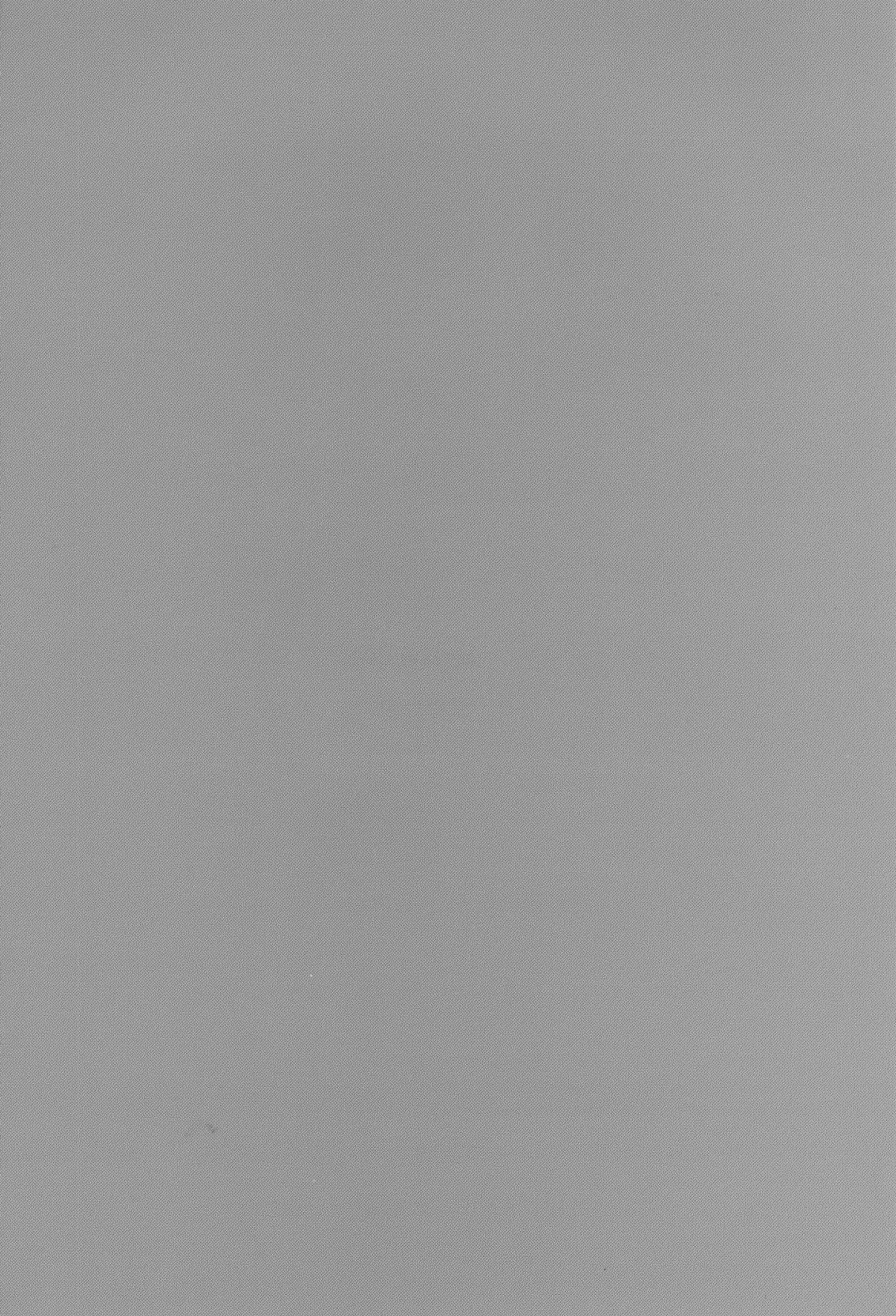




**Estilos  
de vida**



## **Estilos de vida**

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida (O.M.S./EURO, 1.985).

Por tanto hay que interpretar que la responsabilidad que los individuos y los grupos tienen en la resolución de los problemas de salud más directamente relacionados con el comportamiento, no significa culpabilidad, sino más bien madurez y mayor capacidad para aumentar el control sobre su salud.

De esta forma es como se interpreta en el Análisis de Situación la categorización de Lalonde de los estilos de vida, compuestos de la suma de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se puede ejercer cierto grado de control. Las decisiones y hábitos personales que son perjudiciales para la salud, crean riesgos originados por el propio individuo y cuando esos riesgos resultan en enfermedad o muerte se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó o causó su propia enfermedad o defunción. En todo caso, un estilo de vida saludable puede ser adoptado sólo cuando se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello.

Son múltiples los datos sobre enfermedades debidas a los modos de vida y la O.M.S. se hace eco de los problemas que reflejan la importancia de los estilos de vida y de los modos de comportamiento, como determinantes de la situación sanitaria de las comunidades, aunque, las investigaciones sobre estos aspectos siguen siendo insuficientes, debiendo señalarse la escasez de datos disponibles sobre estilos de vida de los murcianos y la necesidad de desarrollar líneas de investigación que permitan profundizar en los componentes de los mismos para hacer más eficaces las posibles intervenciones de promoción de hábitos saludables.

Por otro lado se sabe que la salud se genera o se pierde fuera de los Servicios Sanitarios en su mayor medida. Los niveles de salud de los países industrializados no han mejorado de manera exclusiva ni lineal por el cambio de los Servicios de Salud, por los avances de la medicina, sino íntimamente ligados a la mejora de los niveles de vida, de renta, de reparto equitativo de la riqueza, de mejora de los niveles sociales y por ende culturales de las sociedades occidentales.

En este apartado se presenta un estudio descriptivo de modos de comportamiento, de la población de la Región de Murcia, de comprobada interrela-

ción con el nivel de salud: alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas y actividad física.

Por otra parte, dentro de los objetivos relacionados con los estilos de vida, se establece una diferenciación debida a las características de los mismos. Por un lado, se presentan objetivos relacionados con aspectos organizativos y ámbitos de intervención. Por otro, se han tenido en cuenta algunos objetivos concretos relacionados con conductas que suponen un factor de riesgo importante para determinados problemas de salud. La razón de esta diferenciación estriba en que mientras la importancia de la acción sobre estas conductas específicas (consumo de tabaco, alcohol, actividad física...) está fuera de toda duda, no es menos importante reflejar otros aspectos de los estilos de vida que tienen que ver con la salud, y no solamente con la enfermedad (ocio y tiempo libre, sexualidad,...), de los que no se describe la situación porque van implícitos en la transversalidad del tratamiento de la Educación para la Salud en la Escuela. Asimismo, era necesario plantear objetivos globales referidos a los diferentes ámbitos de intervención de Educación para la Salud (Escuela y Atención Primaria), ya que tienen un desarrollo específico integral, independientemente del aspecto de salud de que se trate.

## **Ambito general**

**OBJETIVO 26. A partir de 1994 existirá en los Servicios Centrales de la Administración Sanitaria una Unidad Orgánica de Promoción de Salud de carácter multidisciplinar.**

**26.1.** Durante 1993 se diseñarán sus funciones, asignándole la responsabilidad de impulsar y establecer los mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial que faciliten y permitan el desarrollo de acciones de promoción de salud. Estas acciones se descentralizarán a nivel de Área y Zona Básica de Salud y se priorizarán según las directrices contempladas en el Plan Regional de Salud.

**OBJETIVO 27. Durante el período 1993-96 se potenciará, a través de la coordinación interinstitucional, el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela (Educación Infantil, Primaria, Secundaria y Educación de Adultos).**

**27.1.** En 1993 se ampliarán al INSALUD los actuales cauces de coordinación entre la Consejería de Sanidad y el M.E.C.

**27.2.** En 1993 se elaborará un plan de formación para profesionales de la educación que se pondrá en marcha en el curso 1993-94.

**27.3.** Para 1996 los Centros Docentes de la Región de Murcia dispondrán de materiales de apoyo para docentes, alumnos y padres que permitan el tratamiento transversal de la educación para la salud en la escuela. Se elaborará progresivamente el desarrollo curricular de temas específicos: alimentación, salud bucodental, higiene, sexualidad, drogas, accidentes escolares y primeras curas, medio ambiente, salud mental, ocio y tiempo libre.

**27.4.** En el período 1993-96 se potenciará la concesión de subvenciones a proyectos educativos dirigidos a favorecer la creación de una escuela promotora de salud.

**27.5.** En 1993 se iniciará un estudio sobre las conductas de salud y la influencia social y familiar en los estilos de vida de la población escolar de la Región de Murcia, monitorizando a partir de 1994 la evolución de dichos estilos.

**27.6.** En 1995 quedará establecido un Programa de Educación para la Salud en Educación de Adultos que contemple la formación, investigación y elaboración de materiales.

**OBJETIVO 28. Para 1993 el 100% de los Equipos de Atención Primaria incluirán en su oferta de servicios actividades de promoción de la salud.**

**28.1.** Para 1993 se habrán definido, siguiendo las directrices del Plan de Salud y en el marco de los Programas de Salud prioritarios, la oferta de servicios de promoción de todos los puntos asistenciales del nivel primario, así como los criterios para su acreditación y evaluación.

**28.2.** Durante 1993 cada centro difundirá su oferta de servicios de promoción de salud en su zona de actuación.

## Consumo de tabaco

En la Región de Murcia, según la Encuesta Nacional de Salud (1.987), el 40% de la población mayor de 16 años es fumadora, lo que supone un 2% más que la media nacional, aunque no existe una distribución homogénea por sexos. Así, la mayoría de los hombres son fumadores (58,6%) y consumen 10 o más cigarrillos al día (45,3%), en tanto que la gran mayoría de mujeres son no fumadoras (71,1%), o fuman entre 1 y 9 cigarrillos por día (13,2%). En la tabla 4.1. pueden apreciarse estas distribuciones y su composición con los resultados a nivel nacional.

**TABLA 4.1. CONSUMO DE TABACO POR SEXO. POBLACION DE 16 Y MAS ANOS. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA. 1987**

CONSUMO DE TABACO	%		% HOMBRES		% MUJERES	
	ESPAÑA	MURCIA	ESPAÑA	MURCIA	ESPAÑA	MURCIA
No fumadores	49,1	49,1	26,0	24,0	70,4	71,1
Ex-fumadores	12,0	10,3	18,5	16,4	6,0	4,9
Fumadores	38,1	40,0	54,7	58,6	22,9	23,7
1-9 cig./día	8,5	10,7	8,3	7,9	8,7	13,2
10-19 cig./día	10,8	14,3	14,3	22,5	7,5	7,1
>= 20 cig./día	17,0	12,4	29,0	22,8	6,0	3,2

**Fuente:** Encuesta Nacional de Salud.

Otros estudios, aunque parciales en cuanto a la población objeto de estudio o al ámbito geográfico, pueden ayudar a una mejor comprensión de la situación. Así, la Encuesta dirigida a estudiantes de la Región de B.U.P., C.O.U. y F.P. sobre S.I.D.A. y Adolescencia, obtiene que el 77,8% de los encuestados ha fumado alguna vez y el 50,47%, lo ha hecho en el último mes. Al relacionar esta conducta con la edad, sexo, tipo de estudios, régimen del centro y sentimiento religioso, se observa una asociación estadísticamente significativa. La frecuencia del consumo es mayor entre los encuestados de mayor edad, sexo femenino, estudiantes de F.P., centros privados y los que se sienten poco o nada religiosos.

Un hecho revelador, por lo que puede indicar como tendencia, es que el porcentaje de chicas adolescentes fumadoras es ligeramente superior al de chicos, cuando en la población general, el porcentaje de hombres fumadores es más del doble que el de mujeres fumadoras.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo, sólo se disponen datos parciales. Así en el estudio realizado entre escolares del Municipio de Murcia en 1986 se obtiene que el 6,4% ha fumado tabaco antes de los 10 años, mientras que a los 14 años o antes lo ha hecho el 60,1% de los encuestados, datos similares a los aportados en un estudio entre escolares de Car-

tagena durante 1.990. Una aportación de este estudio de interés es la asociación estadísticamente significativa entre chicos fumadores con tener amigos fumadores.

Por último, estudios realizados entre colectivos de profesionales de la salud de la Región obtienen porcentajes de prevalencia en torno al 60%.

En cuanto a las consecuencias del hábito tabáquico, se asocia con múltiples patologías como enfermedades vasculares, E.P.O.C., neoplasias, úlcera de estómago, retraso del crecimiento fetal, además de ser responsable del 15% de los incendios y del 5% de los accidentes de tráfico.

En resumen, se trata de la primera causa prevenible de incapacidad y muerte prematura en los países industrializados, siendo en España la causa aislada responsable del mayor número de muertes (en 1983 se le atribuyeron 39.816 muertes, el 13% del total de fallecimientos).

**OBJETIVO 29. En 1994 se iniciará la implantación del Programa Integral de Intervención frente al hábito tabáquico.**

**29.1.** Durante 1993 se elaborará el Programa que deberá contemplar:

- Las estrategias encaminadas a informar a la población sobre los riesgos que entraña el consumo de tabaco con especial incidencia en grupos de riesgo.
- La potenciación de la imagen social positiva del no fumador y el respeto de los espacios libres de humo.
- Los mecanismos que limiten la publicidad directa o indirecta del tabaco.
- El reforzamiento del papel ejemplar que desempeñan los profesionales docentes y sanitarios.
- Las intervenciones en el ámbito de la Atención Primaria y el medio laboral para facilitar la deshabituación tabáquica.
- La investigación en el ámbito de la Región que permita establecer las medidas preventivas más convenientes.
- La formación de los profesionales, especialmente educadores y sanitarios, respecto al hábito tabáquico.

## Consumo de alcohol

El alcohol constituye junto con el tabaco la toxicomanía más importante del país. España ocupa el segundo lugar en el mundo en cuanto a consumo de alcohol por habitante y año. Entre los factores que condicionan el elevado consumo se encuentran: aumento de la producción, tradición socio-cultural, facilidad de acceso y bajo precio de la adquisición.

El alcohol es una droga legal de amplio consumo y, en la Región de Murcia, según la Encuesta Nacional de Salud de 1987, el 54,3% de los murcianos mayores de 16 años, consume alcohol al menos una vez a la semana (Tabla 4.2), con una prevalencia desigual entre hombres (75%) y mujeres (39%).

**TABLA 4.2. CONSUMO PORCENTUAL DE ALCOHOL SEGUN SEXO. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA. 1987**

	No bebedor	Consumo de alcohol			
		Excepcional	Moderado	Alto	Excesivo
<b>HOMBRES</b>					
MURCIA	20,5%	4,9%	62,4%	4,1%	3,6%
ESPAÑA	17,9%	5,5%	57,0%	18,8%	7,3%
<b>MUJERES</b>					
MURCIA	50,3%	10,7%	38,5%	0,4%	—
ESPAÑA	41,3%	14,8%	39,3%	1,4%	0,6%

**No bebedor** = Persona que refiere no consumir nada de alcohol.

**Bebedor excepcional** = Persona que ha consumido alguna bebida alcohólica con una frecuencia máxima de una o dos veces al mes.

**Bebedor moderado** = Persona que consume alguna bebida alcohólica al menos semanalmente, con un consumo de alcohol absoluto comprendido entre 1 y 60 cc./día.

**Bebedor alto** = Persona que consume alguna bebida alcohólica al menos semanalmente, con un consumo de alcohol absoluto comprendido entre 61 y 99 cc./día.

**Bebedor excesivo** = Persona que consume alguna bebida alcohólica al menos semanalmente, con un consumo de alcohol absoluto de 100 o más cc./día.

**Fuente:** Encuesta Nacional de Salud.

No se dispone de datos globales que caractericen mejor el consumo de alcohol en la Región de Murcia; no obstante existen estudios parciales que permiten algunas aproximaciones. No se conoce su distribución por Áreas, aunque algún estudio parcial induce a pensar que no es homogénea. Así, en la Encuesta de Salud de Molina de Segura se obtienen porcentajes algo superiores (el 60,1% toma bebidas alcohólicas fermentadas al menos una vez a la semana).

El primer contacto con el alcohol se da a una temprana edad. En el estudio realizado por la Oficina Regional para Europa sobre hábitos relacionados con la salud entre escolares de 5º y 8º de E.G.B., el 80% de los encuestados

dos han consumido alguna vez alcohol, el 19% se ha embriagado alguna vez, en tanto que las bebidas de mayor consumo son la cerveza y el vino. Aunque estos datos son referidos a todo el Estado, no existen grandes diferencias con los estudios realizados en la Región. En el realizado entre los escolares del municipio de Murcia, el 17,5% había consumido alcohol antes de los 10 años y el 75,6% lo había hecho con 14 o menos años. En la encuesta realizada entre escolares de 7º de E.G.B. en Molina de Segura, el 14,5% ha probado el alcohol antes de los 10 años, el 19,5% se ha embriagado alguna vez y el 2,5% consumen bebidas alcohólicas diariamente. El estudio realizado entre estudiantes de B.U.P. y F.P. de la Región de Murcia (S.I.D.A. y Adolescencia), pone de manifiesto que el 81,2% de los encuestados ha consumido alguna vez alcohol, apareciendo asociaciones estadísticamente significativas entre la frecuencia de su consumo y la edad, sexo, sentimiento religioso, tipo de estudios, régimen del centro y nivel de instrucción del padre y de la madre, en el sentido de una mayor frecuencia en los de mayor edad, varones, poco o nada religiosos, estudiantes de F.P., en centros privados, padres con estudios universitarios superiores y madre con estudios universitarios superiores o de grado medio. Además, el consumo de tabaco y alcohol están relacionados con una frecuencia de consumo mayor de tabaco entre los adolescentes que más frecuentemente beben.

Es importante señalar la gran accesibilidad de la población al alcohol, pudiéndose encontrar bebidas alcohólicas en cualquier establecimiento de alimentación y de hostelería. En este sentido es relevante que, en el estudio realizado entre escolares del municipio de Murcia en 1986, el 89,6% respondía que el acceso a bebidas alcohólicas es fácil.

No se conoce el número de alcohólicos que hay en la Región, aunque existen datos que permiten algunas aproximaciones. Según la Encuesta Nacional de Salud el 7,7% de los hombres y el 0,4% de las mujeres refieren un consumo alto o excesivo (más de 60 cc. de alcohol por día), estas cifras están muy por debajo de los resultados a nivel nacional (26,1% y 2% respectivamente). En el estudio realizado entre los escolares de la Región (S.I.D.A. y Adolescencia), el 30,1% de los varones y el 20,2% de las mujeres afirman consumir alcohol frecuente o muy frecuentemente.

Según el Plan Nacional sobre Drogas alrededor de 2.000.000 de personas presentan abuso y/o dependencia al alcohol. Extrapolando los datos, nuestra Comunidad tendría alrededor de 50.000 alcohólicos. El 16% de los pacientes que acuden a un centro de salud y el 11% de los ingresados en un hospital demostraron haber tenido o tener algún problema de abuso de alcohol.

En cuanto a la cirrosis hepática, que tradicionalmente ha sido utilizada como indicador indirecto del alcoholismo, la tasa de mortalidad en 1989 es del 22,1 por 100.000 habitantes. Supone el 2,8% de todas las causas de muerte y 1961 (4,8%) de los años potenciales de vida perdidos en la Región.

Por otro lado, se estima que el 40% de accidentes de tráfico mortales y entre un 20% y 30% de accidentes laborales están asociados al consumo excesivo de alcohol.

Además de los mencionados, se le asocia con los siguientes problemas sanitarios: Afecciones cardiovasculares, neoplasias, lesiones S.N.C., lesiones aparato digestivo y pancreas, impotencia y anomalías reproductivas, abortos y síndrome alcohólico fetal, alteraciones psiquiátricas.

Según datos del borrador del Plan Nacional de Salud, el coste económico para el año 1987 por consumo de alcohol fue de 250.000 millones de ptas.

Finalmente, durante el período 1987-1991 (ambos incluidos), 1.285 personas han iniciado tratamiento por alcoholismo en los Centros de Salud Mental. A lo largo del período, el grupo de mayores de 45 años y los varones son los más representados. En general el alcoholismo se caracteriza por una escasa demanda asistencial directa, pero con una alta demanda asistencial indirecta (patología asociada).

**TABLA 4.3. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEMANDAS DE TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO SEGUN AÑO Y SEXO EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL REGION DE MURCIA. 1987-91**

	1987	1988	1989	1990	1991
HOMBRES	83,6%	90,9%	87,6%	87,4%	84,5%
MUJERES	16,3%	9,1%	12,4%	12,6%	15,4%

**Fuente:** Sistema de Información sobre Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (SITCAM).

## **Consumo de otras drogas**

El S.I.T.C.A.M. es un Sistema de Información desarrollado para estimar la población que usa o abusa de un tipo de droga que es difícil medir de otra forma. Así se desarrollaron unos indicadores indirectos: a) el Indicador Tratamiento, que valora las demandas asistenciales ambulatorias existentes en la Región, b) el Indicador Urgencias, que recoge los episodios de urgencias motivadas por el uso o abuso de drogas y c) el Indicador Mortalidad del cual se ha empezado a recoger información sobre el número de muertos relacionados con estas drogas.

El resumen con los problemas más importantes detectados es el siguiente:

- Existe un aumento de las demandas asistenciales tanto en centros ambulatorios como hospitalarios por consumo de opiaceos o cocaína, siendo en 1991 en Murcia de 808 casos.
- El 94,5% de las demandas de tratamiento fueron motivadas por la heroína.
- Por sexo son los hombres los que en un 87% demandan tratamiento y en nuestra Región es mayor el porcentaje de hombres cuando se compara con España en todo el período 87-91.
- Al comparar por grupos de edad en los años en que se han registrado los casos en el S.I.T.C.A.M., se observa que los grupos de mayor porcentaje son el de 20-24 años y el de 25-29 años.
- En la Región la edad media en los inicios en el consumo (antes de los 20 años) y los inicios en la demanda de tratamiento (antes de los 25 años) es menor que en España.
- El tiempo de consumo antes de demandar tratamiento se mantiene estable en 6 años aproximadamente tanto para Murcia como para España.
- Las demandas de tratamiento por Área de Salud se producen en mayor número en el Área de Salud de Murcia, seguido del Área de Salud de Cartagena. En el resto el número de inicios de tratamiento es considerablemente menor.
- Las tasas por Área de Salud mayores son las de Murcia y Cartagena con valores muy semejantes. En tercer lugar está Lorca, seguido del Área de Yecla y la Vega Baja y en último lugar el Área de Caravaca.
- El 50% de las admisiones a tratamiento por opiáceos o cocaína en 1991 son primeros inicios ya que nunca habían demandado tratamiento.
- Durante 1991 el 88% de los pacientes heroinómanos, utilizaron la vía inyectada, mientras que en el 50% de los cocainómanos la vía fue esnifada y en un 24% inyectada.
- Con los datos disponibles todavía no se puede afirmar si este es el pico máximo de la epidemia.

- Existió un incremento de las urgencias hospitalarias de 1989 a 1990 de un 34% de los episodios.
- Por sexo la población de hombres que acude a urgencias es sustancialmente mayor que la de mujeres.
- La edad media de los episodios de urgencias en Murcia respecto a España es menor (en el año 1990 fue de 24,2 y 26 años respectivamente).
- La droga principal que motiva las urgencias sigue siendo la heroína en un 94% de los casos en 1990.
- El principal motivo de consulta en urgencias en Murcia, es el síndrome de abstinencia, mientras que en España desde 1988 en primer lugar están los problemas orgánicos.
- Por grupos de edad son los que están entre 20-24 años en un porcentaje más alto y el grupo de 25-29 años, los que acuden a urgencias, entre ambos grupos ocupan aproximadamente el 74% de las urgencias por esta causa.

En relación a la población juvenil, existen algunos datos que permiten una aproximación sobre este tema, aunque todos son referidos a población escolarizada con las limitaciones que esto conlleva. Por un lado, tenemos los resultados del estudio llevado a cabo entre escolares de 12 a 19 años del municipio de Murcia (Sánchez y cols., 1986), según el cual un 18,5% había consumido hachís en alguna ocasión, un 12,2% tranquilizantes, un 5,4% inhalables, un 3,6% anfetaminas, un 2,1% alucinógenos, el 0,9% cocaína, y el 0,3% heroína (Tabla 4.4).

**TABLA 4.4. PORCENTAJE DE ESCOLARES QUE HAN CONSUMIDO ALGUN TIPO DE DROGAS. MUNICIPIO DE MURCIA. 1985**

	Nunca	Alguna vez	Último año	Último mes
Hachís	81,3%	18,5%	13,5%	7,0%
Tranquilizantes	88,4%	11,2%	6,6%	1,9%
Inhalables	93,9%	5,4%	2,7%	1,0%
Anfetaminas	95,8%	3,6%	1,9%	0,6%
Alucinógenos	97,1%	2,1%	1,4%	0,6%
Cocaína	98,7%	0,9%	0,6%	0,1%
Heroína	99,4%	0,3%	0,3%	0,1%

**Fuente:** Encuesta sobre el uso de drogas en los escolares del Municipio de Murcia.

En la tabla anterior puede observarse cómo el porcentaje de aquellos que habían consumido estas sustancias durante el último mes ronda alrededor

del 1% excepto en el caso del hachís, que se sitúa con un 7% como la droga más consumida de entre las llamadas ilegales.

Respecto a la edad de inicio, el consumo general de drogas parece iniciarse entre los 10 y los 17 años; y en lo que respecta a la accesibilidad, la mayoría de las drogas estudiadas, a excepción de la heroína y la cocaína, son consideradas fáciles de obtener por un buen porcentaje de la muestra (Tabla 4.5).

**TABLA 4.5. GRADO DE ACCESO DE LOS ESCOLARES A LOS DIFERENTES TIPOS DE DROGAS. MUNICIPIO DE MURCIA. 1985**

	Fácil	Difícil
Hachís	30,8%	57,5%
Tranquilizantes	47,4%	43,2%
Inhalables	48,2%	35,8%
Anfetaminas	24,9%	54,3%
Alucinógenos	12,6%	62,0%
Cocaína	7,4%	80,0%
Heroína	6,6%	80,4%

**Fuente:** Encuesta sobre el uso de drogas en los escolares del Municipio de Murcia.

Por otra parte, otro estudio, realizado esta vez con una muestra de adolescentes escolarizados de la Región, encontró unos resultados similares, un 15,8% había fumado alguna vez hachís, un 8,6% había fumado otras drogas (además de tabaco), un 3,8% había tomado pastillas, un 3,9% había esnifado algún tipo de droga y un 0,1% se había inyectado.

Los porcentajes de utilización de drogas durante el último mes lógicamente descendían, pero aún así, un 7,1% había fumado hachís, un 1,6% había tomado pastillas o un 1,8% había esnifado droga durante el último mes.

Lamentablemente, las diferencias en la edad de las muestras, y en la metodología utilizada (mientras el primer estudio recogía información sobre las distintas sustancias, el segundo se centraba en las conductas), hacen muy difícil la comparación entre estos dos estudios. Comparación que, por otro lado, podría arrojar luz sobre la evolución de estas conductas en este grupo de población murciano. A pesar de este inconveniente, salvando las dificultades mencionadas, y teniendo en cuenta la diferencia de 5 años entre ambos, no podemos dejar de apuntar las grandes coincidencias entre los porcentajes arrojados por ambos estudios, sugiriendo si no una estabilización del consumo, sí un afianzamiento del mercado de drogas entre esta población.

El consumo de drogas está relacionado con un triple deterioro: Físico, psicológico y social.

- En relación con el aspecto físico destaca su relación con el S.I.D.A., hepatitis B, E.T.S., etc.
- En el plano psicológico destaca la desestructuración de la personalidad.
- En el campo social cobran relevancia los problemas a nivel familiar y laboral.

En nuestra Región se prevé un aumento del uso y abuso de la heroína a corto plazo aunque los estudios a nivel del Estado indican un estancamiento en los próximos 5 años, con probable incremento del consumo de cocaína. Con respecto al consumo de las otras drogas la tendencia es de incremento tanto del uso como del abuso.

**OBJETIVO 30.** Durante 1993 se pondrá en marcha el Plan Regional sobre Drogas con el objetivo de reducir a medio plazo el consumo de las diferentes drogas, incluida el alcohol y los riesgos asociados al mismo, potenciando la coordinación entre las distintas administraciones para incidir sobre las causas y factores del fenómeno, facilitar la asistencia integral a los afectados y promover la reinserción social de los exdrogodependientes.

## **Alimentación**

Los hábitos alimentarios de la población están cobrando cada vez mayor importancia debido a la relación existente entre el tipo de nutrientes ingeridos y diversas patologías, especialmente centradas en problemas cardiovaseculares y algunos tipos de cáncer.

Existen datos actualizados del consumo de alimentos entre la población adulta (18 a 79 años) de la Región (Violans et al., 1991). Sin embargo, se echa de menos la existencia de datos referentes a la ingesta alimentaria en población infantil.

Los únicos datos de que disponemos en escolares son del conjunto de la nación y, por tanto, difícilmente extrapolables a nuestra Comunidad, aunque pueden darnos una idea aproximada. La dieta alimenticia del niño español puede considerarse rica en proteínas animales y frutas, y escasa en verduras, frutos secos y legumbres. Cerca del 85% consumen a diario fruta del tiempo y productos lácteos. El 56% consume al menos una vez al día carne o pescado y un 46% consume huevos todos los días. Sin embargo, otros productos como las verduras, frutos secos, pan moreno o legumbres no llegan en ningún caso a ser consumidos diariamente por el 30% de la población. Por último, existe un alto porcentaje de niños que consumen a diario productos azucarados como dulces (45%), chocolates (30%), etc... (Mendoza y cols., 1988).

### **Distribución y lugar**

La mayoría de la población adulta de Murcia (98%) consume tres comidas diarias (desayuno, comida y cena). Los murcianos toman, mayoritariamente, los alimentos de las tres comidas principales en casa, sin grandes variaciones por Área de Salud (el rango va de un 85% a un 99% dependiendo del Área de Salud y el tipo de comida). Sin embargo, los más jóvenes parecen hacer menos comidas en casa. Sería interesante, en este sentido, disponer de datos sobre la evolución de este patrón.

### **Tipos de alimentos**

Durante los últimos 15 años se han detectado en España cambios en los hábitos alimenticios tendentes a una aproximación a la llamada dieta occidental, caracterizada por un mayor consumo de productos cárnicos, leche y derivados lácteos, platos preparados, productos industriales, etc.

De acuerdo con datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares 1980-1981 y la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares 1964-1965 del I.N.E., durante el período que va de 1964 a 1981 en nuestra Región ha aumentado considerablemente el consumo de leche líquida (223,8%), carnes (165,9%), pescados (54,7%), frutas (56,4%) y huevos (37,2%). Otros productos, como aceites vegetales (16,2%) o azúcar (15,6%), han conocido un incremento más moderado. Por otro lado, se observa un acusado descenso en el consumo de cereales (36,8%) atribuible al pan y legumbres (26,9%), mientras que el consumo de verduras (+0,8%) se mantiene dentro de unos valores similares (tabla 4.6).

**TABLA 4.6. CONSUMO DE ALIMENTOS POR PERSONA Y DIA (EN GR.). REGION DE MURCIA. 1964-5 Y 1980-1**

	Consumo por persona/día 1964-5	Consumo por persona/día 1980-1	Porcentaje de variación
Cereales y derivados	444,10	280,76	-36,7
Leche líquida (dl.)	0,88	2,85	+223,8
Huevos	27,0	37,04	+37,2
Azúcar	35,06	40,54	+15,6
Aceites vegetales (dl.)	0,68	0,79	+16,2
Verduras	489,86	493,67	+0,7
Legumbres	40,0	29,25	-26,8
Frutas	185,2	289,65	+56,4
Carne y Prod. cárnicos	38,49	102,36	+265,9
Pescado	31,23	48,31	+54,7

**Fuente:** Encuesta de Presupuestos Familiares 1980-81. Encuesta de Presupuestos Familiares 1964-65.

Por otra parte, en el período que va desde 1981 hasta 1988 se han mantenido, en España, el descenso en el consumo de ciertos alimentos típicamente mediterráneos. Debido a las diferentes metodologías utilizadas por el I.N.E. (1989) y la Dirección General de Política Alimentaria (1989), y a la falta de los datos cuantitativos necesarios resulta imposible, por el momento, realizar un análisis del consumo en nuestra Región durante este período.

De acuerdo con la Encuesta de Alimentación en la Población Adulta de la Región de Murcia de 1990, los platos más consumidos en la cena y en la comida son diferentes; sin embargo, los que más frecuentemente se toman son los típicos de la dieta mediterránea. En el almuerzo, el arroz es el primer plato más consumido, seguido de las verduras. Como segundos platos, las ensaladas de verduras frescas acompañadas de carne y pescado aparecieron como los más consumidos. En la cena el plato más frecuente fue la verdura y a continuación el pescado. En los postres de la cena se toman menos frutas y más queso. Así pues, el equilibrio alimentario de la dieta mediterránea definido por la ingesta de 2 raciones de productos lácteos o derivados, 2 raciones de frutas, 2 raciones de verdura, 2 raciones de alimentos proteicos y 3 a 5 raciones de productos farináceos es la base de los platos ingeridos que se observa en Murcia.

### **Consumo de energía y macronutrientes**

De nuevo utilizando datos del I.N.E. y atendiendo al consumo de energía y macronutrientes (tablas 4.7 y 4.8) se observa que, a principios de la década de los 80, el 40,17% y el 46,50% de las kilocalorías de la dieta murciana provenían de lípidos e hidratos de carbono respectivamente. Esto supone que la dieta se encontraba desequilibrada, con un elevado consumo de lípidos y un bajo consumo de hidratos de carbono. Por otro lado, teniendo

en cuenta que la ingesta recomendada de energía por persona y día para la población adulta española es de 2.311 Kcal. de media, tenemos que tanto a nivel nacional como regional los niveles recomendados son superados ampliamente (31,84% y 40,23% respectivamente).

**TABLA 4.7. CONSUMO MEDIO EN EL HOGAR, POR PERSONA Y DIA, DE ENERGIA Y MACRONUTRIENTES. ESPAÑA Y REGION DE MURCIA. 1980-81**

	PROTEINAS		LIPIDOS		HIDRATOS CARBONO	
	España	Murcia	España	Murcia	España	Murcia
Gramos	96,90	101,31	144,88	144,67	331,52	376,73
Kc.	387,60	405,24	1.303,92	1.302,03	1.326,08	1.506,92
% Total Kc	12,72	12,50	42,80	40,17	43,52	46,50

**Fuente:** Encuesta de Presupuestos Familiares. 1980-81.

**TABLA 4.8. CONSUMO MEDIO EN EL HOGAR, POR PERSONA Y DIA, DE ENERGIA POR GRUPOS DE ALIMENTOS. ESPAÑA Y REGION DE MURCIA. 1980-81**

	ESPAÑA	MURCIA
Cereales y derivados	782,83	882,53
Leche y derivados	310,45	306,57
Huevos	59,48	48,90
Azúcares	137,53	152,11
Grasas	713,07	724,79
Verduras	176,63	231,48
Leguminosas	74,89	90,65
Frutas	115,38	127,67
Carne y productos cárnicos	373,21	337,82
Pescados	54,53	52,71
Bebidas alcohólicas	125,36	140,24
Varios	123,45	145,26
TOTAL UNIDADES EN Kc.	3.046,82	3.240,75

**Fuente:** Encuesta de Presupuestos Familiares. 1980-81.

A pesar de ello habría que tener en cuenta que la Región de Murcia mantiene ciertas diferencias en materia de alimentación con respecto al conjunto español. Se observa, por ejemplo, que, aunque la dieta murciana incluía más cantidad de energía que la española (+6,3%), se acercaba más a la llamada dieta mediterránea, debido principalmente a un mayor aporte de energía proveniente de cereales (+12,7%), verduras (+31,1%), leguminosas (+21,0%) y frutas (+10,6%), y una menor ingesta de huevos (-17,8%) y carnes (-9,5%). Sin embargo, otros aspectos menos deseables también son de destacar, como por ejemplo, el mayor consumo de azúcares (+10,6%) y

bebidas alcohólicas (+11,87%). Por lo tanto, aunque se podría hablar de una evolución conjunta de la dieta dentro de España, esto no significa que las tendencias observadas en el conjunto estatal sean extrapolables directamente a la Región, sino que han de ser estudiadas dentro del marco de características propias de nuestra Región.

En este sentido, la Encuesta llevada a cabo en 1990 (Violans et al., 1991) encontró una serie de aspectos reseñables:

- El colectivo masculino ingiere cantidades de energía superiores a las mujeres, pero que no son superiores a las propuestas en las Recomendaciones de Energía Nutrientes (RDA) de la O.M.S.
- El porcentaje debido a las proteínas, del aporte energético, es de un 15%, los lípidos 36% y los hidratos de carbono un 49%. La ingesta de alcohol supone un 3% de la energía total aportada a la dieta.
- La ingesta de grasas es alta en cualquier grupo de edad y sexo. Superior a las recomendaciones de la O.M.S., sobre todo en el colectivo de hombres jóvenes. El consumo de ácidos grasos saturados es alto.
- La ingesta de proteínas es superior a la recomendada por la O.M.S. La mayoría de los varones toman más de 2 raciones al día. Este consumo es similar al encontrado en otros estudios realizados en Cataluña y el País Vasco.
- La ingesta de carbohidratos, a diferencia de lo observado en otros trabajos, parece ser adecuada en los hombres menores de 65 años. En mujeres, el consumo es menor, al igual que en hombres mayores de 65.
- La ingesta de frutas en general es adecuada en las mujeres y los ancianos.
- La ingesta de verduras de hoja verde es baja en las mujeres y los jóvenes.
- El consumo de colesterol es elevado en el colectivo de hombres jóvenes.
- La mayoría de personas no toman 2 raciones de lácteos al día.
- La ingesta de hierro y ácido fólico es baja en el colectivo de mujeres jóvenes.
- Las personas con mayores ingresos y con mayor nivel de instrucción son las que realizan una dieta más occidentalizada: mayor ingesta de calorías, carnes y grasas.

En relación con la dieta está la obesidad y en este sentido, aunque en la Región de Murcia no existen estimaciones fiables de la proporción de adultos con sobrepeso, en cambio entre la población infantil (6-13 años) datos de un estudio de 1984 señalan que un 3,5% de la población levantina incluyendo Murcia tenía sobrepeso.

**OBJETIVO 31. En el cuatrienio 1993-96 se promocionará la adopción por parte de la población de dietas alimentarias equilibradas.**

**31.1.** A partir del curso 1993-94, los comedores escolares adoptarán los criterios básicos de la dieta mediterránea.

**31.2.** En el año 1996 el 90% de los Equipos de Atención Primaria con más de 12 meses de funcionamiento desarrollarán programas de intervención que promocionen una dieta equilibrada y que permitan la reducción y el mantenimiento del peso a niveles deseables.

## Actividad física

Según la Encuesta Nacional de Salud, el 41,6% de la población española realiza una actividad física moderada, declarándose inactivos el 29,9% del total. Por sexos, el 35,3% de los varones se agrupa en torno a una actividad física regular (entre moderada e intensa), mientras que el 51,4% de las mujeres se sitúa alrededor de una actividad física moderada. No existen diferencias significativas, por sexos, en cuanto a la inactividad (19,9% y 21,8%). Respecto al nivel de estudios y tomando como parámetro la inactividad, los universitarios de todas las edades son los más inactivos (tabla 4.9).

**TALA 4.9. ACTIVIDAD FISICA POR SEXO EN POBLACION DE 16 Y MAS AÑOS. REGION DE MURCIA. 1987**

ACTIVIDAD FISICA	% ESP.		% HOMBRES ESP.		% MUJERES ESP.	
	REG.		REG.		REG.	
Inactivo	29,9	26,1	19,9	22,1	21,8	29,6
Moderada	41,6	35,2	30,9	26,1	51,4	43,3
Regular	29,5	30,4	35,3	36,5	24,3	25,0
Intensa	7,5	7,9	13,5	15,1	2,0	1,5
N.s/N.c	0,4	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 1987.

No parecen existir diferencias significativas en la actividad física según los ingresos familiares.

Según la ocupación son los empleados y vendedores los más inactivos en todas las edades. Los trabajadores cualificados, no cualificados y agrícolas, los que en mayor número califican su actividad de regular, en el grupo de 16 a 24 años. Sin embargo, las diferencias en los otros grupos de edad no es significativa según la ocupación.

El tamaño del hábitat no parece determinar el grado de actividad física, solamente señalar que se realiza una actividad física más intensa y existen menos inactivos en las zonas de menos de 10.000 habitantes.

El 22,1% de los varones murcianos son inactivos, el 26,1% realiza una actividad moderada, el 36,5% regular y el 15,1% intensa, situándose en todos los casos por encima de la media nacional, excepto en actividad moderada, que se sitúan por debajo.

Las mujeres murcianas ocupan el primer lugar como inactivas frente al resto de Comunidades (29,6%), superando la media nacional en un 7,8%.

**OBJETIVO 32. En 1996 el porcentaje de población que declaran no realizar ninguna actividad física será inferior al 20%.**

- 32.1.** En 1993 se creará un grupo de trabajo en el que estén representadas las Consejerías de Cultura, Sanidad y la Federación de Municipios para la elaboración de un Programa de Fomento de Actividad Física Regular que contemple acciones prioritarias sobre el niño, a través de la escuela, sobre la mujer y sobre el anciano.
- 32.2.** En el período del Plan se ampliará el número de instalaciones deportivas escolares y municipales utilizables por la población general.
- 32.3.** A partir de 1993, los Planes Generales de Ordenación Urbana contemplarán criterios de creación de espacios de uso público destinados a la realización de actividad física.
- 32.4.** A partir de 1993 la Administración, en colaboración con organizaciones ciudadanas, promoverá la creación de lugares de encuentro, actividades y asociaciones destinados al fomento del deporte.