiente.

La motivación fue valorada mediante una escala de motivos para la práctica de actividad físico-deportiva, presentando una consistencia interna adecuada ($\alpha = .87$). El modelo puesto a prueba, en análisis factorial confirmatorio, supone la existencia de dos variables latentes independientes (motivación extrínseca e intrínseca), que subyacen a las 20 variables o ítems. Los resultados muestran adecuados índices de ajuste: $\chi^2/\text{gl} = 1.99$; $IFI = .95$; $CFI = .93$; $TLI = .95$; $SRMR = .033$; $RMSEA = .058$.

Procedimiento

El cuestionario fue administrado a través de entrevista personal, con consenso y adiestramiento previo de los encuestadores. El propio entrevistador tomó nota de las respuestas que dio la persona entrevistada, realizándose éstas en la propia vivienda del encuestado, que fueron seleccionados por rutas aleatorias. Todos los componentes de la muestra fueron informados del objetivo del estudio, de la voluntariedad, absoluta confidencialidad de las respuestas y manejo de los datos, que no había respuestas correctas o incorrectas y se les solicitó que contestaran con la máxima sinceridad y honestidad. Se realizó entre febrero y mayo de 2006. Este trabajo posee informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia.

Análisis estadísticos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0 para realizar el análisis descriptivo y ajustar el efecto de posibles elementos de confusión, la regresión logística multinomial para modelar la asociación entre variables y calcular las odds ratio (OR) y el intervalo de

confianza al 95% (IC), y averiguar la capacidad predictiva de cada variable incluida. La relación entre consumo alcohol y la ingesta de unidades, con motivación extrínseca e intrínseca, se analizó por medio de ANOVA. El nivel de significación se fijó en $p < .05$.

RESULTADOS

Regresión logística multinomial de la frecuencia e ingesta de consumo de alcohol.

Comparando los datos de los participantes que no tomaban alcohol con los de los consumidores esporádicos y habituales (tabla 2) y con los que consumían de manera moderada o con riesgo/alto riesgo (tabla 3) se encontró que los varones tenían estadísticamente una mayor probabilidad de consumir tanto de manera esporádica como habitual y en cualquier cantidad (moderada y riesgo/alto riesgo) en las tres provincias. En cuanto a la estratificación de la población por edades no había una tendencia clara, si bien los mayores de 60 años tenían significativamente menos probabilidad de consumir alcohol. El consumo habitual fue más probable en la franja de 16 a 30 años en Almería y Murcia, mientras que en Granada fue entre los 31 y los 45 años. En relación al consumo esporádico, mientras que en Almería y Murcia fueron los encuestados de entre 46 y 60 años los que más probabilidad tenían de seguir este patrón, en Granada el abanico de edad fue más amplio (entre los 31 y los 60 años). No obstante, cuando se analizó la cantidad de alcohol ingerido se encontró que en las tres provincias las personas entre 31 y 60 años tenían una mayor probabilidad de ingerir tanto en cantidades moderadas como en cantidades de riesgo o alto riesgo.

Tabla 2. Modelo de regresión logística multinomial examinando el consumo de alcohol en función del resto de variables en población adulta, 2006.

	Almería			Granada			Murcia		
	Esporádico OR (IC 95%)	Habitual OR (IC 95%)	Esporádico OR (IC 95%)	Habitual OR (IC 95%)	Esporádico OR (IC 95%)	Habitual OR (IC 95%)	Esporádico OR (IC 95%)	Habitual OR (IC 95%)	
Sexo									
Mujer	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Varión	2.52(1.84-3.45)***	3.25(2.45-4.31)***	2.18(1.61-2.94)***	3.27(2.48-4.30)***	1.58(1.19-2.10)**	1.90(1.42-2.55)***	1.90(1.42-2.55)***	1.90(1.42-2.55)***	
Edad (años)									
16 a 30	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Más de 60	0.55(0.35-0.86)**	0.14(0.09-0.22)***	0.48(0.30-0.75)**	0.44(0.30-0.64)***	0.67(0.44-0.98)**	0.28(0.19-0.45)***	0.28(0.19-0.45)***	0.28(0.19-0.45)***	
46 a 60	1.33(1.08-1.90)**	0.88(0.32-0.71)***	1.84(1.24-2.93)**	0.88(0.36-0.97)*	1.49(1.07-2.28)*	0.53(0.34-0.80)**	0.53(0.34-0.80)**	0.53(0.34-0.80)**	
31 a 45	1.20(0.80-1.81)	0.79(0.55-0.92)*	1.90(1.22-2.77)**	1.47(1.03-2.11)*	1.32(0.90-1.93)	0.56(0.39-0.81)**	0.56(0.39-0.81)**	0.56(0.39-0.81)**	
Estudios									
Universitarios	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Sin estudios	0.90(0.28-0.83)**	0.20(0.12-0.35)***	0.14(0.08-0.25)***	0.24(0.15-0.38)***	0.30(0.17-0.54)***	0.35(0.22-0.71)**	0.35(0.22-0.71)**	0.35(0.22-0.71)**	
Primarios	0.79(0.49-0.99)*	0.79(0.56-0.97)*	0.46(0.30-0.71)***	0.76(0.50-0.69)***	0.38(0.24-0.60)***	0.39(0.24-0.63)***	0.39(0.24-0.63)***	0.39(0.24-0.63)***	
Secundarios	0.85(0.54-0.98)*	0.95(0.68-0.99)*	0.59(0.38-0.93)*	0.76(0.50-0.96)*	0.45(0.28-0.72)**	0.67(0.41-1.03)**	0.67(0.41-1.03)**	0.67(0.41-1.03)**	
Estado civil									
Soltero, divorciado, separado, viudo (vive solo)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Vive con amigos o con familia	0.86(0.55-1.34)	1.45(0.98-2.14)	0.97(0.60-1.56)	0.90(0.60-1.35)	0.78(0.47-1.30)	2.86(1.82-4.50)	2.86(1.82-4.50)	2.86(1.82-4.50)	
Casado, soltero, divorciado, separado, viudo (vive en pareja)	0.92(0.62-1.36)	0.97(0.68-1.40)	1.01(0.67-1.53)	0.69(0.48-1.01)	1.01(0.71-1.44)	0.78(0.53-1.14)	0.78(0.53-1.14)	0.78(0.53-1.14)	
Hijos, familiares a cargo									
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Si	1.51(1.11-2.06)**	0.92(0.72-0.98)*	1.48(1.10-1.99)*	0.94(0.77-0.99)*	1.31(1.03-1.47)*	0.65(0.49-0.88)**	0.65(0.49-0.88)**	0.65(0.49-0.88)**	
Comportamientos ante la práctica físico-deportiva									
Activos	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Nunca	0.41(0.25-0.59)***	0.39(0.28-0.54)***	0.38(0.27-0.55)***	0.36(0.26-0.50)***	0.61(0.43-0.85)**	0.47(0.33-0.69)**	0.47(0.33-0.69)**	0.47(0.33-0.69)**	
Abandono	0.76(0.52-1.12)	0.87(0.62-1.23)	0.98(0.68-1.43)	0.95(0.68-1.34)	0.74(0.52-1.04)	0.92(0.65-1.29)	0.92(0.65-1.29)	0.92(0.65-1.29)	
Patrón de actividad físico-deportiva									
Vigorosa	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Sedentario	0.53(0.30-0.93)*	0.66(0.39-0.92)*	0.67(0.40-0.93)*	0.55(0.35-0.85)**	0.67(0.37-0.95)*	0.51(0.29-0.89)**	0.51(0.29-0.89)**	0.51(0.29-0.89)**	
Insuficiente+ Ligera	1.12(0.88-2.15)	1.13(0.61-2.10)	1.77(0.97-3.23)	1.10(0.64-1.91)	1.11(0.56-2.21)	0.77(0.39-1.51)	0.77(0.39-1.51)	0.77(0.39-1.51)	
Moderada	0.91(0.48-1.73)	1.32(0.73-2.37)	0.92(0.51-1.65)	0.95(0.57-1.57)	0.96(0.50-1.82)	0.65(0.35-1.22)	0.65(0.35-1.22)	0.65(0.35-1.22)	
Consumo alcohol padre									
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Si	2.18(1.59-2.98)***	2.05(1.56-2.71)***	1.83(1.33-2.50)***	1.90(1.43-2.51)***	5.18(3.76-7.13)***	4.48(3.25-6.16)***	4.48(3.25-6.16)***	4.48(3.25-6.16)***	
Consumo alcohol madre									
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Si	3.39(2.08-5.52)***	3.41(2.17-5.36)***	2.01(1.41-2.86)***	1.93(1.40-2.66)***	3.42(2.33-5.03)***	4.58(3.13-6.71)***	4.58(3.13-6.71)***	4.58(3.13-6.71)***	
Consumo alcohol hermanos									
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Si	2.51(1.78-3.56)***	2.54(1.86-3.47)***	2.93(2.05-4.20)***	3.37(2.45-4.65)***	3.97(2.89-5.46)***	4.34(3.10-6.07)***	4.34(3.10-6.07)***	4.34(3.10-6.07)***	
Consumo alcohol hermanas									
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Si	2.70(1.83-3.98)***	2.66(1.88-3.76)***	3.97(2.69-5.88)***	3.89(2.73-5.56)***	4.28(2.92-6.27)***	4.02(2.71-5.95)***	4.02(2.71-5.95)***	4.02(2.71-5.95)***	
Consumo alcohol pareja									
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Si	3.24(2.26-4.66)***	2.81(2.05-3.89)***	1.67(1.19-2.35)**	2.34(1.69-3.25)***	4.05(2.91-5.62)***	4.28(3.01-6.11)***	4.28(3.01-6.11)***	4.28(3.01-6.11)***	
Consumo alcohol hijos									
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Si	1.67(1.07-2.61)*	1.35(1.08-1.95)*	1.24(1.01-2.46)*	1.28(1.08-2.52)*	1.97(1.31-2.96)**	3.02(1.93-4.75)***	3.02(1.93-4.75)***	3.02(1.93-4.75)***	
Consumo alcohol hijas									
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Si	1.49(1.06-2.27)*	1.65(1.02-2.66)*	1.29(1.05-2.47)*	1.41(1.05-2.42)*	2.61(1.61-4.22)***	3.83(2.27-6.46)***	3.83(2.27-6.46)***	3.83(2.27-6.46)***	
Consumo de tabaco									
Nunca	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Habitual	4.37(3.03-6.32)***	6.57(4.73-9.12)***	1.92(1.32-2.78)**	4.24(3.09-5.82)***	2.55(1.26-5.15)**	5.18(3.65-7.38)***	5.18(3.65-7.38)***	5.18(3.65-7.38)***	
Ocasional	10.52(4.89-22.66)***	6.59(2.91-15.95)***	5.47(2.38-12.58)***	3.86(1.64-9.09)**	3.60(2.52-5.16)***	2.69(1.30-5.60)**	2.69(1.30-5.60)**	2.69(1.30-5.60)**	

Nota. El grupo de comparación es "No consumo alcohol". * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabla 3. Modelo de regresión logística multinomial examinando la ingesta de alcohol en función del resto de variables, en población adulta 2006.

	Almería		Granada		Murcia	
	Moderado OR (IC 95%)	Riesgo-Alto riesgo OR (IC 95%)	Moderado OR (IC 95%)	Riesgo-Alto riesgo OR (IC 95%)	Moderado OR (IC 95%)	Riesgo-Alto riesgo OR (IC 95%)
Sexo						
Mujer	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Varón	1.80(1.23-2.65)**	1.80(1.01-2.42)*	1.28(1.07-2.53)*	1.75(1.15-2.65)**	1.47(1.19-3.28)*	1.49(1.09-2.51)*
Edad (años)						
16 a 30	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Más de 60	1.67(0.65-2.08)	0.33(0.97-1.15)	0.70(0.40-1.24)	1.11(0.57-2.16)	0.95(0.55-1.65)	0.73(0.32-1.66)
46 a 60	1.69(1.01-2.80)**	2.19(1.15-4.15)*	1.70(1.01-3.18)*	1.93(1.10-3.39)*	1.64(1.03-3.13)*	1.49(1.09-2.81)*
31 a 45	1.32(1.02-1.75)*	2.09(1.28-3.76)**	1.29(1.06-1.70)*	1.63(1.04-2.81)*	1.32(1.03-2.09)*	1.27(1.02-2.13)*
Estudios						
Universitarios	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Sin estudios	0.68(0.36-1.32)	0.33(0.10-1.10)	1.13(0.58-2.19)	1.24(0.62-2.51)	1.76(0.84-3.66)	1.14(0.42-3.10)
Primarios	0.41(0.24-0.69)**	1.00(0.55-2.16)	1.06(0.64-1.74)	0.97(0.70-1.35)	1.54(0.87-2.72)	1.43(0.71-2.91)
Secundarios	0.43(0.26-0.73)**	0.78(0.39-1.58)	1.16(0.71-1.89)	1.15(0.68-1.95)	1.03(0.57-1.89)	0.82(0.38-1.77)
Estado civil						
1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Soltero, divorciado, separado viudo (vive solo)	0.55(0.33-0.91)*	0.56(0.29-0.97)*	0.86(0.54-0.99)*	0.50(0.28-0.89)*	2.32(1.23-4.16)**	3.17(1.39-7.22)**
Vive con amigos o con familia	0.63(0.40-1.01)	0.84(0.48-1.49)	1.19(0.72-1.98)	0.66(0.40-1.07)	1.17(0.69-1.97)	1.64(0.77-3.51)
Hijos, familiares a cargo						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Si	0.85(0.59-1.23)	1.29(0.83-2.01)	1.06(0.74-1.53)	1.17(0.79-1.73)	0.86(0.59-1.28)	1.18(0.72-1.96)
Comportamientos ante la práctica físico-deportiva						
Activos	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Nunca	1.28(0.79-1.93)	0.86(0.49-1.51)	1.32(0.84-2.07)	1.73(1.05-2.85)*	1.41(0.76-2.63)	1.35(1.03-1.82)*
Abandono	1.27(0.83-1.95)	0.89(0.53-1.52)	1.17(0.75-1.81)	2.02(1.27-3.20)**	1.08(0.60-1.94)	1.70(1.06-2.73)*
Patrón de actividad físico-deportiva						
Vigorosa	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Sedentario	0.87(0.46-1.63)	0.85(0.38-1.91)	1.33(0.73-2.43)	1.65(0.86-3.17)	3.26(0.95-8.45)	2.68(0.80-9.01)
Insuficiente+ Ligera	0.58(0.27-1.22)	0.73(0.29-1.84)	1.10(0.56-2.18)	0.84(0.38-1.84)	3.64(0.98-10.34)	3.03(0.80-11.50)
Moderada	0.68 (0.33-1.38)	1.18(0.50-2.79)	1.09(0.56-2.12)	0.83(0.39-1.78)	2.30(0.82-6.42)	2.33(0.64-8.51)
Consumo alcohol padre						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Si	2.15(1.44-3.11)***	1.59(1.00-2.53)*	1.51(1.09-2.91)*	1.59(1.05-2.68)*	1.85(1.13-3.03)*	2.94(1.37-6.31)**
Consumo alcohol madre						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Si	1.36(1.00-2.00)*	1.77(1.05-2.99)*	1.37(1.04-2.77)*	1.75(1.08-1.53)*	2.50(1.67-3.72)***	2.48(1.49-4.14)**
Consumo alcohol hermanos						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Si	1.27(1.03-2.95)*	1.35(1.07-2.57)*	1.58(1.06-2.36)*	2.25(1.40-3.62)**	2.47(1.52-4.02)***	3.16(1.49-6.68)**
Consumo alcohol hermanas						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Si	1.37(0.89-2.13)	1.96(1.17-3.27)*	1.26(0.80-1.99)	1.28(1.06-2.17)*	2.24(1.41-3.58)**	3.20(1.63-6.25)**
Consumo alcohol hijos/os						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Si	1.73(1.12-2.67)*	1.46(1.08-2.47)*	1.36(1.08-2.95)*	1.37(1.05-2.22)*	1.77(1.10-2.84)*	3.27(1.54-6.92)**
Consumo alcohol hijas/os						
No	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Si	1.19(0.65-2.16)	1.19(0.58-2.42)	1.38(0.77-2.46)	0.65 (0.34-1.25)	2.08(1.17-3.69)*	2.60(1.25-5.41)*
Consumo de tabaco						
Nunca	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Habitual	2.34(1.59-3.46)***	5.86(3.39-10.12)***	1.69(1.08-2.55)*	3.31(2.18-5.01)***	1.75(1.07-2.71)*	4.80(1.98-11.64)**
Ocasional	1.25(1.20-4.21)*	2.09(1.08-5.63)*	1.51(1.06-2.41)*	1.40(1.04-3.65)*	1.57(1.19-2.71)*	3.18(1.82-5.58)***

Nota: El grupo de comparación es "Bajo consumo (alcohol)"; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En cuanto al nivel de estudios cabe destacar que aquellos que tenían estudios universitarios tenían estadísticamente más probabilidad de tomar alcohol tanto de forma esporádica como habitual. La relación de esta variable con la cantidad de alcohol ingerida fue menos clara. En este sentido, únicamente en Almería se encontró que aquellos que tenían estudios primarios o secundarios tenían una mayor probabilidad de consumir de forma moderada.

En relación al estado civil, no se encontró una tendencia clara en relación a la frecuencia de consumo. Sobre la cantidad, mientras que en Almería y Granada los que vivían con amigos o familia tenían estadísticamente menos probabilidad de beber tanto en cantidades moderadas como de riesgo/alto riesgo, en Murcia fue al contrario, es decir, los que vivían con familiares o amigos tenían significativamente más probabilidad de beber en ambas cantidades.

Además, los que tenían hijos a su cargo tenían una mayor probabilidad de consumir de manera esporádica, mientras que los que no los tenían mostraron una mayor probabilidad de ingerirlo de manera habitual. No existió una relación clara entre esta variable demográfica y la cantidad de alcohol ingerido.

Respecto a la relación de la práctica de actividad físico-deportiva y consumo de alcohol, fueron los que nunca habían realizado práctica deportiva los que menos probabilidad tenían de consumir. Lo mismo sucedió al clasificarse a los sujetos en función de su patrón de actividad física con los sedentarios. No obstante, entre los bebedores de las provincias de Granada y Murcia fueron los que no habían realizado nunca actividad física o la habían abandonado los que estadísticamente más probabilidades tenían de consumir en cantidades de riesgo o alto riesgo.

Respecto a la motivación (extrínseca o intrínseca), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la frecuencia de consumo de alcohol ($p > .05$), ni tampoco con la ingesta de alcohol ($p > .05$).

Por otra parte, el consumo de alcohol por parte de los familiares (padres, madres, hermanos, hermanas, hijos e hijas) aumentó significativamente la probabilidad de consumir y de que este consumo fuera moderado o de riesgo/alto riesgo, excepto en el caso de los hijos/as en Almería y Granada, en los que la relación fue clara respecto a la

frecuencia pero no hubo una tendencia clara en cuanto a la cantidad. El consumo por parte de la pareja aumentaba la probabilidad de consumir alcohol tanto de manera habitual como esporádica y la probabilidad de que este consumo se diera en cantidades de riesgo o alto riesgo en las tres provincias, y también moderado en Murcia.

Por último, en relación con el consumo de tabaco, se ha detectado que los consumidores de tabaco, tanto de forma habitual como ocasional, tenían más probabilidad de beber alcohol e ingerir más unidades tanto esporádica como habitualmente o de riesgo/alto riesgo.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue conocer si existe relación entre el consumo y la ingesta de alcohol con variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y tener hijos o familiares a su cargo), con aspectos de la práctica físico-deportiva (comportamientos, patrón de actividad físico-deportiva y motivaciones), con el contexto familiar (padre, madre, hermano/os, hermana/as, pareja, hijo/s e hija/as) y con el consumo de tabaco en tres provincias del sur de España (Murcia, Granada y Almería).

Entre los resultados más destacados se encontró que una proporción elevada de la población estudiada de Almería, Granada y Murcia, en torno a los 2/3, presentaba un consumo bajo de alcohol o eran abstemios. Por el contrario, entre el 20-25% presentaban un patrón de consumo habitual que puede definirse como peligroso o de alto riesgo (17-28 Unidades de Bebida Estándar (UBS) semanales). La prevalencia del consumo de alcohol fue mayor en hombres que en mujeres para todos los indicadores de consumo y en las tres provincias, aunque las diferencias relativas aumentaban cuando se hace referencia a consumos más frecuentes o intensivos; así los varones presentan un OR = 3.27 y OR = 2.52 veces más riesgo que las mujeres de tener un consumo habitual y esporádico respectivamente. El mismo patrón se manifiesta en el consumo moderado y en el consumo de riesgo y alto riesgo, los hombres presentan

hasta 1,80 más riesgo que las mujeres. Este patrón de consumo es similar al del resto del estado español (PNSD, 2011).

Al analizar los datos según los diferentes grupos de edad para cada tipo de indicador de consumo, se observa por lo general que son los jóvenes entre 31 y 45 años los que muestran una mayor prevalencia de consumo habitual, entre los 46 y los 60 años los que más probabilidad tiene de consumir de forma esporádica por lo general, y el grupo de edad más de 60 años los que menos consumen. Con respecto a la cantidad de alcohol consumido son las personas entre 31 y 60 años las tienen una mayor probabilidad de ingerir tanto en cantidades moderadas como en cantidades de riesgo o alto riesgo. El grupo de más de 60 años es el que por lo general muestra un consumo más comedido. Este dato de prevalencia de consumo diario viene a confirmar la extensión del patrón de consumo diario en comidas y cenas en grupos de mayor edad y el consumo más bien episódico de fin de semana en los más jóvenes (PNSD, 2011), así la prevalencia de consumo diario es más elevada en la población de 35-64 años (25.4%) que en la de 15-34 (5.5%). Sin embargo, las diferencias a favor del grupo de menor edad se hacen muy notables cuando se valoran los consumos de tipo intensivo como las borracheras (prevalencia anual de 35.2% en el grupo de 15-34 años frente a 15.0% en los de más edad) o los consumos en atracón (binge drinking) (21.7% en 15-34 años frente a 10.3% en población de más edad). Según el informe de la Food and Agriculture Organization of the United Nations (2004) el consumo total per cápita de la población española mayor de 15 años fue de más de 12 litros, lo que supone un consumo ligeramente superior al de la media europea. No debemos obviar el impacto social y económico que el consumo de alcohol genera en la población española. En 2004 se perdieron 118.411 años potenciales de vida perdidos (APVP), más de las tres cuartas partes en varones, con una media de APVP por cada muerte atribuible al consumo de alcohol de 22.6 años (que varió entre los 34.7 años en Ceuta y los 20.2 años en Asturias, siendo la estimación para Murcia de 24.7 años y para Andalucía de 22.1). La comunidad autónoma de Murcia, con el 2.9% de mortalidad, junto a las de Andalucía, Canarias, País Vasco y Asturias, alcanzaron los mayores porcentajes de mortalidad por alcohol en

2004 (Fierro et al., 2010). El coste indirecto de los APVP para el conjunto del Estado español en 2004 fue de 2.308 millones de euros (Ivano, García-Altés, y Nebot, 2011).

Cabe destacar que, aquellos que tienen estudios universitarios, tienen estadísticamente más probabilidad de consumir alcohol tanto de forma esporádica como habitual. Sorprendentemente, un menor nivel de estudios parece no asociarse en esta investigación con una mayor ingesta de alcohol, de forma contraria a lo encontrado en otros trabajos (Hemmingsson, Lundberg, Romelsjo, y Alfredsson, 1997; Gutiérrez-Fisac, 1994). Únicamente en Almería se encuentra que aquellos que tienen estudios primarios o secundarios tienen una mayor probabilidad de consumir de forma moderada.

Este estudio pone de manifiesto que una proporción elevada de los habitantes estudiados de Almería, Granada y Murcia presentan un estilo de vida bastante sedentario en consonancia con el resto de la población española García-Ferrando (2006). Tal y como manifiesta Balboa, León, Graciani, Rodríguez, y Guallar (2011) y Cavill, Kahlmeier, y Racioppi (2006), la población adulta no realiza el mínimo de actividad física recomendada, el 58.4% en Almería, el 54.1% en Granada y un más que preocupante 61,6% en Murcia de la muestra analizada reconocen ser sedentarios, siendo este valor mayor conforme la población aumenta de edad (Oviedo et al, 2013). En las diferencias por sexo, se observa cómo el porcentaje de ciudadanos que son inactivos es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Esto es debido posiblemente, según Nomaguchi y Bianchi (2004), a que la mujer cuenta con menos tiempo libre porque lo dedican más a las labores del hogar y al cuidado de los niños. En la mayoría de los casos, la mujer que trabaja fuera del hogar lleva a cabo una serie de tareas dentro de la casa que incluye el cuidado de los hijos lo que implica que su jornada laboral se duplique, presentando así un mayor número de roles vitales en comparación con los hombres (Blanco y Feldman, 2000). Otros motivos también pueden ser que no les gusta la competición y buscan objetivos a largo plazo que, al ser más difíciles de obtener, dificultaría el mantenimiento de la práctica de ejercicio (Isorna, Rial y Vaquero-Cristóbal, 2014; Moreno, Martínez, y Alonso, 2006).

Tal y como se aprecian en los resultados en relación al estado civil, no se encuentra una tendencia clara en relación a la frecuencia ni cantidad de consumo, mientras que en Almería y Granada los que viven con amigos o familia tienen estadísticamente menos probabilidad de beber tanto en cantidades moderadas como de riesgo/alto riesgo. En Murcia es al contrario, es decir, los que viven con familiares o amigos tienen significativamente más probabilidad de beber en ambas cantidades.

En cualquier caso y de forma significativa en las tres provincias, los que tienen hijos y/o familiares a su cargo tienen una mayor probabilidad de consumir de manera esporádica, mientras que los que no los tienen presentan una mayor probabilidad de ingerirlo de manera habitual. Consideramos que este resultado es muy importante ya que la familia es el primer agente de socialización en los primeros años de vida y en la adolescencia. La importancia del modelado y de la tolerancia que profesan los padres referente al consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) ha sido reconocida como uno de los factores de riesgo para el futuro consumo de los hijos, ya que entienden que las drogas legales son menos peligrosas o menos dañinas para la salud al no ser expresamente rechazadas por los padres (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

En general, los resultados que hemos detectado están en correspondencia con los obtenidos en otras investigaciones. Así el estilo de vida sedentario se ha asociado al sexo femenino (Elizondo, Guillén, y Aguinaga, 2005; Chillón, Tercedor, Delgado, y González-Gross, 2002), mayor edad (Bauman, Owen, y Rushworth, 1990), hábito de fumar (Domínguez, Borrell, Nebot, y Plasencia, 1998; Ruiz-Risueño, Ruiz-Juan, y Zamarripa, 2012) y estado civil casado, divorciado o viudo (Elizondo et al., 2005). Es importante recordar, si pretendemos realizar cambios en cualquier colectivo o comportamiento social, que las variables sociodemográficas son muy difíciles de modificar o cambiar en comparación con las variables psicosociales.

Respecto consumo de alcohol y a su relación con la práctica actividad físico-deportiva, son los sujetos que nunca han realizado práctica física-deportiva los que menos probabilidad presentan de consumirlo de forma habitual o esporádica. Una posible explicación de estos resultados puede atribuírsele a dos causas interrelacionadas:

primera, a la tardía incorporación al hábito del consumo de alcohol de la mujer con respecto al varón en España. El consumo de ciertas drogas por parte de las mujeres es un hecho relativamente reciente y, por tanto, afecta fundamentalmente a los grupos de edad más jóvenes (Montero et al., 2004). A modo de ejemplo, apenas un 2% de las mujeres españolas mayores de 65 años bebe alcohol (PNSD, 2011). La segunda causa puede deberse a que el porcentaje de mujeres que nunca ha realizado actividad físico-deportiva en España es mayor que en los varones, siendo este valor mayor conforme la población aumenta de edad (García-Ferrando, 2006). Por lo tanto, nos encontramos que, las mujeres españolas mayores en contraste con los varones, consumen menos alcohol y también realizan menos actividad física-deportiva. Basándonos en el modelo epidemiológico de López, Collishaw, y Piha (1994) creemos que este resultado se verá modificado en los próximos años debido a la incorporación en la última década de la mujer al consumo de alcohol en España.

Por otro lado, en el presente estudio se ha encontrado que entre los bebedores de las provincias de Granada y Murcia son los que no han realizado nunca actividad física o la han abandonado los que estadísticamente presentan más probabilidades de consumir en cantidades de riesgo o alto riesgo (OR = 2.02 en Granada). Estos resultados vienen a constatar el efecto protector frente a un patrón de consumo de riesgo para la salud que tiene la práctica de ejercicio físico. Sin embargo, también hemos detectado que, independientemente de la variabilidad entre provincias, la valoración global que se desprende del consumo de alcohol es que éste es mayor por parte de las personas que son físicamente activas en mayor medida. Una posible explicación al hecho de que sean precisamente las personas que realizan ejercicio físico de forma regular las que también realicen un consumo habitual y ocasional del alcohol, puede deberse a que estos sujetos establecen una asociación entre ejercicio físico y efectos beneficiosos que reporta sobre su salud, lo que les genera una mayor confianza (Baena, Granero-Gallegos, Sánchez-Fuentes, y Martínez-Molina, 2013), sintiendo que la práctica de actividad-físico-deportiva es un método eficaz para contrarrestar los efectos perniciosos que puede provocarles el consumo de alcohol (Nebot, Comín, Villalba, y

Murillo, 1991; Valero, Ruíz, García, Granero, y Martínez, 2007). En los resultados de los distintos estudios que tratan de encontrar relación entre el consumo de alcohol y la práctica de actividad físico-deportiva, se obtienen hallazgos que son realmente contradictorios. Por un lado, se encuentran investigaciones como la de Moral, Rodríguez, y Sirvent (2005), que destacan la evitación de problemas de salud física como uno de los principales motivos para no beber alcohol. En cambio, otros estudios, como el de Nebot et al. (1991) o Rainey et al. (1996), descubren una relación positiva entre la opinión que tienen hacia el deporte, la salud y el consumo de alcohol. Aquellos que son físicamente activos se auto-perciben con mejor salud y, por tanto, se pueden sentir más confiados para consumir alcohol, sin que esto repercuta negativamente sobre su percepción general de condición física y salud. Tal y como sugiere Paavola et al. (2004) y Vaquero, Isorna, y Ruiz (2012), la promoción de la actividad físico-deportiva ya no es un elemento que limite de forma sustancial el consumo de alcohol, sino todo lo contrario.

Bourdeaudhuij y Van Oos (1999) o Paavola et al. (2004) sugieren que son necesarias investigaciones muy rigurosas en las que se compruebe el efecto que produce la práctica de actividad físico-deportiva como medida preventiva ante el consumo de sustancias alcohólicas ya que esta parece ser una realidad muy cambiante. En sujetos que practican ejercicio físico, poseer una buena autopercepción de su condición física y de su salud, parece ser el “salvoconducto” para consumir alcohol. Por ello, creemos que en las estrategias para la prevención de la ingesta de alcohol se ha de reorientar el motivo de práctica físico-deportiva, buscando entre los ciudadanos un aumento del interés por lograr un mayor “grado de bienestar y de salud”, y no exclusivamente una mejor forma física (Schmohr, Kristensen, Prescott, y Scharling, 2005). Con ello se dirigiría la atención de la población hacia la búsqueda e incremento del bienestar personal, siendo para ello una pieza clave el aumento del tiempo de ocio dedicado al ejercicio físico (Valero et al., 2007).

En cuanto a la relación entre la motivación deportiva (extrínseca o intrínseca) y el consumo de alcohol, no hemos detectado diferencias estadísticamente significativas

con la frecuencia ni tampoco con la ingesta de alcohol. Estos resultados van en contraposición con trabajos previos que hallaron que la motivación autodeterminada, o sea más intrínseca, se relaciona con pautas de vida saludables y menor consumo de alcohol (Edmunds, Ntoumanis, y Duda, 2007; Jiménez, Cervelló, Santos-Rosa, García, e Iglesias, 2006; Jiménez, Martínez, Miró, y Sánchez, 2008). Una posible explicación puede ser, tal y como refleja la encuesta de hábitos deportivos de los españoles (García Ferrando, 2006), el 60% de los practicantes españoles realizan actividad física como un modo de compensar la vida sedentaria propia de las sociedades urbanas y de masas, siendo el principal motivo de práctica, y no el disfrute de la misma; en el caso de las mujeres uno de los principales motivos para su práctica es el miedo a engordar (Arbinaga, García, Vázquez, Joaquín, y Pazos, 2011). Por tanto, tal y como sugiere (Moreno, Cervelló y Moreno, 2008) será necesario que los profesionales de la actividad física y del deporte traten de desarrollar en las personas su motivación autodeterminada (Amado, Leo, Sánchez-Oliva, González-Ponce, y López-Chamorro, 2012; Granero-Gallegos y Baena-Extremera, 2014) para reforzar los motivos de práctica relacionados con la salud, aspecto primordial sobre todo en la edad adulta y la vejez.

En cuanto al consumo familiar, en las tres provincias, la probabilidad de encontrar personas que consuman alcohol es mayor cuando el padre, madre, la pareja, hermanos, hermanas, hijos e hijas también consumen alcohol que cuando son abstemias, excepto en el caso de los hijos/as en Almería y Granada, en los que la relación es clara respecto a la frecuencia pero no hay una tendencia clara en cuanto a la cantidad. Las familias juegan un papel muy importante en el consumo de alcohol y en la cantidad de unidades ingeridas. El consumo del padre y de la madre tiene mucha influencia sobre el hábito de beber, el comportamiento de los padres podría actuar como modelo para los hijos ya que éstos perciben que el consumo de alcohol puede ser una forma alternativa para enfrentarse a los problemas generados por el estrés diario (Baus, Kupek y Pires, 2002). También se evidencia la influencia de los hermanos/as hacia el consumo de alcohol, siendo un factor de riesgo con mucho peso específico y ha sido recogido en otros estudios (Urquieta, Hernández, y Hernández, 2006). En

definitiva y en línea con lo propuesto por Ruiz-Juan, Pierón, y Baena (2012), considerados como el grupo socializador más importante, se detecta que los miembros de la familia ejercen un modelado directo sobre la conducta, las actitudes y las orientaciones que adquieren el resto de los familiares. Por otra parte, en consonancia con los resultados obtenidos en diversos trabajos de investigación Kemmesies (2001) y Oviedo, March, Romero, y Sánchez (2005) se refleja la enorme importancia que tiene la pareja en todo el proceso de la adicción al alcohol y otras drogas (inicio, mantenimiento y abandono). Estos resultados aportan un mayor nivel de conocimiento del consumo familiar como factor implicado en el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol en el seno familiar y posibilita, con respecto a la prevención dentro del marco familiar, la elaboración de programas más ajustados a la realidad.

Un dato relevante y a destacar es el alto índice existente de consumo simultáneo de las dos sustancias (alcohol y tabaco), con una relación directamente proporcional entre la frecuencia de consumo de tabaco y alcohol, al igual que entre el consumo de tabaco y la cantidad de unidades de alcohol ingeridas. Estudios previos han mostrado que entre el 80% y el 95% de las personas alcohólicas fuman, lo que demuestra el grado de dependencia de los fumadores hacia el alcohol (Daeppen et al., 2000; Hitsman et al., 2002). En España (PNSD, 2011), el consumo conjunto es casi una constante, lo que pone en evidencia la baja percepción de riesgo que presentan los sujetos con ambas dependencias y la necesidad de aplicar campañas sensibilizadoras a esta población diana de la necesidad de abandonar dichas adicciones. A pesar de que existe la creencia que si se deja de fumar y beber al mismo tiempo es más difícil dejar de beber, los datos no indican esto (Bien y Burge, 1990), más bien ocurre lo contrario, ya que los que continúan fumando después de haber dejado el alcohol incrementan el riesgo de volver a recaer en la bebida (Sobell, Sobell, y Kozlowski 1995).

Este estudio presenta diversas limitaciones, que podrían subsanarse en futuras investigaciones con un diseño longitudinal y mediante la utilización de autoinformes. Posiblemente y debido a su carácter transversal, queda limitada la posibilidad de establecer una direccionalidad en las asociaciones observadas, por tanto, cabe

hipotetizar tendencias de asociación pero no permiten establecer una relación causa-efecto. Tampoco se han tenido en cuenta otras variables que podrían haber afectado a los resultados como, por ejemplo, la influencia de amigos. Otra de las limitaciones de este estudio podría ser el modo de cómo se ha valorado el consumo de alcohol y el ejercicio físico ya que se han utilizado respuestas autoinformadas de los participantes que tal vez no reflejen con exactitud su situación real.

En conclusión, en las tres provincias los varones consumen alcohol con mayor frecuencia que las mujeres, pero las diferencias se van reduciendo paulatinamente tal y como se observa en las tendencias recogidas por el PNSD (2011). La edad es un factor de riesgo, siendo en la franja de edad entre los 31-60 dónde más alcohol se consume en forma de riesgo y alto riesgo. En general, la práctica físico-deportiva moderada se asocia con una mayor prevalencia de consumo de alcohol, por lo que ser físicamente activo ya no actúa como un factor de protección. Los hermanos, padres, hijos y la pareja ejercen una fuerte influencia respecto del hábito del consumo de alcohol. Existe una relación clara y directamente proporcional entre el consumo de alcohol y tabaco, lo que genera un grado de dependencia recíproca y ejerce efectos devastadores en la salud. Los resultados de este estudio son de utilidad para comprender mejor el efecto que el consumo de alcohol presenta sobre la práctica físico-deportiva y el entorno socioafectivo de los sujetos de Almería, Granada y Murcia.

Agradecimientos

El contenido de este artículo es el resultado del subproyecto "Factores determinantes para la práctica físico-deportiva y asociaciones probabilísticas entre variables físico-deportivas y de salud. Tipologías de estilos de vida de la población adulta y detección de poblaciones con riesgo para la salud" (DEP2005-00231-C03-02/ACTI) de la Universidad de Almería. Forma parte del proyecto coordinado "Hábitos físico-deportivos y de salud. Estilos de vida en jóvenes y adultos", subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia dentro del Plan Nacional de I+D+I (2004-2007) Acción Estratégica: "Deporte y Actividad Física" Práctica de la Actividad Física y el Deporte.

REFERENCIAS

- Amado, D., Leo, F. M., Sánchez-Oliva, D., González-Ponce, I., y López-Chamorro, J. M. (2012). ¿Es compatible el deporte en edad escolar con otros roles sociales? Un estudio a través de la Teoría de la Autodeterminación. *Retos*, 21, 50-52.
- Ambrosio, E. (2003). Vulnerabilidad a la drogadicción. *Adicciones*, 15(3), 187-189.
- Arbinaga, F., García, D., Vázquez, I., Joaquín, M., y Pazos, E. (2011). Actitudes hacia el ejercicio en estudiantes universitarios: relaciones con los hábitos alimenticios y la insatisfacción corporal. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6(1), 97-112.
- Baena, A., Granero, A., Sánchez-Fuentes, J. A., y Martínez-Molina, M. (2013). Apoyo a la autonomía en educación física: antecedentes, diseño, metodología y análisis de la relación con la motivación en estudiantes adolescentes. *Retos*, 24, 46-49.
- Baer, J. S., MacLean, M. G., y Marlatt, G. A. (1998). Linking etiology and treatment for adolescent substance abuse: toward a better match. En R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 182-220). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Balboa, T., León, L., Graciani, A., Rodríguez, F., y Guallar, P. (2011). Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 27, 9-47.
- Bauman, A., Owen, N., y Rushworth, R. (1990). Recent trends and socio-demographic determinants of exercise participation in Australia. *Community Health Study*, 14, 19-26.
- Baus, J., Kupek, E., y Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista Saúde Pública*, 36, 40-46.
- Bien, T. H., y Burge, R. (1990). Smoking and drinking: A review of the literature. *Substance Use & Misuse*, 25, 1429-1454. doi: 10.3109/10826089009056229.
- Blanco, G., y Feldman, L. (2000). Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *Salud Pública de México*, 42(3), 217-225.

- Bourdeaudhuij, I., y Van Oost, P. (1999). A cluster-analytical approach toward physical activity and other health related behaviours. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31, 605-612.
- Burbano, J. C., Fornasini, M., y Acosta, M. (2003). Prevalence of and risk factors for over weight among school girls 12 to 19 years old in semi-urban region of Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13, 277-284.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil-Carmena, E., Palmer, A., Sureda, P., y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Ministerio de Interior - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Caraveo, J. J., Colmenares, E., y Saldívar, G. J. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41, 177-188.
- Casswell, S., Pledger, M., y Pratrapp, S. (2002). Trajectories of drinking from 18 to 26 years: identification and prediction. *Addiction*, 97, 1427-1437.
- Cavill, N., Kahlmeier, S., y Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: World Health Organization.
- Chillón, P., Tercedor, P., Delgado, M., y González-Gross, M. (2002). Actividad físico-deportiva en escolares adolescentes. *Retos: nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 1, 5-12.
- Córdoba, R., Ortega, R., Cabezas, C., Forés, D., Nebot, M., y Robledo, T. (2001). Recomendaciones sobre estilo de vida. *Atención primaria*, 28(2), 27-41.
- Corral, M., y Cadaveira, F. (2002). Aspectos neuropsicológicos de la dependencia del alcohol: naturaleza y reversibilidad del daño cerebral. *Revista de Neurología*, 35, 682-687.
- Daepfen, J., Smith, T., Danko G., Gordon, L., Landi, N., Nurnberger J., et al. (2000). Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. *The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism. Alcohol*, 35, 171-175.

- Domínguez, M., Borrell, C., Nebot, M., y Plasencia, A. (1998). La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud. *Gaceta Sanitaria*, 12, 100-109.
- Edmunds, J., Ntoumanis N., y Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 722-740.
- Elizondo, J., Guillén, F., y Aguinaga, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 559-567.
- Farke, W., y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. Binge Drinking in Europe. *Adicciones*, 19(4), 333-340.
- Fernández-Espejo, E. (2002). Bases neurológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología*, 34(7), 659-664.
- Fierro, I., Yáñez, J., y Álvarez, F. (2010). Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Revista Clínica Española*, 208(9), 455-462.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) (2004). *World Drink Trends 2003*. Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf.
- García, A., y Portella, E. (2002). Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Adicciones*, 14(1), 141-153.
- García-Ferrando, M. (2006). Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005). *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 64(4), 15-38.
- Génova, R., Álvarez E., y Morant G. (2005). Estimación de la carga de enfermedad en España en el año 2000. *Cuadernos Geográficos*, 36, 571-576.
- Glantz, M. D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association.

- Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group (2003). Differences in world wide tobacco use by gender: Findings from the global youth tobacco survey. *Journal of School Health*, 73, 207-215.
- Gómez, A., Conde, A., Aguiar, J., Santana, J., Jorrín, A., y Betancor, P. (2001). Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria. *Medicina Clínica*, 116, 121-124.
- Granero, A., y Baena, A. (2014). Predicción de la motivación autodeterminada según las orientaciones de meta y el clima motivacional en Educación Física. *Retos*, 25, 23-27.
- Gutiérrez-Fisac, J. L. (1994). Indicadores de consumo de alcohol en España. *Medicina Clínica (Barc)*, 104(14), 544-550.
- Hemmingsson, T., Lundberg, I., Romelsjö, A., y Alfredsson L. (1997). Alcoholism in social classes and occupations in Sweden. *International Journal of Epidemiology*, 26(3), 584-591.
- Hitsman, B., Abrams, D., Shadel, W., Niaura, R., Borrelli, B., Emmons, K., et al. (2002). Depressive symptoms and readiness to quit smoking among cigarette smokers in outpatient alcohol treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 264-268.
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., Hidalgo, M. D., y García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 403-420.
- Isorna, M., Rial, A., y Vaquero, R. (2014). Motivaciones para la práctica deportiva en escolares federados y no federados. *Retos*, 25, 80-84.
- Ivano, R., García-Altés, A., y Nebot, M. (2011). Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado español. Consumo, coste y políticas. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 141-147.

- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., y Sánchez, A.I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 185-202.
- Jiménez, R., Cervelló, E., Santos-Rosa, F., García, T., y Iglesias, D. (2006). Análisis de las relaciones entre las variables motivacionales y los estilos de vida relacionados con la salud en estudiante de educación física. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 1(1), 83-94.
- Kemmesies, U. (2001). Consumo de drogas dentro del entorno burgués. Influencia del control social formal e informal. *Adicciones*, 13(1), 101-110.
- López, A. D., Collishaw, N. E., y Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-247.
- Lorente, F. O., Souville, M., Griffet, J., y Grélot, L. (2004). Participation in sports and alcohol consumption among french adolescents. *Addictive Behaviour*, 29(5), 941-946.
- McCambridge, J., McAlaney, J., y Rowe R. (2011). Adul consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med*, 8(2), e1000413. doi:10.1371/journal.pmed.1000413.
- Meneses, C., Rúa, A., Romo, N., Gil, E., Uroz, J., y Markez. I. (2012). Co-occurrence of risk behaviors among spanish adolescents. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 70(3), 665-689.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) (2013). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12*. Recuperado de <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner. B., Reneses, B., Usall, J., et al. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 175-181.
- Moore, M., y Werch, C. (2005). Sport and physical activity participation and substance use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36(6), 486-493.

- Moral, M. V., Rodríguez, F. J., y Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17, 105-120.
- Moreno, J. A., Martínez, C., y Alonso, N. (2006). Actitudes hacia la práctica físico-deportiva según el sexo del practicante. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 3(2), 20-43.
- Moreno, J. A., Cervelló, E., y Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 171-183.
- Moreno, J. A., González-Cutre, D., y Cervello, E. (2008). Motivación y salud en la práctica físico-deportiva: diferencias según el consumo de alcohol y tabaco. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 483-494.
- Muñoz-Rivas, M. J., y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Navarro, M., Ojeda, R., Navarro, M., López-López, E., Brito, E., y Ruiz-Caballero J. A. (2012). Compromiso de los adolescentes de Canarias con un estilo de vida físicamente activo y saludable. *Retos*, 21, 30-33.
- Nebot, M., Comín, E., Villalba, J. R., y Murillo, C. (1991). La actividad física de los escolares: un estudio transversal. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 65, 325-331.
- Nomaguchi, K.M., y Bianchi, S. (2004). Exercise time: Gender differences in the effects of marriage, parent hood, and employment. *Journal of marriage and the family*, 66(2), 413-430.
- Oetting, E. R., y Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Oliva, J. y Rivera, B. (2006). Los costes sociales del consumo de drogas ilegales en la Comunidad de Galicia. *Presupuesto y Gasto Público*, 44, 105-131.
- Oviedo, E., March, J., Romero, M., y Sánchez, E. (2005). Factores asociados al uso de la vía pulmonar e intravenosa en una muestra de consumidores de heroína en Granada. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 391-401.

- Oviedo, G., Sánchez, J., Castro, R., Calvo, M., Sevilla, J. C., Iglesias, A., y Guerra, M. (2013). Niveles de actividad física en población adolescente: estudio de caso. *Retos*, 23, 43-47.
- Paavola, M., Vartiainen, E., y Haukkala, A. (2004). Smoking, Alcohol Use, and Physical Activity: *A 13-Year Longitudinal Study Ranking from Adolescence into Adult hood. Journal of Adolescent Health*, 35, 238-244.
- Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18, 18-24.
- Pérez-Milena, A., Leal-Helmling, F. J., Jiménez-Pulido, I., Mesa, I., Martínez-Fernández, M. L., y Pérez-Milena, R. (2007). Evolution of the consumption of toxic substances among the adolescents of an urban area (1997-2004). *Atención Primaria*, 39(6), 299-304.
- Piéron, M., y Ruiz-Juan, F. (2010). Actividad físico-deportiva y salud. *Análisis de los determinantes de la práctica en el alumnado de Enseñanza Secundaria*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Pitkänen, T., Lyyra, A., y Pulkkinen, L. (2005). Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction*, 100, 652-661.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2011). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Rainey, C., McKeown, R., Sargent, R., y Valois, R. (1996). Patterns of tobacco and alcohol use among sedentary, exercising, non athletic and athletic youth. *Journal of School Health*, 66(1), 27-32.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavornchoensap, M., Teerawattananon, Y., y Patra, J. (2009). *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-usedisorders. Lancet*, 373, 2223-2233.

- Ruiz-Juan, F., De la Cruz, E., y García-Montes, M. E. (2009). Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes españoles. *Salud Pública México*, 51(6), 496–504.
- Ruiz-Juan, F., De la Cruz, E., Ruiz-Risueño J., y García-Montes, M. (2008). Youth smoking patterns and leisure-time physical activity. *Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 14, 75-79.
- Ruiz-Juan, F., Pierón, M., y Baena, A. (2012). Socialización de la actividad físico-deportiva en adultos: relación con familia, pareja y amigos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 34(1), 35-59.
- Ruiz-Juan, F., Ruiz-Risueño, J., De la Cruz, E., y García-Montes, M. (2009). Physical activity and alcohol consumption in adults. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 16, 46-50.
- Ruiz-Risueño, J., Ruiz-Juan, F., y Zamarripa, J. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 211-220.
- Scandurra, R., García, A., y Nebot, M. (2011). Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado español. Consumo, coste y políticas. *Revista Española Salud Pública*, 85,141-147.
- Schmohr, P., Kristensen, T. S., Prescott, E., y Scharling, H. (2005). Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time. The Copenhagen City Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 15, 107-112.
- Secades, R., y Fernández, J.(2001). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: Un estudio empírico español. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Sobell, M. B., Sobell, L., y Kozlowski, L. (1995). Dual recoveries from alcohol and smoking problems. En J. B. Fertig y J. A. Allen (Eds.), *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice* (pp. 207-224). Bethesda, MD: National Institute on

- Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., y Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: A 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 267-273.
- Torres, G., Carpio, E., Lara, A., y Zagalaz, M.L. (2014). Niveles de condición física de escolares de educación primaria en relación a su nivel de actividad física y al género. *Retos*, 25, 17-22.
- Urquieta, J., Hernández, M., y Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública México*, 48(1), 30-40.
- Valero, A., Ruíz, F., García, M. E., Granero, A., y Martínez, A. (2007). Relación entre la práctica de actividad físico-deportiva y el consumo de alcohol de los ciudadanos de más de 14 años. *Adicciones*, 19(3), 239-250.
- Vaquero, R., Isorna, M., y Ruiz, C. (2012). Review about state of alcohol consumption and physical sports practice. *Journal of Sport and Health Research*, 4(3), 269-288
- World Health Organization (2011). Global Information System on Alcohol and Health. Recuperado de <http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>.
- World Health Organization (WHO) (2010). *World Health Report 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2000). *Regional Office for Europe Regional High-level Consultation in the European Region on the Prevention and Control of Non communicable Diseases. Summary Report of the Meeting*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.