

CONDUCTAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACION UNIVERSITARIA

Serafín LEMOS GIRALDEZ y Angel M. FIDALGO ALISTE

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

Se analizaron las actitudes, conductas de salud y rasgos de personalidad en 1184 estudiantes universitarios. Las pruebas utilizadas han sido el EPQ-A (Eysenck y Eysenck, 1985), NEO-PI (Costa y McCrae, 1985), HLC (Wallston et al., 1976), y un cuestionario de estilos de vida. Los resultados demostraron que la mayoría de los estudiantes presentaban estilos de vida positivos, aunque se han obtenido diferencias significativas en función del tipo de carreras cursadas, siendo los estudiantes de Letras (Filologías, Geografía e Historia) quienes demostraron estilos de vida menos saludables, seguidos de los del grupo de Ciencias Sociales. El sexo constituyó una variable potencialmente moderadora al apreciarse un predominio de locus de control de salud interno en los varones.

Palabras clave: Conductas de riesgo cardiovascular; Personalidad tipo A; Psicología de la salud.

Coronary disease risk behaviors among university students. Health-related behaviors, attitudes and personality traits were analysed among 1184 university students. The instruments used were the EPQ-A (Eysenck and Eysenck, 1985), NEO-PI (Costa and McCrae, 1985), HLC (Wallston et al., 1976), and a life-styles questionnaire. The results indicated that most students, as a whole, showed positive life-styles, but significant differences were found when compared from the perspective of courses the students took, being more common negative life-styles among those studying humanities (Philology, Geography and History), followed by social sciences students. Gender was a possible moderating variable, given that men were more likely to assume an internal health locus of control orientation.

Key words: CHD risk behavior; Type A behavior; Health psychology.

Diversos factores han demostrado de manera consistente guardar relación con los problemas cardiovasculares. Hipertensión, colesterol, diabetes, obesidad, consumo de alcohol o tabaco y estrés, describen las características psicofisiológicas y hábitos de vida más conocidos; así como el patrón de conducta tipo A, entre los rasgos de personalidad, inicialmente definido como tendencia a mostrar ambición, impaciencia y urgencia del tiempo, competitividad extrema, fácil provocación de actitudes de

hostilidad, características verbales explosivas y motricidad rápida (Friedman y Rosenman, 1959). La investigación sobre la conducta tipo A ha sufrido altibajos, habiendo sido objeto de múltiples repeticiones. En años recientes ha crecido el interés por desenmañar los posibles componentes *tóxicos* incluidos en este patrón de funcionamiento que pudieran guardar relación causal con el riesgo cardiovascular, bajo la sospecha y posterior confirmación de que no todas las características inicialmente descritas guardan relación con problemas corona-

rios. Matthews, Glass, Rosenman y Bortner (1977) refieren, por ejemplo, que sólo los componentes de hostilidad e irritabilidad se asocian con los problemas cardiacos. Leiker y Hailey (1988) refieren, igualmente, que la hostilidad, junto con frecuente ira, resentimiento, suspicacia y desconfianza, son los componentes relacionados con el riesgo de enfermedad.

A propósito del concepto de hostilidad, más recientemente Stone y Costa (1990), consideran importante establecer diferencias conceptuales y predictivas entre lo que ellos definen como hostilidad neurótica (el rasgo de ira) y la hostilidad antagonista, en el sentido de "sangre fría" e insensibilidad (crueldad). Mientras que la ira, irritabilidad y resentimiento son reflejo de un elevado neuroticismo, el denigrar o despreciar a otra persona a la que se le considera inferior refleja una escasa cordialidad o antagonismo. Estos autores consideran que la ira u hostilidad neuróticas expresan un déficit en el control emocional; pero la hostilidad antagonista es consecuencia de un espíritu mezquino. Diversos estudios que muestran la relación entre ambas formas de hostilidad y los trastornos cardiovasculares ponen de manifiesto que la dimensión de cordialidad-antagonismo podría ser el campo más fructífero para la investigación de los problemas psicosomáticos (Costa, McCrae y Dembroski, 1988).

La valoración comprensiva de las causas por las que los individuos muestran el patrón de conducta tipo A ha dado lugar a diversas hipótesis como son: una pretendida reafirmación personal y dominio de situaciones amenazantes mediante respuestas de afrontamiento activo (Glass, 1977); un medio de reducir la incertidumbre y obtener información auto-evaluativa (Strube, 1985); la reafirmación de la propia identidad (Scherwitz, McKalvain, Laman, Patterson, Dutton, Yusim, Lester, Kraft, Rochelle y Leachman, 1983); o el resultado de proce-

dos de aprendizaje social cognitivo que tienen que ver con la necesidad de demostrar la propia valía (Price, 1982).

Costa et al. (1989), como se ha señalado anteriormente, postulan que la hostilidad, como componente central de este patrón de conducta, es un correlato de la dimensión cordialidad-antagonismo. Desde un punto de vista descriptivo, definen al individuo antagonista como centrado en sí mismo, preocupado por su status, beneficio y satisfacción; propenso a luchar por sus objetivos y a percibir a los demás como competidores hostiles que persiguen idénticos objetivos egoistas o como imbéciles despreciables. El antagonismo sería, por tanto, manifestación de preocupaciones por la propia identidad y autovaloración.

Finalmente, Matthews y Woodall (1988) y Matthews y Siegel (1982), desde un punto de vista evolutivo, sugieren que este patrón de conducta resulta de procesos cognitivos de aprendizaje derivados de una peculiar forma de relación padres-hijo; en donde aquellos refuerzan la productividad y el esfuerzo aunque con metas vagamente definidas. Interpretaciones evolutivas de otro tipo, basadas en los conceptos de Bowlby (1982) sobre la separación materno-filial, han sido también propuestos por Thorensen y Pattillo (1988).

En el presente estudio se pretenden valorar algunas actitudes y conductas de salud, así como rasgos de personalidad, en la población universitaria, específicamente aquellos rasgos y conductas consideradas de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

METODO

Instrumentos

Se ha administrado un cuestionario para valorar las actitudes y hábitos de salud en universitarios, desarrollado por un grupo de investigación español para un estudio

multicéntrico (Apéndice), así como las pruebas de personalidad EPQ-A (Eysenck y Eysenck, 1983) y NEO-PI (Costa y McCrae, 1985; en adaptación experimental de M. D. Avia). La prueba NEO-PI explora las siguientes cinco dimensiones, que se han dado en llamar los "cinco grandes" (*big five*) superfactores de personalidad: *estabilidad vs. neuroticismo* (experiencia crónica de emociones perturbadoras: ansiedad, miedo, culpabilidad y frustración); *introversión vs. extraversión* (sociabilidad, dominancia, actividad, energía y entusiasmo); *rigidez vs. apertura* (curiosidad y apertura a la experiencia, flexibilidad intelectual, originalidad y sensibilidad estética, actitudes no dogmáticas); *desorganización vs. minuciosidad* (organización, escrupulosidad, diligencia, autodisciplina, persistencia en el esfuerzo, afán de logro y fuerza de voluntad); y *cordialidad vs. antagonismo* (sensibilidad a las relaciones interpersonales, amabilidad, altruismo, fiabilidad y cooperación). La prueba permite también la valoración de subfactores correspondientes a las tres primeras dimensiones (Sánchez Bernardos, 1992). Finalmente, se ha utilizado la escala de Locus de Control de Salud (HLC) (*Health Locus of Control*) de Wallston, Wallston, Kaplan y Maides (1976), que ha sido diseñada para valorar los determinan-

tes del nivel de salud, revelando las puntuaciones más altas un mayor grado de atribución de la salud por parte del individuo a los cuidados personales y causas directamente relacionadas con el propio sujeto. El rango teórico de las puntuaciones de la prueba va de 11 a 66.

Sujetos

Se ha obtenido una representación del alumnado universitario que cursa estudios superiores en los centros de la Universidad de Oviedo, durante el año académico de 1991-92. Los sujetos incluidos en el estudio constituyen una muestra al azar de aquellos que acuden a clase regularmente a sus respectivas Facultades. Sistemáticamente, se han elegido alumnos pertenecientes a primero, tercero y último curso de cada una de las carreras. Los datos proceden, finalmente, de una muestra de 1184 estudiantes correspondientes a 12 Facultades o Escuelas Superiores universitarias, extraídos de una población global de unas 36.000 personas. Otras características de la muestra se describen en la Tabla 1.

Procedimiento

La valoración de los estudiantes se ha realizado durante una clase teórica ordinaria en sus propias Facultades, previo

	Varones	Mujeres	Total	%
Facultades Universitarias				
1. Médico-Biológicas (Medicina; Biología)	96	17	271	22.9
2. Ciencias Sociales (Derecho; Psicología; Económicas; CC. Educación)	118	320	446	37.7
3. Ciencias (Matemáticas; Químicas)	36	67	103	8.7
4. Ingenierías (Minas; Industriales)	129	44	173	14.6
5. Letras (Filologías; Geografía e Historia)	48	143	191	16.1
Curso				
1º	151	349	500	42.2
3º	161	195	356	30.1
5º ó 6º	115	213	328	27.7
Totales	427 (36.1%)	757 (63.9%)	1184	100.0

Tabla 1. Descripción de las características de la muestra estudiada. Todas las carreras universitarias han sido agrupadas en cinco grandes áreas de conocimiento.

acuerdo con los respectivos profesores. En general, los alumnos no fueron advertidos de que su ritmo de trabajo académico iba a alterarse; de tal modo que la población estudiada no ha resultado sesgada por el interés u otras características. La participación en el estudio fué, sin embargo, siempre voluntaria. Se ha optado por la cumplimentación de todas las pruebas de forma absolutamente anónima, con objeto de favorecer la sinceridad en las respuestas.

Para el análisis de las características de personalidad y otras medidas de salud se ha utilizado el Análisis de Varianza (ANOVA) con un diseño factorial de 2 (sexos) x 5 (grupos de carreras). En el análisis de las respuestas al cuestionario se han utilizado modelos log-lineales. Estos modelos permiten describir las relaciones existentes entre variables categóricas como una función de los parámetros lambda del modelo; estos parámetros, por tanto, representan las propiedades de las variables categóricas y su relación entre sí (Knoke y Burke, 1980). Así, en nuestro caso, se ha pretendido determinar el influjo que el sexo y los estudios que cursan los encuestados pueden tener sobre las respuestas que estos ofrecen al cuestionario. En definitiva, si estos factores influyen de manera estadísticamente significativa ($p < .05$) sobre las respuestas emitidas. Se ha considerado un modelo saturado, en terminos de clase generadora, {PSF}, por cuanto interesa a priori el efecto de cada variable considerada: pregunta (P), sexo (S) y facultad (F), así como todas sus posibles interacciones.

RESULTADOS

Cuestionario de actitudes y hábitos de salud

Como es sabido, en un análisis logarítmico-lineal el modelo saturado representa las frecuencias de cada casilla como una función de los efectos medios (θ), del efecto de cada

variable y de todas las interacciones posibles entre ellas. En nuestro caso:

$$\ln F_{ijm} = \theta + \lambda_i^P + \lambda_j^S + \lambda_m^F + \lambda_{ij}^{PS} + \lambda_{im}^{PF} + \lambda_{jm}^{SF} + \lambda_{ijm}^{PSF} \quad (1)$$

Así la ecuación es una función aditiva de una constante más un término para cada variable y sus interrelaciones, y la magnitud de los parámetros viene a indicar la influencia que esa variable o interacción tienen en la representación de los datos (el valor de cero en un parámetro indica la no influencia de esos términos). El error típico de las lambdas puede estimarse mediante la ecuación (Goodman, 1972, p. 1048):

$$S_\lambda = \sqrt{\frac{\sum \Sigma (t/f_{ij})}{C^2}} \quad (2)$$

donde C es el número de casillas en la tabla de contingencia. Para muestras grandes, si el valor esperado de λ es cero, las lambdas estandarizadas (λ/s_λ) se aproximan a una distribución normal con media cero y varianza uno. Una λ estandarizada mayor de 1,96 puede considerarse significativa al nivel del $p < .05$. Pueden también calcularse los intervalos de confianza, mediante $\lambda \pm z_\alpha s_\lambda$; siendo posible, por tanto, determinar la significación estadística del efecto de los parámetros.

La salida de datos SPSS ofrece los parámetros no redundantes para el modelo saturado {PSF}, junto con su correspondiente error típico y el intervalo confidencial. Para los parámetros redundantes, una vez calculados, se obtiene el error típico aplicando la ecuación 2, pudiendo de esta forma determinar su significación estadística.

En la Tabla 2 se presenta la relación existente entre las respuestas y las variables consideradas (sexo y facultad), señalándose solo aquellos parámetros que hayan resultado estadísticamente significativos al nivel de significación de $p < .005$. Las diversas alter-

nativas de cada pregunta estan señaladas con una letra (ver Apéndice). El signo negativo delante de una letra significa la existencia de una relación negativa entre pertenecer a esa categoría y contestar esa respuesta. Así por ejemplo, para la pregunta primera, en la casilla correspondiente a las facultades de medicina y biología aparecen **b** y **-e**, esto indica que estos estudiantes son los que eligen más frecuentemente a los accidentes cardiovasculares (respuesta **b**) como la causa de muerte más corriente, y los que menos frecuentemente responden no sabe/no contesta (respuesta **e**). No se han considerado las interacciones P x S x F por ser irrelevantes, al no presentar efectos estadísticamente significati-

vos las más de las veces, y no aportar nada valioso al análisis cuando de hecho ocurre.

Información sanitaria

Existen marcadas diferencias entre lo que contestan los hombres y las mujeres, señalando cada uno de ellos como causa más perjudicial para la salud aquellos hábitos más inusuales entre ellos. Así las mujeres tienden a señalar al consumo excesivo de alcohol, en tanto los varones consideran el tabaco y el estrés como los factores más nocivos. También los varones dan menor importancia que las mujeres al Sida y la Drogadicción como lacra social; es decir, el porcentaje de varones que señalan estas respuestas es significa-

Pregunta	Sexo		Facultad					
	V	M	1	2	3	4	5	
1			b -e		a			
2	a				-a			
3	c d	b	-d	c				
4		a b						
6	a		-a			a		-a
7		e						-a
8								-a
9	d		b -d	-d	d	d		
10					-a			a
11	c			-c		c		-c
12								
13								
14	a							
15	a		-a					a
16		c			c			b
19	b	a d				-b d		b -d
20								
21								
22	a			a				-a
23		c d						-c
25	c	d	-d	-d	d			-c
27								-a
28		b						
29								
30		a						
31				-a				
32		a	a	d	a -d	d		
33		a	a				-a	
34		a						
35				a				
36	a			b		c		c

Tabla 2. Respuestas al cuestionario de actitudes y hábitos de salud, por sexo y facultad, señalando solamente aquellos parámetros que han resultado estadísticamente significativos (p ≤ 0,05). La letra referida en cada casilla expresa la opción más contestada por cada grupo de sujetos, indicando a su vez la menos contestada cuando va precedida del signo menos.

tivamente menor que el de mujeres. Se comprueba, finalmente, un mayor conocimiento en los varones de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

La comparación entre estudiantes de las diferentes Facultades universitarias demuestra que los de Medicina y Biología son los que poseen mayor grado de información respecto a los del resto de las carreras, en lo referente a causas de muerte y factores de riesgo cardiovascular.

Tabaco

Existe menor número de varones que fumen que de mujeres, siendo también mayor la historia previa de consumo de tabaco en las mujeres. Por otra parte, los varones se muestran más conformes con las medidas de presión social sobre el fumador que las mujeres.

Los alumnos de Letras son los que presentan en menor medida el saludable hábito de no fumar, seguidos por los de Ciencias Sociales y Medicina. Son los de Letras los que más señalan también que su paso por la universidad les ha inducido a fumar más, en contraposición a los de Matemáticas y Químicas, que refieren no haber influido. En el extremo opuesto se encuentran los alumnos de Matemáticas y Químicas e Ingenierías. Aunque parece clara la relación entre cursar determinados estudios y el hábito de fumar, tal relación puede estar modulada por una tercera variable, el sexo. Efectivamente, aquellas carreras donde existe menor número de fumadores son precisamente las mismas donde existe mayor número de varones; por lo que conviene, pues, hacer una interpretación cauta de tal relación.

Alcohol

Los varones reportan un consumo de alcohol más elevado que las mujeres ($p < .001$ en el ANOVA), según estimaciones realizadas sobre el número de bebidas declaradas (Media=5,73 gr/día, Desviación Típica=8,65,

Rango=0-86,6). Subjetivamente consideran que beben "lo normal", siendo la opción menos elegida por los varones siempre la de "no bebedor".

Respecto a los estudios cursados, las diferencias son significativas ($p < .001$ en el ANOVA), siendo los alumnos de Letras quienes refieren consumir con más frecuencia bebidas alcohólicas; los que menos eligen la alternativa "no bebedor", considerando que beben "lo normal", y haciéndolo principalmente fuera de las comidas. Los alumnos de Matemáticas y Químicas, por su parte, son los que señalan más frecuentemente no consumir alcohol junto con las Ingenierías y Medicina.

Actividad física

Existe mayor número de varones que realicen actividades deportivas que de mujeres, además señalan en mayor medida que las mujeres que el placer de hacer deporte es lo que les determina a realizarlo; al tiempo que las mujeres refieren con mayor frecuencia no tener tiempo u otros motivos para no hacer deporte.

Los alumnos de Ciencias Sociales son los que en mayor número realizan actividades deportivas semanalmente, y en general, practican deporte, seguidos de los de Medicina. Por su parte los alumnos de Letras son los que menos deporte hacen y los que menos interés muestran por ello, junto con los de Matemáticas y Químicas.

Alimentación

En cuestiones alimenticias las mujeres muestran una mayor preocupación por la dieta y hábitos más saludables que los hombres: incorporan en mayor medida fruta a su dieta, tratan de evitar los alimentos que contienen grasa y colesterol, toman alimentos ricos en fibra y siguen regímenes para perder peso en mayor proporción que los varones. Se observan hábitos muy diversos y poco consistentes para cada grupo de estu-

diantes universitarios; no obstante, destaca un mayor control relativo en los estudiantes de Medicina y Biología sobre el consumo de grasas y fibra; un mayor número de estudiantes de las carreras de Letras que no desayunan a diario; y un consumo mayor de sal en Ingenierías y Ciencias Sociales. Algunas de estas relaciones podrían estar mediatizadas también por la desigual distribución de ambos sexos entre las carreras. También puede afirmarse que en general, y comparativamente, los alumnos de Medicina se preocupan más de su alimentación que el resto. No se observan diferencias significativas inter-facultades e inter-sexos respecto al número de comidas diarias.

Estrés

No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres cuando se les pregunta si tienen la impresión de vivir en tensión habitualmente; no obstante, los varones contestan no tener “agobios” en mayor número que las mujeres.

Los alumnos incluidos en el grupo de las Ciencias Sociales son los que más señalan tener la impresión de vivir en tensión habitualmente, además de indicar que sus preocupaciones provienen primordialmente del entorno familiar. Por otra parte, los alumnos de Ingenierías y Letras señalan a los estudios como su principal fuente de preocupación.

Factores de riesgo de enfermedad

Las puntuaciones medias obtenidas en un rango de 0 a 4 por cada grupo de estudiantes en la estimación de riesgo de enfermedad de diversos factores y el nivel de significación estadística en el ANOVA, se exponen en la Tabla 3. La percepción de diversas conductas o circunstancias como determinantes o factores de riesgo de diversas enfermedades (diabetes, enfermedades cardio-vasculares, cáncer, enfermedades mentales e hipertensión) difiere significativamente entre los estudiantes de las distintas Facultades, pero no entre ambos sexos. Los estudiantes de Medicina o Biología acentúan la importancia de la herencia, del estrés, del tabaco, del alcohol, de la alimentación y de la conducta sexual en el origen de dichas enfermedades. En cierto modo, ello se corresponde también con un menor número de conductas no saludables (es decir, con hábitos de vida más higiénicos). La menor estimación relativa de dichos factores como riesgo de enfermedad se produce en los estudiantes de Letras y Ciencias Sociales; lo que también está en consonancia con hábitos de vida menos saludables.

Características de personalidad

En la Tabla 4 se exponen los valores medios comparativos para cada conjunto de estudiantes, según las agrupaciones de carreras a las que pertenecen, y para cada

Factores de riesgo:	Med-Bio	CC Sociales	Mat-Quím	Ingenieros	Letras	Varones	Mujeres
Tabaco	2.56	2.14	2.20	2.33	2.14 ***	2.35	2.23
Alcohol	2.94	2.38	2.60	2.47	2.37 ***	2.47	2.58
Alimentos	2.85	2.16	2.42	2.39	2.16 ***	2.35	2.38
Estrés	2.58	2.19	2.28	2.30	2.33 ***	2.33	2.33
Herencia	3.06	1.80	1.83	2.18	1.93 ***	2.26	2.11
Actividad sexual	.75	.48	.5	.48	.54 ***	.56	.55

Tabla 3. Puntuaciones medias por grupos de Facultades y sexos respecto a la influencia estimada de diversos factores de riesgo sobre algunas enfermedades, y significación en el ANOVA. *** p < .001.

sexo; así como los resultados de los Análisis de Varianza.

NEO-PI Neuroticismo

Tanto el pertenecer a diferentes Facultades como el Sexo ejercen un efecto estadísticamente significativo sobre este rasgo. Es más elevado el nivel de neuroticismo en los estudiantes de las Facultades de Letras, correspondiendo el nivel más bajo a las Ingenierías. Esta diferencia viene determinada, probablemente, por el predominio de mujeres en el primer tipo de carreras y de hombres en las últimas, habida cuenta que tam-

bién el grupo de las mujeres puntúa más alto que el de los varones. Los subfactores del rasgo de neuroticismo, que subyacen a esta significación estadística, son la ansiedad, depresión, autoconciencia, impulsividad y vulnerabilidad, todos ellos más acusados en las chicas.

Extraversión

No se observan diferencias significativas entre los grupos de Facultades; mientras que es significativamente más elevado el nivel de extraversión en las mujeres, así como los subfactores que componen este

Variables de personalidad	Med-Bio	CC Sociales	Mat-Quím	Ingenieros	Letras	Varones	Mujeres
NEO-N NEUROTICISMO	95.94	98.98	101.51	94.30	102.52 **	93.92	100.87***
NEO-N1 Ansiedad	18.49	19.24	18.96	18.04	19.77	17.79	19.60***
NEO-N2 Hostilidad	12.44	13.21	13.96	12.71	13.83 **	12.78	13.32
NEO-N3 Depresión	15.76	16.48	16.79	15.28	17.38	15.38	16.83***
NEO-N4 Autoconciencia	17.53	17.45	18.51	17.39	17.69	17.05	17.89 **
NEO-N5 Impulsividad	17.74	17.74	18.14	17.63	18.56	17.51	18.10 *
NEO-N6 Vulnerabilidad	14.00	14.86	15.15	13.25	15.31 **	13.42	15.14***
NEO-E EXTRAVERSION	112.15	110.41	113.93	111.01	109.52	07.53	113.04***
NEO-E1 Sensibilidad	21.50	20.96	21.17	21.08	21.16	20.13	21.72***
NEO-E2 Gregarismo	16.84	17.47	18.22	16.32	17.15	15.47	18.12***
NEO-E3 Asertividad	15.92	15.82	15.71	16.10	15.71	15.83	15.87
NEO-E4 Actividad	18.21	17.86	18.96	17.83	17.60	17.64	18.19 *
NEO-E5 Búsqueda de emociones	17.58	17.15	18.12	18.52	16.70*	18.05	17.13 **
NEO-E6 Emociones positivas	22.11	21.14	21.76	21.17	21.20*	20.40	22.00***
NEO-A APERTURA	119.47	115.75	114.22	112.40	119.63***	112.93	118.66***
NEO-A1 Fantasía	21.22	20.52	20.80	20.15	20.79	20.46	20.83
NEO-E2 Estética	20.73	20.20	18.98	17.57	21.85***	18.09	21.21***
NEO-E3 Sentimientos	21.13	21.09	19.94	20.60	21.63 *	20.17	21.48***
NEO-E4 Acciones	16.25	15.80	15.14	15.51	15.91	15.46	16.03 *
NEO-E5 Ideas	19.46	18.02	19.13	18.91	18.70**	18.79	18.63
NEO-A6 Valores	20.68	20.12	20.23	19.67	20.75	19.96	20.48
NEO-M MINUCIOSIDAD	45.40	44.00	45.53	45.52	44.08	43.68	45.03 **
NEO-C CORDIALIDAD	45.65	43.73	43.90	43.61	44.02**	43.34	44.71***
EPQ-N Neuroticismo	13.14	14.03	13.96	12.83	14.85 *	12.68	14.40***
EPQ-E Extraversión	13.31	12.82	12.68	12.68	12.18	12.75	12.87
EPQ-P Psicoticismo	2.80	2.77	2.34	2.88	2.72	3.24	2.47***
EPQ-S Sinceridad	11.79	12.23	11.94	11.86	11.81	12.52	11.68***
HLC Locus de Control de Salud	41.47	40.62	40.85	41.12	40.48	41.90	40.32***

Tabla 4: Puntuaciones medias por grupos de Facultades y sexos en las variables de personalidad (NEO-PI, EPQ-A y HLC), y niveles de significación inter-facultades e inter-sexos en el ANOVA * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

rasgo (con excepción de la búsqueda de emociones, más acentuada en los varones).

Apertura

Los estudiantes de las Facultades de Letras y Ciencias Médicas y Biológicas refieren niveles significativamente más elevados en este factor, comparativamente con los de otras Facultades, especialmente Ingenierías. Se comprueba también que esta característica está particularmente asociada al sexo femenino.

Minuciosidad

No hay diferencias significativas en este rasgo interfacultades pero sí intersexos, estando más acentuado en las mujeres.

Cordialidad

Se comprueban también diferencias significativas entre estudiantes de las diversas Facultades. Al ser una característica significativamente ligada al sexo femenino, seguramente explica su predominio en carreras en las que abundan más las mujeres.

EPQ

Las respuestas a la prueba de Eysenck ratifican las diferencias observadas en neuroticismo entre las Facultades y los Sexos, en la misma dirección observada en la prueba NEO-PI. No se aprecian diferencias en extraversión y sí en psicoticismo y sinceridad (o tendencia a dar más respuestas socialmente deseables) entre los sexos, siendo los varones los que puntúan más alto en ambos rasgos.

Locus de Control de Salud

Los resultados obtenidos en la escala HLC ponen de manifiesto que el pertenecer a uno u otro tipo de carreras no afecta a las creencias sobre la salud, en cuanto que sea esta determinada por factores internos o externos; sin embargo, es significativamente más clara la tendencia hacia la internalidad

en los varones (es decir, mayor tendencia a creer que la salud está más bien bajo el propio control del individuo).

DISCUSION

Los resultados del estudio permiten apreciar un estilo de vida en los estudiantes universitarios razonablemente saludable, en términos generales. De entre las informaciones suministradas por la muestra, se ha atendido a cuatro características que guardan relación demostrada con las enfermedades cardiovasculares: a) el consumo de tabaco; b) el abuso del alcohol; c) el estrés; y d) la hostilidad o antagonismo, como variable de personalidad. Considerando de especial riesgo al individuo que consume más de 10 cigarrillos al día; cuyo consumo diario de alcohol se sitúa +1 D.T. por encima de la media obtenida en la muestra, que aduce estar en tensión habitualmente y que se encuentra por debajo de -1 D.T. de la dimensión Cordialidad-antagonismo de la prueba de personalidad NEO-PI, conforme a las características sugeridas por Costa et al. (1989), los resultados demuestran que tan sólo el 0,34% de los estudiantes (4 mujeres) reúnen las cuatro condiciones, constituyendo teóricamente el grupo de riesgo extremo; el 4,05% de la muestra reúne tres de las cuatro condiciones (12 varones y 36 mujeres), pudiendo ser considerados de alto riesgo; el 20,61% (96 varones y 148 mujeres) cumplen dos condiciones; y el 68,07% (292 varones y 514 mujeres) cumplen una sola condición. En ningún caso, las diferencias entre las frecuencias empíricas y las teóricas esperadas para cada sexo son significativas en análisis de Ji-cuadrado.

La comparación de las conductas de salud y las actitudes de los estudiantes de las diferentes carreras universitarias demuestra que son los pertenecientes a las carreras que conforman el grupo de Letras (Filologías, Geografía e Historia) quienes ponen en prác-

tica estilos de vida menos recomendables, seguidos de los de las carreras de Ciencias Sociales y las demás opciones universitarias sin diferencias significativas entre sí.

Las diferencias encontradas en algunos rasgos de personalidad confirman tendencias observadas en otras investigaciones. Tal es el caso del neuroticismo o inestabilidad emocional, consistentemente ligado al sexo femenino; frente al también predominio del psicoticismo, dureza e insensibilidad en los varones. Los resultados de la valoración del Locus de Control de salud revelan, no obstante, una mayor tendencia hacia la externalidad en las mujeres; lo que también está en consonancia con los resultados obtenidos en otro estudio llevado a cabo con escolares (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992), así como con los hallazgos de otros trabajos. Doherty y Baldwin (1985), por ejemplo, en datos longitudinales de cuatro muestras norteamericanas encontraron diferencias en el Locus de Control de ambos sexos, siendo más externo en las mujeres. La tendencia hacia la externalización aumentó, además, entre las décadas de 1960 y 1970, permaneciendo estable en los varones. También Pearlin y Schooler (1978) obtuvieron idénticos resultados, que atribuyen a diferencias en la socialización. Ello podría deberse, especulan los autores, a que las consecuencias de las conductas del varón (en términos de refuerzos y castigos) son más importantes que para la mujer, pudiendo afectar diferencialmente al sentido de la relación establecida entre la conducta y los sucesos sobrevenidos.

La naturaleza del presente estudio no permite, finalmente, estimar la influencia o relación entre rasgos de personalidad y salud, por carecer de medidas objetivas del estado de salud de cada sujeto. En todo caso, y aún contando con datos fehacientes de la salud somática, difícilmente el diseño transversal de esta investigación podría arrojar luz sobre esta cuestión. Dado que la causalidad sólo puede inferirse cuando un determinado factor antecede a un resultado, es necesario, aunque no siempre suficiente, para demostrar una relación antecedente-consecuencia una relación *prospectiva* entre personalidad y enfermedad, si se desea obtener alguna conclusión válida. La dirección de la causalidad difícilmente puede aclararse en estudios correlacionales concurrentes. Es propósito de los autores, no obstante, ahondar en los determinantes psicológicos de la enfermedad mediante diseños longitudinales. El valor predictivo de los rasgos de personalidad sobre las conductas y actitudes de salud en este estudio se demuestra, en cambio, relativamente escaso (Lemos y Fidalgo, 1993).

Agradecimientos:

Los autores desean expresar su agradecimiento a los colegas Pilar Calvo, Ignacio A. Menéndez de la Fuente y Pedro C. Martínez Suárez, por su colaboración en la recogida de los datos.

La presente investigación ha sido posible gracias a la ayuda TA91/20615 concedida al primer autor por la Universidad de Oviedo, y parcialmente a la ayuda PM91/0224 de la DGICYT.

REFERENCIAS

- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Costa, P.T. and McCrae, R.R. (1985). The NEO Personality Inventory manual. Odessa, Fl.: *Psychological Assessment Resources*.
- Costa, P., McCrae, R.R. and Dombroski, T. (1989). Agreeableness versus antagonism: Explication of a potential risk factor for CHD. In A. Seligman and T. Dombroski (eds.). *In search of coronary-prone behavior: Beyond Type A*. (pp. 41-64). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Doherty, W.J. and Baldwin, C. (1985). Shifts and stability in locus of control during the 1970's: Divergence of sexes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1048-1053.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1983). EPQ-A. *Cuestionario de Personalidad*. Madrid: Tea.
- Friedman, M. and Rosenman, R.H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of American Medical Association*, 169, 1286-1296.
- Glass, D.C. (1977). *Behavior patterns, stress and coronary disease*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Goodman, L.A. (1972). A general model for the analysis of surveys. *American Journal of Sociology*, 77:1035-1086.
- Knoke, D. y Burke, P.J. (1980). Log-linear models. Beverly Hills, California: SAGE.
- Krantz, D.S. and Durel, L.A. (1983). *Psychobiological substracts of Type A behavior pattern*. *Health Psychology*, 2, 273-284.
- Leiker, M. and Hailey, B. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits?. *Behavioral Medicine*, 11, 129-133.
- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992). Salud Mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema*, 4, 21-48.
- Lemos, S. and Fidalgo, A.M. (1993). Personality variables as predictors of health behaviors and attitudes. *Journal of Behavioral Medicine* (submitted for publication).
- Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H. and Bortner, R.W. (1977). Competitive drive, Pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases*, 30, 489-498.
- Matthews, K.A. and Siegel, J.M. (1982). Type A behavior pattern in children and adolescents. In A. Baum and J.E. Singer (eds.). *Handbook of psychology and health*. (Vol. 2, pp. 99-118). Hillsdale, N.J.; Lawrence Erlbaum.
- Matthews, K.A. and Woodall, K. (1988). Childhood origins of overt type A behavior and cardiovascular reactivity to behavioral stressors. *Annals of Behavioral Medicine*, 10, 71-77.
- Pearlin, L.I. and Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Price, V.A. (1982). *The Type A behavior pattern: A model for research and practice*. Orlando, Fl.: Academic Press.
- Sánchez Bernardos, M.L. (1992). La estructura universal de personalidad: El enfoque léxico y los "Cinco Grandes". *Estudios de Psicología*, 47, 73-87.
- Scherwitz, L., McKalvain, R., Laman, C., Patterson, J., Dutton, L., Yusim, S., Lester, J., Kraft, I., Rochelle, D. and Leachman, R. (1983). *Type A behavior, self-involvement, and coronary arteriosclerosis*. *Psychosomatic Medicine*, 45, 47-57.
- Stone, S.V. and Costa, P.T. (1990). Disease-prone personality or distress-prone personality?. The role of neuroticism in coronary heart disease. In H.S. Friedman (ed.). *Personality and disease*. New York: Wiley.
- Strube, M. (1985). A self-appraisal model of the type A and B individuals: A clarification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 413-420.

Thorensen, C.E. and Pattillo, J.R. (1988). Exploring the type A behavior pattern in children and adolescents. In B.K. Houston and C.R. Snyder (eds.). *Type A behavior pattern: Research, theory, and intervention*. (pp. 98-145). New York: Wiley.

Wallston, K.A., Wallston, B.S., Kaplan, G.D. and Maides, S. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.

ACTITUDES Y HABITOS DE SALUD EN POBLACION UNIVERSITARIA

I. INFORMACION SANITARIA

1. De las siguientes opciones, ¿cuál considera que es la causa de muerte más frecuente?:
 - (a) Accidentes de tráfico
 - (b) Accidentes cardiovasculares
 - (c) Cáncer
 - (d) Sida u otras enf. infecciosas
 - (e) NS/NC
2. ¿Conoce algún factor de riesgo cardiovascular?:
 - (a) Sí
 - (b) No

Cite alguno:
3. De las causas que se citan, ¿cuál considera más perjudicial para la salud? (elijá solamente una opción):
 - (a) Una dieta inadecuada
 - (b) Un consumo de alcohol excesivo
 - (c) Un consumo de tabaco excesivo
 - (d) El estrés
4. ¿Qué le preocupa más como lacra social?:
 - (a) Sida
 - (b) Drogadicción
 - (c) Tabaquismo
 - (d) Alcoholismo
5. De las siguientes actitudes: 1: Me molesta. 2: Indiferencia; 3: No lo veo mal. ¿Cuál adopta ante estas situaciones? (rodée con un círculo):

(a) Una embarazada fumando o bebiendo	1	2	3
(b) Un menor fumando o bebiendo	1	2	3
(c) Personas fumando en un hospital, autobús u otros lugares públicos	1	2	3

II. HABITOS PERSONALES

Iia. TABACO

6. Tiempo fumando en años:
 - (a) No he fumado nunca
 - (b) Exfumador
 - (c) Menos de un año
 - (d) De 1 a 5 años
 - (e) Más de 5 años
7. Tiempo sin fumar:
 - (a) No he fumado nunca
 - (b) Menos de 1 año
 - (c) De 1 a 3 años
 - (d) Más de 3 años
 - (e) Fumo en la actualidad
8. Número de cigarrillos que fuma al día:
 - (a) No fumo
 - (b) Menos de 10
 - (c) De 10 a 20
 - (d) Más de 20
9. Si fuma más durante algún momento del día, ¿Cuándo lo hace? (elijá solamente una opción):
 - (a) Cuando estudio
 - (b) Cuando salgo a divertirme
 - (c) Cuando realizo otras actividades sedentarias
 - (d) No fumo
10. Su paso por la Universidad, ha servido para:
 - (a) Fumar más
 - (b) Fumar menos
 - (c) No ha influido
11. ¿Cuándo le apetece más fumar?:
 - (a) Solo
 - (b) En compañía
 - (c) No fumo
12. ¿Fuma alguien en el domicilio familiar?
 - (a) Sí
 - (b) No

13. ¿Considera que hoy en día existe presión social contra el fumador?
 - (a) Ninguna/Muy poca
 - (b) Alguna
 - (c) Excesiva
14. ¿Está de acuerdo que exista presión social sobre el fumador?:
 - (a) Sí
 - (b) No

Iib. ALCOHOL

15. ¿Consumo alguna bebida que contenga alcohol a lo largo de la semana?:
 - (a) Sí
 - (b) No
16. ¿Cuándo las consume preferentemente?:
 - (a) En las comidas
 - (b) Fuera de las comidas
 - (c) No las consumo
17. ¿Cuántos días consume bebidas alcohólicas a la semana?:

Días:
18. ¿Cuántas bebidas consume en una semana? (Número):

Quinto o caña de cerveza
Tercio o vaso de cerveza
Vaso de vino
Vaso de vino espumoso, cava, champagne
Vermouth
Carajillo o beímonte
Whisky
Copa de licor (coñac, ponche, etc.)
Combinados (cuba-libre, ron, gin-tonic, etc.)
Otros
19. Usted cree que bebe:
 - (a) Poco
 - (b) Lo normal
 - (c) Mucho
 - (d) No bebo
20. ¿Piensa que el alcohol daña la salud?:
 - (a) Sí, siempre daña
 - (b) Sí, si se toma en exceso
 - (c) No daña
21. En su familia, ¿se consumen bebidas que contengan alcohol?:
 - (a) Nunca
 - (b) Sí, en las comidas
 - (c) Sí, fuera de las comidas
 - (d) Sí, en ambos casos

Iic. ACTIVIDAD FISICA

22. ¿Practica alguna actividad deportiva semanalmente?:
 - (a) Sí
 - (b) No
23. Si no practica deporte, especifique por qué:
 - (a) No lo considero necesario
 - (b) Faltan instalaciones
 - (c) Falta de tiempo
 - (d) Otros motivos
24. ¿Con qué frecuencia hace deporte?: Dias/semana
25. ¿Por qué practica deporte?:
 - (a) Por motivos de salud
 - (b) Por motivos estéticos
 - (c) Porque me gusta
 - (d) No lo practico

Iid. ALIMENTACION

26. ¿Cuántas veces come al día?:
27. ¿Con qué frecuencia desayuna?:
 - (a) Casi todos los días
 - (b) Algunas veces
 - (c) Raramente o nunca
28. ¿Con qué frecuencia come entre horas?:
 - (a) Casi todos los días

- (b) Algunas veces
(c) Raramente o nunca
29. ¿Con qué frecuencia come carne (vaca, cerdo, cordero, ternera, bacon, hamburguesas, salchichas, etc.)?:
(a) Al menos una vez al día
(b) Cada dos o tres días
(c) Una vez a la semana
(d) Menos de una vez a la semana
(e) Nunca
30. ¿Con qué frecuencia come fruta?:
(a) Al menos una vez al día
(b) Cada dos o tres días
(c) Una vez a la semana
(d) Menos de una vez a la semana
(e) Nunca
31. ¿Añade sal a los alimentos?:
(a) Nunca
(b) Muy ocasionalmente
(c) Algunas veces
- (d) Habitualmente
32. ¿Conscientemente trata de evitar alimentos que contengan grasa y colesterol?:
(a) Sí (b) No
33. ¿Conscientemente trata de tomar alimentos ricos en fibra?:
(a) Sí (b) No
34. ¿Sigue régimen para perder peso?:
(a) Sí (b) No
- III. ESTRES**
35. ¿Tiene la impresión de vivir en tensión habitualmente?:
(a) No (b) Sí
36. ¿De dónde proceden sus agobios?:
(a) No los tengo
(b) Del entorno familiar
(c) De los estudios
(d) De las relaciones interpersonales
(e) Otras

IV. Señale, finalmente, en su opinión, el factor o factores que pueden ejercer influencia negativa en cada una de las enfermedades apuntadas.

	Diabetes	Enferm.Cardíacas	Cáncer	Enferm. mental	Hipertensión
Tabaco					
Alcohol					
Alimentos					
Estrés					
Herencia					
Actividad sexual					