

DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGÍA Y PSICOLOGÍA
SOCIAL

UN ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DEL AUTOCONCEPTO
MULTIDIMENSIONAL SOBRE EL ESTILO DE VIDA
SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

YOLANDA MORENO SIGÜENZA

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2004

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 18 de
Desembre de 2003 davant un tribunal format per:

- D. José María Peiró Silla
- D^a. M^a Luisa García Merita
- D. Jesús Rodríguez Marín
- D^a. Nuria Codina Mata
- D^a. Isabel Castillo Fernández

Va ser dirigida per:

D^a. Isabel Balaguer Solá

©Copyright: Servei de Publicacions
Yolanda Moreno Sigüenza

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-5967-4

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultad de Psicología



UN ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DEL
AUTOCONCEPTO MULTIDIMENSIONAL SOBRE EL
ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA
TEMPRANA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Dña. Yolanda Moreno Sigüenza

DIRIGIDA POR:

Dra. Dña. Isabel Balaguer Solá

Valencia, 2003

A mi madre

Deseo manifestar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido a la elaboración de este trabajo.

En primer lugar, y muy especialmente, a mi directora, la Dra. Isabel Balaguer Solá, por su guía y asesoramiento, por su constancia y comprensión en los momentos más difíciles y por tantas cosas que me ha enseñado. Sin ella, este trabajo no hubiera sido posible.

También quisiera expresar mi gratitud a la Dra. Isabel Castillo por su apoyo constante y por hacer que las cosas siempre sean más fáciles.

A los compañeros de la Unidad de Investigación de Psicología del Deporte y del Área de Social por sus ánimos y disposición a ayudar.

Y, como no, a todas las personas que quiero y que han soportado pacientemente el largo proceso de elaboración de este trabajo. A mi madre y a mi hermano por darme ese calor que hace falta cada día cuando han sido muchas las horas de trabajo. A mi padre por hacerme saber que está a mi lado cuando le necesito. Y, como no, a quien se interesa y entusiasma con mis trabajos y proyectos casi tanto como yo misma. A quienes siempre se disponen a ofrecerme un respiro que me dé fuerza para continuar. Y, por supuesto, a quien sabe trasmitirme todo su cariño, me anima constantemente y nunca deja de creer en mi.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	13
--------------------	----

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

1. Concepto de estilo de vida	19
2. Variables que constituyen el estilo de vida relacionado con la salud	21
3. Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud	23
4. Aportaciones teóricas al estudio del estilo de vida relacionado con la salud	25
4.1. Teorías clásicas de la socialización	25
4.2. Modelos sociocognitivos.....	27
5. Conductas relacionadas con la salud en la adolescencia temprana	30
5.1. Consumo de alcohol en la adolescencia temprana	31
5.2. Consumo de tabaco en la adolescencia temprana	33
5.3. Consumo de drogas no institucionalizadas en la adolescencia temprana	35
5.4. La alimentación en la adolescencia temprana	36
5.5. La actividad física en la adolescencia temprana	39
6. Relación entre las conductas relacionadas con la salud en la adolescencia temprana	40

CAPÍTULO 2. AUTOCONCEPTO

1. Historia	44
2. Conceptualización	50
2.1. Problemas conceptuales	50
2.2. Delimitación conceptual de los términos utilizados	53
3. Modelos teóricos y evaluación del autoconcepto	54
3.1. Modelos unidimensionales	55
3.2. Modelos multidimensionales	57
4. Desarrollo del autoconcepto	64
4.1. El autoconcepto en la infancia	66

4.2. El autoconcepto en la adolescencia temprana	67
5. Influencia de la edad, el género y el nivel socioeconómico sobre el autoconcepto en la adolescencia temprana	70
5.1. Influencia de la edad	70
5.2. Influencia del género	71
5.3. Influencia del nivel socioeconómico	72
6. El autoconcepto desde Susan Harter	74
7. Validez convergente de algunos instrumentos multidimensionales del autoconcepto	77

CAPÍTULO 3. AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA

1. Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia	83
1.1. Aportaciones teóricas	84
1.2. Resultados de la investigación	85
1.3. Problemas metodológicos	91
2. Autoconcepto y ejercicio en la adolescencia	93
2.1. Aportaciones teóricas	93
2.2. Resultados de la investigación	95
2.3. Problemas metodológicos	97
3. Propuesta de un modelo acerca de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida relacionado con la salud	98

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

1. Objetivos de la investigación	107
1.1. Objetivos generales	107
1.2. Objetivos específicos	108
2. Hipótesis	109
3. Muestra	111
4. Descripción de instrumentos y definición de variables	115
4.1. Inventario de Conductas de Salud en Escolares	116

4.1.1. Índices de estilo de vida saludable	117
4.2. Perfil de Autopercepciones para Niños	119
4.2.1. Propiedades psicométricas del instrumento	120
5. Recogida de información	124
6. Análisis de los datos	124
6.1. Análisis descriptivos del estilo de vida saludable	124
6.2. Análisis descriptivos del autoconcepto y predictivos de la autoestima	126
6.3. Análisis de la influencia del autoconcepto sobre el estilo de vida	126

CAPÍTULO 5. RESULTADOS (I): ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

1. Análisis del estilo de vida a través de los indicadores de las variables clásicas	134
1.1. Análisis descriptivo en función del género y la edad	134
1.1.1. Consumo de tabaco	134
1.1.2. Consumo de alcohol	138
1.1.3. Consumo de <i>cannabis</i>	145
1.1.4. Hábitos alimenticios	148
1.1.5. Actividad física y deporte	167
1.2. Análisis diferencial por género y curso	176
1.2.1. Diferencias por género y curso en el consumo de sustancias	176
1.2.2. Diferencias por género y curso en la alimentación insana	181
1.2.3. Diferencias por género y curso en la alimentación sana	182
1.2.4. Diferencias por género y curso en la actividad física y deporte	185
1.3. Análisis descriptivos en función de las variables socioeconómicas	186
1.3.1. Consumo de tabaco	187
1.3.2. Consumo de alcohol	189
1.3.3. Consumo de <i>cannabis</i>	189
1.3.4. Hábitos alimenticios	193
1.3.5. Actividad física y deporte	200
1.4. Análisis diferencial por variables socioeconómicas	205
1.4.1. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de sustancias	206

1.4.2. Influencia de las variables socioeconómicas en la alimentación insana	214
1.4.3. Influencia de las variables socioeconómicas en la alimentación sana	217
1.4.4. Influencia de las variables socioeconómicas en la actividad física	218
2. Análisis del estilo de vida a través de los índices	220
2.1. Análisis descriptivo en función del género y la edad	220
2.1.1. Media y desviación típica de los índices	220
2.1.2. Índice de consumo de tabaco	221
2.1.3. Índice de consumo de alcohol	223
2.1.4. Índice de consumo de <i>cannabis</i>	226
2.1.5. Índice de consumo de alimentos sanos	227
2.1.6. Índice de consumo de alimentos insanos	229
2.1.7. Índice de práctica de deporte	230
2.1.8. Índice de práctica de actividad física	232
2.1.9. Correlaciones entre los índices	234
2.2. Análisis diferencial por género y curso	235
2.3. Análisis descriptivo en función de variables socioeconómicas	240
2.3.1. Consumo de tabaco	240
2.3.2. Consumo de alcohol	243
2.3.3. Consumo de <i>cannabis</i>	243
2.3.4. Consumo de alimentos insanos	244
2.3.5. Consumo de alimentos sanos	244
2.3.6. Práctica de deporte	244
2.3.7. Práctica de actividad física	245
2.4. Análisis diferencial por variables socioeconómicas	246
2.4.1. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de tabaco	246
2.4.2. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de alcohol	247
2.4.3. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de <i>cannabis</i>	249

2.4.4. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de alimentos insanos	251
2.4.5. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de alimentos sanos	251
2.4.6. Influencia de las variables socioeconómicas en la práctica de deporte	251
2.4.7. Influencia de las variables socioeconómicas en la práctica de actividad física	251
3. Resumen y conclusiones	252
3.1. Análisis del estilo de vida a través de variables específicas del estilo de vida: descripción, diferencias por género y curso, e influencia de variables socioeconómicas	252
3.2. Análisis del estilo de vida a través de los índices del estilo de vida: descripción, diferencias por género y curso, e influencia de variables socioeconómicas	256

CAPÍTULO 6. RESULTADOS (II). AUTOCONCEPTO

1. Autoconcepto en función del género y del curso	259
1.1. Medias y desviaciones típicas	259
1.2. Distribución y dispersión de las puntuaciones del SPPC	262
1.2.1. Comportamiento/conducta	263
1.2.2. Aceptación social	264
1.2.3. Competencia académica	264
1.2.4. Apariencia física	266
1.2.5. Competencia deportiva	267
1.2.6. Autovalía global	267
1.3. Diferencias por género y curso	268
2. Influencia del nivel socioeconómico sobre el autoconcepto multidimensional	271
3. Correlaciones entre las subescalas del SPPC	273
4. Predicción de la autovalía global	274
5. Resumen y conclusiones	274

CAPÍTULO 7. RESULTADOS (III). RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONCEPTO MULTIDIMENSIONAL Y EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE

1. Relación entre el autoconcepto y el ejercicio a los 11 años	277
2. Relación entre el autoconcepto y el ejercicio a los 13 años	279
3. Influencia del autoconcepto sobre el consumo de sustancias y el ejercicio a los 15 años	281
3.1. Resultados del Modelo A	281
3.1.1. Resultados del Modelo A en los chicos	282
3.1.2. Resultados del Modelo A en las chicas	286
3.2. Resultado del Modelo B	294
3.2.1. Resultados del Modelo B en los chicos	294
3.2.2. Resultados del Modelo B en las chicas	303
4. Resumen y conclusiones	306

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

1. El estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia temprana	312
2. El autoconcepto en la adolescencia temprana	321
3. Relación entre el autoconcepto y el estilo de vida en la adolescencia temprana	325

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	335
----------------------------------	-----

ANEXO 1: Instrumentos	375
-----------------------------	-----

ANEXO 2: Índices de estilo de vida	397
--	-----

ANEXO 3: Consumo de sustancias en diversas muestras de adolescentes de 15 años	401
--	-----

Introducción

Este trabajo persigue el objetivo de dar a conocer algunos aspectos del estilo de vida de los adolescentes, de 11 a 15 años, de la Comunidad Valenciana. Esto es, a qué edad aparecen el consumo de sustancias y cómo evoluciona con la edad. Qué cambios se producen con la edad en otras conductas del estilo de vida relevantes para la salud, como la alimentación y la práctica de actividad física y deporte. Qué efecto tiene el género o el nivel socioeconómico sobre el estilo de vida adoptado por los jóvenes. Y, sobre todo, cómo influyen las percepciones de competencia o autovalía sobre las conductas relacionadas con la salud llevadas a cabo por los adolescentes.

La adolescencia constituye el periodo de transición de la niñez a la edad adulta. Este periodo quedaría enmarcado en la segunda década de la vida. No obstante, si bien el inicio de este periodo está claramente delimitado por la pubertad, no ocurre lo mismo con el fin de la adolescencia, ya que este momento suele estar determinado por factores sociales como la independencia económica, la incorporación al mundo laboral, la independencia de la familia de origen y/o el matrimonio (Elliot y Feldman, 1990).

Este periodo puede subdividirse en tres subetapas: temprana, media y tardía (Elliot y Feldman, 1990). La adolescencia temprana abarca de los 10 a los 14 años aproximadamente y es cuando se producen los principales cambios físicos y sociales que tienen lugar con la llegada de la pubertad, se inicia la maduración y aparece un interés creciente por los miembros del otro sexo. Es precisamente este periodo en el cual enmarcamos nuestra investigación.

De los 15 a los 17 años es el periodo que corresponde a la adolescencia media y se caracteriza por el incremento progresivo de la independencia. Algunas personas se incorporan al mercado laboral al final de esta etapa y pasan a desempeñar roles adultos. Por la adolescencia tardía pasarían sólo aquellos individuos que, debido al largo periodo de formación educativa o a otros factores sociales, todavía no asumen los roles adultos (Elliot y Feldman, 1990). Cabe resaltar que estas edades son orientativas, dado que existen diferencias individuales en el desarrollo.

Esta transición implica cambios físicos, cognitivos y sociales que la convierten en un periodo crítico para el desarrollo del individuo. Son, sobre todo, los cambios cognitivos y sociales los que determinan el desarrollo del autoconcepto y los que intervienen en la elección de conductas relacionadas con la salud.

Respecto a las conductas relacionadas con la salud, podemos decir que la adolescencia es una etapa de experimentación con diferentes conductas, como puede ser el consumo de sustancias u otras conductas de riesgo que pueden comprometer seriamente la salud del adolescente. Estas conductas forman una parte integral de la vida diaria del adolescente. Durante la adolescencia pueden desempeñar funciones de afrontamiento de demandas sociales, en la familia, en el grupo de iguales, en la escuela, en las actividades de tiempo libre, etc. A menudo, las conductas de riesgo para la salud no son percibidas por los adolescentes como un problema, ya que fumar, abusar del alcohol, la falta de ejercicio físico y otros hábitos que suelen iniciarse en la adolescencia tienen consecuencias para la salud que, normalmente, sólo son visibles posteriormente (Hurrelmann y Lösel, 1990).

La adolescencia puede ser vista como un periodo de lucha por la independencia y madurez, como un tiempo de separación del control adulto. Por tanto, las conductas pueden adoptarse como formas de expresar un estatus parecido al de los adultos o una rebelión contra los valores adultos.

Además, la adolescencia es un periodo clave en el desarrollo del autoconcepto. Los cambios físicos, cognitivos y sociales que tienen lugar en esta etapa amenazan la estabilidad del autoconcepto. Se amplía el número de contextos en los que se desenvuelve el adolescente; contextos en los que tiene que desempeñar diversos roles y que le permiten recibir una información más diversa acerca de sí mismo. Las conductas relacionadas con la salud pueden adoptarse como una forma de experimentar con distintas identidades, en las que dichas conductas pueden expresar o llevar a cabo un conjunto de atributos o características. Además, la adolescencia puede ser vista como un periodo en el que las relaciones con los pares son especialmente importantes (Coleman, 1980). Así, los adolescentes pueden adoptar diversas conductas como una forma de transmitir una imagen social particular a una audiencia de iguales. Por tanto, el autoconcepto y los motivos sociales pueden determinar la elección de conductas particularmente importantes en este grupo de edad.

Teniendo en cuenta todo estos aspectos, nos preguntamos: ¿Cómo es y como cambia el estilo de vida relacionado con la salud y el autoconcepto de los jóvenes durante la adolescencia temprana? ¿Qué papel desempeñan variables sociodemográficas como el género, la edad, el nivel cultural de los padres, el tipo de centro de estudios, etc. en el desarrollo del estilo de vida saludable y del autoconcepto? ¿Cuál es la relación existente entre las conductas de salud y el autoconcepto en la adolescencia temprana?

Para dar respuesta a estas cuestiones, presentamos en el marco teórico una revisión acerca de las teorías, modelos y resultados de la investigación. Revisión que sirve de guía y referencia para el desarrollo de nuestra investigación y que, además, nos ayuda a entender y a interpretar nuestros propios resultados. Los objetivos, el método y los resultados de dicha investigación se presentan en la parte empírica de este trabajo.

Los tres primeros capítulos componen el marco teórico. En el Capítulo 1 se define el estilo de vida y se hace referencia a las principales conductas relacionadas con la salud que lo conforman. Se ofrece también una aproximación teórica y empírica al estudio del

estilo de vida relacionado con la salud. En el Capítulo 2 se presentan las aportaciones teóricas al estudio del autoconcepto, dedicando especial atención a las contribuciones de Susan Harter, y a aspectos referentes al desarrollo de este constructo en la adolescencia temprana y a la influencia que ejerce la edad el género y el nivel socioeconómico sobre el autoconcepto. El Capítulo 3 ofrece los principales resultados y contribuciones de la teoría acerca de la relación que se establece entre el autoconcepto y el consumo de sustancias, por un lado, y la práctica de actividad física, ejercicio y/o deporte, por otro. A partir de la revisión teórica y empírica realizada, se propone un modelo acerca de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida relacionado con la salud, y que será puesto a prueba en la parte empírica.

Con el Capítulo 4 se inicia la parte empírica. En él se detalla el planteamiento de la investigación. Se detallan los objetivos e hipótesis y se describen las variables e instrumentos utilizados, así como el procedimiento de recogida de información y los análisis realizados. En el Capítulo 5 se presentan los resultados sobre las características del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia temprana. A continuación, en el Capítulo 6, se presentan los resultados sobre las características del autoconcepto en esta etapa y la contribución de los dominios del autoconcepto a la autoestima o autovalía global. El Capítulo 7 ofrece los resultados obtenidos acerca de la influencia del autoconcepto sobre el estilo de vida saludable. En el Capítulo 8 se presenta la discusión de los resultados obtenidos y las principales conclusiones que se desprenden del mismo.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos en los que se pueden encontrar los instrumentos utilizados para la recogida de la información, el procedimiento de elaboración de los índices de estilo de vida saludable y datos acerca del consumo de sustancias en diversas muestras de adolescentes de 15 años.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

La relevancia del estudio del estilo de vida en la adolescencia temprana radica, por una parte, en el hecho de que la conducta es un determinante crucial de las primeras causas de mortalidad y morbilidad de los países industrializados. Así, por ejemplo, la conducta de fumar constituye la principal causa del cáncer de pulmón, y esta conducta junto con la alimentación y el sedentarismo son importantes factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, en la adolescencia se adquieren muchos de los hábitos que conforman el estilo de vida relacionado con la salud y una vez aprendidos son difíciles de modificar.

En este primer capítulo hemos querido presentar una conceptualización del estilo de vida, en general, y del estilo de vida relacionado con la salud, en particular, para después describir las principales variables y dimensiones que conforman el estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia temprana. Posteriormente se exponen las principales aportaciones teóricas y empíricas que ofrecen información relevante para entender el proceso de adquisición y mantenimiento de conductas que determinan el estilo de vida saludable, así como la relación de estas conductas entre sí y con otros determinantes (especialmente edad, género y nivel socioeconómico).

Con todo, se conforma el marco de referencia que nos permitirá interpretar los resultados de nuestra investigación referente al estilo de vida relacionado con la salud en los adolescentes de 11 a 15 años de la Comunidad Valenciana.

1. CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA

El concepto de *estilo de vida* posee una larga tradición en la historia de las ciencias sociales. Las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas a finales del siglo XIX y principios del XX por filósofos como Marx (1867), Veblen (1899) y Weber

(1922). Estos autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales (nivel de renta, posición ocupacional, nivel educativo, estatus social) de su adopción y mantenimiento.

Sin embargo, en la noción de estilo de vida proporcionada por los autores de esta época, los determinantes no eran únicamente de carácter socioeconómico, sino que también hacían referencia a factores individuales. Así, Weber destaca la importancia de las elecciones individuales, además de las condiciones estructurales (aspectos económicos, derechos, normas, relaciones sociales), como determinantes del estilo de vida. Las elecciones estarán limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen las condiciones estructurales (Cockerham, Abel y Lüeschen, 1993). Posteriormente, el psiquiatra austríaco Alfred Adler (1929/1973) introdujo el término *estilo de vida* como un concepto central en la psicología del individuo. Para él, el estilo de vida de una persona refleja el carácter propositivo del individuo, en otras palabras, la unidad de objetivos y la unidad de acción de esa persona. Así pues, las definiciones de *estilo de vida* formuladas desde los orígenes de su estudio, a finales del siglo XIX, hasta mediados del siglo XX tienen en común la noción de integración. Es decir, con el término de estilo de vida los autores hacen referencia a una dimensión unificadora que une diferentes partes de un conjunto (Ansbacher, 1967).

A mediados del siglo XX el concepto de estilo de vida se incorpora al área de la salud, perdiendo ese significado integrador que tenía en sus orígenes (Coreil, Levin y Jaco, 1992). Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica. Esta perspectiva olvida casi por completo el marco psicosocial del comportamiento y reduce el concepto de estilo de vida a conductas aisladas que tienen alguna repercusión sobre la salud (Badura, 1982; Rodríguez Marín, 1992; Rodríguez Marín y García, 1995). Desde esta perspectiva se introduce el término de *estilo de vida saludable* (Coreil *et al.*, 1992).

A principios de los 80 empezaron a introducirse progresivamente en el estudio de los estilos de vida saludables los modelos psicosociales. Desde este enfoque psicosocial destacan los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para impulsar el estudio de los estilos de vida saludables en la adolescencia, así como para distinguir e integrar los términos de estilo de vida y estilo de vida saludable. La OMS define el estilo de vida como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales (WHO, 1986). En este marco se plantea que el estilo de vida saludable forma parte del estilo de vida general (Aarø, Wold y Kannas, 1986; Nutbeam, Aarø y Catford, 1989). No se introduce una definición sobre el estilo de vida saludable, pero se considera que éste es sinónimo a conductas relacionadas con la salud.

En la década de los 90, los esfuerzos de los investigadores se dirigen al intento de clarificar el significado del concepto de estilo de vida saludable. Sin embargo, aunque en la actualidad todavía no existe una definición consensuada, la mayoría de los autores coinciden al afirmar que los estilos de vida saludables están constituidos por patrones de

conductas relacionadas con la salud (Abel, 1991; Abel, Cockerham, Lüeschen y Kunz, 1989; Breslow, 1990; Elliot, 1993). Estas conductas que forman parte del estilo de vida saludable se caracterizan porque son observables, constituyen hábitos, es decir, son recurrentes a lo largo del tiempo, y poseen consecuencias para la salud (Elliot, 1993). En las definiciones operacionales se suelen incluir tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos comportamientos que realzan la salud (Elliot, 1993). Por este motivo, algunos autores consideran más apropiado utilizar el término *estilo de vida relacionado con la salud* ya que recoge mejor ambos tipos de comportamientos (Donovan, Jessor y Costa, 1993).

Nuestro trabajo se adscribe al uso del término *estilo de vida* dentro del área de la salud. En concreto, adoptamos la definición y características del término *estilo de vida relacionado con la salud* o *estilo de vida saludable* que recogen los trabajos de la última década y, siguiendo a Pastor, Balaguer y García-Merita (1999) lo consideramos como *un patrón de conductas relativamente estable de los individuos o grupos que guarda una estrecha relación con la salud* (p. 31). Preferimos la utilización del término *estilo de vida relacionado con la salud* al de *estilo de vida saludable*, sin embargo en ocasiones resulta recargado o hasta confuso denominarlo así, por ejemplo, cuando hablamos de su relación con otras variables. Por lo que en este trabajo ambos términos se utilizarán como sinónimos.

2. VARIABLES QUE CONSTITUYEN EL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

Las variables utilizadas para operacionalizar el estilo de vida relacionado con la salud han sido muy diversas; sin embargo, aquellas que hacen referencia a los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares (consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos alimentarios) son las que acaparan el mayor interés de los investigadores (Badura, 1982). En un trabajo de revisión, Pastor, Balaguer y García-Merita (1998a) encuentran que un porcentaje superior al 56% del total de las variables introducidas en los estudios corresponde a estas cuatro variables clásicas del estilo de vida.

No obstante, los cambios sociales acontecidos en las últimas dos décadas, como por ejemplo el incremento del consumo de drogas, la preocupación por las enfermedades de transmisión sexual y el elevado número de accidentes de tráfico, unidos al creciente interés de la OMS por la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables en la infancia y la adolescencia (WHO, 1986) han propiciado un aumento en el número de investigaciones realizadas con niños y adolescentes, así como la introducción de nuevas variables. Entre éstas figuran: el consumo de drogas y medicamentos, la higiene dental y los hábitos de descanso, los accidentes y las conductas de riesgo y de prevención de los mismos, las actividades de tiempo libre, la conducta sexual, los chequeos médicos, la apariencia y los hábitos de aseo personal (Pastor *et al.*, 1999).

A continuación pasamos a describir los principales aspectos que se evalúan de las cuatro variables clásicas del estilo de vida, anteriormente citadas, junto al consumo de drogas, dado que éstas son las variables que aparecen en la mayoría de las investigaciones realizadas con población adolescente, incluida la nuestra.

a) Consumo de tabaco

Los aspectos del consumo de tabaco, que suelen estudiarse en las investigaciones realizadas con población adolescente, hacen referencia a la experimentación con el tabaco (si se ha probado o no), al estatus de fumador (fumador, exfumador o no fumador), la edad de inicio del consumo, la frecuencia de consumo, la cantidad diaria o semanal consumida, las situaciones en las que se suele consumir y el consumo parental (Pastor *et al.*, 1999).

b) Consumo de alcohol

De entre los aspectos estudiados de esta variable, destacan la frecuencia de consumo y el tipo de alcohol consumido. Otros aspectos que también han sido centro de interés de los investigadores son la edad de inicio en el consumo de alcohol, la edad en que los jóvenes se emborracharon por primera vez, la frecuencia con la que se emborrachan en el momento actual, las situaciones en las que el joven suele beber (con los amigos, en fiestas, en reuniones familiares, cuando está triste) y el consumo parental de alcohol (Pastor *et al.*, 1999).

c) Hábitos alimentarios

Las características de la alimentación que se suelen recoger en la mayoría de los estudios sobre estilo de vida son dos: la calidad de la alimentación y la estructura o regularidad de las comidas. La calidad de la alimentación hace referencia a la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos tanto beneficiosos como perjudiciales para la salud. La estructura de las comidas alude a la frecuencia con la que se realizan las cinco comidas fundamentales (Pastor *et al.*, 1999).

d) Actividad física

Habitualmente se utilizan los términos actividad física, ejercicio físico y deporte como sinónimos, sin embargo no poseen el mismo significado. La actividad física hace referencia a cualquier movimiento de los músculos esqueléticos que aumenta el gasto energético por encima del nivel basal (US Department of Health and Human Service, 1996), por lo que engloba tanto al ejercicio físico como al deporte. El ejercicio físico es una subcategoría de la actividad física que se define como una actividad física planeada, estructurada y repetitiva cuyo objetivo es mejorar uno o más componentes de la forma física (Caspersen, Powel y Christensen, 1985). Por su parte, el deporte es una actividad tanto física como intelectual de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionalizadas (García-Ferrando, 1990).

Cualquier tipo de práctica de actividad física puede resultar beneficiosa para la salud, siempre y cuando se realice con una intensidad moderada y como mínimo tres veces a la semana durante 20 ó 25 minutos (Balaguer y García-Merita, 1994; Berger, Owen y Man, 1993; USDHHS, 1996). Por este motivo, las características de estas conductas que se estudian en los diversos trabajos son: la frecuencia de práctica, la intensidad de la misma y

la duración de las sesiones, siendo la frecuencia el aspecto que se introduce en un mayor número de trabajos (Pastor *et al.*, 1999).

e) Consumo de drogas

Habitualmente se entiende por consumo de drogas el uso de sustancias ilegales o prohibidas, quedando excluidas de este apartado sustancias legalizadas como el tabaco, el alcohol y la cafeína. Siguiendo a Sullivan y Thompson (1994), podemos hablar de varios tipos de drogas ilegales: narcóticos, estimulantes, alucinógenos, *cannabis* y depresores, siendo la *cannabis* la droga más generalizada entre la población adolescente española (Amengual, Calafat y Palmer, 1993; España, Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas, 1997; Mendoza, Batista, Sánchez y Carrasco, 1998).

Los aspectos que se suelen valorar en los estudios son: la experimentación con las drogas, la frecuencia de consumo y la edad de inicio en su consumo. También se valora la información o educación en materia de drogas proveniente tanto de la familia y/o amigos como de los centros docentes (Pastor *et al.*, 1999).

3. DIMENSIONES DEL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

Pese al carácter integrador que en los inicios de su estudio se le confirió al estilo de vida, y pese a que actualmente la mayoría de los autores entienden el estilo de vida saludable como un patrón de conductas relacionadas con la salud –lo cual supone que existe una relación entre las distintas conductas que lo componen–, muy pocas investigaciones han analizado las relaciones existentes entre las distintas conductas relacionadas con la salud.

El análisis de las relaciones existentes entre las distintas conductas que componen el estilo de vida saludable es un aspecto clave en su estudio. Pastor y colaboradoras (1999) consideran fundamental analizar estas relaciones, o, mejor aún, tratar de apresar las dimensiones o factores subyacentes en las que estas conductas se agrupan. Es desde el análisis de la dimensionalidad donde el concepto de estilo de vida adopta su significado más integrador dentro del ámbito de la salud. Por tanto, el estudio de los estilos de vida tiene sentido siempre y cuando se aborden las dimensiones que forman parte del mismo (Pastor, Balaguer, Castillo y González, 1997).

No obstante, entre los trabajos que sí han estudiado la relación existente entre distintas conductas relacionadas con la salud en la adolescencia, no existe un acuerdo respecto al número de dimensiones. De hecho, podemos hablar de tres tradiciones investigadoras respecto a la dimensionalidad del estilo de vida en la adolescencia, que difieren, entre otras cosas, en el número de dimensiones que proponen: la *unidimensionalidad* (aquellos trabajos que basándose en la Teoría de la Conducta Problema estudian cómo las distintas conductas de riesgo para la salud y otros comportamientos problemáticos se agrupan en una sólo dimensión denominada “síndrome de conductas problema”), la *bidimensionalidad* (aquellos otros que, además de las conductas de riesgo, introducen otras conductas beneficiosas para la salud encontrando la existencia de dos

dimensiones: estilo de vida de riesgo para la salud y estilo de vida promotor de la salud) y la *multidimensionalidad* (los estudios que introduciendo ambos tipos de conductas encuentran múltiples dimensiones) (para mayor información sobre este tema véase Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998b, 1999).

En un trabajo reciente realizado con adolescentes valencianos entre los 15 y los 18 años (Pastor, 1999) han aparecido cuatro dimensiones del estilo de vida: el consumo de sustancias, que agrupa el consumo de tabaco, de alcohol y de *cannabis*; la alimentación sana, que incluye variables sobre el consumo de alimentos sanos; la alimentación insana, que incluye variables sobre el consumo de alimentos insanos; y la dimensión de deporte o de actividad física, en función de si se introducen variables sobre la práctica de deporte o sobre la práctica de actividad física.

Sin embargo, aunque los autores no se pongan de acuerdo respecto al número de dimensiones, de los trabajos se pueden extraer algunas conclusiones acerca de las relaciones que se establecen entre las distintas conductas que componen el estilo de vida en la adolescencia. Por una parte, las conductas que suponen un riesgo para la salud suelen estar positivamente relacionadas. Esto ocurre sobre todo con el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas ilegales. De hecho, estas tres conductas suelen saturar en un factor independientemente de la tradición investigadora y de la cultura en la que se realice el estudio. Las relaciones entre otras conductas de riesgo, como la alimentación insana o las conductas de riesgo vial, son más débiles en general. Por otra parte, las relaciones entre las conductas beneficiosas para la salud (como por ejemplo la higiene dental, la alimentación sana y la actividad física) son más débiles y se hallan influidas por factores culturales. En diversos estudios realizados en países nórdicos (Aarø, Laberg y Wold, 1995), donde desde hace dos décadas se llevan a cabo programas de promoción de la salud, las conductas que son beneficiosas para la salud saturan en un mismo factor.

Los resultados de estudios correlacionales realizados con adolescentes de la Comunidad Valenciana confirman que las conductas de riesgo para la salud aparecen positivamente relacionadas entre sí, y lo mismo sucede entre las conductas beneficiosas para la salud siendo estas relaciones más altas para las conductas de riesgo (Balaguer, 1999a; García-Merita y Fuentes, 1998).

Entre las conductas de riesgo y las conductas beneficiosas no aparece una relación negativa clara. Únicamente en aquellos países con tradición en programas de educación para la salud, la relación negativa entre ambas dimensiones es más clara (Aarø *et al.*, 1995), lo que vuelve a mostrar la influencia de factores culturales en dicha relación.

Además de las diferencias culturales, en los resultados de los distintos trabajos revisados por Pastor y colaboradoras (1998b) se han observado diferencias a nivel evolutivo. Así, en la adolescencia media y tardía, las conductas de salud aparecen relacionadas de un modo más claro y consistente que en edades inferiores o superiores.

Sin embargo, la gran diversidad de resultados encontrados en el análisis de las relaciones entre las distintas conductas de salud, lleva a pensar que quizás no sea sólo una expresión de las diferencias culturales y evolutivas, ya que se han encontrado dos problemas

fundamentales de carácter metodológico en los trabajos realizados (Pastor *et al.*, 1997; 1998b): 1) la selección de una gran diversidad de variables, lo que da lugar a soluciones factoriales muy dispares, y 2) la utilización de multitud de definiciones operacionales de las variables de estilo de vida, lo que además dificulta la comparación entre los estudios. Por otro lado, hay que resaltar la baja proporción de varianza explicada en los estudios, oscilando la mayoría entre el 30% y el 40%, correspondiendo los porcentajes más bajos a las conductas beneficiosas para la salud y los más altos a las conductas de riesgo para la salud.

Una solución a estos problemas metodológicos sería recoger una medición estándar de las variables y un mayor acuerdo acerca de qué conductas pueden ser consideradas como parte de un estilo de vida relacionado con la salud (Pastor *et al.*, 1999).

4. APORTACIONES TEÓRICAS AL ESTUDIO DEL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

Son muchas las teorías y modelos que, desde la psicología social y la psicología de la salud, contribuyen al conocimiento de la adquisición de los estilos de vida relacionados con la salud.

Por una parte, las teorías clásicas de la socialización nos proporcionan información acerca de las estructuras y procesos sociales implicados en la adquisición de los patrones de conductas y hábitos que constituyen el estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas con dichos estilos de vida. Por otra parte, los modelos sociocognitivos nos dan a conocer los procesos cognitivos que determinan el comportamiento. Estos modelos y teorías han contribuido en gran medida a un mayor conocimiento de las personas que realizan las conductas de salud y de cómo los factores extrínsecos pueden proporcionar el cambio conductual (Marteau, 1989; Rutter, Quine y Chesham, 1993).

A continuación vamos a examinar los modelos de mayor relevancia en la literatura. En primer lugar, presentaremos aquellas aportaciones que inciden en la socialización del estilo de vida, si bien, los modelos que se presentan no son exclusivos de esta área de estudio. A continuación, introduciremos aquellos modelos de carácter sociocognitivo que en el ámbito de la psicología de la salud se utilizan para predecir las conductas relacionadas con la salud.

4.1. TEORÍAS CLÁSICAS DE LA SOCIALIZACIÓN

Desde las teorías clásicas de la socialización, cabe destacar la contribución de Bronfenbrenner (1987) para entender la influencia del contexto social en el que se desarrollan los estilos de vida relacionados con la salud, y también las aportaciones de Lewin (1963), Mead (1934) y Bandura (1977) para entender los procesos que tienen lugar

entre el individuo y su entorno, y que contribuyen a la adquisición y mantenimiento de las conductas de salud.

La *Teoría Ecológica del Desarrollo* de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987) da cuenta de las condiciones estructurales que rodean al proceso de socialización. Nos ofrece una organización de los contextos y sistemas que afectan al proceso de socialización de los estilos de vida en cuatro niveles: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

El microsistema es el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo. Es el conjunto de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta con su entorno. El mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (por ejemplo, interacciones entre la familia y la escuela). El exosistema constituye el entorno más amplio que no incluye a la persona en desarrollo, pero en él se producen hechos que le afectan. En este nivel podemos situar las instituciones sociales, como por ejemplo el sistema escolar, el sistema sanitario, etc. El macrosistema se corresponde con la cultura en la cual el individuo nace y se desarrolla.

Basándose en esta teoría, Mendoza (1990) sugiere que existen 4 grandes grupos de factores que interactúan influyendo sobre el estilo de vida saludable: las características individuales (p.e., personalidad, valores, educación recibida, etc.), el entorno microsocioal (p.e., vivienda, familia, amigos, etc.), los factores macrosociales (p.e., sistema social, cultura, medios de comunicación, instituciones, etc.) y el medio físico geográfico. Según este autor, todos estos factores conjuntamente moldean el estilo de vida de los individuos y de los grupos sociales, pero le otorga una mayor influencia a los factores macrosociales y del medio físico. Sin embargo, la investigación sobre estilos de vida se ha centrado fundamentalmente en estudiar al individuo y su entorno más inmediato, es decir, el microsistema o entorno microsocioal (Pastor, 1995; Wold, 1989).

Tanto la Teoría Ecológica del Desarrollo como la aportación realizada por Mendoza (1990) remarcan la importancia de las estructuras y de los roles sociales en el proceso de socialización, pero no informan de cómo tiene lugar ese proceso. Para entender el proceso de socialización de los estilos de vida, y por tanto para entender la dinámica que se establece entre la persona y sus diferentes entornos, podemos recurrir a aportaciones teóricas como la Teoría de Campo de Lewin, el Interaccionismo Simbólico y la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura.

La *Teoría de Campo* de Kurt Lewin nos permite comprender la conducta como una función de la persona y su ambiente. Según esta teoría, la interdependencia entre persona y ambiente conforma el espacio vital, el cual está constituido por espacios positivos y negativos, fuerzas que nos atraen y nos repelen. La posición que ocupa la persona en este espacio vital y la configuración de fuerzas que percibe de su ambiente influirán en su conducta (Lewin, 1963).

George Herbert Mead, desde el *Interaccionismo Simbólico*, nos aporta una comprensión básica de los procesos de socialización y de cómo una persona adquiere el estilo de vida saludable (Wold, 1989). Según este autor, un individuo se convierte en

persona cuando es capaz de verse a sí mismo desde la perspectiva de los demás, o lo que es lo mismo, desde la perspectiva del otro generalizado. El otro generalizado está formado por el conjunto organizado de actividades comunes de un grupo que son asumidas por la persona como contexto para su propio comportamiento (Mead, 1934). Al asumir el rol del otro generalizado, la persona adquiere los valores de la cultura que le envuelve, lo que marcará el estilo de vida que adquiera.

Desde la *Teoría del Aprendizaje Social* (Bandura, 1977) se defiende que los procesos de imitación y modelado sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Así pues, la conducta de los padres, los amigos, los pares y los profesores, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de los niños y adolescentes.

4.2. MODELOS SOCIOCOGNITIVOS

Desde los modelos sociocognitivos se postula que lo que determina las conductas relacionadas con la salud son factores cognitivos tales como la intención, las expectativas, la percepción de control, los costes/beneficios percibidos, etc.

La mayor parte de estos modelos ofrecen un marco que explica los determinantes de las conductas de salud consideradas independientemente, aunque algunos de ellos, como por ejemplo la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) y el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1987, 1996), tratan de integrar los distintos comportamientos en patrones o estilos de vida.

Actualmente se considera que los distintos modelos sociocognitivos no son excluyentes. Es más, la combinación de los mismos permite ofrecer un marco comprensivo de los factores determinantes de las conductas relacionadas con la salud (Green y Kreuter, 1991; Petraitis, Flan y Miller, 1995; Villamarín y Álvarez, 1998; Weinstein, 1993).

Modelos como los propuestos por la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), la Teoría de la Acción Planificada (Ajzen y Madden, 1986) y la Teoría de la Autoeficacia (Bandura, 1982, 1986, 1997) surgen de la psicología social y se aplican al estudio de los estilos de vida. Otros modelos como el Locus de Control de la Salud, el Modelo de Creencias sobre la Salud, la Teoría de la Motivación de Protección, el Modelo de Promoción de la Salud y la Teoría de la Conducta Problema provienen del área de la salud. A continuación se exponen brevemente los principios fundamentales de cada uno de estos modelos.

Según la *Teoría de la Acción Razonada* (TAR) de Ajzen y Fishbein (1980), lo que determina la conducta es la intención de la persona de ejecutar esa conducta. A su vez, la intención de llevar a cabo una conducta está determinada por la actitud hacia la conducta, es decir, por la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de esa acción, y también por la norma subjetiva o la creencia de que existen presiones sociales para realizar o no la acción en cuestión. La actitud hacia la conducta es una función, primero, de las creencias sobre si la conducta considerada conduce a ciertos resultados y, después, de la

valoración que la persona hace de esos resultados. Por tanto, según esta teoría es más probable que los individuos lleven a cabo conductas de salud si las consecuencias de tales acciones son vistas como deseables. Por otra parte, la norma subjetiva también está determinada por dos factores: las creencias normativas (la creencia de lo que los otros significativos esperan que haga la persona) y la motivación para cumplir estas expectativas. De esta forma, la TAR otorga un papel fundamental a los otros significativos en la adquisición de los estilos de vida saludables.

Posteriormente, Ajzen (1985) y Ajzen y Madden (1986) introducen una nueva variable en el modelo: el control percibido sobre la conducta. El nuevo modelo recibe el nombre de *Teoría de la Acción Planificada* (TAP) y considera que la conducta se ve influida, además de por las variables anteriores, por la percepción de control personal.

La TAR y la TAP ofrecen una descripción clara de los procesos por los cuales las actitudes y las creencias determinan las conductas de salud (Conner y Sparks, 1995). Ambas teorías han sido aplicadas a la predicción de diferentes variables del estilo de vida saludable: consumo de tabaco, consumo de alcohol, conducta sexual, chequeos médicos, ejercicio, alimentación (para una revisión de los resultados véase Van den Putte, 1993; Ajzen, 1991).

La *Teoría de la Autoeficacia* de Bandura (1982, 1986, 1997) postula que la conducta está determinada tanto por las creencias acerca de los resultados que conlleva esa conducta (expectativas de resultado), como por la creencia de la capacidad de la persona para llevar a cabo dicha conducta (expectativa de eficacia) (Bandura, 1977). En el caso de las conductas relacionadas con la salud, las expectativas sirven para regular los intentos de abandonar hábitos perjudiciales para la salud y también el esfuerzo y la persistencia en la ejecución de conductas favorecedoras de la salud (Villamarín y Álvarez, 1998). Entre las variables que han sido estudiadas partiendo de este modelo destacan las siguientes: las conductas de riesgo sexual, el ejercicio, el control de peso y la nutrición, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el consumo de drogas (para más información véase Schwarzer y Fuchs, 1995 y Villamarín y Álvarez, 1998).

Según Wallston, Wallston y De Vellis, (1978), las creencias acerca de quién o qué tiene control sobre la salud –*Locus de Control de la Salud*– influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable. El Locus de Control de la Salud tiene tres dimensiones que evalúan la medida en que la persona considera que su salud depende de su propio comportamiento (LCS-Interno), de otras personas influyentes (LCS-Otros poderosos) o de la suerte o destino (LCS-Suerte). Según este modelo las personas que crean que su salud depende de sí mismos se comprometerán en mayor medida con estilos de vida saludables, mientras que las que crean que su salud depende de la suerte o de lo que otras personas puedan hacer, realizarán menos esfuerzos por practicar conductas saludables o por abandonar hábitos insanos. El Locus de Control de la Salud se ha relacionado con las siguientes variables del estilo de vida: el ejercicio, el consumo de alcohol, las conductas de prevención del SIDA, el autoexamen de mamas, el control de peso y dejar de fumar (para más información véase Norman y Bennett, 1995).

El *Modelo de Creencias sobre la Salud* se desarrolló para explicar y predecir las conductas de salud preventivas (Rosentock, 1969, 1974; Rosentock y Kisch, 1979). Según este modelo, la probabilidad de realizar una conducta promotora de la salud está determinada por el balance costes/beneficios percibidos de esa acción y por la amenaza percibida de enfermedad. A su vez, la amenaza percibida depende de dos creencias: la susceptibilidad de contraer determinada enfermedad y la gravedad percibida de esa enfermedad. En resumen, las personas realizarán determinada conducta preventiva si perciben el riesgo de enfermar y, además, consideran que esa conducta posee más beneficios que costes.

Este modelo es uno de los que mayor atención ha recibido por parte de los investigadores y, por tanto, ha sido aplicado a un amplio rango de conductas de salud entre las que destacan las siguientes: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el ejercicio, la alimentación, la higiene dental, las conductas sexuales preventivas, los chequeos médicos y el control de peso (para más información véase Sheeran y Abraham, 1995).

El *Modelo de Promoción de la Salud* (Pender, 1987, 1996) introduce tres grandes bloques de factores como predictores de las conductas promotoras de la salud: 1) los afectos y las cogniciones específicos de la conducta, 2) las experiencias previas y las características individuales y 3) los antecedentes de la acción. Los afectos y las cogniciones constituyen el mecanismo motivacional primario que afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas saludables. Las barreras percibidas para llevar a cabo la acción, los beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para llevarla a cabo y el afecto relacionado con la conducta son los elementos que forman parte de este mecanismo motivacional. Existe una serie de influencias situacionales e interpersonales que, junto a los afectos y las cogniciones, influyen en el compromiso de llevar a cabo determinada conducta. Las experiencias previas con la conducta y las características individuales actúan indirectamente sobre las conductas promotoras de salud a través de su interacción con los afectos y las cogniciones y también con las influencias situacionales e interpersonales. Por último, los antecedentes de la conducta son estímulos internos o externos que están directamente relacionados con la conducta.

Diversas variables del estilo de vida se han estudiado a partir de este modelo. Entre ellas se encuentran el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el ejercicio, la conducta sexual preventiva, el uso del cinturón de seguridad, los chequeos médicos y la alimentación (para más información véase Pender, 1996).

La *Teoría de la Conducta Problema* (Jessor y Jessor, 1977; Jessor, 1992) no pertenece a los modelos sociocognitivos por excelencia. Incorpora algún elemento de este tipo de modelos, pero es un modelo integrador que incorpora elementos de diversas aportaciones teóricas (cogniciones, aprendizaje, relaciones interpersonales y constructos intrapersonales) como predictores del comportamiento problemático en la edad adolescente. Este modelo postula que, tanto las conductas de riesgo para la salud, como otras conductas problemáticas de la adolescencia (p.e., delincuencia o absentismo escolar), son manifestaciones de una propensión general hacia la desviación o la no-convencionalidad.

Estas conductas vienen determinadas por cuatro grupos de factores: las variables de la estructura sociodemográfica, los aspectos de la socialización, las variables del sistema de personalidad y las variables del ambiente percibido (Jessor y Jessor, 1977). En 1992, Jessor reformula esta teoría y propone los siguientes determinantes: las características biológicas y genéticas, las características del ambiente social, las características del ambiente percibido, la personalidad y otras conductas relacionadas que practique el adolescente.

Conductas tales como el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y drogas ilegales), la conducta sexual y la delincuencia juvenil han sido ampliamente estudiadas desde esta perspectiva (para más información véase Petraitis y cols., 1995).

5. CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

En este apartado se presentan los datos de investigaciones de ámbito nacional e internacional sobre las principales conductas de salud en la adolescencia temprana. Esta revisión de la literatura nos proporciona una visión del panorama actual respecto al proceso de adquisición, desarrollo y mantenimiento de las conductas relacionadas con la salud en la adolescencia temprana, así como de los patrones que sigue dicho proceso en función de la edad, del género, del país de residencia y del nivel socioeconómico.

Para ello se hace referencia principalmente a:

- 1) Los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus informes internacionales de los años 1996 y 2000 (Currie, Hurrelman, Settertobulte, Smith y Todd, 2000; King, Wold, Tudor-Smith y Harel, 1996) sobre el Estudio Internacional sobre Conductas de Salud en Escolares (HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children). Este estudio se inició en 1982 por investigadores de tres países (Inglaterra, Finlandia y Noruega). Desde entonces se han llevado a cabo encuestas cada cuatro años en escolares de un número creciente de países, principalmente europeos; aunque en los últimos años se han incorporado a este estudio países como Canadá y Estados Unidos.
- 2) Los datos procedentes del Estudio Español sobre las Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (ECERS), llevado a cabo por Mendoza y colaboradores (Mendoza *et al.*, 1998; Mendoza, Sagraera y Batista, 1994) con adolescentes del ámbito nacional.
- 3) Los datos procedentes de un estudio piloto realizado con adolescentes de la Comunidad Valenciana (Castillo, 1995).

Los trabajos mencionados tienen como objetivo estudiar las conductas relacionadas con la salud, los estilos de vida y su contexto en la adolescencia temprana (entre los 11 y los 15 años). Para ello recogen datos acerca de una amplia gama de conductas de salud, de indicadores de salud y de factores que pueden ser determinantes.

También se hace referencia a otros trabajos realizados tanto en Europa como en Estados Unidos, que hacen referencia a algunas conductas específicas relacionadas con la salud en la adolescencia (p.e., Brannen, Dood, Oakley y Storey, 1994; Butler, 1982; Heath, Pratt, Warren y Kan, 1994; Hendry, Shucksmith, Love y Glendinning, 1993; Johnston, O'Malley y Bachmann, 1994; Marella, Colli y Faina, 1992; Pate, Heath, Dowda y Trost, 1996).

5.1. CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

La experimentación con conductas de riesgo para la salud, y en concreto con el consumo de sustancias, puede considerarse como parte del proceso de crecimiento, desarrollo y socialización de la adolescencia (Barnes, 1977; Baumrind, 1986; Brannen *et al.*, 1994; Heaven, 1996; Sharp y Lowe, 1989; Silbereisen y Noack, 1988; Stacey y Davies, 1970). Entre todas estas conductas cobra una especial relevancia el consumo de alcohol, ya que es la primera droga que consumen los adolescentes. Además, el alcohol es un fuerte predictor del consumo de otras sustancias (Maag, Irvin, Reid y Vasa, 1994).

Diversos autores coinciden en que el consumo de alcohol constituye el primer paso en el consumo de sustancias. Así, Kandel (1975) considera que durante la adolescencia tiene lugar un proceso de progresión en el consumo de sustancias, en el cual la primera etapa es el consumo de vino o cerveza, la segunda el consumo de tabaco o de bebidas alcohólicas de mayor graduación, la tercera es el consumo de marihuana y la última el consumo de otras drogas ilegales. Otros autores, sin embargo, consideran que, más que un progreso en etapas, en el consumo de sustancias lo que se produce es una expansión del repertorio de sustancias que consumen los adolescentes, es decir que empiezan con unas sustancias y van ampliando el tipo de drogas que consumen (Mills y Noyes, 1984).

El consumo de alcohol se inicia a edades tempranas, entre los 11 y los 13 años (Gabhain y François, 2000) y, generalmente, dentro del contexto familiar (Heaven, 1996; Hendry *et al.*, 1993). La información procedente de diversos estudios revela que a los 11 años más de la mitad de los jóvenes de distintos países ha probado el alcohol (Castillo, 1995; Gabhain y François, 2000; King *et al.*, 1996; Mendoza *et al.*, 1994; 1998). Con la edad aumenta el porcentaje de adolescentes que han probado el alcohol, de forma que a los 15 años entre el 80% y el 100% de los jóvenes de distintos países lo han probado (Balaguer, Tomás, Castillo, Martínez, Blasco y Arango, 1994; Castillo, 1995; Gabhain y François, 2000; King *et al.*, 1996; Mendoza *et al.*, 1994, 1998); además, el contexto de su consumo se extiende a lugares de reunión con los amigos, fiestas, pubs o discotecas (Hendry *et al.*, 1993).

Los niveles de consumo de bebidas alcohólicas aumentan con la edad en el periodo adolescente comprendido entre los 11 y los 15 años. El mayor aumento se da entre los 13 y los 15 años. El informe internacional de la OMS del año 2000 sobre las conductas de salud en los escolares muestra que aparecen importantes diferencias entre los países, lo cual podría ser indicativo de diferencias culturales. Así, por ejemplo, en países como Lituania o

Finlandia aproximadamente un 10% de los jóvenes de 15 años consumen alcohol semanalmente, mientras que en el Reino Unido y Dinamarca el porcentaje se sitúa entre el 40% y el 50%. En nuestro país, aproximadamente la cuarta parte de los adolescentes de 15 años informa consumir alcohol todas las semanas (Balaguer *et al.*, 1994; Castillo, 1995; Mendoza *et al.*, 1994, 1998). La cerveza es la bebida más popular, seguida de los licores y combinados. El vino se consume con menor regularidad (Gabhain y François, 2000; Mendoza *et al.*, 1994, 1998).

Con la edad también aumentan los episodios de embriaguez. El citado estudio internacional informa que la tasa de embriaguez en dos o más ocasiones aumenta del 12% a los 11 años al 67% a los 15. No obstante, las diferencias entre los distintos países son evidentes e incluso reflejan un claro patrón geográfico: los jóvenes de países mediterráneos son los que presentan los menores niveles de embriaguez en marcado contraste con los del Reino Unido (Gabhain y François, 2000). Los estudios realizados en nuestro país informan que entre el 25% y el 35% de los jóvenes de 15 años se han emborrachado en dos o más ocasiones (Castillo, 1995; Mendoza *et al.*, 1994, 1998).

Las diferencias de género están presentes en todas las conductas relacionadas con el consumo de alcohol. La experimentación, la frecuencia de consumo y la embriaguez alcanzan tasas más altas entre los chicos (Balaguer *et al.*, 1994; Castillo, 1995; Gabhain y François, 2000; King *et al.*, 1996; Mendoza *et al.*, 1994, 1998). Además, estas diferencias se incrementan con la edad (Gabhain y François, 2000), aunque parece ser que en los últimos años se está observando una tendencia hacia la homogeneización de los niveles de consumo de chicos y chicas (Mendoza *et al.*, 1998; Windle, Shope y Bukstein, 1996).

Algo que caracteriza el consumo de alcohol en la adolescencia, y que lo diferencia del consumo en la edad adulta, es la actitud de los jóvenes hacia esta sustancia. El consumo de alcohol en general, y en concreto las borracheras, tiene connotaciones positivas para los adolescentes. De hecho muchos adolescentes beben deliberadamente para emborracharse (Elzo, 1999; Hendry *et al.*, 1993). Así, en palabras de Gofton (1990) *“Muchos ven el alcohol como la principal droga para alterar el estado de ánimo, y buscan y esperan emborracharse a lo largo de una sesión de fin de semana. El rango de bebidas consumidas, y su forma de consumo indica claramente que los jóvenes bebedores lo ven de esta forma. Muchos dicen que beben por “su fuerte efecto” y que ellos elegirían una bebida por su potencia”* (p. 37).

Algunos estudios han encontrado una relación significativa entre el consumo de alcohol en la adolescencia y el nivel socioeconómico. En general, los estudios coinciden en que las tasas más elevadas de consumo de alcohol en la adolescencia se dan en las clases sociales media y alta (Brannen *et al.*, 1994; Butler, 1982; Combs, Hales y Williams, 1980; Hendry *et al.*, 1993; Leahy, Steffenhagen y Levine, 1971; Schonfeld, 1967). Además, Butler (1982) encuentra unas diferencias de género que normalmente no aparecen en la literatura. En su estudio con estadounidenses de 12 y 13 años señala que esta influencia de la clase social es más notable entre las chicas que entre los chicos. Así, para éstas, pertenecer a una clase social alta está relacionado con el consumo esporádico de alcohol,

pertenecer a una clase social media está relacionado con el consumo frecuente de alcohol, y pertenecer a una clase baja se relaciona con la abstinencia. El tipo de centro de estudios también marca diferencias entre los adolescentes respecto al consumo de alcohol en los adolescentes estadounidenses, siendo los alumnos de centros privados los que beben en mayor medida que los alumnos de centros públicos (Brannen *et al.*, 1994). En los Países Bajos no se encontraron diferencias en función del estatus socioeconómico, medido a partir del nivel educativo y profesional del padre y de la madre (Tuinstra *et al.*, 1998).

Por otra parte, Settertobulte, Jensen y Hurrelmann (2001), a partir de los datos procedentes del Estudio Internacional sobre Conductas de Salud en Escolares, concluyen que en países con tasas relativamente bajas de consumo de alcohol a los 15 años (Grecia, Austria, República Checa, Alemania y Portugal) no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sociales. En lugares con altas tasas de consumo, como el Reino Unido (excepto en Irlanda del norte), Dinamarca, Bélgica, Federación Rusa, Francia, Hungría, Lituania, Polonia y Estonia, los adolescentes de familias con un nivel financiero más elevado consumen alcohol más frecuentemente. Por otra parte, en Irlanda del Norte, Eslovaquia, Israel y Estados Unidos, son principalmente los adolescentes de familias con pocos ingresos los que beben más.

5.2. CONSUMO DE TABACO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

El tabaco es una de las drogas que más ha acaparado la atención de los investigadores por los múltiples efectos nocivos que tiene sobre la salud, destacando entre ellos el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón (Doll y Peto, 1978; USDHHS, 1982, 1989, 1990), arteriosclerosis (McNamara, Molot, Stremple y Cutting, 1971; Strong, 1986) y enfermedades coronarias (USDHHS, 1989).

El comienzo y la implantación del hábito de fumar parece seguir una serie de etapas definidas (Leventhal y Cleary, 1980). La primera etapa es la denominada “preparatoria o contemplativa”. En esta etapa se forman las actitudes y creencias sobre el tabaco. En ella, los niños y adolescentes pueden empezar a ver diferentes utilidades al tabaco, como un modo de parecer más maduros, de afrontar situaciones de estrés, de vincularse a un grupo de iguales, o de mostrar independencia (Perry, Murray y Klepp, 1987). La siguiente es la etapa de “aproximación” e incluye las primeras veces que un niño o adolescente fuma. La siguiente etapa, de “experimentación”, incluye el consumo repetido pero irregular de tabaco, que se da generalmente en situaciones determinadas y/o con personas determinadas. Posteriormente, el “uso regular” ocurre cuando un adolescente fuma regularmente, en una variedad de lugares y con una variedad de personas. La última etapa es la “adicción”, que implica una necesidad fisiológica de consumir nicotina. Generalmente, el proceso, desde la primera aproximación al tabaco hasta el uso regular y la dependencia, suele tardar un promedio de dos a tres años y suele transcurrir durante la adolescencia temprana y media (USDHHS, 1988).

Según el informe internacional de la OMS, el periodo comprendido entre los 11 y los 15 años es crítico en lo que al inicio del consumo de tabaco se refiere. A los 11 años, en la mayoría de los países, son menos del 20% los jóvenes que informan haber probado el tabaco. Este porcentaje se eleva al 40-50% a los 13 años y al 60-70% a los 15. No obstante, las diferencias entre los distintos países participantes en el estudio son tales que algunos países quedan lejos de ser representados por estos porcentajes. Países como Grecia, Portugal y Bélgica son los que presentan un menor porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que han probado el tabaco, en marcado contraste con países como Groenlandia y Eslovaquia. Así, mientras que a los 11 años sólo el 5% de los chicos y el 3% de las chicas de Grecia han probado el tabaco, en Groenlandia lo han probado el 38% de los chicos y el 40% de las chicas de la misma edad (Gabhain y François, 2000). En los adolescentes españoles se observa también un incremento enorme en la experimentación con el tabaco a medida que aumenta la edad en el periodo comprendido entre los 11 y los 15 años; con porcentajes inferiores al 20% a los 11 años y cercanos al 60% a los 15 años (Mendoza *et al.*, 1994).

Tanto entre los jóvenes españoles, como entre los jóvenes de los distintos países participantes en el estudio internacional de la OMS, a los 11 y 13 años casi todos los fumadores son esporádicos. Ningún país excede una tasa de consumo diaria del 2% a los 11 años y muchos están por debajo del 10% a los 13 años. A los 15 años, la mayor parte de los adolescentes que fuman lo hacen regularmente (Gabhain y François, 2000; Mendoza *et al.*, 1994).

En los distintos países, la proporción de chicos que ha experimentado con el tabaco es mayor que la de chicas en edades tempranas (Gabhain y François, 2000; Mendoza *et al.*, 1994, 1998; USDHHS, 1994); sin embargo, a los 15 años esa diferencia desaparece, y a partir de esa edad las chicas presentan una proporción de experimentación igual o mayor que los chicos. Estas diferencias en función de la edad son debidas a que, en general, los chicos se inician en el consumo de tabaco más precozmente que las chicas. No obstante, respecto al consumo actual de tabaco, en muchos países las chicas de 15 años informan de un mayor consumo diario y semanal. Los datos permiten identificar un patrón geográfico de consumo. En los países del este y centro de Europa los chicos fuman más que las chicas (Gabhain y François, 2000; Warren *et al.*, 2000), mientras que en los países occidentales (incluido España) las chicas fuman más que los chicos (Mendoza *et al.*, 1994, 1998).

El número medio de cigarrillos que consumen los adolescentes, tanto españoles como de los países participantes en el estudio de la OMS, es relativamente bajo en la adolescencia temprana. A los 15 años el número de cigarrillos oscila entre 8 (Francia) y 30 (Grecia, Groenlandia, Irlanda del Norte, Escocia y Gales). A esta edad las diferencias de género son substanciales y los chicos fuman un número mayor de cigarrillos que las chicas; únicamente se ha observado lo contrario en tres países: Canadá, Francia y Suecia (Gabhain y François, 2000; Mendoza *et al.*, 1994, 1998).

El estatus socioeconómico parece ser un importante factor de riesgo (Conrad, Flay y Hill, 1992), ya que, por norma general, los adolescentes de menor estatus socioeconómico presentan mayor tasa de experimentación con el tabaco (Hendry *et al.*, 1993). Entre los

adolescentes españoles (Mendoza *et al.*, 1994) también se observa esta relación, pero únicamente en el grupo de los chicos. Aquellos chicos cuyo padre y/o madre presentan una menor cualificación profesional, son los que presentan mayores niveles de experimentación con el tabaco. Brannen y colaboradores (1994) encuentran que el tipo de colegio (público o privado) influye sobre el consumo de tabaco de las chicas estadounidenses, siendo las alumnas de centros privados las que fuman en mayor medida que las alumnas de centros públicos. Sin embargo, estos autores no encuentran diferencias en los patrones de consumo de los adolescentes en función de la clase social (medida a partir de la ocupación materna o paterna).

5.3. CONSUMO DE DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS EN LA ADOLESCENCIA

TEMPRANA

Las encuestas acerca del consumo de drogas ilegales indican un incremento entre los jóvenes durante la última década en los países occidentales (Measham, Newcombe y Parker, 1994; Parker, Aldridge y Measham, 1998; Sullivan y Thompson, 1994). La droga no institucionalizada de mayor consumo entre los adolescentes es la *cannabis*, siendo la droga preferida por debajo del alcohol y del tabaco (Hendry *et al.*, 1993; Johnston *et al.*, 1994; Parker *et al.*, 1998; Zubrick *et al.*, 1995).

La *cannabis* no es en sí misma adictiva y no está asociada con ningún daño para la salud a largo plazo. Sin embargo es una sustancia ilegal y, por tanto, muchos de los problemas asociados con su consumo proceden de causas sociales más que médicas. De hecho, la cultura propia de los jóvenes niega que la *cannabis* sea perjudicial; incluso es vista como menos peligrosa que el alcohol, tanto en términos de cantidades consumidas como por el hecho de que es menos probable que provoque conductas violentas (Hendry *et al.*, 1993).

De los resultados de las investigaciones realizadas en distintos países, se desprende que entre el 35% y el 45% de los jóvenes de 15 años han consumido *cannabis*. Parker y colaboradores (1998) informan que el 36% de los adolescentes ingleses de 14 años han consumido al menos una droga ilegal; este porcentaje se eleva al 47% a los 15 años. La droga más consumida por estos jóvenes es la *cannabis*, ya que el 32% de los jóvenes de 14 años y el 42% de los de 15 la han consumido. Otras drogas como el LSD, los disolventes, anfetaminas y setas alucinógenas han sido consumidas a los 14 años por aproximadamente el 10% de los jóvenes ingleses, y por porcentajes que oscilan entre el 12% y el 25% de los jóvenes de 15 años. Zubrick y colaboradores (1995) señalan que el 7% de los adolescentes australianos ha consumido marihuana a los 13 años y el 34% lo ha hecho a los 15-16 años. En el caso de los adolescentes españoles también ocurre que la *cannabis* es la droga más popular, sin embargo, su consumo se inicia a edades más tardías ya que, a los 13 años sólo el 3% de los chicos y el 2% de las chicas afirma haberla probado. A los 15 años las proporciones son del 15% de chicos y del 8% de chicas; y es a los 17-18 años cuando el 46% de los chicos y el 25% de las chicas han probado la *cannabis* una o más veces (Mendoza *et al.*, 1994). Estos porcentajes son similares a los presentados por los

adolescentes de la Comunidad Valenciana, ya que el 10% de los jóvenes de 14 años han probado la *cannabis* y este porcentaje asciende al 45% entre los 15 y los 17 años (Generalitat Valenciana y FAD, 1999).

De los distintos estudios realizados se desprende que la experimentación y el consumo actual de *cannabis* aumenta con la edad. Además, su consumo es, por norma general, más alto entre los chicos que entre las chicas, siendo estas diferencias mayores conforme aumenta la edad (Johnston *et al.*, 1994; Mendoza *et al.*, 1994).

Mientras que de un estudio con adolescentes escoceses se desprende que el consumo de *cannabis* es mayor entre los adolescentes de clase social media que entre los de clase baja y mayor en las áreas con mayores ingresos que en las áreas agricultoras (Hendry *et al.*, 1993), del estudio realizado con adolescentes valencianos se desprende que la *cannabis* es consumida “en todos los hábitats, y especialmente en las grandes ciudades (...) y en segmentos de todas las clases sociales” (Generalitat Valenciana y FAD, 1999). Lo mismo ocurre con los adolescentes de los Países Bajos, entre los cuales no se observan diferencias en cuanto al consumo de *cannabis* en función del estatus socioeconómico – medido a través del nivel educativo y profesional del padre y de la madre (Tuinstra *et al.*, 1998).

5.4. LA ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Llevar una dieta sana y equilibrada es fundamental durante todo el ciclo vital, ya que contribuye claramente a nuestro bienestar físico y emocional, y a la posibilidad de gozar de una vida larga y saludable (King *et al.*, 1996). Sin embargo, durante la adolescencia temprana esta necesidad es aun mayor, ya que durante esta etapa se produce un fuerte crecimiento y, además, se consolidan nuestros hábitos alimentarios. Además, la adolescencia se ha convertido en un momento de riesgo nutricional debido a la influencia de los medios de comunicación y de la sociedad en general que, por una parte, presentan la delgadez como algo muy deseable y asociado al éxito personal y social y, por otra parte, invitan a los jóvenes a consumir gran variedad de alimentos de escaso valor nutricional y alto contenido calórico.

Los problemas asociados con la alimentación pueden venir por exceso de consumo, por consumo insuficiente o por consumo poco equilibrado o irregular. El retraso del crecimiento y de la maduración sexual son las principales consecuencias físicas de una dieta pobre en algunos nutrientes básicos durante la adolescencia (Jonhson, Johnson, Wang, Smiciklas-Wright y Guthrie, 1994), mientras que el exceso de consumo está claramente relacionado con la prevalencia de obesidad, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Jeor, Sutnick y Scott, 1988; Pastor y Pons, en prensa).

Una dieta equilibrada debe proveer al organismo de las cantidades adecuadas de todos los nutrientes esenciales (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua) y, al mismo tiempo, debe minimizar el riesgo de las enfermedades ocasionadas por el consumo excesivo (Blasco, Fuentes y Pons, 2002).

Los datos procedentes de diversos estudios de ámbito nacional e internacional nos permiten observar los patrones alimentarios de los adolescentes, su evolución con la edad y las diferencias entre los distintos países. Así, el consumo de frutas en la adolescencia difiere en gran medida entre los adolescentes de diferentes países. El informe internacional de la OMS señala que la población adolescente de Groenlandia es la de menor consumo diario de fruta (30%), mientras que Portugal es la que alcanza las cotas más altas, con un 95% de adolescentes entre los 11 y los 15 años que consumen fruta diariamente (Vereecken y Maes, 2000). Entre los adolescentes españoles el porcentaje de consumo de fruta diario es aproximadamente del 80% (Mendoza *et al.*, 1994; Castillo, 1995).

El panorama respecto a las verduras y hortalizas es menos halagüeño. Excepto en dos países de los participantes en el estudio internacional de la OMS (Israel y Portugal), menos de la mitad de los adolescentes toman verduras diariamente (Vereecken y Maes, 2000). En España ocurre lo mismo, ya que consume verduras diariamente el 35% de los adolescentes del ámbito nacional (Mendoza *et al.*, 1994) y el 44% de los jóvenes de la Comunidad Valenciana (Castillo, 1995).

Las legumbres son tomadas diariamente por el 21% de los adolescentes españoles y semanalmente por el 67% (Mendoza *et al.*, 1994). Los chicos presentan una mayor frecuencia de consumo hasta llegar a los quince años, donde desaparecen las diferencias entre sexos. A los 11 años son más consumidas a diario, mientras que el consumo semanal es más frecuente a los 13 y 15 años, sin distinción de género.

En general, el consumo de frutas y verduras disminuye con la edad, además, el consumo de este tipo de alimentos es mayor en las chicas que en los chicos (Castillo, 1995; King *et al.*, 1996; Mendoza *et al.*, 1994; Vereecken y Maes, 2000).

El consumo de carne de ternera, cerdo o ave en los adolescentes españoles disminuye con la edad y no se observan diferencias de género. Los embutidos son consumidos a diario por cerca del 44% de los adolescentes, sin distinción de género y se consumen en mayor medida a los 11 años que a los 13 o los 15 años. En el consumo de pescado y de huevos no hay apenas diferencias según la edad o el género (Mendoza *et al.*, 1994).

El consumo diario de hamburguesas y perritos calientes se da en muy pocos adolescentes europeos. Los países de más consumo son Irlanda del Norte, donde más de un tercio de los chicos los comen, y Lituania donde lo hacen una cuarta parte de ellos. Los países donde menos se consumen son Bélgica, Suiza y países escandinavos (King *et al.*, 1996). En España (Mendoza *et al.*, 1994), el 12% de los adolescentes entre 11 y 15 años consumen estos productos diariamente. En la Comunidad Valenciana los consumen el 10% de los chicos y el 5% de las chicas (Castillo, 1995). En general, son más los chicos, tanto españoles como de otros países de Europa, que consumen diariamente hamburguesas y perritos calientes y, además, el consumo aumenta con la edad.

El alimento mayoritariamente consumido, al menos una vez al día, por los adolescentes españoles es la leche. Otros productos lácteos como el yogur y el queso presentan una menor frecuencia de consumo (Mendoza *et al.*, 1994). En general, en los

adolescentes tanto españoles como de los países participantes en el estudio de la OMS, el consumo de leche es mayor entre los chicos que entre las chicas y disminuye con la edad (Mendoza *et al.*, 1994; Vereecken y Maes, 2000).

Los porcentajes de consumo diario de dulces y de refrescos varían mucho de un país a otro. Finlandia es el país con menor porcentaje de adolescentes que consumen diariamente estos productos (en torno al 20%), mientras que en Irlanda del Norte se dan los mayores porcentajes (cerca del 80%) (Vereecken y Maes, 2000). En nuestro país cerca del 40% de los adolescentes consumen dulces diariamente y el 30% toman refrescos a diario (Mendoza *et al.*, 1994). Respecto al consumo de dulces, las diferencias de género son muy pequeñas en la mayoría de los países participantes en el estudio de la OMS, pero sí hay diferencias respecto al consumo de refrescos, siendo los chicos los que más los consumen a diario (Vereecken y Maes, 2000). En España el consumo de dulces es más frecuente entre las chicas que entre los chicos, y ocurre lo contrario en el caso de los refrescos ya que son más los chicos los que los consumen diariamente (Aranceta y Pérez, 1996; Castillo, 1995; Mendoza *et al.*, 1994).

En los trabajos realizados con adolescentes españoles se observa que el consumo de otros alimentos, como el café, las patatas fritas y las bolsas de papas, aumenta con la edad. Además, se observan diferencias de género, siendo los chicos los que en mayor medida toman café, y las chicas las que comen más patatas fritas (Mendoza *et al.*, 1994; Castillo, 1995).

Centrándonos en la frecuencia con que los adolescentes desayunan, se observa que las chicas españolas disminuyen la frecuencia de este hábito con la edad (Castillo, 1995; Mendoza *et al.*, 1994). La comida de mediodía se respeta más que las comidas que se realizan a otras horas ya que el 95% de los adolescentes españoles, sin distinción de género y edad, comen al mediodía (Mendoza *et al.*, 1994). En línea con estos resultados están los obtenidos por Castillo (1995) con adolescentes valencianos, aunque con un porcentaje algo menor (82%). La merienda es menos frecuente conforme aumenta la edad, de forma que tanto en la muestra española como en la valenciana existe una disminución significativa, más pronunciada en el caso de las adolescentes españolas. La cena también es más frecuente entre los chicos que entre las chicas (Mendoza *et al.*, 1994). En general, se observa que los chicos comen más frecuentemente que las chicas y que la frecuencia de las comidas disminuye con la edad tanto para los chicos como para las chicas. Brannen y colaboradores (1994) llegan a las mismas conclusiones con adolescentes estadounidenses.

Tanto del informe de la OMS como del trabajo de Mendoza y colaboradores, se desprende que el nivel socioeconómico de los padres influye sobre el consumo de los distintos tipos de alimentos. En general, los adolescentes cuyos padres tienen un mayor nivel socioeconómico son los que presentan un mayor porcentaje de consumo de alimentos saludables, mientras que los adolescentes cuyos padres tienen una baja posición socioeconómica presentan los valores más altos respecto al consumo de alimentos menos nutritivos (Mendoza *et al.*, 1994; Vereecken y Maes, 2000)

5.5. LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

La investigación previa ha mostrado una fuerte relación entre el estatus de salud y la actividad física, el deporte y el ejercicio físico, incluido durante la infancia y la adolescencia (Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton y McPherson, 1990; Baranovski *et al.*, 1992; Craig, Bandini, Lichtenstein, Schaefer y Dietz, 1996; Rowland y Freedson, 1994). Las potenciales consecuencias negativas a largo plazo de un estilo de vida sedentario también han sido ampliamente documentadas (Baranovski *et al.*, 1992; Bouchard *et al.*, 1990).

La investigación previa ha demostrado que la actividad física moderada mejora el bienestar físico, mental y social (Bouchard *et al.*, 1990). La práctica de actividad física durante la infancia y la adolescencia reduce los factores de riesgo de padecer enfermedades coronarias en la edad adulta (Cresanta, Burke, Downey, Freedman y Berenson, 1986; Sallis y Faucette, 1992). El ejercicio físico y el deporte, además de ser importantes tipos de conductas de salud, constituyen importantes áreas de socialización para los jóvenes (Kenyon y McPherson, 1973).

El análisis de las características actuales de la práctica de la actividad física, ejercicio físico y/o deporte se va a llevar a cabo atendiendo a la actividad que los adolescentes desarrollan en el periodo extraescolar. Y ello, fundamentalmente, porque los estudios realizados sobre la cantidad de práctica de actividad física de los adolescentes durante el horario escolar indican que dicha actividad no es suficiente para producir beneficios de salud óptimos (Ross, Dotson, Gilbert y Katz, 1985; Simons-Morton, O'Hara, Simons-Morton y Parcel, 1987).

La frecuencia de práctica de deporte y de ejercicio físico entre los adolescentes de nuestro país ha descendido notablemente en la última década (Mendoza *et al.*, 1994); además los adolescentes españoles figuran entre los menos activos de Europa (King *et al.*, 1996). La adolescencia temprana es un momento clave en el abandono deportivo (Railo y Ommundsen, 1983; Silvennoinen, 1987; Wold y Aarø, 1985) y así lo corroboran los resultados obtenidos tanto en nuestro país (Balaguer *et al.*, 1994; Castillo, 1995; García-Merita y Fuentes, 1998; Mendoza *et al.*, 1994) como en otros países europeos (Cale, 1992; King *et al.*, 1996; Wold, 1989).

Las diferencias de género respecto a la práctica de deporte y ejercicio son notables en la adolescencia temprana y se acentúan con la edad, siendo los chicos más activos que las chicas, tanto en nuestro país (Mendoza *et al.*, 1994) como en todos los países participantes en el estudio internacional de la OMS (Hickman, Roberts y De Matos, 2000). Los resultados obtenidos en otros estudios realizados en Estados Unidos (Heath *et al.*, 1994), Gales (Cale, 1992), Noruega (King *et al.*, 1996) o Italia (Marella *et al.*, 1992) van en la misma línea.

La procedencia socioeconómica de los adolescentes marca algunas diferencias en su comportamiento deportivo. Así, entre los adolescentes españoles parece que un nivel socioeconómico más alto está asociado a una mayor práctica de deporte y ejercicio físico (Mendoza *et al.*, 1994). Entre los adolescentes suizos, el nivel educativo del padre también

está asociado a una mayor frecuencia de la práctica de actividad física (Ferron, Narring, Cauderay y Michaud, 1999).

6. RELACIÓN ENTRE LAS CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

De entre las conductas que ponen en riesgo la salud, aquellas que hacen referencia al consumo de sustancias mantienen una estrecha relación entre sí. De trabajos como los realizados por O'Donnell, Voss, Clayton, Slatin y Room (1976) y por Single, Kandel y Faust (1974) se desprende que el consumo de cualquier sustancia está asociada con el consumo de otras drogas. De hecho, el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas ilegales suele agruparse en un factor en los trabajos realizados en distintos países, con lo que podríamos decir que esta relación se da en todas las culturas (Castillo y Balaguer, 2002). Así pues, Maag, Irvin, Reid y Vasa (1994), con adolescentes estadounidenses, encuentran que el consumo de alcohol predice mejor el consumo de otras sustancias que cualquier otra característica conductual o dimensión de la autoestima. Esta asociación entre el consumo de diversas sustancias, también tiene lugar entre adolescentes valencianos, ya que en un estudio piloto el consumo de tabaco apareció asociado a un mayor consumo de alcohol y a un mayor número de veces de embriaguez (Castillo, 1995).

Un estudio longitudinal de 12 años de duración (1969-1981) realizado por Jessor (1984), con una muestra de 400 adolescentes que estaban en el instituto en 1969, informó que cuando los jóvenes son clasificados como bebedores problema, esta conducta está asociada con el consumo de otras conductas problema como el consumo de marihuana o conductas delictivas. Cuando una conducta como el beber se convierte en un problema para un joven, Jessor considera que el joven manifiesta escepticismo hacia los valores sociales, rechazo de las normas y no conformidad. También señaló que cuando un joven tiene una conducta problema como el beber, ésta se mantiene estable con el tiempo.

Las relaciones entre otras conductas de riesgo para la salud, como puede ser la alimentación insana o las conductas de riesgo vial, son más débiles en general, aunque son algo más fuertes en los países del norte de Europa (véase para un análisis más detallado, Pastor y cols., 1999). Así, en adolescentes noruegos se ha encontrado que la alimentación insana se relaciona tanto con un mayor número de horas pasadas fuera de casa con los amigos, como con un mayor número de horas viendo televisión y vídeo. Asimismo, el consumo de alcohol se relaciona con una mayor experimentación con el tabaco y con una mayor irregularidad en la alimentación (Wold, 1989).

Por lo general, las relaciones que aparecen entre las conductas que son beneficiosas para la salud, como por ejemplo la alimentación sana, la práctica de actividad física y la higiene dental, son más débiles y suelen hallarse más influidas por factores culturales. Este tipo de relaciones se observaron en un estudio sueco con adolescentes de 15 y 16 años en el que se encontró que cuando los adolescentes están activos tienen mejores hábitos de

alimentación, fuman menos y beben menos alcohol que los que no lo están (Jonsson, 1985, ref. en Wold, 1989). Pate y colaboradores (1996) con adolescentes estadounidenses, también encontraron que era más probable que los adolescentes poco activos consumieran menos frutas y verduras, jugaran con videojuegos más de 3 horas al día, hubieran consumido marihuana en los últimos 30 días y que se abstuvieran de usar el cinturón de seguridad. Por el contrario, los estudiantes que habían consumido una o más bebidas alcohólicas en los últimos 30 días era menos probable que fueran poco activos. Además, en un estudio estadounidense se pone de manifiesto que la poca o nula participación deportiva está asociada al hecho de no ponerse el cinturón de seguridad (Pate *et al.*, 1996). Los resultados de un estudio suizo van en la misma dirección (Ferron *et al.*, 1999).

La frecuencia de consumo de tabaco o de marihuana está inversamente relacionada con la actividad deportiva entre los adolescentes (Abel, Broer y Siegrist, 1992; Ferron *et al.*, 1999; Ilmarinen *et al.*, 1988; Pate *et al.*, 1996; Rothlisberger, 1994). Estos resultados son consistentes con los de investigaciones previas en las que el consumo de tabaco y otras drogas estaba negativamente relacionado con la participación en actividades extracurriculares, tales como la práctica de deporte (Escobedo, Marcus, Holtzman y Giovino, 1993; Shilts, 1991; Thorlindsson, Vilhjalmsson y Valgeirsson, 1990).

Sin embargo, a este respecto existen diferencias culturales y de género. Así, los chicos suizos tienen mayor tendencia que las chicas a consumir tabaco con sus amigos deportistas, y los estudiantes que pertenecen a clubes deportivos beben más que el resto de estudiantes (Rothlisberger, 1994). Por otra parte, en Estados Unidos elevados niveles de actividad física aparecen asociados con un aumento en el consumo de alcohol entre las chicas (Pate *et al.*, 1996), y un estudio alemán basado en el análisis cluster ha encontrado un patrón distinto, común para chicos y chicas, el cual se caracteriza por un aumento en el ejercicio físico, menor consumo de tabaco y un aumento en el consumo de cerveza (Abel *et al.*, 1992).

Capítulo 2

AUTOCONCEPTO

Desde diferentes ámbitos de la psicología (clínica, educativa, social) se ha remarcado la importancia del autoconcepto como un indicador de bienestar psicológico y como un mediador en la conducta (Greenwald y Pratkanis, 1984; Markus y Wurf, 1987). Hace ya más de un siglo, William James (1890) subrayó la importancia de este constructo como un determinante de la conducta. Sus aportaciones teóricas sobre el *self* han servido de base para posteriores estudios, y muchos de los temas que trató conforman un anticipo de cuestiones más contemporáneas en el estudio del autoconcepto. En este capítulo, haremos un repaso a las contribuciones más importantes que se han producido en el estudio de dicho constructo, desde William James hasta nuestros días.

A pesar de que el estudio del autoconcepto ha generado multitud de investigaciones, los investigadores no han puesto demasiado empeño en utilizar una terminología común, ni en definir los términos que estaban utilizando. La investigación hasta la década de los 80 se centró en el estudio de las relaciones del autoconcepto con otras variables, dejando a un lado el análisis empírico y teórico de su utilidad como constructo hipotético (Marsh y Hattie, 1996). No obstante, a partir de la década de los 80 se han realizado importantes avances en la teoría, evaluación e investigación de este constructo. El hito fundamental para este cambio de perspectiva lo constituye la revisión de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Estos autores destacaron la necesidad de solucionar los problemas de definición, medida e interpretación del autoconcepto antes de analizar su relación con otras variables. En este capítulo haremos referencia a los problemas conceptuales que afectan al estudio del autoconcepto, a la vez que ofreceremos una delimitación conceptual de los términos utilizados en el presente trabajo. Asimismo, abordaremos los distintos modelos de evaluación existentes.

Posteriormente, nos centraremos en los aspectos evolutivos del desarrollo del autoconcepto y, más concretamente, en las características que definen el autoconcepto en la etapa del ciclo vital objeto de nuestro estudio: la adolescencia temprana. Haremos referencia también a la influencia que la edad, el género y el nivel socioeconómico ejercen sobre el autoconcepto en este periodo de edad. Introduciremos, también, las principales

bases teóricas de los instrumentos de autoconcepto de Susan Harter (1985, 1988a), dado que el instrumento para niños de esta autora es el empleado en el presente trabajo de investigación. Por último, haremos un repaso a la validez de constructo de dicho instrumento.

1. HISTORIA

Aunque los orígenes del estudio del *self* podrían remontarse a los clásicos griegos (Baumeister, 1987), los estudiosos contemporáneos del autoconcepto le rinden un mayor tributo a autores como James (1890, 1892) y a los interaccionistas simbólicos como Cooley (1902) y Mead (1934). Estos autores realizaron las primeras contribuciones de mayor relevancia para el estudio del *self*; contribuciones que todavía tienen vigencia en la actualidad.

Generalmente, se reconoce a William James (1890, 1892) como el primer psicólogo que desarrolló una teoría sobre el autoconcepto (Marsh y Hattie, 1996). James articuló su teoría en base a cuatro aspectos fundamentales (Harter, 1996):

- a) La distinción entre el Yo y el Mi
- b) La naturaleza multifacética y jerárquica del autoconcepto
- c) El conflicto de los diferentes Mises
- d) La definición de autoestima como la relación entre los éxitos y las pretensiones del individuo

Una de las principales contribuciones de James al estudio del *self* fue la distinción entre dos aspectos fundamentales: el Yo y el Mi, el *self* como sujeto y el *self* como objeto. Para James, el Yo es el conocedor, el agente activo responsable de la construcción del Mi; mientras que el Mi es lo conocido, el conjunto de cosas objetivamente conocidas sobre uno mismo.

James (1890) definió al Yo como aquella parte de uno mismo que organiza e interpreta las experiencias de forma totalmente subjetiva; y, no sólo eso, sino que además, según James, el Yo también manifiesta otros tipos de conocimiento como, por ejemplo, el relacionado con la continuidad personal del individuo a través del tiempo y el conocimiento de que la singularidad de sus experiencias le llevan a la distintividad de uno mismo como persona.

El Mi lo definió James (1890) como la suma total de todo lo que una persona puede llamar sí mismo. El Mi era visto como el *self* empírico u objetivo en la medida en que era objeto de creación del Yo. Es este *self* empírico el que evoluciona en el ámbito psicológico para dar lugar al autoconcepto tal y como ahora lo conocemos (Balaguer, 1995).

Según James (1890), este *self* como objeto de conocimiento podría subdividirse en tres componentes principales: el *self* material, el *self* social y el *self* espiritual. Incluido en el *self* material se encuentra el *self* corporal y las posesiones que el Yo puede llamar suyas. El *self* social consta de aquellas características del *self* reconocidas por otros. Dada la potencial

diversidad de las opiniones de los otros, James concluyó que “un hombre tiene tantos sí mismos (*selves*) sociales como individuos hay que le conocen y tienen una imagen de él en su mente” (p. 190). El *self* espiritual fue definido como un *self* interno compuesto por los pensamientos, disposiciones, juicios morales, etc., los cuales considera que son los aspectos más duraderos del *self*.

Para entender el Mi o *self* empírico en su totalidad, James propone que hay que tener en cuenta, no sólo los tres elementos señalados, sino también los sentimientos y emociones que estos tres elementos provocan en uno mismo (*self-appreciation*) y los actos que éstos promueven o incitan a realizar (*self-seeking* y *self-preservation*).

James no sólo define las dimensiones del *self* sino que le otorga una estructura jerárquica (Harter, 1996). En la base de la jerarquía se encuentra el *self* material. En un nivel superior se encuentra el *self* social, y el nivel más alto es ocupado por el *self* espiritual. James (1890) señaló que el *self* espiritual es “tan supremamente valioso que, antes de perderlo un hombre debería estar dispuesto a renunciar a amigos, reputación, propiedades y la vida misma” (p. 203). De esta forma, James preparó el terreno para los posteriores modelos teóricos en los cuales el *self* es visto como multidimensional y jerárquico (Harter, 1996).

Cabe señalar que la dinámica que se establece entre los componentes del *self* empírico no es armónica sino que por el contrario entre ellos se produce rivalidad y conflicto, dando lugar a lo que él denominó el “conflicto de los diferentes Mises”. Este conflicto se observa en la diversidad del *self* social y también en la incompatibilidad de los roles potenciales que la persona puede desear adoptar en la edad adulta. Así la persona debe elegir unos roles y rechazar otros.

Para James, el rechazo de unos determinados atributos o roles no era necesariamente perjudicial para el sentido global de la valía de la persona. Lo que es fundamental para el nivel de autoestima del individuo son sus pretensiones. La autoestima no puede reducirse simplemente al conjunto de éxitos percibidos en la vida del individuo. Mas bien, la autoestima representa la relación entre los éxitos y las pretensiones del individuo. Así, si los éxitos percibidos fueran iguales o mayores que las pretensiones o aspiraciones de uno, el resultado sería una alta autoestima. Y, a la inversa, si las pretensiones exceden a los éxitos, es decir, si el individuo es incompetente en un ámbito en el cual tiene aspiraciones, experimentará una baja autoestima (Harter, 1996).

La obra de William James constituye el punto de partida del Interaccionismo Simbólico. En concreto, su *self* social anticipaba la importancia de la evaluación de los otros, lo cual era un aspecto importante en los planteamientos de los interaccionistas simbólicos. Esta escuela de pensadores postula que existe una fusión (interacción) entre el hombre y la sociedad, por lo que no es posible el análisis de lo individual sin tener en cuenta lo social (Cooley, 1902). De este modo, estudiosos como Cooley (1902), Mead (1925, 1934) y Baldwin (1895) consideraron que el *self* era primordialmente una construcción social, construido a partir de los intercambios lingüísticos (interacciones simbólicas) con los demás.

Cooley (1902) desarrolló su noción de autoconcepto a partir de la metáfora del espejo (*the looking glass self*). Según este autor, la percepción que uno tiene sobre sí mismo está determinada por la percepción de las reacciones que los demás tienen hacia él; por tanto, los otros significativos constituyen el espejo social en el cual el individuo se mira para detectar sus opiniones hacia él. La percepción de estas opiniones es la principal fuente de información para la formación del autoconcepto.

Cooley considera que, en la formación del autoconcepto confluyen tres elementos principales: 1) la idea que nosotros nos formamos sobre cómo es nuestra apariencia para la otra persona, 2) la idea que nosotros nos formamos sobre la valoración que hacen los demás de nuestra propia apariencia, y 3) el sentimiento resultante sobre nosotros mismos (Cooley, 1902). De esta forma, si la persona considera que los demás han realizado una valoración positiva sobre su propia apariencia, sentirá satisfacción personal, mientras que si por el contrario considera que ha sido juzgado negativamente, su sentimiento será de humillación o insatisfacción.

Por tanto, de los párrafos anteriores se desprende que el autoconcepto se desarrolla a partir de las respuestas que el sujeto imagina que emiten los demás hacia él y no de las respuestas reales de los demás. La información que el sujeto obtiene es real para sí mismo, independientemente de que sea exacta o no. Cooley no especifica los mecanismos concretos por los que se integra la imagen del otro sobre sí mismo. Pero entiende que existe un proceso implicado de internalización de las opiniones de los otros (Harter, 1996).

Mead amplía el *self* social de James y desarrolla las ideas de Cooley. Al igual que James, encuentra la esencia del *self* en la distinción entre el Yo y el Mi, y como Cooley, considera el *self* como un fenómeno social. Su principal aportación consiste en demostrar que la mente y el *self* son el resultado de un proceso social y que el lenguaje, en forma de gesto vocal, es el que posibilita el mecanismo para su emergencia. El gesto vocal “...incide sobre un individuo en la misma forma en que incide sobre otro” (Mead, 1922, p. 160), por tanto, puede transportar gran cantidad de significados compartidos. El gesto vocal puede producir en el receptor la misma reacción que en el productor, por lo que aquel adopta la actitud de éste. Los gestos son símbolos significantes y gracias a la utilización de éstos el individuo puede situarse en el lugar del otro, puede adoptar el papel del otro para regular su propia conducta. Según Mead “la conciencia del individuo depende pues, de asumir la actitud del otro hacia sus propios gestos” (Mead, 1934, p. 47). Para que un individuo pueda tener un concepto de sí mismo ha de ser capaz de tomarse a sí mismo como objeto de análisis, es decir, ha de ser capaz de verse a sí mismo desde el lugar del otro. En esta asunción de roles, la persona no toma el papel de otro específico sino del “otro generalizado”. El otro generalizado está formado por el conjunto organizado de actitudes comunes de un grupo que son asumidas por la persona como contexto para su propio comportamiento. Es decir, no se trata simplemente de asumir el papel del otro, sino de asumir el papel de un colectivo como un todo. De esta forma se configura la personalidad organizada (persona), la cual es un reflejo inseparable del grupo social.

Asimismo, Mead (1925) postula un proceso de dos etapas a partir del cual el niño adopta las actitudes de los otros hacia el *self*, denominadas como etapa del juego simbólico (*play*) y etapa del juego organizado (*game*).

En la primera etapa, etapa del juego simbólico (*play*), el niño adopta simplemente los papeles de las personas con las que ha ido viviendo, bien sea su madre, su padre o sus hermanos. Así, el niño juega a madres, a médicos, a policías, a piratas o a indios. En la segunda etapa, etapa del juego organizado (*game*), el niño debe interiorizar la actitud de todos aquellos que están involucrados en la actividad común para poder representar con éxito su papel. Aquí, la persona no ha adoptado simplemente el papel de otro específico, sino el de cualquier otro que participe en la actividad común: ha generalizado la actitud de adopción de roles, podemos decir que ha adoptado la actitud del otro generalizado.

Mead retoma y reinterpreta la distinción que James realiza entre el Mí y el Yo. Mead define el Mí de un modo más social que James. Según Mead el Mí está constituido por todas las actitudes de los otros hacia uno mismo. A través de éstas, la persona incorpora en ella misma los valores, normas y costumbres de la sociedad en la que vive. De esta forma, la persona va estableciendo el marco en el que tiene que moverse el Yo. Las actitudes de los otros constituyen el Mí organizado y luego uno reacciona hacia ellos como un Yo. El Yo de Mead comparte con el de James un énfasis en la agencia. El Yo para Mead está constituido por los aspectos creativos e innovadores de la persona; es el principio de la acción y el impulso cuya acción influye sobre la estructura social (Mead, 1934). Por tanto, para Mead, el individuo contribuye a la configuración de la sociedad tan legítimamente como ésta contribuye a la configuración del individuo.

Para Baldwin (1897), la construcción del *self* era un proceso social y dialéctico entre el *self* y los otros, también denominados el alter. El sentido de uno mismo evoluciona a partir de la imitación de los otros, y el sentido de los otros para uno mismo evoluciona en términos del propio sentido de uno mismo. Por tanto, tanto el ego como el alter son esencialmente sociales, cada uno es un socio y una creación imitativa. Posteriormente, Baldwin (1897) afirmó que el desarrollo de la personalidad del niño no puede llevarse a cabo sin la modificación de su sentido de sí mismo a partir de las sugerencias de los otros. Ya que él mismo, en cada estadio, es en parte otra persona, igual que su propio pensamiento acerca de sí mismo.

Desde una perspectiva evolutiva, el proceso imitativo es particularmente importante durante la niñez, ya que los niños son, según Baldwin, una “verdadera máquina de copiar” (Baldwin, 1897, p. 12). Al imitar a los otros, el individuo está transfiriendo conductas a su *self* para intentar actuar de acuerdo a los otros. De esta forma, aunque se está imitando la conducta de los otros, las conductas llegan a integrarse como un aspecto central para la autodefinición del individuo. Los niños ajustan o modifican su conducta para ganar la aprobación de los otros significativos. Baldwin contrasta el *self* complaciente con el *self* habitual, el cual representa las inclinaciones más naturales del niño. Sin embargo, el *self* complaciente, el cual representa las conductas modificadas por influencias externas, hace que el individuo traspase las nuevas conductas aprendidas al *self* habitual. Hay una

transferencia de atributos, primero estimulados y reforzados por los otros y después asimilados por el *self* habitual del individuo. Así, junto con el proceso imitativo, hay un proceso implícito de internalización a través del cual el individuo llega a desarrollar sus propias conductas particulares que son centrales en su *self*.

Inherente a las explicaciones de Baldwin de estos procesos hay dos temas que reaparecen en los tratados contemporáneos del *self*. El primero hace referencia al argumento de que el *self* durante los primeros años de vida representa un proceso de cambio. El segundo hace referencia a la descripción que hace Baldwin de la multiplicidad de la estructura del *self*. Los atributos del *self* pueden diferir a través de distintos contextos, pero también dentro de un mismo contexto (Baldwin, 1897). De esta forma, encontramos en Baldwin un modelo para el desarrollo de los múltiples sí mismos (*selves*), un tema presente en la teoría contemporánea del *self*.

Las aportaciones de estos grandes teóricos del autoconcepto han permanecido vigentes hasta la actualidad y constituyen el marco conceptual de otras cuestiones más contemporáneas del *self*. Sin embargo, la llegada del conductismo en la segunda década del siglo XX supuso una interrupción en el estudio de la autoestima. El conductismo pone su acento en el método científico y dirige su atención hacia los aspectos de la conducta susceptibles de observación y medición. Lógicamente, esta postura supone una situación muy difícil para el estudio del autoconcepto, ya que éste implica una experiencia interna y una interpretación subjetiva. De este modo, las contribuciones de estos teóricos quedaron en el olvido, salvo por parte de algunos estudiosos que, desde el área de la sociología (Albion Small), estaban interesados por los cursos que Mead impartía (Farr, 1987).

Durante la primera mitad del siglo XX, se produjeron intermitencias en el interés por el estudio del autoconcepto. Estas intermitencias corresponden a un buen número de pensadores que, o bien pertenecientes a diferentes escuelas de pensamiento como el psicoanálisis (Freud, Jung, Adler, Sullivan) y la fenomenología (Kelly, Lewin, Rogers), o bien sin pertenecer a ninguna escuela concreta como Gordon, Allport, Goldstein y Maslow, se ocuparon de su estudio (Balaguer, 1995; Greenwald y Pratkanis, 1984).

En los comienzos de la primera mitad del siglo XX, los constructos hipotéticos, como el autoconcepto, comienzan a ser aceptados ya que se consideran predictores de la conducta más parsimoniosos para los modelos teóricos que una multitud de aspectos observables discretos. Además, en este momento tiene lugar una revolución cognitiva en los campos de la psicología infantil y adulta (Bruner, 1990). La teoría de la auto-actualización de Maslow (1954) y el trabajo de Erikson con el desarrollo de la identidad (Erikson, 1968) establecieron la búsqueda de un sentido del *self* como fundamental para el desarrollo humano saludable; pero es a finales de los años setenta cuando se acrecienta el interés por el autoconcepto en diferentes áreas de la psicología (Greenwald y Pratkanis, 1984). La introducción de la teoría del aprendizaje social y de la psicología cognitiva han sido claves para este nuevo periodo de interés por el estudio del autoconcepto (Farr, 1987).

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) resalta la importancia del autorrefuerzo, introduciendo así dos nuevas variables en el estudio del autoconcepto: la

autorrecompensa y el autocastigo. A través de los procesos de aprendizaje social, el individuo asume patrones de conducta y se administra premios o castigos según su actuación esté de acuerdo o no con estas pautas o patrones. De acuerdo con esta teoría, el autoconcepto, la autoestima o cualquier otro pensamiento referido a uno mismo depende de la frecuencia de autorrefuerzo (Musitu, Pastor y Román, 1980).

La psicología cognitiva, con su énfasis en el procesamiento de la información, le ha dado un nuevo acento al Yo en el estudio del *self*, centrando su atención en el modo en que se adquiere, se almacena, se recupera y se utiliza la información que es relevante para el individuo (Oñate, 1989). Desde la psicología cognitiva se empieza a considerar al *self* como un esquema, como una estructura de conocimiento que nos permite ordenar la información acerca de nosotros mismos. Markus (Markus, 1977, 1980; Markus y Herzog, 1991; Markus y Wurf, 1987; Oyserman y Markus, 1993), Neisser (1976), y Greenwald y Pratkanis (1984) son los principales representantes de esta concepción del autoconcepto como organizador del conocimiento.

Markus considera que los intentos por organizar, resumir y explicar nuestra propia conducta dan lugar a la formación de estructuras cognitivas sobre el *self* que ella denomina autoesquemas. Los autoesquemas son generalizaciones cognitivas sobre el *self*, derivados de la experiencia pasada, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con el *self*, contenida en la experiencia social del individuo.

En opinión de Neisser (1976), un esquema es una estructura interna al perceptor, modificable por la experiencia y de alguna manera específico de lo que está siendo percibido. El esquema, además de organizar la información que se va a almacenar, también opera como plan o guía que dirige las actividades relevantes a los esquemas y como ejecutor de dicho plan. Los esquemas existen en interdependencia dinámica con el entorno, por lo que pueden ser cambiados y actualizados desde el momento en que son utilizados como bases para los juicios, decisiones, interferencias y predicciones.

Para Greenwald y Pratkanis (1984), el concepto de esquema acompaña tanto al contenido del conocimiento como al proceso de conocimiento. Así, los aspectos subjetivos del *self* pueden comprenderse en términos de los aspectos del proceso de esquema, mientras que los aspectos objetivos están identificados con el contenido del esquema. La estructura de esquema conlleva la dualidad sujeto-objeto o proceso-contenido.

El autoconcepto como organizador del conocimiento se define como un esquema complejo, específico de la persona, central y actitudinal que engloba las siguientes cuatro características: 1) el autoconcepto es una estructura de conocimiento, un esquema que se mantiene activamente; 2) el contenido de esta estructura del conocimiento varía en cada individuo y el esquema es específico de la persona; 3) el autoconcepto es un centro de atención afectiva y la estructura del conocimiento es un esquema actitudinal; y 4) el autoconcepto está constituido por facetas difusas, públicas, privadas y colectivas. Cada faceta ofrece una base distinta para la autoevaluación, y la intensidad relativa de cada una de ellas varía en función de la persona y de la situación (Greenwald y Pratkanis, 1984).

2. CONCEPTUALIZACIÓN

Los estudios que versan sobre el autoconcepto han utilizado una gran variedad de términos que han llegado a hacer muy difícil las tareas de interpretar gran parte de la literatura y de conceptualizar el término “autoconcepto” (Véase Wylie, 1979, 1989). Es por esto que, nos parece de primordial importancia hacer referencia a los problemas conceptuales que han venido dificultando la definición de este constructo, así como ofrecer una delimitación conceptual de aquellos términos que van a ser utilizados en el presente trabajo.

2.1. PROBLEMAS CONCEPTUALES

Byrne (1996) resume el problema de la conceptualización del autoconcepto en cuatro causas fundamentales: la ausencia de una definición aceptada universalmente, la variedad de términos sinónimos asumidos y utilizados en la investigación, la ambigua distinción entre algunos términos, tales como autoconcepto-autoeficacia o autoconcepto-autoestima, y el predominio de las nociones informales del autoconcepto frente a las formales.

1.- Ausencia de una definición aceptada universalmente

El problema central de la conceptualización del autoconcepto ha sido la ausencia de una definición del constructo clara, concisa y universalmente aceptada. En diversas revisiones realizadas sobre este tema se ha recogido una extensa gama de definiciones (Burns, 1979; Byrne, 1984; Hansford y Hattie, 1982; Shavelson *et al.*, 1976; Wells y Marwell, 1976; Zirkel, 1971). Así, por ejemplo, Shavelson y colaboradores (1976) encontraron 17 dimensiones conceptuales diferentes a partir de las cuales se pueden clasificar las diferentes definiciones del término.

2.- Variedad de términos sinónimos utilizados en la investigación

En la literatura sobre esta área de estudio se utilizan indistintamente infinidad de términos diferentes (Blascovich y Tomaka, 1991; Hattie, 1992). Este hecho añade confusión al problema conceptual de partida. En un trabajo que trata de resolver este problema, Hattie (1992) considera que la mayoría de los términos empleados pueden ser categorizados en torno a los dos grandes términos del área: autoconcepto y autoestima. Los términos que se suelen intercambiar con autoconcepto son: *self*, autovaloración (*self-estimation*), autoidentidad (*self-identity*), autoimagen (*self-image* y *self-imagery*), autopercepción (*self-perception*), autoconocimiento (*self-consciousness*), y autoconciencia (*self-awareness*). Aquellos otros términos intercambiados más habitualmente con la autoestima son: autoconsideración (*self-regard*), autoveneración (*self-reverence*), autoaceptación (*self-acceptance*), autorrespeto (*self-respect*), autovalía (*self-worth*), autosentimientos (*self-feeling*) y autoevaluación (*self-evaluation*).

3.- Diferenciación del autoconcepto y otros constructos relacionados

Otro de los problemas en torno a la definición del autoconcepto es la ambigua distinción existente entre este constructo y otros constructos relacionados. Entre estos términos relacionados con el autoconcepto y que más conducen a confusión destacan la autoeficacia, la autoestima y el *self* (Byrne, 1996).

Autoconcepto versus autoeficacia

Los estudiosos del campo de la autoeficacia han estado especialmente preocupados por delimitar las semejanzas y diferencias entre autoconcepto y autoeficacia (Bandura, 1986, 1997; Villamarín, 1990). Así, las semejanzas entre estos conceptos tienen que ver con el papel que ambos conceden a las variables de tipo personal en la determinación de la acción, y en el carácter eminentemente cognitivo de estos constructos, lo que en buena medida explica su vigencia actual (Villamarín, 1990). El mismo Bandura (1986) afirmaba que, aunque las creencias de confianza del individuo son esenciales para ambos conceptos, los dos representan fenómenos distintos y no deben ser considerados como sinónimos.

Así pues, según Bandura el autoconcepto podría definirse como la visión global de uno mismo que se forma a partir de la experiencia directa y de las evaluaciones de otras personas significativas. En este sentido, el autoconcepto se evalúa preguntando a las personas en qué medida determinadas afirmaciones descriptivas de atributos pueden ser aplicadas a ellas mismas (Bandura, 1997).

En contraste, la autoeficacia hace referencia a los juicios de los individuos sobre sus capacidades para ejecutar una acción que le conduzca al logro de determinado rendimiento. En este sentido, la autoeficacia varía en función de los diferentes tipos o áreas de actividades, incluso dentro de un área dada varía en función de los diferentes niveles de dificultad y en función de las diferentes circunstancias (Bandura, 1997).

A pesar de que en la actualidad se distinguen varios dominios del autoconcepto, además del autoconcepto global, éstos se diferencian de la autoeficacia en el grado de especificidad. Mientras que la autoeficacia es un juicio de las capacidades del individuo para ejecutar conductas específicas en situaciones específicas, el autoconcepto recoge creencias más generales de autovalía asociadas con la competencia percibida por la persona en un dominio determinado (Pajares y Miller, 1994). Así pues, el autoconcepto comparado con la autoeficacia es más global y menos dependiente del contexto (Pajares, y Miller, 1994; Strein, 1993).

Marsh, Walker y Debus (1991) contribuyen a la distinción entre estos dos conceptos señalando que el autoconcepto está probablemente más influido por el marco de referencia y la comparación social, que la autoeficacia. Por ejemplo, un estudiante al responder a una medida de autoconcepto que suponga la evaluación de capacidades relacionadas con el ámbito escolar, normalmente realizará tal juicio comparando su propia ejecución con la de sus compañeros de clase (comparación externa), así como con su propia ejecución en otras áreas (comparación interna). Este proceso de comparación dual representa los efectos del marco de referencia. Sin embargo, los juicios de autoeficacia se centran sobre la capacidad

del estudiante en relación a determinados criterios específicos y, como consecuencia, se minimizan los efectos del marco de referencia.

Autoconcepto versus Autoestima

La distinción entre autoconcepto *versus* autoestima es quizás una de las cuestiones que más debate ha originado entre los investigadores. En general, los estudiosos suelen aceptar que estos dos conceptos representan aspectos diferentes del *self* (Byrne, 1996; Hattie, 1992). En este sentido, mientras que el autoconcepto connota una definición del constructo que incluye aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, la autoestima denota un componente evaluativo del autoconcepto (Blascovich y Tomaka, 1991; Wells y Marwell, 1976). Brinthaupt y Erwin (1992) han vinculado esta distinción a la diferencia existente entre autodescripción y autoevaluación.

En contraste, algunos autores consideran que en todas las mediciones del autoconcepto existe un componente evaluativo, incluso en aquellas medidas que, de forma manifiesta, carecen de contenido relacionado con la estima (Greenwald, Bellezza y Banaji, 1988). Esto conduce a que la distinción entre ambos conceptos sea más bien a nivel conceptual que a nivel práctico. De hecho, a pesar de los reclamos de distinción entre ambos términos, la investigación sobre la validez de constructo no ha apoyado significativamente esta distinción (Marsh, 1986a; Shepard, 1979). Como consecuencia, la mayoría de los investigadores usan estos términos como sinónimos (Hughes, 1984; Shavelson *et al.*, 1976).

Autoconcepto versus Self

En ocasiones se han utilizado los términos autoconcepto (*self-concept*) y *self* como si fueran intercambiables. Sin embargo, un autoconcepto es una idea sobre algo, mientras que el *self* es la entidad a la cual se refiere el autoconcepto (Baumeister, 1998). El autoconcepto hace referencia a una construcción cognitiva, mientras que el *self* hace referencia a una entidad. Así pues, podríamos traducir el término “*self*” como “sí mismo”; sin embargo, puesto que el término anglosajón está ampliamente integrado en el lenguaje de toda la comunidad científica, será éste el que utilizaremos en el presente trabajo.

Es fácil confundir estos dos términos ya que la construcción cognitiva forma parte de la naturaleza del *self* (Baumeister, 1998). Por tanto, el *self* hace referencia a un concepto mucho más amplio que incluye dentro de sí a otros constructos más concretos como el autoconcepto o la autoestima.

4.- Predominio de las nociones informales sobre las formales

Una última cuestión relacionada con la medida del autoconcepto es la tendencia de los investigadores a sustituir las definiciones académicas con nociones del lenguaje común (Blascovich y Tomaka, 1991). Como hemos dicho anteriormente, algunos autores asumen que todo el mundo conoce el significado de este concepto por lo que consideran innecesario aportar una definición sobre el mismo (Marsh, 1997). Sin embargo, dado que el autoconcepto es un constructo hipotético, no evaluable directamente, es fundamental que se

establezca su significado y legitimidad a través de pruebas de validez de constructo (Byrne, 1996).

2.2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LOS TÉRMINOS UTILIZADOS

Después de muchos años de confusión, parece haber un acuerdo general respecto a las definiciones tanto del *self* como de sus constructos primarios: autoconcepto y autoestima.

El término “*self*” hace referencia a un constructo que podemos definir en base a las creencias, actividades y experiencias relacionadas con el mismo. Según Higgins (1996), el *self* no es un simple objeto, sino más bien un constructo que no puede ser directamente percibido o conocido. Sin embargo, cada individuo (con la ayuda de los otros) construye todo un cuerpo de creencias sobre él. La acumulación de este conjunto de creencias es, en esencia, la construcción del *self*.

Por otra parte, Baumeister (1998) entra en más detalle al entender el *self* como una entidad caracterizada por tres tipos de actividades y experiencias: la conciencia reflexiva, los roles interpersonales y la función ejecutiva. Por conciencia reflexiva se entiende la experiencia por la cual una persona es consciente de sí misma. Esta experiencia parece ser común en todos los seres humanos y es central para la naturaleza del *self*. Además, el *self* es un ser interpersonal; no se desarrolla como una unidad en aislamiento. Las personas aprenden quién y qué son para otras personas y siempre tienen identidades como miembros de grupos sociales. Asimismo, las relaciones con los otros significativos son de vital importancia para el desarrollo del *self*. Por último, el *self* es una entidad que toma decisiones, que inicia las acciones y que adquiere responsabilidades. Tiene, por tanto, una función ejecutiva.

El término autoconcepto se asigna a la autodescripción, es decir, hace referencia a los atributos o características del *self* que son reconocidos conscientemente por el individuo a través del lenguaje, o lo que es lo mismo, a cómo se describe el individuo a sí mismo (Harter, 1999). De este modo, una serie de afirmaciones como “Yo soy una mujer” o “Yo soy un estudiante” se reúnen para producir una conciencia multifacética del *self* (Fox, 1988; Sonstroem, 1982). Además de autoconcepto y autodescripción, otros términos tales como autopercepciones o autorrepresentaciones son utilizados como sinónimos de este concepto. Shavelson y colaboradores (1976) definen al autoconcepto como las autopercepciones de una persona que se forman a partir de la experiencia y de las interpretaciones de su ambiente. Se encuentra influido especialmente por las evaluaciones de los otros significativos, los reforzadores y las atribuciones de la persona sobre su propia conducta (Shavelson *et al.*, 1976).

El término autoestima, por otro lado, implica un componente evaluador, por tanto consiste en una serie de reflexiones sobre el *self*. Puede definirse como la valencia de la evaluación de la persona sobre el *self*. Por tanto, la autoestima es el aspecto evaluativo de la

conciencia reflexiva del *self* ya que hace un juicio basado en el autoconocimiento (Baumeister, 1998).

Sin embargo, las autodescripciones no están exentas del carácter evaluador de la autoestima, por lo que la distinción mencionada entre autoconcepto-autoestima o autodescripciones-autoevaluaciones es más conceptual que operacional. Es decir, las autodescripciones que el individuo hace de sí mismo no tienen un valor neutro, tienen un significado afectivo y reflejan autorrepresentaciones que son evaluadas como favorables o desfavorables. Así pues, la autoestima podría tener a su base una multitud de evaluaciones de aspectos específicos como “Yo soy el mejor corredor de la clase”. Susan Harter (1999), en un intento de hacer operativa esta distinción de conceptos, utiliza el término autoconcepto para referirse a las autoevaluaciones de dominios específicos como la aceptación social, la competencia cognitiva, la apariencia física, etc., y emplea el término autoestima o autovalía para referirse a las evaluaciones globales de la valía del individuo como persona.

En el presente trabajo, por una parte, para referirnos a los trabajos donde los investigadores no han tratado el asunto de la valencia, utilizaremos los términos autoconcepto, autodescripciones, autopercepciones o autorrepresentaciones; y, por otra parte, para referirnos a los trabajos en los que sí se asume la valencia y a los que hablan de definiciones globales del individuo, usaremos los términos autoestima, autoevaluaciones, autovalía y autoconcepto general ajustándonos a la terminología empleada por cada investigador.

Por último, siguiendo a Susan Harter (1999), en nuestro trabajo empírico utilizaremos el término “autoconcepto” para referirnos a las autopercepciones del individuo en dominios específicos, y el término “autoestima” o “autovalía” para referirnos a la percepción global de la valía del individuo como persona.

3. MODELOS TEÓRICOS Y EVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO

Muy pocos de los instrumentos de autoconcepto elaborados antes de 1980 estaban vinculados a una teoría concreta. De los que sí fueron teóricamente concebidos, la mayoría estaban basados en la noción de que el autoconcepto tiene una estructura unidimensional. Consecuentemente, muchos instrumentos fueron diseñados para medir sólo un aspecto global del constructo (Harter, 1990a).

A partir de 1980 tiene lugar un importante desplazamiento hacia una perspectiva multidimensional del autoconcepto. Los modelos teóricos imperantes, apoyados por los datos, revelan claramente que el modelo multidimensional del *self* describe mucho más adecuadamente la fenomenología de las autodescripciones (Bracken, 1992; Harter, 1982, 1985, 1990b; Hattie, 1992; Keith y Bracken, 1996; Marsh, 1986a, 1987, 1993; Mullener y Laird, 1971; Oosterwegel y Oppenheimer, 1993; Shavelson y Marsh, 1986; Shavelson *et al.* 1976). De acuerdo con estos descubrimientos, muchos instrumentos de medida

desarrollados desde 1980 están multidimensionalmente estructurados, y muchos están fielmente vinculados a un modelo teórico particular (Byrne, 1996).

En general, los modelos teóricos del autoconcepto se pueden categorizar en dos amplias perspectivas: la que defiende la unidimensionalidad y la que defiende la multidimensionalidad. Dentro de estas dos amplias categorías, y a pesar de alguna inconsistencia con respecto a la nomenclatura, podríamos sugerir que existen básicamente siete modelos teóricos de autoconcepto (Byrne, 1984, 1996; Harter, 1990a; Hattie, 1992; Marsh y Hattie, 1996, Strein, 1993).

3.1. MODELOS UNIDIMENSIONALES

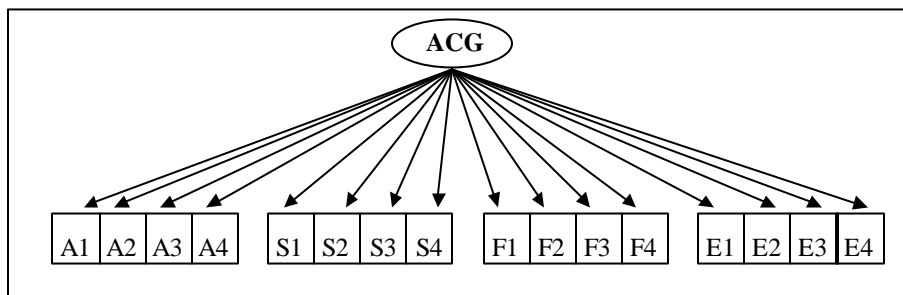
Modelo Nomotético

El modelo nomotético representa la visión más tradicional y antigua del autoconcepto. Fue etiquetado por vez primera por Soares y Soares (1983). Quizás porque el término “nomotético” implica generalidad y universalidad, Marsh y Hattie (1996) se refieren al mismo con el nombre de “unidimensional, modelo del factor general”.

Este modelo, como su propio nombre indica, sugiere que existe un único factor general de autoconcepto compuesto por diferentes áreas de experiencia. Estas áreas de experiencia están tan dominadas por el factor general que no es posible diferenciar adecuadamente factores separados (Coopersmith, 1967; Marx y Winne, 1978; Piers y Harris, 1964). Así, por ejemplo, el autoconcepto general puede considerarse como una suma de los autoconceptos académico, social, físico y emocional (Véase Figura 1). Coopersmith (1967) fue uno de los principales defensores del punto de vista de que el autoconcepto es global por naturaleza y que los niños preadolescentes, por lo menos, no diferencian entre los diferentes dominios de sus vidas.

Los instrumentos realizados bajo este modelo teórico están compuestos por una serie de ítems que abarcan diferentes áreas de contenido. A todos los ítems se les da el mismo peso y se suman sus puntuaciones para dar una puntuación de autoconcepto global. El modelo nomotético asume que la puntuación derivada de esta suma representa un ajustado reflejo unidimensional del *self* de un individuo relacionado con varias facetas de su vida (Harter, 1990a).

FIGURA 1. Modelo nomotético



ACG=Autoconcepto general; A1-A4= ítems sobre autoconcepto académico; S1-S4= ítems sobre autoconcepto social; F1-F4= ítems sobre autoconcepto físico; E1-E4= ítems sobre autoconcepto emocional

Bajo este modelo teórico se han construido varios instrumentos; dos ejemplos, utilizados para valorar el autoconcepto general en la adolescencia temprana y media, son la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* – PHCSCS) (Piers y Harris, 1964) y el Inventario de Autoestima (*Self-Esteem Inventory*) de Coopersmith (1967).

La validez del modelo nomotético ha sido desafiada y severamente criticada por los investigadores que apoyan la visión opuesta, esto es, multidimensionalidad del autoconcepto (Byrne, 1984; Harter, 1990a; Marsh y Hattie, 1996; Marsh y Shavelson, 1985; Shavelson y Marsh, 1986).

“Verdadero” modelo unidimensional

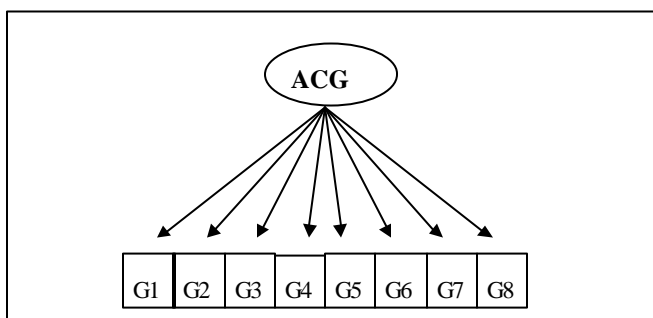
El “verdadero” modelo unidimensional –denominado así por Byrne (1996) para distinguirlo del modelo unidimensional nomotético– presenta un autoconcepto general medido directamente y no a través de autopercepciones más específicas; es decir, cada ítem está diseñado para medir únicamente el autoconcepto general (Véase Figura 2).

Este modelo deriva de la noción de autoestima global planteada por Rosenberg (1979), la cual no es incompatible con la noción de un autoconcepto multidimensional. Según este autor, tanto la autoestima global como las partes que componen esta globalidad “...existen dentro del campo fenomenológico del individuo como entidades separables y distinguibles, y cada una puede y debe ser estudiada en su propio derecho” (Rosenberg, 1979, p. 20). Sin embargo, Rosenberg centró su trabajo únicamente en el estudio del autoconcepto general o autoestima global y criticó el modelo nomotético resumiendo el problema en la siguiente afirmación: “Por lo tanto, sumar las partes para calcular la totalidad es ignorar el hecho de que la actitud global es el producto de una síntesis enormemente compleja de elementos, los cuales se basan en el campo fenomenológico del individuo. No son simplemente los elementos *per se*, sino sus relaciones, influencia y combinación los responsables del resultado final” (Rosenberg, 1979, p. 21). Para la

medición de la autoestima global, Rosenberg desarrolló la Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-Esteem Scale* —RSE; Rosenberg, 1965).

Como veremos más adelante, la noción de autoestima global de Rosenberg ha sido incorporada en el contexto de las escalas multidimensionales por Susan Harter (1985, 1988a).

FIGURA 2. Verdadero Modelo Unidimensional



ACG=Autoconcepto general; G1-G8= ítems sobre autoconcepto general

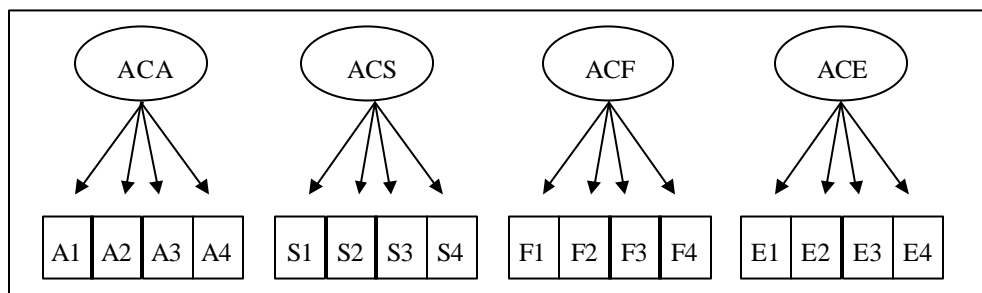
3.2. MODELOS MULTIDIMENSIONALES

Modelo de los factores independientes

Esta perspectiva teórica fue propuesta por primera vez por Soares y Soares (1980), siendo estos investigadores sus únicos defensores. Ellos lo denominaron originalmente modelo taxonómico, pero esta etiqueta se opone al modelo taxonómico tal y como lo interpretan Marsh y Hattie (1996) sobre la base de las teorías de inteligencia. La tesis principal de estos investigadores fue que el autoconcepto está compuesto por múltiples facetas, cada una de las cuales es independiente del resto de dimensiones, y que en el peor de los casos, estarían débilmente correlacionadas (Véase Figura 3). Este modelo contradice la existencia de un autoconcepto global y de una estructura jerárquica correlacionada.

Sin embargo, no se ha encontrado evidencia a favor de este modelo en la literatura, sino que, por el contrario, la investigación reciente ha revelado la existencia de correlaciones significativas entre las subescalas del cuestionario de Soares y Soares (1979) - Inventario de Percepción Afectiva- (*Affective Perception Inventory* –API) (Byrne y Shavelson, 1986; Hattie, 1992; Marsh y Hattie, 1996).

FIGURA 3. Modelo de los Factores Independientes

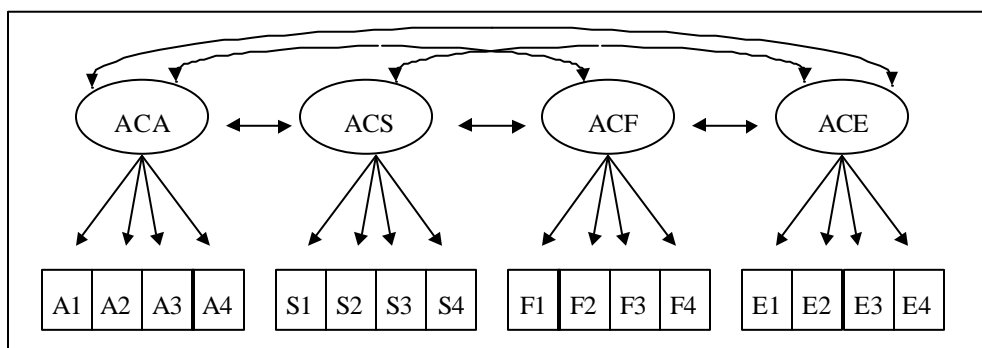


ACA=autoconcepto académico; ACS=autoconcepto social; ACF=autoconcepto físico;
ACE= autoconcepto emocional; A1-A4, S1-S4, F1-F4 y E1-E4= ítems de las respectivas subescalas

Modelo de los factores correlacionados

En contraste con el modelo anterior, esta estructura teórica propone que las dimensiones o dominios específicos están correlacionados entre sí y/o con una medida global de autoconcepto. En las Figuras 4 y 5 podemos ver dos versiones de este modelo. En la primera se defiende la existencia de correlaciones únicamente entre los dominios específicos del autoconcepto, mientras que en la segunda se mantiene que, además de estas correlaciones, los dominios se relacionan con el autoconcepto global.

FIGURA 4. Modelo de los factores correlacionados A



ACA=autoconcepto académico; ACS=autoconcepto social; ACF=autoconcepto físico;
ACE= autoconcepto emocional; A1-A4, S1-S4, F1-F4 y E1-E4= ítems de las respectivas subescalas

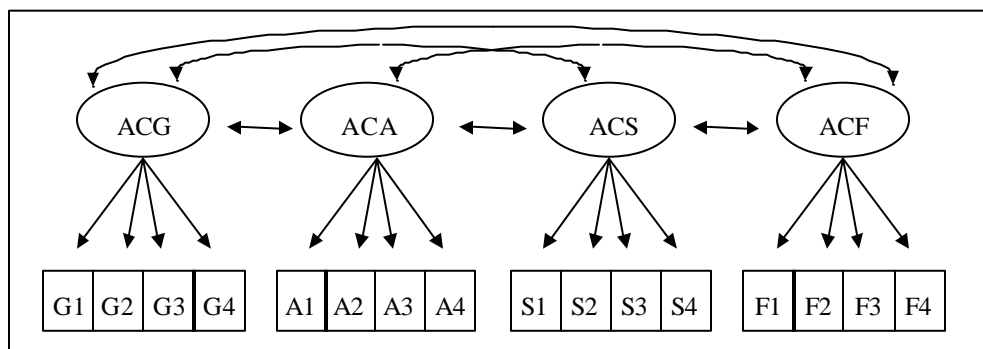
Para Harter (1990a), un aspecto importante de la separación, tanto conceptual como empírica, entre la autovalía global y las autopercepciones en distintos dominios específicos permite determinar las relaciones entre las competencias específicas y la autovalía global. En otras palabras, permite especificar la manera en que varias dimensiones son ponderadas

y combinadas para dar un sentido de autovalía global (esto es, autoconcepto general). Dentro del marco del modelo de los factores correlacionados, el autoconcepto se conceptualiza a lo largo de un continuo de percepciones de competencias muy específicas a muy globales, sin ser estas conceptualizaciones mutuamente exclusivas (Harter, 1990a).

El Perfil de Autopercepción para Niños –*Self-Perception Profile for Children-SPPC* (así como los demás instrumentos de Susan Harter) ejemplifica un instrumento de evaluación desarrollado en el marco de este modelo, en concreto del segundo modelo (Véase Figura 5).

Según Byrne (1996), no se ha puesto empeño en analizar la validez de constructo para probar directamente la hipótesis de la estructura de este modelo. Sin embargo, los resultados de varios estudios de validez del modelo jerárquico de Shavelson y colaboradores (1976) (Marsh, 1990a; Marsh, Byrne, y Shavelson, 1988; Marsh y Shavelson, 1985), así como de otras versiones de este modelo (Véase Vispoel, 1995), demuestran una débil evidencia de la estructura jerárquica, ofreciendo por tanto un apoyo indirecto al modelo de los factores correlacionados. Además, a través de la validación de instrumentos de medida desarrollados a partir de este modelo también se ha encontrado evidencia indirecta para este modelo.

FIGURA 5. Modelo de los factores correlacionados B



ACG= autoconcepto general; ACA=autoconcepto académico; ACS=autoconcepto social; ACF=autoconcepto físico;
G1-G4, A1-A4, S1-S4 y F1-F4 = ítems de las respectivas subescalas

Modelo compensatorio

Marx y Winne (1978) plantean el modelo compensatorio partiendo de un factor de autoconcepto global y múltiples factores de orden inferior (p.e., social, académico, físico, etc.). Desde este modelo se postula que, una vez eliminada la varianza explicada por el autoconcepto global, los factores de orden inferior mantendrán correlaciones negativas entre sí. En otras palabras, estos autores plantean que se produce un proceso compensatorio entre los factores de orden inferior, de tal modo que si una persona tiene poco éxito en el dominio

académico tenderá a percibirse a sí misma con un mayor éxito en otros dominios como, por ejemplo, el dominio social y/o físico.

Algunos investigadores (Marsh y Hattie, 1996) han criticado severamente los análisis estadísticos usados por estos autores, indicando, además, que se han utilizado los mismos datos para probar el modelo unidimensional y el modelo compensatorio. Sin embargo, este modelo compensatorio ha sido aplicado con mayor éxito al área del autoconcepto académico (Modelo del marco de referencia interno/externo; Marsh, 1986b).

Modelo Taxonómico

El modelo taxonómico se inspira en el modelo de inteligencia de Guilford (1969). Un aspecto único del modelo de Guilford es que los componentes del intelecto reflejan la intersección de dos o más facetas, cada una de las cuales tiene al menos dos niveles. Antes de exponer en qué consiste este modelo, conviene matizar el significado del término “multifacético” en el contexto del autoconcepto. Los modelos expuestos hasta el momento contienen una sola faceta (los dominios de contenido del autoconcepto) con múltiples niveles (los diferentes dominios: físico, social, académico, etc.). Sin embargo, un modelo multifacético constará de diversas facetas con 2 o más niveles. En esto consiste el modelo taxonómico.

Este modelo, propuesto por vez primera por Soares y Soares (1977), defiende que el autoconcepto refleja la intersección de dos o más facetas, cada una de las cuales tiene al menos dos niveles. Al igual que en la teoría de la inteligencia de Guilford, los factores constituyentes de la estructura del autoconcepto están correlacionados y organizados jerárquicamente.

En las Figuras 6 y 7, podemos observar dos versiones de este modelo. La principal diferencia entre los dos es que el modelo de la Figura 6 asume que cada combinación de niveles para cada faceta forma una escala única, mientras que el modelo de la Figura 7 asume que las distintas subescalas o dominios incorporan ítems de todas las facetas.

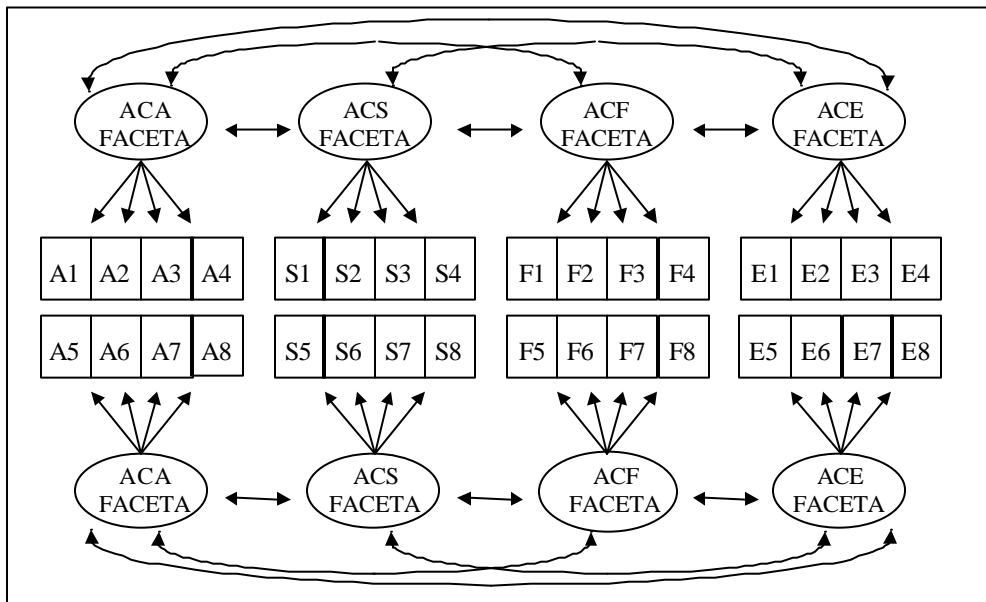
Dos instrumentos de autoconcepto utilizados con adolescentes y que pueden estar vinculados al modelo taxonómico son la Escala de Autoconcepto de Tennessee (*Tennessee Self-concept Scale*) –TSCS (Roid y Fitts, 1988) y la Escala de Autoconcepto Multidimensional (*Multidimensional Self-Concept Scale*) –MSCS– de Bracken (1992).

Así, por ejemplo, la Escala de Autoconcepto de Tennessee tiene una estructura subyacente que refleja un modelo taxonómico de tres facetas con distintos niveles: Faceta 1: marco de referencia externo, con 5 niveles que representan los autoconceptos físico, moral, personal, familiar y social; Faceta 2: marco de referencia interno, con 3 niveles que hacen referencia a la identidad (*self* interno privado), la satisfacción (discrepancia entre el *self* ideal y el actual) y conducta (*self* externo, observable); y Faceta 3: enunciado de los ítems, con los niveles positivo y negativo.

Marsh y Hattie (1996) apuntan que las puntuaciones basadas en el modelo taxonómico no siempre son consistentes con el diseño del instrumento. Esto es así ya que no se tienen en cuenta las distintas facetas para calcular la puntuación de las subescalas. Por el

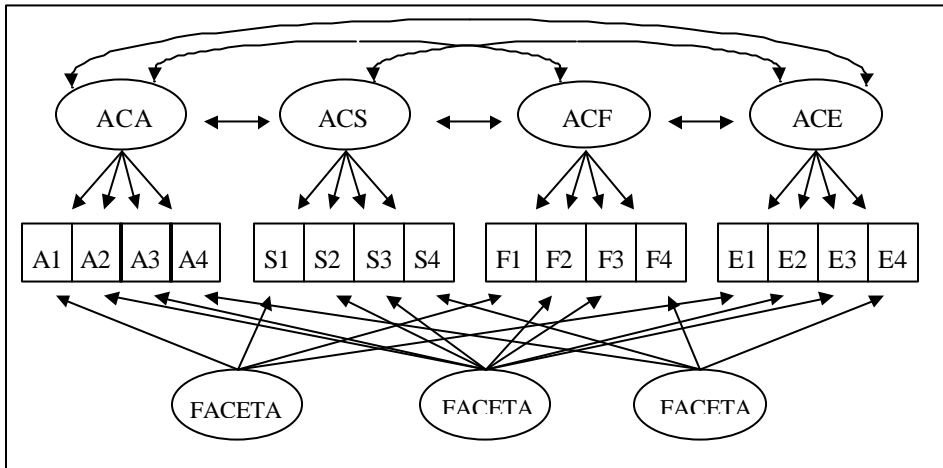
contrario, las puntuaciones de las subescalas reflejan la taxonomía de una sola de las facetas (p.e., los dominios de contenido del autoconcepto). Sin embargo, estos autores consideran que este modelo puede ser fructífero cuando se consiga demostrar su validez de constructo (Marsh y Hattie, 1996).

FIGURA 6. Modelo Taxonómico A



ACA=autoconcepto académico; ACS=autoconcepto social; ACF=autoconcepto físico; ACE= autoconcepto emocional; A1-A8, S1-S8, F1-F8 y E1-E8= ítems de las respectivas subescalas

FIGURA 7. Modelo Taxonómico B



ACA=autoconcepto académico; ACS=autoconcepto social; ACF=autoconcepto físico; ACE= autoconcepto emocional; A1-A4, S1-S4, F1-F4 y E1-E4= ítems de las respectivas subescalas

Modelo Jerárquico

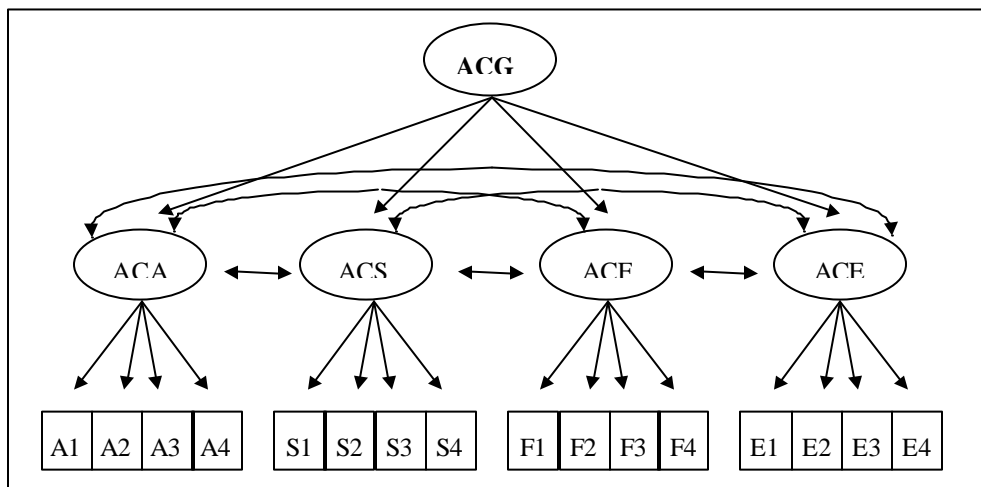
El modelo jerárquico multidimensional, en muchos sentidos, incorpora cada uno de los modelos descritos anteriormente. La noción teórica sustentada por este modelo es que el autoconcepto general es un factor de orden superior que consiste en percepciones del *self* como persona, sin hacer referencia a ningún dominio específico. A la base de este autoconcepto general se encuentran múltiples autoconceptos específicos de diversos dominios, los que, aunque correlacionados, pueden interpretarse como constructos separados (Véase Figura 8). Tanto el autoconcepto general como cada uno de los dominios específicos están evaluados por ítems que constituyen subescalas separadas.

Epstein (1973) fue uno de los primeros en proponer una estructura de este tipo, concibiendo la autoestima global como un constructo de orden superior que está por encima de cuatro dimensiones de segundo orden: competencia, autoaprobación moral, poder y amor propio. La dimensión de competencia fue adicionalmente dividida en habilidades mentales y físicas.

Sin embargo, el modelo jerárquico por excelencia, que fue propuesto a partir de una base tanto conceptual como empírica, fue formulado por Shavelson y colaboradores (1976). Este modelo presenta un autoconcepto global en la cima, actuando como un resultado de percepciones del *self* en los dominios académico, social, emocional y físico. Cada dominio representa los efectos combinados de percepciones de mayor especificidad situacional en un nivel inferior de la jerarquía. El autoconcepto académico, por ejemplo, representa una combinación de percepciones de competencia en matemáticas, inglés, historia y ciencias, y el autoconcepto físico es el resultado de una combinación de habilidad física y apariencia

física. Por debajo de este nivel, existen otros niveles que suponen percepciones de mayor especificidad.

FIGURA 8: Modelo Jerárquico



ACG=autoconcepto general; ACA=autoconcepto académico; ACS=autoconcepto social; ACF=autoconcepto físico; ACE= autoconcepto emocional; A1-A4, S1-S4, F1-F4 y E1-E4= ítems de las respectivas subescalas

Como ya hemos dicho anteriormente, el modelo jerárquico puede incorporar los modelos descritos anteriormente. Por ejemplo, en armonía con el verdadero modelo unidimensional, hipotetiza que en el ápice de la jerarquía se sitúa el autoconcepto global. En apoyo a los modelos taxonómicos, se podrían interpretar las diferentes facetas del autoconcepto como factores o dimensiones no correlacionadas. También un modelo jerárquico con una estructura factorial débil podría interpretarse como un modelo de los factores independientes. La evidencia a favor del modelo de los factores correlacionados automáticamente implica apoyo para el modelo jerárquico. Esta versatilidad del modelo jerárquico constituye su fortaleza y su debilidad. Su fortaleza porque proporciona un marco amplio para explorar la estructura del autoconcepto, y su debilidad porque, al menos en el nivel de abstracción considerado, no puede ser probado (Marsh, 1997).

Los Cuestionarios de Autodescripción (*Self Description Questionnaires*) de Marsh (Marsh, 1990a, 1992a, 1992b; Marsh, Richards, Johnson, Roche y Tremayne, 1994) y la Escala de Percepción de Habilidad para Estudiantes (*Perception of Ability Scale for Students*) de Boersma y Chapman (1992) constituyen dos ejemplos de instrumentos que miden el autoconcepto adolescente y que se han desarrollado a partir del modelo jerárquico de Shavelson y colaboradores.

4. DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO

Hay una considerable cantidad de evidencia que revela que el contenido del autoconcepto evoluciona desde autodescripciones muy concretas, sobre el exterior conductual y social de uno en la niñez, hasta descripciones del *self* más abstractas, que describen el interior psicológico, en la adolescencia (Damon y Hart, 1982; Douvan y Adelson, 1966; Harter, 1983; Rosenberg, 1979, 1986).

En un primer momento, las investigaciones sobre el desarrollo del autoconcepto fueron fundamentalmente descriptivas (Bannister y Agnew, 1977; Guardo y Bohan, 1971; McGuire, 1981; Montemayor y Eisen, 1977; Mullener y Laird, 1971; Rosenberg, 1979). En estos trabajos se identificaban grandes cambios cualitativos en las autodescripciones durante la infancia y la adolescencia; pero se prestaba poca atención a la forma en que se organizaban tales autodescripciones.

Poco después, muchos teóricos (p.e., Epstein, 1973, 1981; Greenwald, 1980; Markus, 1980) comenzaron a defender la idea de que el autoconcepto era una construcción cognitiva y, por tanto, la evolución de su contenido podría explicarse a partir de los cambios cognitivos que se producen con la edad. En principio se sugirió que esta evolución podría explicarse a partir de la teoría de Piaget (Véase Harter, 1983). Así pues, el hecho de que los niños de 3 y 4 años describan el *self* en términos de características concretas y observables (atributos físicos, posesiones materiales, conductas) que no están coherentemente organizadas, sería consistente con las habilidades y limitaciones cognitivas del periodo preoperacional de Piaget. Las descripciones rasgo (o descripciones más generales que agrupan otras descripciones más concretas) que los primeros estudios informaban que aparecían entre los 5 y los 11 años, requerirían el tipo de destrezas de organización jerárquica que emergen durante el periodo de las operaciones concretas. Por último, las definiciones del *self* más abstractas, basadas en procesos psicológicos, tales como los propios pensamientos, emociones, actitudes y motivos, que surgen en la adolescencia, eran consistentes con el periodo de las operaciones formales de Piaget.

Sin embargo, toda la complejidad del desarrollo del autoconcepto durante la infancia y la adolescencia no puede ser explicada únicamente a partir de la teoría de Piaget. De hecho esta teoría ha sido criticada, fundamentalmente, porque ignora las diferencias individuales y los factores contextuales (educación, socialización, cultura) que pueden influir sobre el desarrollo cognitivo (Véase Case, 1985, 1992; Feldman, 1994; Fischer, 1980; Fischer y Canfield, 1986; Flavell, 1985; Flavell, Miller y Miller, 1993; Pascual-Leone, 1988; Siegler, 1991).

Así, actualmente se defiende que en el desarrollo del autoconcepto intervienen tanto procesos cognitivos como sociales. El desarrollo cognitivo del individuo proporcionará las bases de los cambios normativos que suceden en las autopercepciones con la edad. Estos cambios van acompañados de procesos sociales tales como la comparación con otros, la variación en la cantidad de contextos en los que se desenvuelve el sujeto, las expectativas

cambiantes del entorno, etc.; cambios que van a influir sobre el contenido y la evaluación de las autopercepciones (Harter, 1999).

A nivel cognitivo, Harter (1990b, 1999) ha observado que el desarrollo intelectual afecta a dos características generales de la estructura del *self*: el nivel de diferenciación de las autopercepciones y la integración de las mismas en generalizaciones y abstracciones sobre el *self*. Con respecto a la diferenciación, el desarrollo de habilidades cognitivas permite al individuo crear autoevaluaciones diferentes para distintos dominios de experiencia. El desarrollo cognitivo también permite que los niños mayores distingan entre sus autoconceptos reales e ideales y que los adolescentes puedan crear múltiples *selves* en distintos contextos sociales. Con respecto a la integración, las habilidades cognitivas que emergen con el desarrollo permiten al individuo construir generalizaciones de orden superior sobre el *self* (p.e., el concepto de inteligente sería una generalización de las habilidades en matemáticas, ciencias y lenguaje). Las habilidades que emergen en la infancia media (5-7 años) también permiten al individuo construir un concepto de su valía como persona, es decir, una evaluación de su autoestima global. Además, los avances cognitivos de la adolescencia permiten interconectar atributos del *self* que aparentemente son contradictorios (p.e., alegre y depresivo) en abstracciones significativas del *self* (p.e., vulnerable) (Harter, 1999).

Al estudiar el *self* como una construcción social, el interés se centra en los procesos de socialización y en las interacciones del individuo con los otros significativos; procesos e interacciones que principalmente afectan a la evaluación de las autopercepciones.

La influencia de las opiniones de los otros sobre el *self* tiene su origen en la infancia, en la interacción niño-cuidador. Así, un niño con unos padres amables, orgullosos de sus éxitos y que aceptan sus fracasos, construirá un *self* percibido como competente y amado; mientras que el niño cuyos padres desaprueban su conducta y son críticos con sus fracasos, elaborará un *self* percibido como no competente o no válido (Véase Bretherton, 1991).

Conforme aumenta la edad, el círculo social del individuo se amplía y éste interacciona con personas pertenecientes a diferentes contextos relacionales (familia, compañeros de colegio, amigos, pareja, compañeros de trabajo, etc.). Así, mientras que, en la infancia el apoyo parental es el principal predictor de la autoestima, en la adolescencia temprana el apoyo de los compañeros de clase se convierte en un predictor tan importante como el apoyo de los padres (Harter, 1990b).

Además, con el desarrollo, las opiniones de los otros pasan de ser simplemente identificadas a ser internalizadas (Higgins, 1991). Según Damon y Hart (1988), en la niñez y en la adolescencia temprana los juicios sobre el *self* dependen en gran medida de la comparación social, de las semejanzas sociales y de las conductas que mejoran las interacciones interpersonales y el atractivo social. Sin embargo, conforme aumenta la edad los juicios del *self* se basan en creencias personales y en normas internalizadas.

A continuación se destacan los aspectos más relevantes del contenido del autoconcepto en las tres etapas de la infancia que señala Harter (1999) (infancia temprana,

media y tardía), para realizar después un análisis más exhaustivo del autoconcepto en la adolescencia temprana.

4.1. EL AUTOCONCEPTO EN LA INFANCIA

En la primera infancia (3-4 años), las autodescripciones de los niños hacen referencia a aspectos muy concretos de su conducta, habilidades, posesiones y preferencias (Damon y Hart, 1988). Están muy diferenciadas o aisladas unas de otras, ya que a esta edad los niños no tienen la habilidad de integrar tales características (Fischer, 1980). También es probable que sean irrealmente positivas, puesto que todavía no han adquirido las destrezas necesarias (p.e., comparación social) para distinguir entre autoconceptos reales e ideales (Frey y Ruble, 1985). Además, en estas edades los niños son incapaces de reconocer que pueden poseer atributos o emociones de valencias opuestas (p.e., simpático y mezquino; feliz y triste) (Carroll y Steward, 1984; Donaldson y Westerman, 1986; Fischer y Ayoub, 1994; Fischer, Hand, Watson, Van Parys, y Tucker, 1984; Gnepp, McKee, y Domanic, 1987; Harris, 1983a, 1983b; Harter y Buddin, 1987; Reissland, 1985; Selman, 1980) y, el pensamiento todo-o-nada característico de esta etapa evolutiva se refleja en que, normalmente, todas sus descripciones son positivas (a menos que experiencias vitales muy negativas les lleven a construir atributos que sean todos vistos como negativos). Las limitaciones cognitivas también se extienden a la incapacidad para crear un concepto de autovalía global o autoestima, aunque en su conducta puedan observarse manifestaciones de autoestima positiva o negativa (Haltiwanger, 1989; Harter, 1990a).

De los 5 a los 7 años, en la infancia media, todavía persisten algunas de las características de la etapa anterior. Las autodescripciones continúan siendo normalmente muy positivas y se siguen sobrestimando las habilidades. El pensamiento todo-o-nada persiste y las diferentes valencias de los atributos son vistas como opuestos (Harter y Buddin, 1987). Además, el niño en este periodo todavía no tiene la habilidad para desarrollar un concepto global de su valía como persona. Sin embargo, también se producen avances cognitivos que permiten relacionar, todavía de forma rudimentaria, conceptos que previamente estuvieron compartimentalizados. Por ejemplo, pueden formar una categoría que combine varias de sus competencias (p.e., bueno corriendo, saltando y en la escuela). Además, los niños pueden apreciar el hecho de que el *self* está siendo evaluado por los otros, aunque todavía no pueden internalizar esas evaluaciones. En esta etapa los niños también pueden realizar comparaciones temporales del *self*; es decir, pueden comparar los atributos actuales del *self* con los atributos anteriores; y dado el rápido desarrollo de destrezas en estos años, tales comparaciones contribuyen a las autodescripciones tan positivas que normalmente tienen lugar en estas edades. Sin embargo, todavía no son capaces de utilizar la comparación social para evaluar sus habilidades, lo cual contribuye más aun a la presencia de descripciones positivas (Véase Harter, 1999).

De los 8 a los 11 años (infancia tardía) tienen lugar importantes avances cognitivos que influyen sobre la naturaleza de las autodescripciones. El niño ahora describe el *self* en

términos de etiquetas rasgo (p.e., inteligente) que representan generalizaciones de orden superior, basadas en la integración de características conductuales más específicas (p.e., éxito académico en lenguaje, arte, y ciencias sociales) (Fischer, 1980; Siegler, 1991). La nueva habilidad cognitiva para formar conceptos de orden superior también permite a los niños mayores construir una evaluación más global del *self* como persona, es decir, les permite formular una representación de su autovalía global (Harter, 1990a). Otro avance principal es la habilidad de coordinar autodescripciones que estuvieron previamente diferenciadas o consideradas como opuestas (p.e., inteligente y estúpido). Así pues, los niños pueden reconocer que poseen simultáneamente atributos tanto positivos como negativos. Estos procesos también se aplican a las etiquetas de las emociones (p.e., feliz y triste), ya que pueden experimentar simultáneamente afectos de valencias opuestas (Case, 1985, 1992; Fischer, 1980; Siegler, 1991). La comparación social, la cual requiere la habilidad de relacionar dos constructos mutuamente (esto es, percepciones del *self* y percepciones de los otros), favorece un punto de vista más equilibrado del *self*, en el que están integradas autodescripciones positivas y negativas (Carroll y Steward, 1984; Donaldson y Westerman, 1986; Fischer, Shaver, y Carnochan, 1990; Gnepp *et al.*, 1987; Harris, 1983a, 1983b; Harris, Olthof, y Meerum-Terwogt, 1981; Harter, 1986; Harter y Buddin, 1987; Reissland, 1985; Selman, 1980). Además, las habilidades cognitivas que facilitan la toma de perspectiva permiten al niño apreciar las opiniones que los otros sostienen hacia el *self* y estas opiniones llegan a ser internalizadas. Así pues, en esta etapa tienen lugar los procesos requeridos por el interaccionismo simbólico para la formación del autoconcepto.

4.2. EL AUTOCONCEPTO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

El contenido de las autodescripciones en la adolescencia temprana está formado por los atributos que favorecen las relaciones interpersonales y las destrezas sociales que influyen en las interacciones con los otros o en su atractivo social. Además, también incluye competencias tales como las habilidades académicas (p.e., ser inteligente) así como sus efectos (p.e., estar contento, estar triste) (Damon y Hart, 1988). La organización de dichas autodescripciones está marcada por los procesos de diferenciación y de integración del autoconcepto.

Diferenciación del autoconcepto

Con la edad, la estructura del *self* llega a ser cada vez más diferenciada (Véase Harter, 1988b). Así, durante la adolescencia temprana tiene lugar la construcción de distintos sí mismos (*selves*) que varían en función del contexto social. Esta variedad de sí mismos incluye el *self* con el padre, con la madre, con los amigos, así como el *self* en el rol de estudiante, el *self* como deportista, etc. (Gecas, 1972; Griffin, Chassin y Young, 1981; Hart, 1988; Harter, Bresnick, Bouche y Whitesell 1997; Harter y Monsour, 1992; Smollar y Youniss, 1985). Por ejemplo, el adolescente puede ser alegre y alborotador con los

amigos, inteligente, curioso y creativo como estudiante, y tímido e introvertido con gente que no conoce.

Esta diferenciación puede llevarse a cabo gracias al desarrollo cognitivo que tiene lugar en este periodo del ciclo vital (Véase Fischer, 1980; Fischer y Canfield, 1986; Harter, 1990b; Harter y Monsour, 1992; Keating, 1990). La presión social también contribuye activamente al desarrollo de dicha diferenciación del *self* (Véase Erikson, 1968; Grotevant y Cooper, 1986; Hill y Holmbeck, 1986; Rosenberg, 1986). Conforme el individuo va creciendo, es más probable que sea tratado de forma diferente en los distintos contextos. Harter y colaboradores han mostrado que la coincidencia de los atributos del *self* generados en distintos contextos sociales disminuye notablemente conforme el adolescente va creciendo (Véase Harter *et al.*, 1997; Harter y Monsour, 1992).

Hasta hace poco, los autores que trataban la diferenciación del autoconcepto se referían a las autodescripciones del individuo respecto a distintos dominios de competencia o contextos específicos, mientras que la autoestima o autovalía era tratada como un constructo unitario. Sin embargo, recientemente se viene reconociendo que las evaluaciones del individuo acerca de su valía como persona también sufren un proceso de diferenciación y pueden fluctuar a través de distintas situaciones o momentos (Véase Demo y Savin-Williams, 1992; Harter, Stocker, y Robinson, 1996; Heatherton y Polivy, 1991; Kernis, 1993; Leary y Downs, 1995; Rosenberg, 1986).

Estas diferencias en la autovalía a través de los contextos emergerían durante la adolescencia, y una causa potencial de estas diferencias en los sentimientos de valía se encuentra en la diferenciación de *selves* relacionados con distintos roles que tiene lugar en este momento evolutivo. Así pues, de la misma forma que los adolescentes proporcionan diferentes autodescripciones de sus atributos en diferentes contextos interpersonales (Griffin *et al.*, 1981; Hart, 1988; Harter *et al.*, 1997; Harter y Monsour, 1992; Rosenberg, 1986), también se espera que evalúen su valía como persona de forma diferente en tales contextos.

Harter y colaboradoras (Harter, 1999; Harter, Waters, y Whitesell, 1998) introducen el término “autovalía relacional” para postular que la autovalía del individuo varía en función de los contextos referidos a las relaciones que el individuo mantiene con otros (contextos relacionales), por ejemplo, padres, profesores, amigos, etc. Estas autoras, para explicar las causas de las diferencias en la autovalía a través de contextos, recurren a la perspectiva del *self*-espejo de Colley (1902) y a la formulación del “otro generalizado” de Mead (1934), según las cuales las opiniones de los otros significativos son incorporadas dentro del sentido de autovalía del individuo. Además, los resultados de su propia investigación proporcionan un claro apoyo al hecho de que muchos adolescentes juzguen su propia valía como persona de forma diferente a través de los contextos (Harter *et al.*, 1998).

Integración del autoconcepto

Una de las habilidades cognitivas recién adquiridas en esta etapa consiste en la capacidad de integrar varias descripciones de sí mismo en generalizaciones de orden superior (Véase Case, 1985; Fischer, 1980; Flavell, 1985; Harter, 1983; Higgins, 1991).

Así, por ejemplo, un joven que se perciba como alborotador, hablador y simpático puede considerarse a sí mismo como extravertido. Estas generalizaciones abstractas del *self* son inobservables e hipotéticas. En otras palabras, requieren inferencias sobre las características latentes de uno mismo (Harter, 1990b).

A medida que las autodescripciones se convierten en abstracciones, y dejan más de lado a los rasgos observables y concretos, son más susceptibles a la distorsión. De este modo, el autoconcepto del adolescente es más difícil de verificar y, muy a menudo, es menos realista. Los adolescentes pueden desarrollar autoconceptos inexactos que les pueden conducir a conductas inadaptadas. Por ejemplo, un adolescente puede sobrestimar su capacidad en algún dominio y comprometerse con actividades en las que está condenado al fracaso, o por el contrario, puede infravalorar sus capacidades y, como consecuencia, evitar los desafíos o las actividades en las que puede obtener buenos resultados (Harter, 1990b).

En esta etapa aun no se han adquirido las destrezas necesarias para aplicar el pensamiento hipotético-deductivo a los postulados del *self*. El joven adolescente puede tener múltiples hipótesis sobre el *self*, pero todavía no posee la habilidad de deducir correctamente cuáles son ciertas, lo cual le puede llevar a autopercepciones distorsionadas. Además, el pensamiento todo-o-nada, en forma de sobregeneralizaciones que el joven adolescente no puede controlar cognitivamente, también contribuye a autodescripciones no-realistas ya que, en un momento concreto el adolescente puede sentirse totalmente inteligente, mientras que en otro momento determinado puede sentirse como un tonto.

Estas abstracciones sobre el *self* constituyen representaciones compartimentalizadas; esto es, son bastante distintas unas de otras (Case, 1985; Fischer, 1980; Higgins, 1991). En palabras de Fischer (1980), constituyen “abstracciones simples”, que están sobre-diferenciadas y, por tanto, el joven adolescente sólo puede pensar en cada una de ellas como atributos del *self* aislados. Según la Teoría Cognitiva del Desarrollo de Fischer (1980), en la adolescencia temprana los sujetos pueden realizar abstracciones pero todavía no tienen la capacidad de compararlas. Es por esto, que denomina a este periodo etapa de las abstracciones simples. Para Fischer, este nuevo nivel de pensamiento abstracto trae consigo una falta de “control cognitivo” y, como resultado, los adolescentes en el nivel de las abstracciones simples sólo pueden pensar en atributos del *self* aislados.

Por tanto, aunque en este periodo vital los jóvenes disponen de la habilidad cognitiva necesaria para realizar abstracciones, todavía no disponen de la habilidad cognitiva para comparar simultáneamente estos atributos y, por consiguiente, tienden a no detectar, o a no estar interesados en autodescripciones que son potencialmente opuestas (extravertido vs. introvertido, deprimido vs. alegre). Esta compartimentalización de las abstracciones evita la aparición de conflictos por el hecho de que ciertos atributos del *self* puedan ser contradictorios (Harter y Monsour, 1992). Además, reduce la posibilidad de que los atributos negativos puedan extenderse o generalizarse a otras esferas (Linville, 1987; Simmons y Blyth, 1987). Así, aunque la construcción de múltiples *selves* proporciona la base para que los atributos sean contradictorios, muchos jóvenes adolescentes no identifican contradicciones o experiencias de conflicto, dada la estructura compartimentalizada de sus

autorrepresentaciones abstractas. Harter y colaboradores (Harter *et al.*, 1997; Harter y Monsour, 1992), en sus investigaciones realizadas con adolescentes de los tres niveles evolutivos (adolescencia temprana, media y tardía), aportan evidencia empírica de que, en gran medida, en la adolescencia temprana los jóvenes no identifican como contradictorios atributos que representan opuestos (p.e., alegre con los amigos *vs.* deprimido con la familia, alborotador en la escuela *vs.* tranquilo en casa, estudioso *vs.* perezoso) y mucho menos los experimentan como conflictivos.

La compartimentalización de las abstracciones, así como el hecho de que otros significativos puedan tener diferentes opiniones sobre el *self*, impide la construcción de un retrato integrado del *self* en la adolescencia temprana.

5. INFLUENCIA DE LA EDAD, EL GÉNERO Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO SOBRE EL AUTOCONCEPTO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

La influencia que determinadas variables sociodemográficas tienen sobre el autoconcepto/autoestima ha suscitado el interés de muchos investigadores. Las variables que han acaparado la mayor atención han sido la edad, el género y el estatus socioeconómico.

La investigación realizada no ha quedado exenta de los problemas metodológicos y de conceptualización del autoconcepto/autoestima hasta hace un par de décadas, y son los resultados obtenidos desde entonces los que nos permiten extraer algunas conclusiones.

A continuación haremos un breve repaso de la investigación realizada acerca de la relación que la edad, el género y el nivel socioeconómico mantienen con el autoconcepto/autoestima en la adolescencia temprana.

5.1. INFLUENCIA DE LA EDAD

Al margen del desarrollo evolutivo que tiene lugar en la estructura y en el contenido del autoconcepto, el interés de muchos investigadores se ha centrado en la influencia de la edad sobre la evaluación que se hace de dicho contenido.

En general, la literatura refleja un aumento de la autoestima con la edad (Butcher, 1989; Cairns, McWhirter, Duffy y Barry, 1990; Crain y Bracken, 1994; Hirsch y Rapkin, 1987; O'Malley y Bachman, 1983; Simmons y Blyth, 1987; Tashakkori, Thompson, Wade y Valente, 1990; Wade, Thompson, Tashakkori y Valente, 1989). Sin embargo, en la adolescencia temprana se produce un descenso: a los 11 años la autoestima empieza a bajar, llegando a su nivel más bajo a los 13 años aproximadamente (Rosenberg, 1986). Este declive de la autoestima puede deberse a los cambios de la pubertad, así como al cambio del ambiente escolar que tiene lugar a esta edad (Eccles, Wigfield, Flanagan, Miller, Reuman y Yee, 1989). Una vez que el individuo se adapta a estas transformaciones la autoestima aumenta de nuevo (Simmons y Blyth, 1987).

Se han realizado menos estudios que hagan referencia a la influencia de la edad sobre los dominios del autoconcepto y algunas conclusiones son contradictorias. Por ejemplo, Eccles y colaboradores (1989) encuentran que la competencia física percibida disminuye entre los 11 y los 12 años. Por el contrario, Nottelman (1987) encuentra un aumento en estas mismas edades. Van der Berg y Marcoen (1999), utilizando el Perfil de Autopercepción para Niños (SPPC) de Harter (1985) con niños de 4º, 5º y 6º grado¹, encuentran que los niños más pequeños tenían puntuaciones más altas en las subescalas de apariencia física y comportamiento/conducta. En la misma línea, Bolognini, Plancherel, Bettschart y Halfon (1996) encuentran que la percepción de la apariencia física y de la aceptación social a los 12 años es mayor que a los 14. Sin embargo, estos autores encuentran que la percepción de la competencia académica es mayor a los 14 años que a los 12. Marsh (1989, 1991), basándose en sus múltiples estudios transversales y en la revisión de la literatura (Dusek y Flaherty, 1981; Marsh, Parker y Barnes, 1985; Marsh, Smith, Marsh y Owens, 1988; O'Malley y Bachman, 1983; Piers y Harris, 1964; Simmons, Rosenberg y Rosenberg, 1973), sugiere un efecto en forma de U en la evolución de los dominios del autoconcepto durante la adolescencia. En general, al inicio de la adolescencia las puntuaciones en las dimensiones bajan debido a los cambios que tienen lugar en esta etapa y empiezan a ascender durante la adolescencia media (O'Malley y Bachman, 1983). Esta tendencia tiene lugar en ambos géneros y en las diferentes dimensiones del autoconcepto (Marsh, 1989, 1991).

5.2. INFLUENCIA DEL GÉNERO

Gran parte de la investigación coincide en que las chicas tienen menor autoestima que los chicos en la adolescencia temprana (Balaguer, 1998; Block y Robins, 1993; Brack, Orr y Ingersoll, 1988; Burns, 1979; Hagborg, 1993a; Harter, 1985, 1988a; Kawash, 1982; Marsh, 1989; Rosenberg y Simmons, 1975; Skaalvik, 1986; Trent, Rusell y Cooney, 1994). Por otra parte, respecto a las diferencias de género en las dimensiones del autoconcepto, podemos decir que algunas de estas diferencias favorecen a los chicos y otras a las chicas. El dominio del autoconcepto en el que aparece un mayor efecto del género es el dominio físico. Los resultados de las investigaciones revelan que en la adolescencia los chicos tienen percepciones más positivas acerca de su competencia deportiva y de su apariencia física (Balaguer, 1998; Bolognini *et al.*, 1996; Crain y Bracken, 1994; Eiser, Eiser y Havermans, 1995; Feltz y Petlichkoff, 1983; Hagborg, 1993b; Harter, 1988a; Lintunen, 1995; Marsh, 1989; Marsh, Barnes, Cairns y Tidman, 1984; Mboya, 1994; Moreno, 1997; Nottelman, 1987; Rodríguez-Tomé *et al.*, 1993; Trent *et al.*, 1994). Sin embargo en el caso de las competencias sociales y cognitivas las chicas tienen autopercepciones más positivas que los chicos. Así pues, distintos trabajos han encontrado autopercepciones más positivas de las chicas en los dominios de amistad íntima (Eiser *et al.*, 1995; Hagborg, 1993b; Harter, 1988a), de competencia académica (Marsh *et al.*, 1994; Marsh, 1989; Mboya, 1994) y de

¹ Cursos correspondientes a edades de 9 a 12 años

comportamiento (Balaguer, 1998; Eiser *et al.*, 1995). Hay autores que dentro del dominio académico distinguen entre distintos tipos de competencias. Estos estudios han informado que los chicos tienen mayor autoconcepto que las chicas en el dominio de las matemáticas, mientras que las chicas tienen mayor percepción de competencia en el dominio verbal y de lectura (Marsh, 1989; Meece, Parsons, Kaczala, Goff y Futterman, 1982; Stevenson y Newman, 1986).

5.3. INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Hasta finales de los 70, en general, el estudio de la relación existente entre la clase social y la autoestima ha estado lleno de contradicciones, y el estudio de dicha relación en la adolescencia no quedó exento de tales incoherencias. Mientras que autores como Bachman (1970), Rosenberg (1965) y Jensen (1972) encontraban relaciones positivas, aunque débiles, entre la clase social y la autoestima en adolescentes, otros autores como Epps (1969) y Coopersmith (1967) no encontraron relación alguna entre estas variables, y otros como Soares y Soares (1972) y McDonald (1968) encontraron relaciones negativas, de forma que los adolescentes de clases sociales más bajas tenían mayor autoestima que los adolescentes de clases sociales superiores. Rosenberg y Pearlin (1978) atribuían tal falta de concordancia en los resultados a las diferentes medidas de autoestima y de clase social utilizadas, a los diferentes tipos de muestras y a los diferentes análisis estadísticos empleados, lo cual hacía que los resultados no pudieran compararse entre sí. No obstante, estos autores defienden que existe una relación positiva entre la autoestima y la clase social que se fortalece con la edad y, para ello, se apoyan en cuatro teorías: la teoría de los procesos de comparación social (Festinger, 1954), la teoría de las evaluaciones reflejadas (Mead, 1934; Sullivan, 1953), la teoría de la autopercepción (Bem, 1965, 1967) y el principio de centralidad psicológica (Véase Brissett, 1972; Franks y Marolla, 1976; Gordon, 1968, 1976; Kuhn y McPartland, 1954; Rosenberg, 1976). Basándose en los procesos de comparación social, postulan que los niños viven en ambientes relativamente homogéneos en términos de estatus socioeconómico y no perciben diferencias entre ellos y sus pares, luego no es posible la comparación en términos de clase social y, por tanto, ésta no afectará su autoestima. A medida que nos adentramos en la adolescencia se gana consciencia de las diferencias sociales, esto favorece la relación entre autoestima y estatus socioeconómico. Además, conforme aumenta la edad es más probable que las evaluaciones reflejadas –esto es, las creencias acerca de cómo nos evalúan los demás– estén basadas, al menos en parte, en la clase social. La teoría de la autopercepción también proporciona un elemento de apoyo a su hipótesis de que la relación entre autoestima y clase social aumenta con la edad, ya que la autoestima proviene de los logros personales y, mientras que en la edad adulta el estatus socioeconómico puede considerarse un logro personal, no ocurre lo mismo en la infancia, ni siquiera en la adolescencia. Por último, desde el principio de centralidad psicológica se predice que la estratificación social llega a ser más destacada con la edad. Es decir, para los

niños la clase social es algo periférico y sin importancia; a medida que aumenta la edad las personas se identifican con su posición socioeconómica y eso influye sobre su autoestima.

Desde principios de los 80 hasta la actualidad, la mayoría de los estudios realizados han defendido que los adolescentes de niveles socioeconómicos más elevados tienen una autoestima más elevada. Así, Miyamoto y colaboradores (2000) encuentran que en adolescentes de entre 14 y 18 años la autoestima –medida con la escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)– está positivamente asociada al estatus socioeconómico (operacionalizado como el nivel académico del miembro de la familia que aporta el principal salario). Housley y colaboradores (1987), utilizando el mismo instrumento para evaluar la autoestima y la renta per capita para evaluar el estatus socioeconómico, obtienen resultados que indican que las chicas de 14 a 16 años de un estatus socioeconómico alto tienen una autoestima más alta que las chicas de un estatus más bajo. Francis y Jones (1996) obtienen resultados que van en la misma línea con adolescentes de 16 años. Estos autores evalúan la autoestima con tres instrumentos: el Inventario de Autoestima de Coopersmith (Coopersmit, 1967), la Escala de Autoconcepto de Lipsitt (Lipsitt, 1958) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), pero sólo encontraron relaciones significativas entre la clase social y la autoestima evaluada mediante los instrumentos de Coopersmith y de Rosenberg. La clase social estaba operacionalizada a través del empleo paterno. Por otra parte, Mullis, Mullis y Normandin (1992) evalúan la autoestima de una muestra de adolescentes de 14 a 19 años con el Inventario de Autoestima de Coopersmith y el estatus socioeconómico lo evalúan a través de los siguientes indicadores: ocupación del padre y de la madre, nivel educativo del padre y de la madre y renta familiar. Los resultados de estos autores indican que, únicamente se establece una relación significativa entre la autoestima y el nivel de renta familiar. Otros resultados de investigaciones menos actuales también revelan una relación positiva y significativa entre la autoestima y el nivel socioeconómico en la adolescencia (Bledsoe, 1981; Demo y Savin-Williams, 1983; Osborne y LeGette, 1982). Sin embargo, algunos estudios no han encontrado relación alguna entre la autoestima y la clase social en la adolescencia (Filsinger y Anderson, 1982; Hong, 1982; Weller y Levi, 1981).

Han sido menos los trabajos que han estudiado la relación entre el nivel socioeconómico y los dominios del autoconcepto, pero los resultados parecen indicar una ausencia de relación; únicamente el autoconcepto en el dominio académico muestra, en algunos trabajos, una relación significativa y positiva con la clase social. Así, Ridley (2001) encuentra en la renta familiar (como indicador de la clase social) un fuerte predictor del autoconcepto en el dominio académico –evaluado con la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers, 1984; Piers y Harris, 1964). Estos resultados van en la misma dirección que los obtenidos por Hoare, Elton, Greer y Kerley (1993) con una muestra de 8 a 15 años. Estos autores evalúan las dimensiones del autoconcepto mediante una versión modificada del Perfil de Autopercepciones para Niños o SPPC (Harter, 1985) y encuentran que únicamente la percepción de la competencia académica en los chicos está relacionada con la clase social (operacionalizada a través de la ocupación de los padres), de manera que

a medida que disminuye la clase social, disminuye la competencia académica. Sin embargo, en la literatura también aparecen trabajos que no encuentran diferencias en ningún dominio del autoconcepto entre grupos de diferente nivel socioeconómico, como el llevado a cabo por Kalanek (1997) con el Cuestionario de Autoestima (SEQ) de Dubois, Felner, Brand y Phillips (1996), el cual evalúa el autoconcepto en los dominios académico, deportivo, general, de iguales y de imagen corporal.

6. EL AUTOCONCEPTO DESDE SUSAN HARTER

Desde los inicios de su trayectoria investigadora, Susan Harter combina el estudio del autoconcepto con el de las teorías motivacionales. Este hecho ha influido enormemente en las aportaciones dentro del área del autoconcepto que esta autora ha realizado. En su trabajo, se refleja el influjo de los clásicos de la motivación, del autoconcepto y también de las teorías del desarrollo.

Dentro del campo de la motivación, uno de los autores clave cuyas contribuciones orientaron el trabajo de esta autora es White (1959). Robert White (1959), en contra de las explicaciones mecanicistas del momento, defiende una aproximación cognitiva para explicar la motivación y la conducta humana. Este autor propone que la motivación hacia la competencia alude a las siguientes facetas: a) los organismos desean producir un efecto en el ambiente, b) otro objetivo adicional de los organismos es interaccionar efectivamente o de manera competente con el ambiente y c) como resultado se derivan sentimientos de eficacia o competencia. Así pues, la competencia percibida es tanto una consecuencia de la orientación motivacional, como un mediador, dado que aquellos organismos que se sientan más competentes en un dominio determinado insistirán más en alcanzar logros en ese dominio (Harter, 1978). Posteriormente, White (1963), defenderá que las experiencias tempranas de competencia que tiene un niño constituyen las raíces de su autoestima.

Partiendo de esta teoría, Harter (1978) plantea que autoconcepto es sinónimo de competencia percibida. Por consiguiente, elabora un instrumento de evaluación – la Escala de Competencia Percibida para Niños (*Perceived Competence Scale for Children*, PCS) que consta de tres áreas o dominios (competencia cognitiva, competencia social y competencia física) para evaluar el autoconcepto de los niños (Harter, 1982).

Algunos años más tarde, tras introducirse progresivamente en los escritos de los clásicos en el autoconcepto y de otros autores contemporáneos, Susan Harter varió su noción de autoconcepto así como los instrumentos para su evaluación. Introdujo en sus trabajos la distinción entre autoconcepto y autoestima. Así, define el autoconcepto como las “percepciones de sí mismo” (Harter, 1985), o también como “los juicios de competencia o suficiencia percibida en diferentes dominios” o como “las formas de adecuación del *self* en distintos dominios” (Harter, 1985, 1988a). Influida por las ideas de Rosenberg, considera la autoestima como el sentido general de valía que tiene una persona, dicho de otro modo, el grado en el cual el individuo se gusta a sí mismo como persona (Harter, 1985). Según esta

autora, la distinción entre autoconcepto y autoestima podría situarse en un continuo de generalidad, donde la autoestima constituye una percepción más general y los dominios del autoconcepto son percepciones más específicas (Harter, 1990a).

La noción de autoconcepto que posee Harter puede englobarse dentro del marco teórico del autoconcepto competencia (*Competence Self-Concept*), muy en boga en la investigación actual. Por autoconcepto competencia se entiende la percepción de habilidad que tiene la persona para manejarse o enfrentarse al ambiente. Este constructo tiene sus orígenes en las teorías motivacionales (en las que se conceptualiza la conducta competente como un impulso interno), aunque a lo largo del siglo XX ha acogido las contribuciones de las teorías sociales (donde la competencia es conceptualizada en términos de interacción simbólica) y de las teorías cognitivas (que entienden la competencia en términos de expectativas y percepciones de control). En la actualidad se integran todas estas perspectivas teóricas, reconociéndose los efectos interactivos de los pensamientos, los sentimientos, la conducta y la motivación en todos los dominios del autoconcepto (Novick, Cauce, y Grove, 1996).

En consonancia con esta nueva conceptualización, Susan Harter diseña el Perfil de Autopercepción para Niños (*Self-Perception Profile for Children*, SPPC) que consta de cinco dominios específicos del autoconcepto (conducta, social, escuela, apariencia y deporte) y una escala de autovalía global o autoestima (Harter, 1985). En convergencia con las ideas de Rosenberg (verdadero modelo unidimensional), esta escala de autovalía global esta formada por ítems que preguntan directamente por los juicios de valía como persona en general. En contraposición con el modelo nomotético, Harter considera que la autoestima global no se debe evaluar a partir de los dominios específicos. Una vez sentadas las bases empíricas y teóricas de este instrumento, Harter diseña instrumentos de evaluación del autoconcepto para distintos grupos de edad.

Dentro de los modelos teóricos de evaluación del autoconcepto, los instrumentos de Harter suelen ser enmarcados en el modelo de los factores correlacionados descrito anteriormente. Esta autora (Harter, 1990a) argumenta que, un aspecto importante de la separación empírica y conceptual de los dominios específicos y el constructo de autovalía global es que permite el estudio de las relaciones de los dominios entre sí y con la autovalía global. En otras palabras, no sólo permite observar las correlaciones entre los dominios específicos, sino que también ayuda a determinar el papel de los dominios en el sentido de autovalía global (Harter, 1990a).

De hecho, uno de los temas de investigación que más ha interesado a esta autora ha sido el estudio de los determinantes de la autovalía global o autoestima. Para ello, además de estudiar el papel de los dominios en la autovalía global, recoge las aportaciones de autores clásicos en el área como James, Cooley o Mead para formular sus hipótesis.

Como señalábamos anteriormente, para James, la autoestima representa una proporción de los éxitos del individuo entre sus pretensiones. De este modo, el nivel de autoestima dependerá de en qué medida los dominios de éxito de una persona se corresponden con las aspiraciones de éxito que esta persona posee. Así, por ejemplo, si los

éxitos percibidos de una persona son iguales o mayores que sus pretensiones, dará como resultado un alto nivel de autoestima. Por el contrario, si las pretensiones de éxito de una persona exceden bastante el nivel actual de éxitos, el resultado será una baja autoestima.

Harter (1985) reformula esta idea de James, considerando que los éxitos percibidos se corresponden con la competencia percibida en los distintos dominios del autoconcepto, mientras que las pretensiones de James, las operacionaliza como la importancia que da la persona al éxito en cada uno de los dominios de competencia. A partir de esto, Harter postula que la influencia de los dominios en la autovalía global estará mediada por la importancia que el sujeto concede al éxito en esos dominios (Harter, 1985). Así, por ejemplo, si la persona considera muy importante el éxito escolar, la percepción de competencia en este dominio influirá en gran medida en su nivel de autoestima.

Para Harter los otros significativos también poseen un importante papel en la autoestima. Para formular sus hipótesis se basa en las aportaciones de interaccionistas simbólicos como Cooley y Mead (Harter, 1985, 1987). De Cooley, retoma la metáfora del espejo, donde el *self* es una construcción social basada en nuestra evaluación de las opiniones de los otros hacia el *self*. De Mead, recoge la idea del otro generalizado que representa el conjunto de juicios sobre el *self* que tienen los otros significativos en su totalidad. A partir de estas aportaciones Harter elabora instrumentos que evalúan en qué grado la persona siente que los otros significativos (padres, amigos y profesores) reconocen su valía (Harter, 1985). Esta medida permite examinar la relación entre la percepción que tiene la persona sobre la consideración hacia el *self* de los otros significativos y la propia autoestima global (Harter, 1987).

Otra cuestión a destacar de esta autora, es su insistencia en la necesidad de considerar los factores del desarrollo en la evaluación del autoconcepto (Harter 1990a, 1996). El autoconcepto está ampliamente relacionado con los cambios en las habilidades cognitivas del sujeto y con el aumento en el número de roles que se produce con la edad. De tal modo que, estos cambios dan lugar a una creciente diferenciación en la estructura del autoconcepto con la edad (Harter, 1983, 1990a, 1990b). Así, por ejemplo, mientras que su Perfil de Autopercepción para Niños recoge cinco dominios (comportamiento/conducta, aceptación social, competencia académica, apariencia física y competencia deportiva) además de la autovalía global, el instrumento análogo para adolescentes abarca ocho dominios (comportamiento/conducta, aceptación social, competencia académica, apariencia física, competencia deportiva, atractivo romántico, amistad íntima y competencia laboral) además de la autovalía global. También la versión del instrumento para niños más pequeños, entre 4 y 7 años, posee tan sólo tres dominios y no introduce la autovalía global. Dadas las limitaciones cognitivas en esta etapa, y siguiendo las aportaciones de Piaget y algunos psicoanalistas, los niños entre 4 y 7 años no distinguen su yo ideal del real, por lo que no pueden realizar juicios globales sobre el *self* (Harter, 1990a, 1996).

Esta diferenciación en la estructura del autoconcepto va acompañada de otros cambios cualitativos en las percepciones de los sujetos que en gran medida vienen determinados por el desarrollo cognitivo. Por ejemplo, al inicio de la adolescencia los

juicios cambian de ser más concretos a más abstractos y, también, se empieza a realizar juicios de comparación social. Esto influye enormemente en las percepciones sobre el *self* de los sujetos (Harter, 1988b, 1990c). Por último, el desarrollo también influye en la importancia que las personas dan a las diferentes dimensiones del autoconcepto. Evidentemente, los dominios que para un niño pueden ser muy importantes, para el adulto pueden no serlo tanto (Harter, 1990b).

Como resumen de todas las contribuciones de Susan Harter al campo del autoconcepto, se observa cómo en su trabajo se combina el influjo de las teorías motivacionales, de las aportaciones de los clásicos del autoconcepto, así como de las teorías del desarrollo (Pastor, 1999).

7. VALIDEZ CONVERGENTE DE ALGUNOS INSTRUMENTOS MULTIDIMENSIONALES DEL AUTOCONCEPTO

Para nuestro trabajo hemos escogido el Perfil de Autopercepción para Niños de Susan Harter (1985), por ser un instrumento que evalúa múltiples dominios del autoconcepto y también la autovalía global. Por tanto, se adecua al enfoque multidimensional dominante en la actualidad y, además, posee tras de sí una razonable base teórica y empírica. En la investigación sobre estilos de vida y autoconcepto no existe un instrumento mayoritariamente empleado por los investigadores, por el contrario se emplean diversos instrumentos. Por consiguiente, una duda que se nos planteaba en este trabajo era saber hasta qué punto podíamos comparar nuestros resultados con los de otros investigadores que empleaban otros instrumentos de evaluación del autoconcepto. Para resolver esta cuestión, creímos imprescindible considerar la validez convergente de los instrumentos de autoconcepto empleados.

La validez convergente, junto a la validez discriminante, constituyen los dos requisitos principales de la validez de constructo que fueron introducidos por Campbell y Fiske (1959). La validez de constructo trata de comprender las dimensiones o atributos subyacentes que se miden a través de cualquier test o proceso de observación (Schoenfeldt, 1984). En este marco, la validez convergente recoge en qué medida diferentes instrumentos coinciden en la valoración de un mismo rasgo (o constructo). Mientras que la validez discriminante considera hasta qué punto dos instrumentos de evaluación independientes difieren en la medida de diferentes rasgos (Byrne, 1996) o, dicho de otro modo, muestra que la medición no está indebidamente relacionada con indicadores de otros constructos (Messick, 1980).

Para valorar ambos aspectos de la validez de constructo, Campbell y Fiske (1959) idearon la matriz multirrasgo-multimétodo. Su aceptación no ha sido tan general como la de los conceptos que la inspiran (Silva, 1989). Aún así, disponemos de algún trabajo que aplica esta metodología al campo de evaluación del autoconcepto (Marsh, 1990b; Marsh y Gouvernet, 1989; Marsh y Holmes, 1990).

Existen pocos datos acerca de la validez convergente entre el SPPC y otros instrumentos de autoconcepto. Únicamente Hymel, LeMare, Ditner y Woody (1999) analizan la validez de constructo de este instrumento con el *Self-Description Questionnaire – I* de Marsh (1988).

El *Perfil de Autopercepción para Niños (Self-Perception Profile for Children) - SPPC-* (Harter, 1985) fue diseñado para evaluar el autoconcepto multidimensional de los niños entre 8 y 12 años, consta de 5 subescalas específicas (comportamiento/conducta, aceptación social, competencia académica, apariencia física y competencia deportiva) y una subescala de autovalía global. Existe abundante evidencia empírica sobre su validez y fiabilidad (Byrne, 1996).

El *Cuestionario de Autodescripción (Self-Description Questionnaire) –SDQ-I-* (Marsh, 1988) fue elaborado como una medida multidimensional del autoconcepto para niños entre 8 y 12 años, consta de 8 subescalas: a) 4 no académicas (habilidad física, apariencia física, relaciones con los pares y relaciones con los padres), b) 3 académicas (lectura, matemáticas y escala general sobre escuela) y c) una que mide el autoconcepto global. Posee abundante evidencia empírica sobre su validez de constructo (Marsh, 1992a).

Hymel y colaboradores (1999) consideraron en su estudio los 5 dominios del autoconcepto que eran evaluados en ambos instrumentos: la competencia deportiva, la competencia académica, la relación con los iguales o aceptación social, la apariencia y la autovalía global. Las correlaciones entre cada una de estas subescalas del SPPC con su análoga en el SDQ-I oscilaban entre .57 ($p<.001$) y .75 ($p<.001$) indicando que estos instrumentos proporcionaban una valoración similar del autoconcepto en los 5 dominios considerados (Véase Tabla 1).

TABLA 1. Subescalas de los instrumentos SDQ-I y SPPC

Dominios	SDQ-I	SPPC
Físico	Habilidad Física Apariencia Física	Competencia Deportiva Apariencia Física
Social	Relaciones Pares	Aceptación Social
Académico	Académico Total	Competencia Académica
General	Self General	Autovalía Global
Otras	Lectura o Verbal Matemáticas Escuela General Relaciones Padres	Conducta

Si bien no disponemos de más datos acerca de la validez convergente del SPPC, sí disponemos de estudios que analizan la validez convergente de su antecesor, la Escala de Competencia Percibida para niños (PCS) (Harter, 1979, 1982).

La *Escala de Competencia Percibida para Niños (Perceived Competence Scale for Children) -PCS* (Harter, 1979, 1982) consta de 3 dominios de competencia (cognitivo, social y físico) y una escala de autovalía global. Este instrumento ha sido sustituido en la actualidad por el SPPC, con lo que se utiliza poco.

Las respuestas de los niños al PCS han sido comparadas con respuestas en el SDQ-I en, al menos, 4 estudios (Byrne y Schneider, 1988; Marsh, 1990b; Marsh y Gouvernet, 1989; Marsh y Holmes, 1990). Los análisis multirrasgo-multimétodo (Marsh, 1990b; Marsh y Gouvernet, 1989; Marsh y Holmes, 1990) y los análisis que correlacionan las puntuaciones de los sujetos en las subescalas análogas de estos dos instrumentos (Byrne y Schneider, 1988), indicaban que ambos instrumentos realizan estimaciones similares del autoconcepto en los subdominios comparables. Los resultados de estos trabajos concluyen que son comparables las subescalas de los dominios físico, social, académico y de la autoestima global (Véase Tabla 2).

Marsh y sus colegas (Marsh, 1990b; Marsh y Holmes, 1990) también evalúan, mediante análisis multirrasgo-multimétodo, la validez convergente entre el SPC y la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers, 1984).

La *Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale) -PH* (Piers, 1984) fue diseñada inicialmente por Piers y Harris (1964) como una medida unidimensional del autoconcepto de niños y adolescentes de 8 a 18 años. Sin embargo, los estudios realizados sobre su validez de constructo llevaron a sus autores a plantear su estructura multidimensional (Benson y Rentsch, 1988; Marsh y Holmes, 1990; Piers, 1984). Puesto que en un principio no fue diseñada para obtener dimensiones, la estructura factorial no es nítida. Los estudios factoriales han mostrado divergencias tanto en el número como en las características de las dimensiones halladas (entre 6 y 10). Parece ser que la solución de 6 factores es la más aceptada por los estudiosos (Byrne, 1996). Estos factores o dimensiones son: conducta, estatus escolar/intelectual, apariencia física/atributos, ansiedad, popularidad y felicidad/ satisfacción (Piers, 1984).

TABLA 2. Subescalas de los instrumentos SDQ-I, PCS y PH

Dominios	SDQ-I	PCS	PH
Físico	Habilidad Física Apariencia Física	Competencia Física	Apariencia Física y atributos
Social	Relaciones Pares	Competencia Social	Popularidad
Académico	Académico Total	Competencia Cognitiva	Estatus escolar e intelectual
General	<i>Self</i> General	Autovalía General	-----
Otras	Lectura o Verbal Matemáticas Escuela General Relaciones Padres		Conducta Ansiedad Felicidad y satisfacción

Tomada de Marsh y Holmes (1990)

El contenido de los ítems de las escalas del PH indica que serían comparables las subescalas de apariencia física/atributos, popularidad y estatus escolar/intelectual con las subescalas de competencia física, social y escolar, respectivamente, del PCS (Marsh y Holmes, 1990). Los análisis realizados por Marsh y sus colegas (Marsh, 1990b; Marsh y Holmes, 1990) indican que existe validez convergente entre dichas subescalas (Véase Tabla 2).

El PH (Piers, 1984), SDQ-I (Marsh, 1988), PCS (Harter, 1979, 1982) y SPPC (Harter, 1985) han sido seleccionados como los instrumentos más importantes utilizados para evaluar las múltiples dimensiones del autoconcepto en la niñez y adolescencia temprana (Véase Bracken, 1996; Wylie, 1989). Existen otros instrumentos diseñados para valorar el autoconcepto en esta etapa del ciclo vital, sin embargo no disponemos de datos acerca de su validez convergente con el SPPC. No obstante, contrastaremos los ítems de aquellos dominios que puedan ser comparados con los dominios del SPPC. Esta estrategia ha sido empleada anteriormente por teóricos del autoconcepto de gran relevancia como Marsh y Richards (1988).

Los pocos estudios realizados sobre el *Cuestionario de Autoconcepto de Coombs (Self-Concept Scale) -SCS-* (Coombs, 1978) no garantizan su validez de constructo (Burns, 1979; Wylie, 1979). Tras realizar un análisis factorial de este instrumento, Pérez y colaboradores (1980) encontraron cuatro dimensiones: 1) autoconcepto escolar y familiar (que recoge ítems sobre sentimientos de fracaso y desánimo en ambos ambientes), 2) autoconcepto interpersonal I (que incluye ítems de comparación social con los pares), 3) autoconcepto interpersonal II (abarca ítems sobre timidez e inseguridad social) y 4) autoconcepto familiar (ítems acerca de relaciones personales en la familia). Estas dimensiones no son comparables con los dominios del Perfil de Autopercepciones para Niños (SPPC) de Susan Harter, dado que no evalúan las percepciones de competencia o adecuación en los dominios, sino los sentimientos de fracaso y desánimo, inseguridad, timidez o el resultado de la comparación social. Además, la extensa literatura sobre la evaluación del autoconcepto en adolescentes muestra cómo éstos son capaces de distinguir entre los dominios escolar y familiar, constituyendo dos dimensiones claramente separadas (Byrne, 1996; Marsh, 1990b, 1992a, 1992b, 1992c; Shavelson *et al.*, 1976). Por tanto no tiene sentido una escala que integre estos dos dominios como sugieren Pérez y colaboradores (1980).

El *Cuestionario de Autoestima de Coopersmith (Coopersmith Self-Esteem Inventories) -SEI-* (Coopersmith, 1967) también ha sido muy estudiado. Este cuestionario se presenta en dos formatos: el formato escolar y el formato adulto. El formato escolar es apropiado para niños de 8 a 15 años. A pesar de ello, no cuenta con el beneplácito de los estudiosos del área. Su autor constituye el representante por antonomasia del modelo nomotético. Por ello, ha sufrido el escrutinio de los defensores de la multidimensionalidad, siendo muchos los autores que denuncian la existencia de graves problemas de medición y estadísticos en los estudios realizados sobre el mismo (Hattie, 1992; Marsh, 1990b; Marsh y Hattie, 1996). No tiene sentido utilizar este instrumento para examinar la dimensionalidad

del autoconcepto puesto que los ítems han sido diseñados, con graves sesgos de redacción, para probar la unidimensionalidad (Byrne, 1996; Hattie, 1992; Marsh, 1990b; Marsh y Hattie, 1996).

Este instrumento es utilizado en uno de los estudios más citados sobre la relación entre autoconcepto y consumo de sustancias que sirve de base a muchos autores en trabajos posteriores (Dielman, Leech, Lorenger y Horvath, 1984). Afortunadamente, en los trabajos posteriores se emplean otros instrumentos. Dielman y colaboradores (1984) factorizan este instrumento para sonsacar las dimensiones subyacentes. Los análisis muestran cinco factores: felicidad, ajuste escolar, autoconfianza, asertividad y ajuste familiar. Dados todos los motivos expuestos hasta el momento, no procede comparar estas dimensiones con las del SPPC.

Inventario de Autoestima Libre de Cultura (Culture-Free Self-Esteem Inventories) -CFSI- (Battle, 1981). Este instrumento posee cuatro subescalas (general, social, académico y parental) más una escala de sinceridad. Aunque los datos muestran que este instrumento es fiable (Yanish y Battle, 1985), se han realizado pocos trabajos que garanticen su validez de constructo. Además, no se ha especificado la racionalidad teórica subyacente para el diseño del mismo (Keith y Bracken, 1996). Con lo que difícilmente podemos compararlo con el SPPC.

Escala de Autoestima de Hare (Hare Self-Esteem Scale) -HSES- (Hare, 1975). Fue elaborada por su autor para evaluar tres dimensiones del autoconcepto de los preadolescentes y adolescentes: pares, escuela y hogar. Consta de 30 ítems, 10 para cada subescala. Existen datos acerca de la validez de constructo de este instrumento (Shoemaker, 1980), sin embargo, no tenemos información sobre la existencia de estudios que analicen su fiabilidad, ni tampoco su validez convergente con otros instrumentos. Este cuestionario consta de dos escalas (escuela y pares) que pueden ser comparadas con sus correspondientes en el SPPC de Harter (competencia académica y aceptación social). A partir de un examen de los ítems de ambos instrumentos podríamos decir que mientras la subescala de competencia académica de Harter mide la percepción de habilidad en el rendimiento escolar; la escala de escuela de Hare, además de la percepción de habilidad, evalúa la percepción que tienen los niños sobre la actitud del profesor hacia ellos. Acerca de las escalas sociales, podríamos decir que ambas miden aceptación por los pares y sentimientos de popularidad.

Escala de Autoconcepto Multidimensional (Multidimensional Self-Concept Scale) –MSCS (Bracken, 1992). Diseñada para medir el autoconcepto en niños y adolescentes de 9 a 19 años. Está compuesta por 6 subdominios que contribuyen igualmente al autoconcepto global. Las subescalas que miden cada uno de estos dominios son: subescala social (competencia social respecto a las interacciones con los otros), subescala competencia (éxito/fracaso en la consecución de las metas), subescala afecto (reconocimiento de conductas afectivas), subescala académica (logro académico y competencia en otras actividades relacionadas con la escuela), subescala familia (competencia relacionada con las interacciones con la familia), subescala física (atractivo y habilidad física).

Las subescalas social y académica pueden ser comparadas con sus correspondientes en el SPPC de Harter (competencia académica y aceptación social). Respecto a la subescala física del MSCS, sus ítems hacen referencia tanto al atractivo físico como a la habilidad; mientras que el SPPC recoge estos dos aspectos en subescalas diferentes (apariencia física y competencia deportiva).

Bracken aporta datos acerca de la fiabilidad y la validez que avalan al MSCS como un instrumento internamente consistente, temporalmente estable, con validez de contenido, concurrente y discriminante (Bracken, 1992, 1993; Bracken, Bunch, Keith y Reith, 1992).

Como resumen de este apartado, podríamos concluir que no son comparables con el SPPC los instrumentos siguientes: el Cuestionario de Autoconcepto de Coombs (1978), el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith (1967) y el Inventario de Autoestima Libre de Cultura (Battle, 1981). Serían comparables con el SPPC los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Autodescripción I (Marsh, 1988), la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Piers, 1984), la Escala de Competencia Percibida (Harter, 1979, 1982), la Escala de Autoestima de Hare (1975) y la Escala de Autoconcepto Multidimensional (Bracken, 1992). De estos instrumentos, reiterándonos en las matizaciones realizadas a lo largo de esta revisión, podríamos afirmar que los dominios físico, social, familiar y académico están evaluando el mismo constructo. En lo referente al autoconcepto general, únicamente podríamos decir que evalúa el mismo constructo la escala desarrollada por Marsh (SDQ-I) y la desarrollada por Harter (PCS).

Capítulo 3

AUTOCONCEPTO Y ESTILO DE VIDA

En los años 70, Fitts (1972), en un monográfico sobre “El autoconcepto y la conducta” ya sugería la necesidad de estudio acerca de la influencia del autoconcepto sobre las conductas relacionadas con la salud (alcoholismo, abuso de sustancias, enfermedades físicas, etc.). Pero, es en la década de los 80 cuando aparecen las primeras teorías e investigaciones que relacionan el autoconcepto/autoestima con las conductas relacionadas con la salud en la adolescencia. Desde entonces y hasta nuestros días el estudio de esta relación se ha visto influido por la evolución teórica y empírica que han experimentado los conceptos de autoestima y autoconcepto. Así, los primeros trabajos hablaban de la relación existente entre las conductas de salud y un autoconcepto unidimensional (Modelo Nomotético), pero progresivamente las investigaciones han ido reflejando la distinción conceptual y empírica entre las dimensiones del autoconcepto y la autoestima global.

Las conductas relacionadas con la salud que mayor interés han despertado entre los investigadores de esta área de estudio han sido las conductas de consumo de sustancias y las conductas de ejercicio. Por tanto, en el presente capítulo presentamos el desarrollo a nivel teórico y empírico, así como las limitaciones metodológicas, del estudio de la relación entre el autoconcepto/autoestima y el consumo de sustancias y el ejercicio físico en la adolescencia. Finalmente, fruto de la revisión teórica y empírica realizada, proponemos unos modelos acerca de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida relacionado con la salud.

1. AUTOCONCEPTO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA

1.1. APORTACIONES TEÓRICAS

Desde finales de los 70 se han desarrollado diversos modelos teóricos para explicar las conductas de riesgo, y en concreto el consumo de sustancias, en la adolescencia (Huba y

Bentler, 1982; Jessor y Jessor, 1977). Estos modelos incluían tanto variables sociales como variables individuales, siendo el autoconcepto/ autoestima una de las variables individuales frecuentemente vinculada al consumo de sustancias en la adolescencia.

En los estudios pioneros en este campo, la hipótesis predominante planteaba la existencia de una relación negativa entre la autoestima y el consumo de sustancias. La mayoría de los investigadores consideraban que una autoestima baja era el origen del consumo de sustancias de los adolescentes y para dar una explicación sobre el por qué de esta relación negativa se realizaron múltiples aportaciones teóricas.

Según la Teoría de la Conducta Problema, formulada por Jessor y Jessor (1977), la autoestima constituye un control cognitivo, dentro de la estructura de creencias personales del sujeto, que le protege del comportamiento desviado. En este sentido, el adolescente con alta autoestima está interesado por mantener el *self* positivo y la consideración social de la que disfruta, con lo que no pondrá en riesgo estas ventajas con un comportamiento inconformista. Por el contrario, el adolescente con baja autoestima no tiene nada que perder. Otras teorías defienden la conducta desviada (y por tanto el consumo de sustancias) como una estrategia para ensalzar la autoestima. En este sentido, la Teoría General de la Conducta Desviada de Kaplan (1980) postula que el consumo de drogas vendría promovido por la experiencia de sentimientos de autodevaluación, fruto de vivencias negativas en los entornos de socialización convencionales. En estas circunstancias el individuo estará poco motivado a continuar con las actividades normativas del grupo que le hacen sentir mal y se sentirá motivado a desviarse de ellas. Como respuesta a esta situación, y empujado por la motivación de realzar la autoestima, el individuo será cada vez más sensible a la existencia de patrones desviados y adoptará un patrón de conducta desviada si puede anticipar consecuencias positivas (Kaplan, 1980, 1982a, 1982b). Estas consecuencias positivas constituyen lo que Kaplan denomina "*self-enhancement*", esto es, la autoestima del joven se vería mejorada. Desde diversas teorías, esta mejora de la autoestima se logra a través de la aprobación de los pares. Así pues, Gold (1982) plantea que el fracaso en los roles importantes para el individuo conduce a una autoimagen negativa. En la infancia y la adolescencia, el rol escolar constituye uno de los roles de mayor relevancia. Por ello, los individuos en respuesta al fracaso escolar se dirigen hacia comportamientos desviados, como puede ser el abuso de sustancias. Este comportamiento es un modo de autopresentación que trata de desvalorizar la importancia del rendimiento académico y está motivado por un deseo de ensalzar el *self* y la aprobación de los pares. Del mismo modo, Sharp y Getz (1996) adaptan la Teoría de la Influencia Social (Tedeschi y Norman, 1985) al consumo de sustancias e hipotetizan que el consumo de sustancias es utilizado como un instrumento de manejo de impresiones, a través del cual los adolescentes, en determinados contextos, consiguen refuerzos tales como amistad y popularidad, produciéndose de este modo una mejora en la autoestima. Por otra parte, el Modelo de Desviación Social propone que la relación entre autoestima y conducta depende del contexto cultural o de las normas grupales. Este modelo fue inicialmente planteado por Stratton y Spitzer (1967) para explicar el rol de la autoestima en la relación entre las actitudes sexuales y la conducta, y

posteriormente adaptado por Moore, Laflin y Weiss (1996) para predecir las conductas de consumo de sustancias. Según estos autores, las personas tienden a evaluarse positivamente de acuerdo con las normas de su propia cultura. Respecto al consumo de drogas, este modelo predice que en una cultura restrictiva, la baja autoestima está relacionada con el consumo de drogas, mientras que la alta autoestima está relacionada con poco o ningún consumo de drogas. En una cultura permisiva donde el consumo de drogas es la norma, sin embargo, cabría esperar que la alta autoestima esté asociada con un elevado consumo, y la baja autoestima esté asociada con bajo consumo. En las culturas moderadamente permisivas, el modelo predice que no hay relación entre la autoestima y el consumo de drogas.

Diversos autores en sus investigaciones aportan otras explicaciones sobre la relación entre la autoestima y el consumo de sustancias. Por ejemplo, se cree que una baja autoestima aumenta la vulnerabilidad a la presión de los pares hacia el consumo (Fox y Forbing, 1991; Maag, Irvin, Reid y Vasa, 1994; Regis, 1988; Stacy, Sussman, Dent, Burton y Flay, 1992). En este mismo marco, Regis (1988) hipotetiza que los adolescentes con baja autoestima son más conformistas y, por ello, ceden a la presión de los pares con mayor facilidad. Esta hipótesis contradice la visión de Jessor y Jessor (1977) que considera que los consumidores de sustancias son más inconformistas.

Taylor y Del Pilar (1992) consideran que la ansiedad es la pieza clave que media entre la autoestima y el abuso de sustancias: aquellos adolescentes con baja autoestima sufren mayores niveles de ansiedad, lo que les conduce a un mayor consumo.

1.2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de que, desde determinados modelos teóricos y desde la práctica interventiva, se ha supuesto que una baja autoestima puede tener una relevancia fundamental en la causación del consumo de drogas, la evidencia empírica ha tendido a mostrarse contradictoria y poco concluyente. Tal estado puede venir dado por la concepción unidimensional de la autoestima que se ha manejado en la mayoría de los estudios sobre el tema, y que puede actuar ensombreciendo la verdadera vinculación del consumo de sustancias con los diferentes dominios del autoconcepto (Romero, Luengo y Otero, 1995).

En este apartado haremos un breve repaso de aquellos trabajos que, por una parte, han analizado la relación entre la autoestima y el consumo de sustancias en la adolescencia, y, por otra parte, de aquellos trabajos que han analizado la relación entre distintos dominios del autoconcepto y el consumo de sustancias en la adolescencia.

La autoestima ha sido citada como una de las razones más significativas del por qué los adolescentes consumen sustancias (Maisto y Carey, 1985; Werry, 1986), sin embargo, la relación entre ambas variables constituye un tema de estudio particularmente controvertido, debido a la poca consistencia de los resultados de las investigaciones realizadas. Así, en algunos trabajos se ha hallado la existencia de una asociación significativa y de signo negativo entre la autoestima y el consumo de drogas (Guglielmo, Polak y Sullivan, 1985;

Mitic, 1980; Moore *et al.*, 1996; Pandina y Schuele, 1983; Romero *et al.*, 1995). Sin embargo, en muchos otros trabajos se ha encontrado que la asociación existente entre autoestima y consumo de drogas es extremadamente débil y que la posible vinculación causal existente entre ambos constructos es insignificante (Glendinning y Inglis, 1999; Maag *et al.*, 1994; Torres, Fernández y Maceira, 1995; Steffenhagen y Steffenhagen, 1985).

Moore y colaboradores (1996) –con estudiantes de secundaria estadounidenses– y Romero y colaboradores, (1995), con jóvenes españoles de 12 a 18 años–, estudian la relación existente entre la autoestima –medida con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)– y el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. Moore y colaboradores (1996) encuentran una relación negativa entre la autoestima y el consumo de tabaco y de alcohol en los chicos estadounidenses, y entre la autoestima y el consumo de tabaco y de marihuana en las chicas. Romero y colaboradores (1995) no ofrecen resultados por género, pero los resultados que proporcionan apoyan una relación negativa entre la autoestima y el consumo de tabaco y de alcohol en los jóvenes españoles. Pandina y Schuele (1983) informaron que, entre estudiantes estadounidenses de secundaria los menores niveles de autoestima estaban asociados con mayores niveles de consumo de sustancias. Para estudiar tal relación utilizaron la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers, 1984, Piers y Harris, 1964) para medir la autoestima y una única puntuación derivada del consumo de alcohol y drogas de los sujetos. Abernathy, Massad y Romano-Dwyer (1995) estudiaron longitudinalmente la relación entre la autoestima –medida con una escala desarrollada por ellos mismos– y el consumo de tabaco en estudiantes canadienses de 6º grado (11 años) a 9º grado (14 años). Los resultados de su investigación apoyan la existencia de una relación negativa entre la autoestima y la conducta de fumar en las chicas pero no en los chicos.

Por otra parte, existen estudios recientes que no encuentran una relación significativa entre la autoestima y el consumo de sustancias. Entre ellos se encuentra el de Glendinning e Inglis (1999), quienes no encuentran tal asociación entre la autoestima –medida con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)– y el consumo de tabaco en adolescentes escoceses de 13 y 14 años. Por otra parte, los resultados de la investigación de Maag y colaboradores (1994) revelan la ausencia de una relación significativa entre la autoestima –evaluada a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith-Forma Escolar (Coopersmith, 1987)– y el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* en adolescentes estadounidenses de ambos géneros, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Por último, Torres y colaboradores (1995) tampoco encuentran relación entre la autoestima –medida a través de la suma de las 4 subescalas del Perfil Personal de Gordon (1978)– y el consumo de sustancias entre adolescentes españoles de ambos géneros y con edades de 12/13 años y de 16/17 años.

Por tanto, la evidencia empírica respecto a la relación entre la autoestima y el consumo de sustancias tiende a mostrarse contradictoria y poco concluyente, por lo que diversos autores plantean la necesidad de tener en cuenta la naturaleza multidimensional del autoconcepto.

Unos de los primeros autores en atender a la multidimensionalidad del autoconcepto y su relación con el consumo de sustancias fueron Pérez, Padilla, Ramírez, Ramírez y Rodríguez (1980). Estos autores, tras realizar un análisis factorial del Cuestionario de Autoconcepto de Coombs o SCS (Coombs, 1978), utilizan las dimensiones resultantes como variables independientes en un análisis discriminante en el que tratan de predecir el consumo de sustancias de una muestra de adolescentes mexicano-americanos de ambos géneros con edades entre 12 y 17 años. Con estos análisis se pretendía discriminar entre consumidores y no-consumidores de drogas ilegales y de alcohol. Los resultados indicaron que únicamente la escala de autoconcepto interpersonal I (comparación social) aparecía como un factor discriminante significativo de los adolescentes consumidores o no de drogas ilegales. Sin embargo, ninguna escala entraba en el análisis discriminante de la variable consumo de alcohol. Con ello concluyen que los individuos que consumen drogas tienden a evaluarse negativamente con respecto a los pares (Pérez *et al.*, 1980).

Butler (1982), con una muestra de 400 adolescentes estadounidenses de ambos géneros, entre los 12 y los 13 años, relaciona el autoconcepto –evaluado con la Escala de Autoconcepto de Tennessee o TSCS (Fitts, 1965)– y el consumo de alcohol. En este estudio se emplea la forma para el *counselling* de este instrumento. Con respecto a la variable consumo de alcohol, este autor divide a los sujetos en abstinentes, bebedores infrecuentes y bebedores habituales, y compara las puntuaciones medias de estos tres grupos en las subescalas del TSCS (se consideran las 8 escalas internas y externas, la escala de autocrítica y una puntuación total de los ítems en positivo). Sus resultados apuntan que los abstinentes obtienen mayores puntuaciones en estas subescalas que los bebedores infrecuentes y habituales. También los bebedores infrecuentes poseen mayor puntuación que los habituales. Sin embargo, estas diferencias sólo son significativas en las subescalas conducta y físico entre abstinentes y bebedores habituales, tanto para los chicos como para las chicas. Las explicaciones de Fitts (1965) acerca de las escalas de conducta y físico del TSCS llevan a Butler a inferir que los jóvenes abstemios tenían percepciones más positivas de su conducta, estado de salud, apariencia física, destrezas físicas y sexualidad que los bebedores (Butler, 1982).

Dielman, Leech, Lorenger y Horvath (1984), con estudiantes estadounidenses de ambos géneros de 5º y 6º grado², relacionan las dimensiones extraídas –mediante análisis factorial– de una versión modificada de 17 ítems del Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967) con 9 variables de consumo de sustancias (el haber probado, la intención de consumo y el consumo actual de tres sustancias: tabaco, alcohol y *cannabis*). Utilizando estas 9 variables como dependientes y las dimensiones del autoconcepto junto con el locus de control de la salud como independientes realizan una serie de análisis de regresión múltiple. En lo que respecta a los resultados sobre el autoconcepto, los análisis mostraron que las escalas de felicidad y de autoconfianza fueron las dimensiones del autoconcepto que mejor predecían, en sentido negativo, el consumo y la intención de

² La edades correspondientes a estos cursos son de 10 y 11 años

consumo de tabaco y de *cannabis*; mientras que el ajuste escolar y la felicidad, también en sentido negativo, fueron los predictores del consumo de alcohol. A su vez, el ajuste escolar fue el único predictor significativo de la intención de consumo de alcohol, de forma que los jóvenes que percibían un peor ajuste escolar manifestaban en mayor medida la intención de consumo de alcohol.

Romero, Luengo y Otero-López (1995), siguiendo la solución factorial del Inventario de Autoestima de Coopersmith (1959) obtenida por García Torres (1983), hicieron uso de las dimensiones familiar, social (iguales) y descontento consigo mismo (escuela) y analizaron su relación con el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* en adolescentes españoles de ambos géneros entre los 12 y los 18 años. Mediante el análisis de ecuaciones estructurales concluyen que el autoconcepto en los dominios familiar y escolar tiene un efecto negativo sobre el consumo de tabaco y alcohol; mientras que el autoconcepto social tiene un efecto positivo sobre el consumo de alcohol. No obstante, manifiestan que todos los efectos, aunque significativos, son muy débiles.

En otro estudio, Penny y Robinson (1986) encontraron que los adolescentes británicos fumadores, respecto a los no-fumadores, tenían un autoconcepto significativamente menor en tres de las seis dimensiones evaluadas por la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers, 1984; Piers y Harris, 1964): conducta, estatus escolar/intelectual y felicidad.

Yanish y Battle (1985) con una muestra de 22 sujetos canadienses (8 chicos y 14 chicas), con problemas conductuales, de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, utilizan el Inventario de Autoestima Libre de Cultura para Niños - Forma A (Battle, 1981). Los resultados de este trabajo informan de una correlación negativa y significativa entre el consumo de alcohol y los dominios parental y académico del autoconcepto.

A finales de los 80 y principios de los 90, en la investigación sobre la relación entre el autoconcepto multidimensional y el consumo de sustancias, comienzan a introducirse progresivamente instrumentos de evaluación de la multidimensionalidad del autoconcepto que cuentan con mayores referentes acerca de la bondad de sus características psicométricas, como la Escala de Autoestima de Hare (Shoemaker, 1980), el Cuestionario de Autodescripción II o SDQII de Marsh (1992) y Perfil de Autopercepción para Niños o SPPC de Harter (1985).

Young, Werch y Bakema (1989), con una muestra de 2032 adolescentes estadounidenses entre los 10 y los 15 años, relacionan los tres dominios de la Escala de Autoestima de Hare –familiar, escolar y social– (Shoemaker, 1980) con 19 medidas de consumo e intención de consumo de sustancias (café, tabaco, otros productos con nicotina, alcohol y drogas ilegales). Estos autores informaron de la existencia de diferencias significativas en el dominio familiar y también en el dominio escolar en 18 de las 19 medidas de consumo de sustancias. En cada caso, las puntuaciones más elevadas en estos dominios del autoconcepto las conseguían los adolescentes que no consumían, que presentaban una frecuencia de consumo baja y que no tenían intención de consumir sustancias en el futuro. Las variables en las que no habían diferencias significativas en los

dominios familiar y escolar fueron la intención de probar en el futuro las drogas ilegales y la intención de consumo futuro de drogas ilegales respectivamente. Sin embargo, no aparecen diferencias en el dominio social o de pares en ninguna de las 19 medidas de consumo o intención de consumo de sustancias. Quizás la relación existente entre los dominios escolar y social (Shoemaker, 1980) oscurece la relación del consumo de sustancias con el dominio social.

La Escala de Autoestima de Hare (Shoemaker, 1980) también es utilizada por Emery, McDermott, Holcomb y Marty (1993) con una muestra de adolescentes estadounidenses con edades comprendidas entre los 11 y los 14 años. Estos autores examinan las diferencias en los dominios del autoconcepto en base a la historia de consumo y el tipo de sustancia consumida. Es decir, distinguen entre consumo de tabaco, de alcohol y de otras drogas y, dentro de cada sustancia, subdividen a los sujetos en consumidores recientes, consumidores en el pasado y los que nunca han consumido. Los resultados revelan que, independientemente del tipo de sustancia, las puntuaciones del dominio familiar son significativamente más altas para los que nunca han consumido que para los consumidores recientes y los consumidores en el pasado. Adicionalmente, las puntuaciones de los consumidores recientes son las más bajas. Un patrón similar se encuentra en el dominio escolar, ya que las puntuaciones de los sujetos que nunca han consumido tabaco eran significativamente más altas que las de los consumidores recientes y las de los consumidores en el pasado. Además, los consumidores recientes de alcohol puntuaban significativamente más bajo que los consumidores en el pasado y los no consumidores. Emery y colaboradores (1993) no introducen el dominio social o de pares basándose en resultados de trabajos previos que no indicaban ninguna relación (Young *et al.*, 1989).

McInman y Grove (1991), con una muestra de 560 adolescentes entre los 13 y los 17 años, utilizan el Cuestionario de Autodescripción II (SDQ-II) de Marsh (1992b) y realizan análisis discriminantes tomando como variables dependientes el estatus de fumador (nunca haber fumado, un poco sólo, ex-fumador y fumador habitual) y la intención de fumar (no tener intención de hacerlo, no estoy seguro, intención de fumar). Estos autores concluyen que el autoconcepto no es un buen predictor del estatus de consumo de tabaco, pero predice algo mejor las intenciones de consumo. Tres dominios aparecen significativamente relacionados tanto con el consumo de tabaco como con las intenciones de consumo: la honestidad, la escuela (escala general) y las relaciones con el sexo opuesto. Los adolescentes que consumen tabaco poseen un peor autoconcepto escolar y peor honestidad, pero presentan un mejor autoconcepto con respecto a las relaciones sociales con el sexo opuesto.

Dolcini y Adler (1994), utilizando el Perfil de Autopercepción para Niños o SPPC (Harter, 1985) con una muestra de 183 chicos y chicas estadounidenses cuya media de edad era de 13.4 años, encuentran que la aceptación social estaba positivamente relacionada con el consumo de tabaco y alcohol, mientras que el comportamiento/conducta estaba negativamente relacionado con el consumo de estas sustancias.

Lifrak, McKay, Rostain, Alterman y O'Brien (1997) también utilizaron el Perfil de Autopercepciones para Niños para analizar las relaciones entre las percepciones de competencia en varios dominios y el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* en adolescentes estadounidenses, de ambos géneros, de 12 a 15 años. Estos autores encontraron que el comportamiento/conducta estaba negativamente relacionado con el consumo de tabaco en las chicas; la aceptación social se relacionaba positivamente con el consumo de tabaco en las chicas; la competencia académica, tanto en los chicos como en las chicas, estaba negativamente relacionada con el tabaco y el alcohol, y en los chicos, además, estaba negativamente relacionada con el consumo de *cannabis*; la competencia deportiva estaba negativamente relacionada con el consumo de tabaco y *cannabis* en los chicos; y, por último, la autovalía global estaba negativamente relacionada con el consumo de *cannabis* en los chicos.

A modo de resumen, a continuación se presenta una síntesis de los resultados obtenidos en las investigaciones previas. Para ello, nos centraremos en los estudios que utilizan el SPPC o instrumentos de evaluación validados y comparables con el mismo (Harter, 1985).

La literatura evidencia una relación negativa entre el consumo de sustancias y el dominio escolar (Emery *et al.*, 1993; Lifrak *et al.*, 1997; McInman y Grove, 1991; Penny y Robinson, 1986; Young *et al.*, 1989). Aquellos adolescentes que consumen sustancias presentan puntuaciones más bajas en las subescalas de distintos instrumentos validados que hacen referencia al autoconcepto escolar: Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers, 1984; Piers y Harris, 1964), Escala de Autoestima de Hare (Hare, 1975), Cuestionario de Autodescripción-II (Marsh, 1992b) y el SPPC (Harter, 1985). Incluso los estudios que emplean cuestionarios no validados ni comparables con el SPPC, como el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith (Coopersmith, 1959, 1967) y el Inventario de Autoestima Libre de Cultura para Niños-Forma A (Battle, 1981), informan de una relación negativa entre el dominio escolar y el consumo de tabaco (Romero *et al.*, 1995) y de alcohol (Dielman *et al.*, 1984; Romero *et al.*, 1995; Yanish y Battle, 1985).

Entre el dominio conductual y el consumo de sustancias, existe una relación negativa documentada por varios trabajos. Así, los adolescentes que perciben su comportamiento en general como problemático, menos conformista o desobediente consumen tabaco y alcohol con mayor frecuencia (Dolcini y Adler, 1994; Lifrak *et al.*, 1997; Penny y Robinson, 1986).

Con respecto al dominio social o de relaciones con los pares, los resultados indican que, a mayores puntuaciones en la percepción de la aceptación social los adolescentes consumen tabaco y alcohol con mayor frecuencia (Dolcini y Adler, 1994; Lifrak *et al.*, 1997) y, también, la percepción de las relaciones con los pares del sexo opuesto aparece positivamente asociada con el consumo de tabaco y alcohol (McInman y Grove, 1991).

El dominio físico no parece estar relacionado con el consumo de sustancias, ya que ninguno de los trabajos realizados con alguna escala para evaluar la percepción de la apariencia física comparable a la del SPPC presentan una relación significativa. Únicamente

Butler (1982) encuentra evidencia de que, los adolescentes que no consumen alcohol poseen mayores puntuaciones en el dominio físico que los que lo consumen regular o esporádicamente. Pero cabe destacar que, en el trabajo de Butler (1982) el autoconcepto físico es evaluado con la Escala de Autoconcepto de Tennessee (Fitts, 1965), que incluye en este dominio ítems tanto de apariencia como de habilidad, por lo que no podría compararse a la subescala apariencia física del SPPC.

El dominio deportivo tampoco parece estar demasiado relacionado con el consumo de sustancias, ya que la mayoría de los trabajos realizados no encuentran relación entre ambas variables. La única evidencia disponible acerca de una relación significativa es la presentada por Lifrak y colaboradores (1997), quienes encuentran una relación significativa y negativa entre la competencia deportiva (evaluada con el SPPC) y el consumo de tabaco y *cannabis* en chicos de 12 a 15 años, pero no en las chicas.

Por último, la relación menos clara es la que se establece entre la autovalía global o autoestima (verdadero modelo unidimensional) y el consumo de sustancias. Trabajos como los realizados por Lifrak y colaboradores (1997) con la escala de autovalía global del SPPC y los realizados por Romero y colaboradores (1995) y Moore y colaboradores (1996) con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) muestran una relación significativa y negativa entre la autoestima y el consumo de sustancias. Sin embargo, trabajos como los realizados por McInman y Grove (1991) con el Cuestionario de Autodescripción (SDQ) II (Marsh, 1992b), Dolcini y Adler (1994) con el SPPC (Harter, 1985) y Glendinning e Inglis (1999) con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), no encuentran ninguna relación significativa entre autoestima y consumo de sustancias.

1.3. PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Aunque se ha asumido una relación de causalidad entre la autoestima global y el consumo de sustancias, la literatura no proporciona un apoyo sólido a tal relación. Además, en general, la investigación realizada presenta una serie de limitaciones metodológicas y estadísticas que hacen que esta relación no sea tan clara.

En 1993, Schroeder, Laflin y Weiss realizaron un trabajo de revisión en el que cuestionan la relación entre la autoestima y el consumo de sustancias, y presentan una serie de consideraciones metodológicas y estadísticas que limitan las conclusiones a las que se llega en determinados trabajos que analizan tal relación. Varias de estas limitaciones están presentes en muchos de los estudios revisados en el presente trabajo. Uno de los problemas metodológicos denunciados por estos autores, es la ausencia de una conceptualización ampliamente aceptada del término "autoestima", la cual queda reflejada en las múltiples definiciones operacionales de este constructo existentes en la literatura. Las correlaciones existentes entre las distintas medidas de autoestima son demasiado bajas para afirmar que se está evaluando el mismo constructo. Además, algunos de los instrumentos de medida utilizados no han demostrado ser ni válidos ni fiables; sobre todo aquellos que, desde el Modelo Nomotético, evalúan el autoconcepto unidimensional. Esto conduce a plantearse si,

en realidad, son comparables los resultados obtenidos con diferentes instrumentos de evaluación. Esta deficiencia metodológica denunciada por Schroeder y colaboradores (1993) parece subsanarse en los distintos estudios realizados en la última década con la utilización de instrumentos validados que evalúan tanto la autoestima global (desde el Verdadero Modelo Unidimensional) como la multidimensionalidad del autoconcepto.

Tampoco existe una definición aceptada del abuso de sustancias. Mientras que algunos autores consideran que se comete abuso de sustancias cuando supone un peligro para el individuo o la comunidad (Nelson, Pearson, Sayers y Glynn, 1982), otros consideran como abuso el mero consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Asociado a la carencia de definición, existen también múltiples definiciones operacionales del consumo y abuso de sustancias. Podemos encontrar en la literatura clasificaciones de los sujetos como consumidores o no-consumidores, fórmulas que combinan el número, frecuencia y tipo de drogas consumidas para determinar el estatus o nivel de consumo, o incluso estudios que dejan al libre albedrío de los sujetos la elección de su estatus de consumo (Schroeder *et al.*, 1993).

Por otra parte, muchos estudios extraen conclusiones de causalidad entre el autoconcepto/autoestima y el consumo o abuso de sustancias a partir de análisis correlacionales. Sin embargo, para poder llegar a esas conclusiones se requiere una experimentación controlada (Schroeder *et al.*, 1993).

Las deficiencias estadísticas también representan un grave problema en la interpretación de los resultados que ofrece la literatura respecto a la relación entre el autoconcepto/autoestima y el consumo de sustancias. En muchos casos se atiende únicamente a la significación estadística y no se considera la magnitud de la asociación. El que una relación sea estadísticamente significativa no implica que las variables estén fuertemente relacionadas. De hecho, la mayoría de los estudios sobre autoestima y consumo de sustancias no explican más de un 5% de la varianza. Además, muchos trabajos incurren en la malinterpretación de los datos, el uso de variables altamente correlacionadas como estadísticamente independientes (multicolinealidad) y un error experimental inflado (error tipo I) (Schroeder *et al.*, 1993). Para salvaguardar algunos de estos problemas estadísticos, Schroeder y colaboradores (1993) recomiendan el uso de estadísticos multivariados, como por ejemplo el análisis de varianza multivariado (MANOVA), y de técnicas que reduzcan el número de variables dependientes fuertemente correlacionadas (multicolinealidad) como el análisis factorial.

2. AUTOCONCEPTO Y EJERCICIO EN LA ADOLESCENCIA³

2.1. APORTACIONES TEÓRICAS

Históricamente se ha asumido que el ejercicio físico estaba positivamente relacionado con la autoestima. Sin embargo, los resultados de las primeras investigaciones no mostraban una relación clara entre ejercicio y autoestima global (Neale, Sonstroem y Metz, 1969). Esto, unido al hecho de que se empezaban a reconocer componentes más específicos de las autopercepciones propició que los investigadores se trasladaran hacia el área de estudio de la influencia del autoconcepto físico sobre la práctica de actividades físicas, ejercicio y/o deporte. En otras palabras, los estudiosos del deporte y el ejercicio se introducen en el estudio en profundidad de una de las dimensiones del autoconcepto (el autoconcepto físico), que en ocasiones complementan con el estudio de la autoestima global (Sonstroem, 1997).

Las aportaciones teóricas que relacionan el ejercicio y el autoconcepto pueden agruparse en el marco de dos modelos diferentes: el modelo de selección y el modelo de cambio (Bakker, Whiting y Brug, 1990; Cratty, 1989; Lintunen, 1995). En el primero de ellos se postula que aquellas personas que posean una alta percepción de sus habilidades físicas es más probable que se comprometan en la práctica de ejercicio. Por otra parte, desde el modelo de cambio se plantea que como consecuencia de la práctica de ejercicio se producen cambios en el autoconcepto e incluso en la autoestima de las personas (Lintunen, 1995).

Las primeras formulaciones acerca de la influencia del autoconcepto físico en la conducta de ejercicio se enmarcan dentro del modelo de selección y parten de la hipótesis de la automejora (*self-enhancement*). Ésta mantiene que la gente está motivada a actuar en las áreas en las que es probable que experimenten sentimientos positivos de competencia y estima. Por otra parte, la percepción de baja competencia en algún dominio del autoconcepto reduciría la motivación hacia las actividades relacionadas con el mismo (Biddle, 1997). Partiendo de esta hipótesis, Harter (1978) formula su Teoría de la Motivación hacia la Competencia, la cual sugiere que los individuos están motivados hacia la realización de conductas relacionadas con los dominios de logro en los cuales pueden demostrar que son competentes, especialmente si también se sienten intrínsecamente orientados hacia esa tarea y tienen un locus de control percibido interno. Esta teoría predice, por ejemplo, que los individuos que posean una competencia física percibida alta será más probable que participen en actividades físicas y deportes que aquellos que la posean baja.

Otra teoría que hace referencia tanto a aspectos motivacionales como al autoconcepto, y que puede ayudar a explicar la conducta de ejercicio entre los adolescentes,

³ A lo largo de este apartado de revisión teórica y empírica, pueden interpretarse los términos “actividad física” y “ejercicio” como sinónimos. Si bien esto no es del todo correcto, la literatura refleja que ambos términos se han utilizado indistintamente, aunque es el término “ejercicio” el más utilizado por los autores. En el presente trabajo se ha respetado la terminología utilizada por los autores de los trabajos revisados.

es la Teoría de la Inversión Personal (Maerh y Braskman, 1986). Esta teoría propone que el significado subjetivo de una situación dada es el principal determinante de la inversión de tiempo, talento y energía de un individuo. Este significado subjetivo consta de tres facetas interrelacionadas: incentivos personales, opciones personales y sentido del *self*. Los incentivos personales hacen referencia a los motivos o razones que el individuo tiene para participar en una actividad concreta. Las opciones personales se refieren a las alternativas y oportunidades disponibles para el individuo en una situación dada. Estas alternativas no sólo deben estar presentes y ser percibidas por el individuo, sino que además tienen que ser aceptadas por él (Maerh y Braskman, 1986). Por último, el sentido del *self* se refiere a los pensamientos, percepciones, creencias y sentimientos del individuo relacionados con él mismo. Estas percepciones incluyen el sentido de competencia, independencia, metas e identidad social del individuo. El sentido de competencia es el juicio subjetivo de la habilidad del individuo para hacer algo. En la línea de la Motivación hacia la Competencia de Harter (1978), Maerh y Braskman (1986) sugieren que el sentido de competencia es un poderoso determinante de la inversión personal y lleva al individuo a seleccionar actividades que ensalcen el *self*.

Por otra parte, Sontroem y colaboradores (Sonstroem, 1978; Sonstroem, Harlow y Josephs, 1994; Sonstroem y Morgan, 1989) han propuesto una serie de modelos teóricos para explicar los cambios que se producen en las autopercepciones a través del ejercicio físico. El primero de los modelos que plantean es el Modelo Psicológico para la Actividad Física (Sonstroem, 1978). Este modelo postula que la actividad física conduce a mejoras en la habilidad física, lo cual produce beneficios psicológicos que se reflejan en una mejora de la autoestima. La actividad física y la habilidad física influyen sobre la autoestima a través del papel mediador de la estimación de dicha habilidad física o, lo que es lo mismo, a través de la competencia física percibida. La mejora en la competencia física percibida también lleva a un mayor interés por la actividad física; por tanto este modelo, además de explicar el cambio producido en la autoestima a través del ejercicio, también hace referencia a la hipótesis de la automejora (*self-enhancement*), según la cual las personas participan en actividades que mantienen o mejoran su autoestima. Posteriormente, Sonstroem y Morgan (1989) propusieron el Modelo de Ejercicio y Autoestima el cual hipotetiza que la participación en deportes puede inicialmente aumentar los sentimientos de autoeficacia específicos de la tarea. Tal aumento en la autoeficacia puede generalizarse a las percepciones de competencia física y de aceptación física, lo cual puede aumentar la autoestima general. En este modelo, la competencia física percibida está definida como la autoevaluación global del nivel de habilidad física. El desarrollo de estudios e instrumentos que evidenciaban la multidimensionalidad del autoconcepto físico, ofreció la oportunidad a Sonstroem y sus colaboradores de reemplazar la competencia física percibida unidimensional por múltiples componentes del *self* físico (competencia deportiva, condición física, atractivo corporal, fuerza y autovaloración física global) en su Modelo Ampliado de Ejercicio y Autoestima (Sonstroem *et al.*, 1994). Dichos componentes del *self* físico están jerárquicamente organizados en función de su generalidad. La autoeficacia así como las

autopercepciones más específicas son más susceptibles de ser influidas por el ambiente, por ejemplo, el ejercicio.

2.2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los primeros trabajos de la literatura que relacionaban la autoestima, la actividad física, el ejercicio y el deporte es amplia, pero con muchas deficiencias teóricas y generada con instrumentos carentes de fiabilidad y validez.

Al igual que sucedía en el estudio de la relación entre el autoconcepto/ autoestima y el consumo de sustancias, las primeras investigaciones realizadas analizaban la relación entre la práctica de ejercicio y el autoconcepto general evaluado a través de instrumentos desarrollados bajo el Modelo Nomotético, como el Inventario de Autoestima de Coopersmith (Blackman, Hunter, Hilyer y Harrison, 1988; Langsner y Anderson, 1987; Neal, 1977; Percy, Dziuban y Martin, 1981) y la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Culhane, 1979; Friday, 1987; Hatfield, Vaccaro y Benedict, 1985; Tuckman y Hinkle, 1986). Varios de estos trabajos encontraron que la práctica de ejercicio ejercía una influencia significativa sobre el autoconcepto general (Blackman *et al.*, 1988; Culhane, 1979; Friday, 1987; Hatfield *et al.*, 1985; Percy *et al.*, 1981), mientras que otros no encontraron tal influencia (Langsner y Anderson, 1987; Neal, 1977; Tuckman y Hinkle, 1986). Esta discrepancia en los resultados, junto a las deficiencias conceptuales y metodológicas de los instrumentos empleados y las diferencias en los criterios que determinan el ejercicio físico (deportes organizados, deportes de recreo, etc.), no permiten extraer conclusiones inequívocas.

Por otra parte, los resultados de las investigaciones que analizan la relación entre el ejercicio y la autoestima global (Verdadero Modelo Unidimensional) son inconsistentes. Lintunen (1995) en un estudio longitudinal que duró cuatro años, con adolescentes que al comienzo de la investigación tenían 11 años, no encontraron diferencias significativas entre los jóvenes sedentarios, físicamente activos y muy activos en cuanto a la autoestima global evaluada con la Escala de Autoestima de Rosenberg. Utilizando esta misma escala, Moreno, Atienza y Balaguer (1997) no encontraron diferencias significativas en la autoestima global de chicos valencianos de 15 a 17 años en función de la actividad física, mientras que sí encontraron una relación significativa entre las chicas de esta edad, ya que los años de entrenamiento actuaba como variable predictora de la autoestima global. Por otra parte, Roberts, Kleiber y Duda (1981) encontraron que los niños de 4º y 5º grado⁴ que participaban en actividades deportivas puntuaban más en la escala de autovalía global de la Escala de Competencia Percibida (Harter, 1978) que los no participantes. En la misma línea, Colchico, Zybert y Basch (2000) con una muestra de chicas afroamericanas e hispanas de entre 11 y 14 años, encontraron mejoras significativas en la autovalía global de las mismas –medida con la subescala del Perfil de Autopercepciones para Niños (SPPC) de Harter

⁴ Las edades correspondientes a estos cursos son de 9 y 10 años

(1985)– después de 12 semanas de participación en un programa de actividad física extracurricular.

Fox (2000) tras realizar una revisión de la literatura existente al respecto, afirma que, aunque en algunas situaciones se produce una mejora de la autoestima a través del ejercicio, la mitad de los estudios no muestran cambios. Por tanto, la relación entre el ejercicio y la autoestima es inconsistente y, probablemente, depende de la población, ambiente y características individuales.

La incorporación de instrumentos que evalúan el autoconcepto multidimensional arrojan algo más de luz al estudio del ejercicio. La Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) ha sido el instrumento multidimensional elegido en muchos de los estudios sobre ejercicio y autoconcepto (Blackman *et al.*, 1988; Gussis, 1971; McGowan, Jarman y Pederson, 1974; Salokun, 1990; Sander, 1981). Consta de una subescala para el *self* físico, así como subescalas para evaluar dimensiones moral/ética, personal, familiar y social. Sin embargo, la subescala del *self* físico está compuesta por diversos ítems con poca relevancia para el ejercicio. Esto, unido a las pobres cualidades psicométricas de este instrumento (Marsh y Richards, 1988), hace que los resultados obtenidos en estos estudios no sean concluyentes. Posteriormente, se suman a este estudio instrumentos multidimensionales del autoconcepto de probada fiabilidad y validez, como el Perfil de Autopercepciones para Niños o SPPC (Harter, 1985), e instrumentos multidimensionales para medir las autopercepciones en el dominio físico, como el Perfil de Autopercepción Física o PSPP (Fox y Corbin, 1989) y el Cuestionario de Autodescripción Física o PSDQ (Marsh, Richards, Johnson, Roche y Tremayne, 1994).

Como hemos señalado anteriormente, Colchico y colaboradores (2000) utilizan el SPPC para evaluar el impacto de 12 semanas de actividad física extracurricular en una pequeña muestra de chicas afroamericanas e hispanas de entre 11 y 14 años. Respecto a las dimensiones del autoconcepto, tras las 12 semanas del programa de intervención, aparecieron mejoras evidentes en cuatro de las cinco dimensiones específicas del SPPC (competencia académica, aceptación social, competencia deportiva y comportamiento/conducta), además de en la autovalía global como se ha comentado anteriormente. Por otra parte, Walters y Martin (2000), con el mismo instrumento (SPPC), evalúan el efecto de un programa de ejercicio aeróbico intenso en niños de 3^o a 5^o⁵ sin encontrar mejoras significativas en ninguna de las subescalas. Asçi, Kosar e Isler (2001), con adolescentes turcos, de ambos géneros, de 11 a 14 años, utilizan únicamente la subescala de competencia deportiva del SPPC para evaluar las diferencias en la competencia deportiva respecto al nivel de actividad física. Sus resultados mostraron un efecto significativo del nivel de actividad física sobre la competencia deportiva percibida.

El análisis discriminante ha sido la metodología favorita para estudiar la relación del autoconcepto físico evaluado con el Perfil de Autopercepción Física (PSPP) y la práctica de ejercicio y deporte en la adolescencia. En un estudio valenciano se discriminó

⁵ Las edades correspondientes a estos cursos son de 8 a 10 años

entre grupos de práctica y no práctica a partir de las puntuaciones de este cuestionario. Los resultados indicaron una clasificación correcta de activos/no activos del 62.4% para las chicas. El subdominio condición entraba como el mejor predictor de la ecuación seguido de la fuerza. Estos análisis no se pudieron replicar con los chicos por el bajo porcentaje de no activos existentes (Atienza, Balaguer, García-Merita y Moreno, 1997; Moreno, 1997). También en el citado estudio, se discriminó entre niveles de práctica. Se clasificaron correctamente el 71.7% de los chicos y el 68.8% de las chicas en grupos de alto y bajo compromiso con el ejercicio. La subescala condición fue el mejor predictor tanto para los chicos como para las chicas. Para los chicos también fueron significativas las escalas de cuerpo, deporte y fuerza. Mientras que para las chicas solo el deporte y la fuerza (Moreno, 1997). Con una muestra de niños, Biddle, Page, Ashford, Jennings, Brooke y Fox (1993) relacionaron la ejecución en una prueba de carreras con las puntuaciones del PSPP. La ejecución aparecía correlacionada positiva y significativamente con deporte, condición y autovaloración física.

Se han realizado menos estudios que tratan de analizar la relación entre el ejercicio y el autoconcepto físico utilizando el Cuestionario de Autodescripción Física (PSDQ) con adolescentes. En los trabajos que Marsh realiza con adolescentes, de todas las subescalas de este instrumento, aparecieron relacionadas con la práctica de habilidades físicas y con la adherencia a programas de ejercicio la subescala de actividad física, la subescala de competencia en el deporte y la subescala de coordinación (Marsh, 1996, 1997).

Lintunen (1995) utiliza una escala de elaboración propia para evaluar longitudinalmente la competencia física percibida en adolescentes finlandeses, de ambos géneros, de 11 años durante un periodo de 4 años. Agrupó a los sujetos de su muestra en tres grupos según su nivel de actividad física (sedentarios, activos y muy activos). Los resultados obtenidos en las chicas iban en la línea del modelo de cambio ya que al principio del estudio no había diferencias en cuanto a la forma física percibida de las chicas de los tres niveles de actividad física, mientras que durante los años posteriores se observa una mejor percepción de la forma física de las chicas activas y muy activas respecto a las sedentaria. Los resultados obtenidos con los chicos parecen apoyar el modelo de la selección, ya que al principio del estudio ya existían diferencias en cuanto a la percepción de la forma física de los activos y muy activos respecto a los sedentarios; siendo los dos grupos de activos los que presentaban una percepción más positiva.

2.3. PROBLEMAS METODOLÓGICOS

La trayectoria del estudio de la relación entre el autoconcepto/autoestima y el ejercicio físico cuenta, por una parte, con los problemas metodológicos que hacen referencia a la conceptualización del autoconcepto/autoestima y a la utilización de instrumentos no validados para su evaluación y, por otra parte, con la ausencia de una aproximación sistemática para el estudio de la relación entre estas dos variables (Fox, 2000). Respecto a los problemas relacionados con la conceptualización y medición de la autoestima, como se

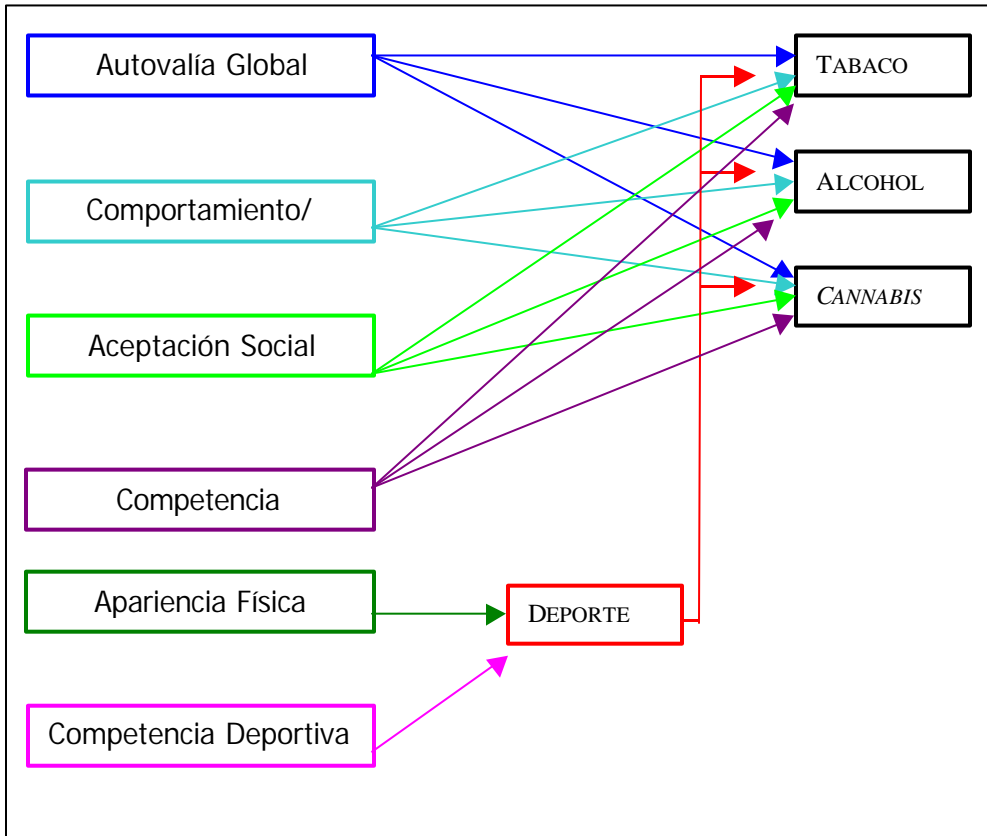
ha comentado anteriormente, la introducción tanto de modelos teóricos como de instrumentos que atienden a la multidimensionalidad del autoconcepto a partir de los años 80 permite a los investigadores subsanar estos problemas. Sin embargo, respecto a la falta de sistematización, cabe señalar que aunque el interés de la mayoría de los investigadores se ha centrado en estudiar los cambios producidos en el autoconcepto como efecto de la intervención del ejercicio físico, son pocos los trabajos realizados con un diseño experimental adecuado (Fox, 2000; Leith, 1994). Ya en 1982, Sonstroem denunciaba la falta de grupos control apropiados y las posibles inferencias incorrectas que ello puede ocasionar. Además, las intervenciones, en forma de programas de ejercicio físico, a menudo han sido demasiado breves para probar con seguridad su efecto sobre el autoconcepto/autoestima (Fox, 2000).

3. PROPUESTA DE UN MODELO ACERCA DE LA INFLUENCIA DEL AUTOCONCEPTO MULTIDIMENSIONAL SOBRE EL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

Las aportaciones teóricas y los resultados empíricos presentados en el presente capítulo constituyen la base en la cual nos hemos apoyado para diseñar dos modelos que tratan de predecir, a partir de las dimensiones del autoconcepto, algunas de las variables más relevantes en el estudio del estilo de vida saludable en la adolescencia, esto es, el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*) y el ejercicio. A su vez, en los modelos se plantea que, el ejercicio –esto es, la práctica de deporte (Modelo A) o de actividad física (Modelo B)– actúa como mediador entre el autoconcepto y el consumo de sustancias (Véanse Figuras 1 y 2). A continuación se detallan las aportaciones teóricas y empíricas que sirven de base para las relaciones que aparecen en los modelos (Véase Tabla 1).

En los modelos se propone una relación entre la autovalía global y el consumo de sustancias, de forma que los adolescentes con mayores puntuaciones en la escala de autovalía global presentarán un menor consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. La literatura presenta resultados incongruentes respecto a esta relación; sin embargo, nos apoyamos en aquellos resultados que apoyan la existencia de una relación significativa y negativa entre la autoestima y las conductas de riesgo o el consumo de sustancias (Lifrak *et al.*, 1997; Moore *et al.*, 1996; Romero *et al.*, 1995) para hipotetizar dicha relación en los modelos A y B. Además, en la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) podemos encontrar una aportación teórica en la que apoyarnos para proponer una relación entre la autovalía global y el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. Según esta teoría la autoestima es la variable que protege al individuo de comportamientos desviados y no convencionales. El adolescente con alta autoestima no se arriesgará a perderla llevando a cabo conductas que se escapan de la norma. Sobre esta base teórica y empírica, en los modelos A y B proponemos que los adolescentes con mayores puntuaciones en la escala de autovalía global presentarán un menor consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*.

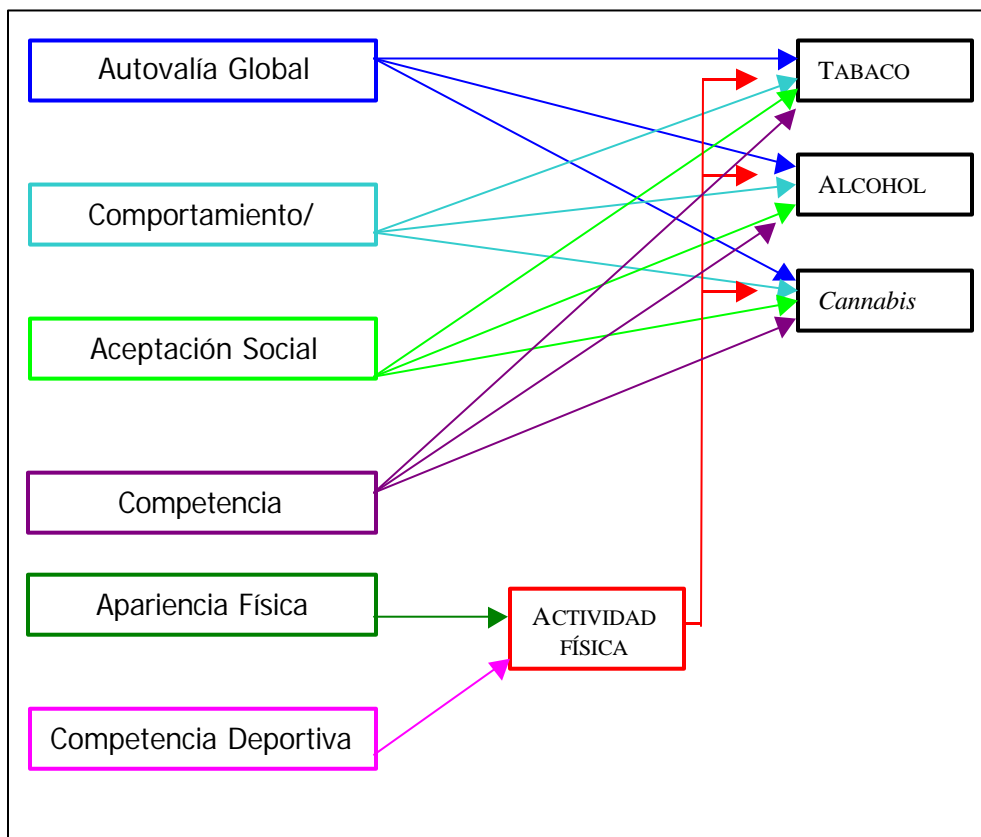
FIGURA 1. MODELO A: Influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida relacionado con la salud: papel mediador de la práctica de deporte



Una de las relaciones que establecen los modelos propuestos es la que tiene lugar entre la dimensión del comportamiento/conducta y el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. Una puntuación baja en la escala de comportamiento/conducta se asocia a un comportamiento menos conformista y más alejado de las normas de los adultos. Con lo que a menor puntuación mayor es la probabilidad de practicar conductas de riesgo para la salud. Esta relación entre el comportamiento/conducta y las variables de consumo de sustancias se ven apoyadas por las aportaciones de la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977). En esta teoría se defiende que las conductas de riesgo para la salud, junto a otros comportamientos problemáticos de la edad adolescente (como por ejemplo delincuencia o absentismo escolar) son manifestaciones de una propensión general hacia la desviación, una predisposición hacia la no-convencionalidad. En cierto sentido, el comportamiento/conducta es un indicador de la propensión general hacia la desviación, dado que recoge la percepción que tiene el adolescente sobre si su conducta se adecuía a los estándares normativos impuestos socialmente. Algunos estudios empíricos, como los realizados por Dolcini y

Adler (1994), Lifrak y colaboradores (1997) y Penny y Robinson (1986), avalan la influencia negativa de este dominio del autoconcepto sobre el consumo de sustancias.

FIGURA 2. MODELO B: Influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida relacionado con la salud: papel mediador de la práctica de actividad física



Otra de las dimensiones que pensamos influye sobre el consumo de sustancias es la aceptación social. Consideramos que a mayor puntuación en esta escala mayor es el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*). Entre los acercamientos teóricos que ofrecen explicaciones sobre estas relaciones se encuentran las aportaciones de Martin Gold (1982), quien considera que los adolescentes en respuesta al fracaso escolar se dirigen hacia comportamientos problemáticos como el consumo de sustancias de riesgo para la salud, motivados por un deseo de ensalzar el *self* vía la aprobación de los pares. Por otra parte, Sharp y Getz (1996) basándose en la Teoría de la Influencia Social (Tedeschi y Norman, 1985) sugieren que los adolescentes utilizan el consumo de sustancias como un instrumento de manejo de impresiones a través del cual conseguir amistad y popularidad. Además de en estas aportaciones teóricas, la relación planteada entre aceptación social y consumo de

sustancias se sustenta también en los resultados de algunos estudios que avalan esta hipótesis (Dolcini y Adler, 1994; Lifrak *et al.*, 1997; McInman y Grove, 1991).

En lo que respecta a la competencia académica, consideramos que a mayores puntuaciones en esta escala menor consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. La competencia académica posee un papel crucial en el estilo de vida saludable de los adolescentes. Este dominio es altamente valorado por la sociedad en general y por los otros significativos del adolescente en particular (Harter, 1983). El individuo se siente presionado a ser eficaz en el contexto escolar, tiene que aprobar el curso y si no lo hace puede ser considerado incompetente por sus compañeros, sus padres y sus profesores. El proceso de evaluación le compara continuamente con sus compañeros de clase. El individuo que se percibe con baja competencia académica, empujado por el motivo de automejora del *self*, tratará de quitarle importancia y realzar otros dominios. Los datos muestran que aquellos que se perciben con baja competencia académica poseen un mayor nivel de consumo de sustancias (Emery *et al.*, 1993; Lifrak *et al.*, 1997; McInman y Grove, 1991; Penny y Robinson, 1986; Young *et al.*, 1989). La Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977), así como las aportaciones de Martin Gold (1982), apoyan esta relación.

En el modelo propuesto se hipotetiza una relación negativa entre la apariencia física percibida y la práctica de deporte o actividad física, de forma que a menor puntuación en esta escala mayor será la participación en deporte o actividades físicas. Hay gran cantidad de evidencia acerca de que el deseo de mejorar la apariencia física es uno de los principales motivos de la práctica de deporte o actividad física, sobre todo en las mujeres (Cash, Novy y Grant, 1994; Clough, Shepherd y Maughan, 1989; Gill y Overdorf, 1994; Frederick y Ryan, 1993; Gill *et al.*, 1996; Markland y Hardy, 1993; Miskind, Rodin, Silberstein y Striegel-Moore, 1986). Podemos suponer que ese deseo de mejora estará asociado a puntuaciones más bajas en la escala de apariencia física, por tanto a peor apariencia física percibida mayor será la práctica de deporte o actividad física. La investigación a este respecto realizada con adolescentes es escasa; sin embargo, resultados como los obtenidos por Douthitt (1994) apoyan esta hipótesis, ya que encuentran una relación negativa entre la apariencia física percibida –medida con el Perfil de Autopercepciones para Adolescentes– y la adherencia al ejercicio físico.

Otra de las relaciones del modelo es la influencia directa y en sentido positivo de la competencia deportiva sobre la práctica de deporte y de actividad física. Anteriormente hemos examinado los estudios que hacen referencia a la relación entre el autoconcepto físico y la práctica de deporte o actividades físicas. En general hemos visto que, a mejor valoración del autoconcepto físico mayor compromiso con la práctica. Esto era así, sobre todo, con las dimensiones del autoconcepto físico relacionadas con la habilidad o competencia deportiva (Asçi *et al.*, 2001; Biddle *et al.*, 1993; Colchico *et al.*, 2000; Moreno, 1997). Desde diversas aportaciones teóricas, tales como el Modelo de Selección (Véase Lintunen, 1995), el motivo de automejora (Véase Brown, 1993), la Teoría de la Motivación hacia la Competencia (Harter, 1978) y la Teoría de la Inversión Personal (Maerh y Braskman, 1986) se apoya la idea de que aquellos individuos que se describen a sí

mismos como buenos deportistas (alta competencia deportiva) se comprometerán en mayor medida en la práctica de deporte y de actividades físicas.

En las Figuras 1 y 2 se puede observar que la apariencia física y la competencia deportiva no sólo tienen un efecto directo sobre la práctica de deporte (Modelo A) y sobre la práctica de actividad física (Modelo B), sino que también poseen un efecto indirecto sobre el consumo de sustancias, dado que en los modelos el deporte y la actividad física influyen a su vez en el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*). Por tanto, la práctica de deporte y de actividad física actúan como mediadores entre el autoconcepto y el consumo de sustancias. Una variable mediadora es aquella que explica la relación entre el predictor y el criterio (Barron y Kenny, 1986). Pensamos que la apariencia física y la competencia deportiva influyen en el consumo de sustancias porque potencian la práctica de deporte o de actividad física; y, como veremos a continuación, el deporte y la actividad física se asocian negativamente con las conductas de riesgo para la salud.

Al plantear las relaciones entre el deporte o la Actividad Física y el consumo de sustancias nos basamos en el estudio de la dimensionalidad del estilo de vida saludable que se presenta en el Capítulo 1. Desde el estudio de la dimensionalidad del estilo de vida se sostiene que las diversas conductas que forman parte del estilo de vida se relacionan entre sí (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998b). A la relación entre la práctica de deportes o actividades físicas se le ha otorgado un peso importante en la literatura. Diversos autores defienden que las personas más activas físicamente se implicarán en menor medida en la práctica de conductas de riesgo para la salud (Balaguer, Castillo, Pastor, Atienza y Llorens, 1997; Balaguer, Castillo, Tomás y Duda, 1997; Castillo, Fuentes, Pastor y Tomás, 1996; Wold, 1989) que los jóvenes sedentarios. En un trabajo realizado con adolescentes valencianos físicamente activos, aquellos jóvenes que participaban en competiciones deportivas consumían tabaco, alcohol y café con menor frecuencia que aquellos que siendo también físicamente activos no participaban en competiciones deportivas (Castillo, Tomás y Pastor, 1999). Partiendo de todas estas aportaciones hemos hipotetizado que a mayor práctica de deporte o actividad física habrá un menor consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*).

En el Modelo A hemos incluido la variable práctica de deporte y en el Modelos B hemos incluido la variable práctica de actividad física, ya que constituyen dos formas distintas de estar activos físicamente. El deporte es entendido como una actividad física e intelectual de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionales (García Ferrando, 1990), como por ejemplo el tenis o el balonmano. Mientras que la actividad física hace referencia a actividades de tiempo libre como, por ejemplo, andar o pasear en bicicleta, es decir, actividades que producen movimiento corporal y un gasto energético (Blasco, 1994). Aunque cualquier movimiento podría constituir una actividad física, haremos referencia únicamente a actividades de duración igual o superior a 15-25 minutos y que se realicen durante el tiempo libre.

Los dos últimos aspectos de la Tabla 1 –las relaciones entre tabaco, alcohol y *cannabis* y las relaciones entre las dimensiones del autoconcepto– se justifican a

continuación. Los estudios revisados en el Capítulo 1 sobre las relaciones entre las distintas variables del estilo de vida, así como las aportaciones de la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) sirven de sustento empírico y teórico, respectivamente, de las relaciones entre tabaco, alcohol y *cannabis*. Estas conductas comparten muchos determinantes, lo que en gran parte explica la fuerte relación existente entre las mismas (Elliot, 1993). Es por esto que, en los modelos se ha hipotetizado que guardan una fuerte relación positiva entre sí.

Respecto a las relaciones entre las dimensiones del autoconcepto, cabe destacar que el cuestionario empleado en el presente trabajo de investigación ha sido elaborado por Susan Harter, que es la principal representante del Modelo de los Factores Correlacionados examinado en el Capítulo 2. Esta autora defiende que las diferentes dimensiones del autoconcepto están positivamente relacionadas entre sí, y así lo confirman los diferentes estudios realizados desde este modelo (Harter, 1985, 1988b).

TABLA 1. Tabla resumen de las aportaciones teóricas y empíricas que sirven de apoyo a los modelos

RELACIONES	APORTACIONES TEÓRICAS Y EMPÍRICAS
Comportamiento/conducta → Sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) ▪ Apoyo empírico (Dolcini y Adler, 1994; Lifrak <i>et al.</i>, 1997; Penny y Robinson, 1986)
Aceptación social → Sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aportación de Martin Gold (1982) ▪ Adaptación de la Teoría de la Influencia Social (Tedeschi y Norma, 1985) por Sharp y Getz (1996) ▪ Apoyo empírico (Dolcini y Adler, 1994; Lifrak <i>et al.</i>, 1997; McInman y Grove, 1991)
Competencia académica → Sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aportación de Martin Gold (1982) ▪ Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) ▪ Apoyo empírico (Emery <i>et al.</i>, 1993; Lifrak <i>et al.</i>, 1997; McInman y Grove, 1991; Penny y Robinson, 1986; Young <i>et al.</i>, 1989)
Autovalía global → Sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) ▪ Apoyo empírico (Lifrak <i>et al.</i>, 1997; Moore <i>et al.</i>, 1996; Romero <i>et al.</i>, 1995)
Apariencia física → Deporte o Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivos de práctica ▪ Apoyo empírico (Douthitt, 1994)
Competencia deportiva → Deporte o Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de selección (Lintunen, 1995) ▪ Teoría de la Motivación hacia la Competencia (Harter, 1985) ▪ Teoría de la Inversión Personal (Maerh y Braskman, 1986) ▪ Modelo Psicológico para la Actividad Física (Sonstroem, 1978) ▪ Apoyo empírico (Asçi <i>et al.</i>, 2001; Biddle <i>et al.</i>, 1993; Lintunen, 1995; Marsh, 1996, 1997; Moreno, 1997)
Deporte o Actividad Física → Sustancias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensionalidad del estilo de vida (véase Cap. 1) ▪ Apoyo empírico (Balaguer, Castillo, Pastor, Atienza y Llorens, 1997, 1998; Castillo <i>et al.</i>, 1996; Castillo, Balaguer, Pastor, y Tomás, 1997; Pate, Heath, Dowda y Trost, 1996; Wold, 1989)
Relaciones tabaco, alcohol y <i>cannabis</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977) ▪ Dimensionalidad del estilo de vida (véase Cap. 1) ▪ Apoyo empírico (Castillo, 1995; Castillo y Balaguer, 2002; Maag <i>et al.</i>, 1994; Jessor, 1984)
Relaciones dimensiones del autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo teórico de Susan Harter (1985, 1988a)

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información presentada en los capítulos previos constituye el marco de referencia en base al cual se formulan los objetivos e hipótesis de trabajo de la presente investigación. Dichos objetivos e hipótesis se presentan a continuación, seguidos de la descripción de la metodología empleada para la realización del presente trabajo de investigación. Así pues, se presentan las características de la muestra utilizada y se describe el procedimiento de recogida de información; se exponen las variables utilizadas y se ofrece una descripción de los instrumentos empleados para su evaluación; por último, se detallan los análisis estadísticos efectuados.

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo del presente trabajo consiste en estudiar el estilo de vida relacionado con la salud y el autoconcepto durante la adolescencia temprana e inicio de la adolescencia media (11 - 15 años) en función del género, de la edad o el curso académico y de diversas variables socioeconómicas, así como las relaciones que se establecen entre estas conductas de salud y las dimensiones del autoconcepto.

1.1. OBJETIVOS GENERALES

A) Estudio del estilo de vida

- I.- Estudiar el estilo de vida de los adolescentes (11-15 años) a través de las variables clásicas del estilo de vida.
- II.- Estudiar el estilo de vida de los adolescentes (11-15 años) a través de los índices diseñados a partir de las variables clásicas del estilo de vida.

B) Estudio del autoconcepto

III.- Estudiar las características del autoconcepto de los adolescentes en la adolescencia temprana e inicio de la adolescencia media.

IV.- Estudiar las relaciones existentes entre los diferentes dominios del autoconcepto, así como la contribución de los dominios del autoconcepto a la autoestima o autovalía global.

C) Estudio de la relación entre el estilo de vida y el autoconcepto.

V.- Estudiar la influencia del autoconcepto sobre el estilo de vida relacionado con la salud de los adolescentes

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos correspondientes al primer objetivo general son:

- 1.- Describir el estilo de vida de los adolescentes entre los 11 y los 15 años, a partir de variables específicas del estilo de vida y en función del género y la edad o curso académico.
- 2.- Analizar las diferencias por género y curso en las distintas variables del estilo de vida estudiadas.
- 3.- Describir el estilo de vida de los adolescentes, a partir de variables específicas del estilo de vida y en función de diversas variables socioeconómicas.
- 4.- Analizar la influencia de las variables socioeconómicas estudiadas sobre las variables específicas del estilo de vida.

Con respecto al segundo objetivo general, los objetivos específicos son:

- 5.- Describir el estilo de vida de los adolescentes entre los 11 y los 15 años, a partir de los índices de estilo de vida diseñados y en función del género y la edad o curso académico.
- 6.- Analizar las diferencias por género y curso en los distintos índices del estilo de vida estudiados.
- 7.- Describir el estilo de vida de los adolescentes a partir de los índices del estilo de vida y en función de diversas variables socioeconómicas.
- 8.- Analizar la influencia de las variables socioeconómicas estudiadas sobre los índices del estilo de vida.

Con respecto al tercer objetivo general, los objetivos específicos son:

- 9.- Describir las características del autoconcepto de los adolescentes entre los 11 y los 15 años en función del género y del curso. Análisis diferencial por género y curso en las diferentes dimensiones del autoconcepto.
- 10.- Describir las características del autoconcepto en función de diversas variables socioeconómicas. Análisis diferencial en función de las variables socioeconómicas en las diferentes dimensiones del autoconcepto

Respecto al cuarto objetivo general, los objetivos específicos son:

- 11.- Analizar las relaciones entre los diferentes dominios del autoconcepto para cada género.
- 12.- Analizar la influencia de los dominios del autoconcepto sobre la autovalía global para cada género.

Por último, respecto al quinto objetivo general, el objetivo específico es:

- 13.- Analizar la influencia de los dominios del autoconcepto en el estilo de vida relacionado con la salud de los adolescentes, examinando el papel mediador del deporte y de la actividad física. Análisis diferenciales por género y curso.

2. HIPÓTESIS

En base a los trabajos previos realizados y en función de los objetivos planteados, podemos formular las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. Durante la adolescencia temprana se produce el inicio de las conductas de riesgo para la salud y una disminución de las conductas promotoras de la salud, de tal modo que:

Hipótesis 1.1. Se inicia el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, y este consumo se incrementa con la edad.

Hipótesis 1.2. El consumo de alimentos sanos disminuye y, a la vez se, produce un aumento del consumo de alimentos insanos.

Hipótesis 1.3. La práctica de actividad física y deporte disminuye con la edad.

Hipótesis 2. Existen diferencias por género en algunas de las variables del estilo de vida saludable:

Hipótesis 2.1. Los chicos experimentan con el tabaco antes que las chicas.

Hipótesis 2.2. A los 15 años las chicas consumen tabaco con más frecuencia que los chicos de esta edad.

Hipótesis 2.3. Los chicos consumen alcohol y *cannabis* en mayor medida que las chicas.

Hipótesis 2.4. Las chicas consumen alimentos sanos en mayor medida que los chicos y alimentos insanos en menor medida que éstos.

Hipótesis 2.5. Las chicas son menos activas físicamente que los chicos.

Hipótesis 3. Existen variables socioeconómicas que influyen sobre algunas de las variables del estilo de vida saludable:

Hipótesis 3.1. El consumo de tabaco se da en mayor medida entre adolescentes de nivel socioeconómico bajo, mientras que el consumo de alcohol y *cannabis* es más frecuente entre adolescentes de nivel socioeconómico medio o alto.

Hipótesis 3.2. El consumo de alimentos sanos se da en mayor medida entre adolescentes de nivel socioeconómico elevado.

Hipótesis 3.3. Los adolescentes de un nivel socioeconómico más elevado practican actividad física y deporte en mayor medida.

Hipótesis 4. Las conductas que componen el estilo de vida saludable están relacionadas entre sí:

Hipótesis 4.1. Los comportamientos saludables se relacionan positivamente entre sí, y los que hacen referencia a conductas de riesgo para la salud también se relacionan positivamente entre sí. Las conductas de riesgo y las conductas saludables se relacionan negativamente entre sí.

Hipótesis 5. A lo largo de la adolescencia temprana, las puntuaciones de los jóvenes en autoestima (autovalía global) y en las dimensiones del autoconcepto disminuyen ligeramente.

Hipótesis 6. Existen diferencias de género en la autoestima y en las dimensiones del autoconcepto:

Hipótesis 6.1. Los chicos poseen puntuaciones más altas que las chicas en la autoestima (autovalía global) y en las dimensiones relacionadas con el *self* físico, que son la apariencia física y la competencia deportiva.

Hipótesis 6.2. Las chicas poseen puntuaciones más altas que los chicos en la competencia académica y en el comportamiento/conducta.

Hipótesis 7. El nivel socioeconómico influye sobre el autoconcepto/autoestima.

Hipótesis 7.1. Los adolescentes con un nivel socioeconómico más elevado presentan una autoestima más positiva.

Hipótesis 7.2. La dimensión del autoconcepto que refleja en mayor medida la influencia del nivel socioeconómico es la competencia académica. Los adolescentes de mayor nivel socioeconómico presentan puntuaciones más elevadas en este dominio.

Hipótesis 8. Las percepciones en los diferentes dominios del autoconcepto influyen positivamente en el nivel de autoestima (autovalía global) de los adolescentes:

Hipótesis 8.1. Los diferentes dominios del autoconcepto se relacionan positivamente entre sí y con la autoestima (autovalía global).

Hipótesis 8.2. Algunos dominios del autoconcepto poseen una mayor influencia en la autoestima (autovalía global) de los adolescentes. Por orden de importancia serían: la apariencia física, la aceptación social, la competencia deportiva y el comportamiento/ conducta.

Hipótesis 9. El autoconcepto multidimensional influye sobre el estilo de vida saludable de los adolescentes, de tal modo que:

Hipótesis 9.1. La competencia deportiva y la apariencia física influyen positivamente sobre la práctica deportiva.

Hipótesis 9.2. La competencia académica y el comportamiento/conducta influyen negativamente sobre las conductas de riesgo para la salud (consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*).

Hipótesis 9.3. La aceptación social influye positivamente sobre el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*).

Hipótesis 9.4. La práctica de deporte y de actividad física influyen negativamente sobre las conductas de consumo de sustancias.

Hipótesis 9.5. La competencia deportiva influye de forma indirecta sobre el consumo de sustancias, siendo las variables mediadoras en esta relación la práctica de deporte y la práctica de actividad física.

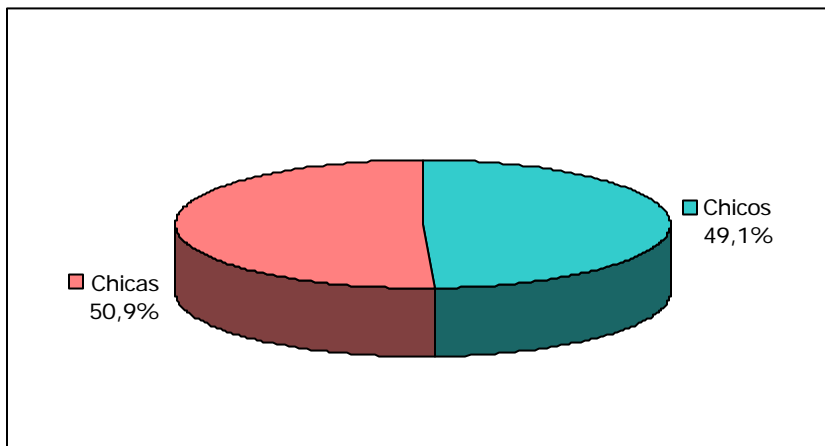
3. MUESTRA

La muestra del presente estudio es representativa del universo de alumnos de 6º y 8º de E.G.B., de 2º de B.U.P. y de 2º de F.P.-I. de la Comunidad Valenciana⁶. En los centros de E.G.B. y de B.U.P. en los que estaba instaurada la reforma educativa, se seleccionaron los cursos equivalentes a los anteriores en la edad de los alumnos. El tipo de muestreo empleado está basado en un criterio aleatorio estratificado proporcional. Las variables de estratificación fueron: la importancia poblacional de cada provincia, el tamaño de hábitat, la tipología del centro (público, concertado, privado), los distintos grupos de cada curso y el género de los entrevistados. Se determinó un número máximo de individuos a encuestar (5 sujetos) por tipología de centro y curso. El error estadístico máximo para la muestra total es de $\pm 2.9\%$ con un nivel de confianza del 95.5% (2 sigma). Los errores parciales para cada una de las muestras establecidas han sido: 1) Valencia $\pm 4.1\%$; 2) Alicante $\pm 4.5\%$; y 3) Castellón $\pm 6.3\%$ (Balaguer, 1999b).

La muestra está compuesta por 967 estudiantes de enseñanza primaria y secundaria, con una media de edad de 13.54 años (DT = 1.80, Rango = 11-16 años), residentes en la Comunidad Valenciana. El 49.1% de la muestra son chicos (n = 475; M edad = 13.49; DT = 1.82) y el 50.1% son chicas (n = 492; M edad = 13.59; DT = 1.79) (Véase Gráfico 1 y Tabla 1).

⁶ La muestra utilizada en el presente estudio pertenece a un proyecto de investigación subvencionado por la Dirección General de Investigación Científica y Técnica sobre los Estilos de Vida Saludables de los Adolescentes Valencianos (PB94-1555).

GRÁFICO 1. Distribución por género de la muestra

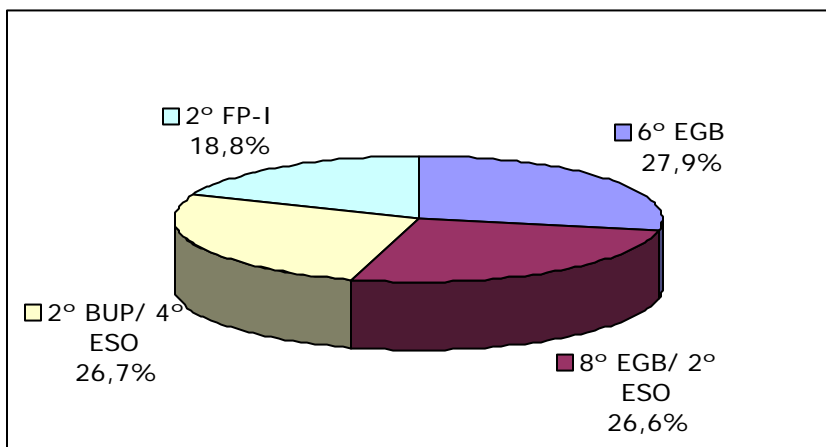


El 27.7% de los alumnos son de 6° de EGB (n = 270) y la media de su edad es de 11.07 años (DT = .26); el 26.6% cursa 8° de EGB (2° de ESO en los centros en los que estaba instaurada la reforma) (n = 257) y la media de edad es de 13.15 años (DT = .36); el 26.7% estudia 2° de BUP (4° de ESO en los centros en los que estaba instaurada la reforma) (n = 258) y tenía una media de 15.17 años (DT = .38); por último, el 18.8% cursaba 2° de FP-I (n = 182) y tenía una media de 15.42 años (DT = .50). Así pues, podemos decir que tenemos 3 grupos de edad; 11, 13 y 15 años. El grupo de 15 años se divide en alumnos que estudian bachillerato (2° de BUP/ 4° de ESO) y alumnos que estudian formación profesional (2° de FP-I) (Véase Gráfico 2 y Tabla 1).

TABLA 1. Descriptivos de la muestra

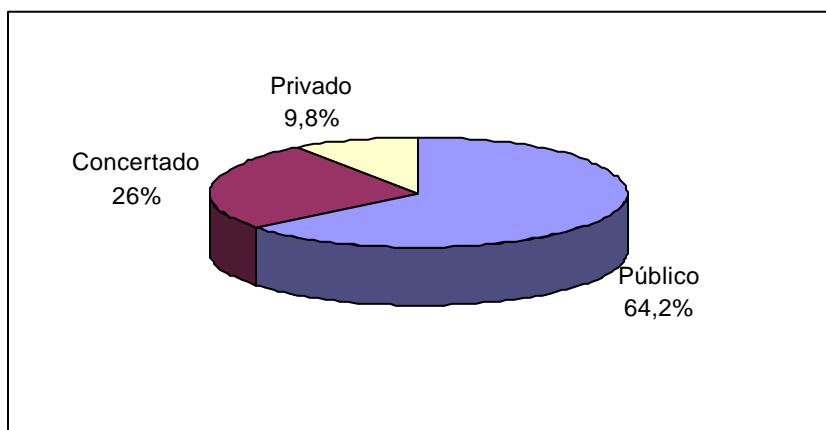
	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	MUESTRA TOTAL
N	270	257	258	182	967
MEDIA EDAD	11.07	13.15	15.17	15.42	13.54
DT	.26	.36	.38	.50	1.8
RANGO	11-12	13-14	15-16	15-16	11-16
% CHICOS	51.5	48.6	48.8	46.7	49.1
% CHICAS	48.5	51.4	51.2	53.3	50.9
% Total Alumnos	27.9	26.6	26.7	18.8	100.0

GRÁFICO 2. Distribución por curso de la muestra



A continuación pasamos a describir la muestra en función de algunas variables que hacen referencia al nivel socioeconómico de los jóvenes. Estas variables, que posteriormente se considerarán en el análisis de los datos, son: el tipo de centro de estudios y la profesión y nivel de estudios del padre y de la madre. El 64.2% de los adolescentes estudiaban en centros públicos, el 26% en centros concertados y el 9.8% en centros privados (Véase Gráfico 3).

GRÁFICO 3. Distribución por tipo de centro de la muestra



Respecto a la profesión del padre, el 22.4% son hijos de profesionales no cualificados, el 48.2% de profesionales cualificados, el 12.1% de técnicos medio y el 8.3% de técnicos superiores. El 9% no contestaron al ítem que hacía referencia a los estudios del padre (Véase Gráfico 4). Por lo que respecta a la madre, el 54.1% son hijos de amas de casa, el 13.9% de madres que realizan una profesión no cualificada, el 17.7% de madres con una

profesión cualificada, el 8.2% de madres que desempeñan un trabajo de técnico medio y el 4.4% de madres que ocupan un puesto de técnico superior. Falta este dato para el 1.8% de los adolescentes (Véase Gráfico 5).

GRÁFICO 4. Distribución de la muestra por profesión del padre

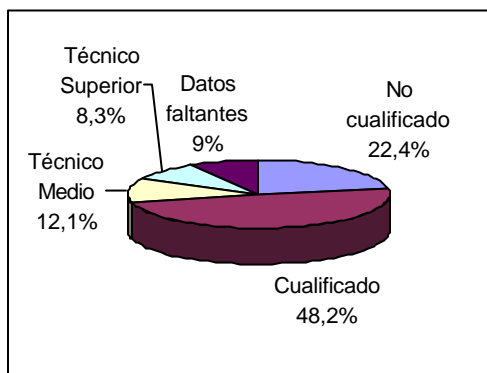
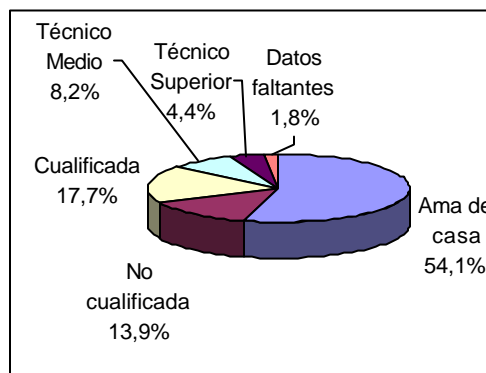


GRÁFICO 5. Distribución de la muestra por profesión de la madre



Por otra parte, en un 5.4% de los casos el padre no tiene estudios, en un 26.3% tiene estudios primarios, en un 28.3% graduado escolar, en un 18% estudios de bachillerato o de formación profesional, y en un 15% carrera universitaria. Del 7% de los sujetos de la muestra se desconoce el nivel de estudios de su padre (Véase Gráfico 6).

GRÁFICO 6. Distribución de la muestra por nivel de estudios del padre

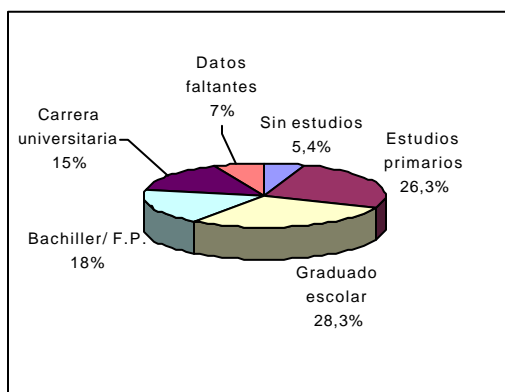
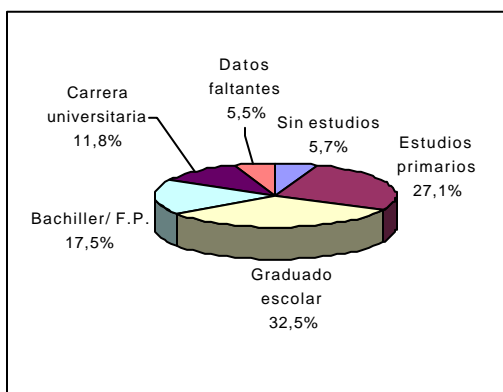


GRÁFICO 7. Distribución de la muestra por nivel de estudios de la madre



Respecto al nivel de estudios de la madre, el 5.7% de los adolescentes de nuestra muestra son hijos de madres sin estudios, el 27.1% de madres con estudios primarios, el 32.5% de madres con graduado escolar, el 17.5% de madres con estudios de bachillerato o

de formación profesional, y el 11.8% de madres con estudios universitarios. Del 5.5% de los adolescentes se desconoce el nivel de estudios de su madre (Véase Gráfico 7).

4. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

El Inventario de Conductas de Salud en Escolares (Balaguer, 1999b, 2002; Wold, 1995) y la versión española del Perfil de Autopercepciones para Niños (Atienza, Balaguer y Moreno, 2002; Harter, 1985) han sido los instrumentos utilizados para medir tres tipos o grupos de variables (Véase Anexo 1): variables sociodemográficas, variables del estilo de vida relacionado con la salud y variables del autoconcepto. Los dos primeros grupos de variables se evalúan mediante el Inventario de Conductas de Salud en Escolares, mientras que las variables de autoconcepto se evalúan a través del Perfil de Autopercepciones para Niños (Véase Tabla 2). A continuación se detallan las variables que se incluyen en cada grupo, así como las características de los instrumentos utilizados.

TABLA 2. Variables de nuestro estudio e instrumentos para su medición

INSTRUMENTO	VARIABLES
INVENTARIO DE CONDUCTAS DE SALUD EN ESCOLARES	<u>Variables Sociodemográficas</u> Género Curso Nivel socioeconómico Tipo de centro de estudios Profesión del padre Profesión de la madre Nivel de estudios del padre Nivel de estudios de la madre
INVENTARIO DE CONDUCTAS DE SALUD EN ESCOLARES	<u>Estilo de Vida Relacionado con la Salud</u> Consumo de tabaco Consumo de alcohol Consumo de <i>cannabis</i> (hachís o marihuana) Hábitos alimenticios Actividad física y deporte extraescolar
PERFIL DE AUTOPERCEPCIONES PARA NIÑOS	<u>Autoconcepto</u> Dimensiones del autoconcepto Comportamiento/Conducta Aceptación Social Competencia Académica Apariencia Física Competencia Deportiva <u>Autoestima</u> Autovalía Global

Las *variables sociodemográficas* incluidas en nuestro trabajo son, por una parte el género y el curso, y por otra parte variables que hacen referencia al nivel socioeconómico

de los adolescentes. Estas últimas son: el tipo de centro de estudios, la profesión del padre, la profesión de la madre, el nivel de estudios del padre y el nivel de estudios de la madre.

Las *variables del estilo de vida relacionado con la salud* que se han tenido en cuenta en nuestro trabajo son: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la alimentación, la actividad física y el consumo de *cannabis* (hachís y marihuana) –por ser una conducta de riesgo de especial relevancia en la adolescencia.

Las *variables del self* que se introducen en nuestro estudio son los dominios del autoconcepto y la autoestima. El autoconcepto es entendido como las “percepciones de sí mismo” (Harter, 1985) o “los juicios de competencia percibida en distintos dominios” (Harter, 1985, 1988b). Los dominios considerados en nuestro estudio son: el dominio del comportamiento, el dominio social, el dominio académico, el dominio de la apariencia física y el dominio deportivo. La autoestima es conceptualizada como el sentido general de valía que tiene una persona; dicho de otro modo, el grado en el cual el individuo se gusta a sí mismo como persona (Harter, 1988b). Según Harter, la distinción entre autoconcepto y autoestima podría situarse en un continuo de generalidad, donde la autoestima constituye una percepción más general y los dominios del autoconcepto son percepciones más específicas (Harter, 1990d).

4.1. INVENTARIO DE CONDUCTAS DE SALUD EN ESCOLARES

El instrumento utilizado para evaluar el estilo de vida saludable y las variables sociodemográficas consideradas en nuestro estudio, es una adaptación del Inventario de Conductas de Salud en Escolares (The Health Behaviour in Schoolchildren (1985/86): A WHO cross-national survey –HBSC-; Wold, 1995) traducido al castellano (Balaguer, 1999b, 2002).

Este instrumento fue diseñado por la oficina regional europea de la OMS, para el desarrollo de un programa de investigación internacional sobre los estilos de vida de los adolescentes. En la revisión bibliográfica de Pastor (1995), el HBSC aparece como el cuestionario específico de adolescentes que recoge el mayor número de variables de estilo de vida. Es el instrumento más empleado en Europa, aunque también se está utilizando en otros continentes. Además de medir variables de estilo de vida relacionadas con la salud, evalúa también aspectos psicosociales de la salud, variables de la vida cotidiana y variables sociodemográficas.

Respecto a las *variables del estilo de vida saludable*, este instrumento evalúa las principales conductas relacionadas con la salud, esto es: consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación, actividad física, consumo de drogas, higiene dental, hábitos de descanso, consumo de medicamentos, conducta sexual, conductas de riesgo y prevención de accidentes.

Dentro de las *variables psicosociales*, el cuestionario evalúa algunos indicadores de calidad de vida, de bienestar psicológico y de apoyo social, como por ejemplo: la salud percibida, el locus de control de la salud, los sentimientos de felicidad y soledad, las quejas

psicosomáticas y algunos aspectos relacionados con los otros significativos (amigos, padres y hermanos) como son la práctica de deporte y el consumo de tabaco de éstos o la facilidad de los adolescentes para comunicarse con ellos.

Respecto a las *variables de la vida cotidiana* de los adolescentes, evalúa algunos aspectos relacionados con la vida escolar y el tiempo libre.

Por último, las *variables sociodemográficas* que mide son: la edad, el género, el lugar de residencia, la ocupación de los padres y el nivel educativo de éstos. Además, en nuestro estudio hemos incluido el tipo de centro de estudios (público, concertado o privado); dato que era registrado en la portada del cuestionario.

Los ítems de este cuestionario que hemos seleccionado para nuestro estudio son aquellos que hacen referencia, por una parte, a las siguientes variables del estilo de vida: consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de *cannabis*, hábitos alimenticios y actividad física y deporte⁷, y, por otra parte, a las siguientes variables sociodemográficas: edad, género y nivel socioeconómico. En la Tabla 3 aparecen las variables sociodemográficas y de estilo de vida consideradas y los indicadores de las mismas.

4.1.1. Índices de estilo de vida saludable

Los ítems seleccionados para evaluar las distintas variables del estilo de vida saludable (Véase Tabla 3) son muy útiles para alcanzar algunos objetivos de este trabajo; no obstante presentan algunas dificultades para lograr otros objetivos. Así, por ejemplo, el uso de múltiples ítems es útil para describir minuciosamente cada una de las conductas estudiadas, como por ejemplo la frecuencia y la cantidad de tabaco consumido, o la frecuencia, la intensidad y la duración de la práctica deportiva.

Sin embargo, cuando lo que queremos es analizar las relaciones que se dan entre las distintas variables del estilo de vida o analizar los predictores de cada una de estas variables, las distinciones sobre las características de cada conducta son poco útiles.

La creación de índices nos permite evaluar cada variable con una puntuación global, permitiéndonos, de este modo, reducir la información de múltiples ítems en una única puntuación para apresar conductas concretas, y facilitándonos su estudio a nivel predictivo y relacional. Este procedimiento ha sido utilizado por algunos investigadores que han estudiado el estilo de vida saludable usando también el HBSC (Aaro, Laberg y Wold, 1995; Castillo, 2000; Castillo y Balaguer, 2002; García-Merita y Fuentes, 1998; Nutbeam, Aaro y Catford, 1989; Nutbeam, Aaro y Wold, 1991; Pastor, 1999).

⁷ Las variables de actividad física y deporte recogen la práctica de estas actividades en horario extraescolar.

TABLA 3. Variables Sociodemográficas y Variables de Estilo de Vida

VARIABLES	INDICADORES DE LAS VARIABLES
Variables sociodemográficas	
Género	Género
Edad	Edad
Nivel socioeconómico	Tipo de centro Profesión del padre Profesión de la madre Nivel de estudios del padre Nivel de estudios de la madre
Variables de Estilo de Vida	
Consumo de tabaco	Frecuencia de consumo de tabaco Nº cigarros a la semana
Consumo de alcohol	Frecuencia de consumo de cerveza Frecuencia de consumo de vino Frecuencia de consumo de licores o combinados Frecuencia de embriaguez
Consumo de <i>cannabis</i>	Experimentación con la <i>cannabis</i> (marihuana o hachís) Frecuencia de consumo en el último mes
Hábitos alimenticios	Frecuencia de consumo de fruta Frecuencia de consumo de verduras y hortalizas Frecuencia de consumo de zumo natural Frecuencia de consumo de yogur Frecuencia de consumo de queso Frecuencia de consumo de pescado Frecuencia de consumo de pan integral Frecuencia de consumo de colas o bebidas con gas Frecuencia de consumo de dulces y golosinas Frecuencia de consumo de frutos secos Frecuencia de consumo de patatas fritas Frecuencia de consumo de bolsas de papas Frecuencia de consumo de hamburguesas o salchichas
Actividad física	Frecuencia de práctica de actividad física Intensidad de la práctica de actividad física Duración de la sesión de actividad física
Deporte	Frecuencia de práctica de deporte Intensidad de la práctica de deporte Duración de la sesión de deporte

Así pues, siguiendo las aportaciones de otros autores y nuestros propios resultados en investigaciones previas del estilo de vida (Balaguer, 2000; Castillo, Balaguer, Pastor y Atienza, 1997; García-Merita, Fuentes, Pons, Atienza, Blasco y Pastor, 1999; Pastor, 1999), hemos creado un índice para cada variable del estilo de vida estudiada. Dentro de las variables de alimentación hemos distinguido entre aquellos ítems que hacen referencia a

alimentos beneficiosos para la salud y aquellos que son perjudiciales para la salud. Por tanto, la relación de índices quedaría del siguiente modo: consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de *cannabis*, consumo de alimentos sanos, consumo de alimentos insanos, práctica de actividad física y práctica de deporte (Véase Tabla 4).

TABLA 4. Índices elaborados del estilo de vida saludable

VARIABLE	ÍNDICE
Consumo de tabaco	Índice de consumo de tabaco
Consumo de alcohol	Índice de consumo de alcohol
Consumo de <i>cannabis</i>	Índice de consumo de <i>cannabis</i>
Hábitos de alimentación	Índice de consumo de alimentos sanos Índice de consumo de alimentos insanos
Práctica de actividad física	Índice de práctica de actividad física
Práctica de deporte	Índice de práctica de deporte

Para la creación de cada índice, se han utilizado los indicadores de la Tabla 3, excepto el ítem que hace referencia al consumo de pan integral. Este ítem ha sido eliminado debido a que su consumo es muy bajo en nuestra cultura, siendo posible que sólo los adolescentes que estén a dieta lo consuman. El procedimiento concreto de elaboración de cada índice aparece reflejado en el Anexo 2.

4.2. PERFIL DE AUTOPERCEPCIONES PARA NIÑOS

El instrumento elegido para evaluar el autoconcepto y la autoestima ha sido el Perfil de Autopercepciones para Niños (SPPC) (Harter, 1985). Este instrumento se construye bajo el supuesto de la multidimensionalidad del autoconcepto y bajo la noción de que la autovalía global se puede evaluar directamente, así como independientemente de las autopercepciones relacionadas con dominios específicos. Concretamente, se halla teóricamente vinculado al modelo de los factores correlacionados descrito en el capítulo 2.

El SPPC está compuesto de 36 ítems que evalúan 5 dominios específicos del autoconcepto (comportamiento/conducta, aceptación social, competencia académica, competencia deportiva y apariencia física) y una escala independiente de autovalía global.

1. *Comportamiento/Conducta*. Informa del grado en el cual a la persona le gusta su manera de comportarse, hace las cosas adecuadas, actúa de la manera que debe y evita meterse en líos.
2. *Aceptación Social*. Informa sobre el grado en que el niño o adolescente es aceptado por sus iguales, se siente popular, tiene muchos amigos y siente que gusta fácilmente a los demás.
3. *Competencia Académica*. Esta subescala informa acerca de la percepción que el niño o adolescente tiene de su competencia o habilidad dentro del ámbito académico.

4. *Apariencia Física*. Mide el grado en que el niño o adolescente es feliz con su apariencia, le gusta su cuerpo y siente que es atractivo.
5. *Competencia Deportiva*. Recoge las percepciones del niño o adolescente sobre su habilidad y competencia en los deportes.
6. *Autovalía Global*. Estos ítems ofrecen información acerca del grado en que el niño o adolescente se gusta a sí mismo como persona, es feliz con la manera de llevar su vida y es, en general, feliz con su manera de ser. Así, constituye un juicio global del valor del *self* como persona, más que de la competencia o suficiencia en un dominio específico.

El SPPC fue diseñado para su utilización con niños y adolescentes de entre 8 y 14 años, no obstante, su autora señala que puede ser utilizado con adolescentes, si bien podría no proporcionar una imagen lo suficientemente rica y diferenciada del autoconcepto del adolescente (Harter, 1985). En este sentido, en un reciente trabajo realizado con adolescentes valencianos de 6º de E.G.B. ($M_{\text{edad}} = 11.07$, $D.T. = .26$), 8º de E.G.B./2º E.S.O. ($M_{\text{edad}} = 13.15$, $D.T. = .36$) y 2º de B.U.P./4º E.S.O. ($M_{\text{edad}} =$, $D.T. = .38$) se observa que la validez de este instrumento aumenta cuando es utilizado con los adolescentes de mayor edad (Atienza, Balaguer y Moreno, 2002).

El formato de los ítems de este instrumento ha sido pensado para disminuir el efecto de la deseabilidad social. En cada ítem se presentan dos grupos de jóvenes. El niño o adolescente tiene que decidir, en primer lugar, a cuál de los dos se parece más y, después, debe contestar si el grupo elegido es realmente como él o sólo parcialmente como él. El formato de respuesta está estructurado en alternativas de cuatro puntos (Véase Figura 1). Cada escala posee seis ítems, tres de los cuales están redactados con la afirmación que refleja mayor competencia o adecuación a la izquierda, y los restantes tres presentan esta afirmación a la derecha.

FIGURA 1. Ejemplo del formato de los ítems del SPPC.

Realmente como yo	Parcialmente como yo		SIN EMBARGO		Parcialmente como yo	Realmente como yo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algunos chicos prefieren jugar en su tiempo libre	SIN EMBARGO	Otros chicos prefieren ver la T.V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2.1. Propiedades psicométricas del instrumento

El Perfil de Autopercepciones para Niños ha sido traducido a varios idiomas (francés, holandés, chino y español) y puesto a prueba en diversas muestras de niños entre 8 y 15 años. A continuación se detallan los principales resultados obtenidos respecto a las

propiedades psicométricas de este instrumento. En cada apartado se comentan, en primer lugar, los resultados obtenidos por Harter (1985), seguidos de los resultados de otros autores que han estudiado las propiedades psicométricas tanto de la versión original del SPPC, como de las traducciones de este instrumento al francés, holandés, chino y portugués. Por último, se comentan los resultados del análisis de las propiedades psicométricas de la traducción al castellano.

Medias y Desviación típica. Para la validación del SPPC, Susan Harter utilizó 4 muestras de niños estadounidenses de entre 9 y 14 años. Las medias de las diferentes subescalas oscilan entre 2.40 y 3.34. El 98% de las medias de las subescalas adoptan valores iguales o superiores al punto medio de la escala (2.50) y el 29% iguales o superiores a 3.0 (Harter, 1985). Datos similares se encuentran en diferentes estudios realizados con niños y niñas irlandeses, holandeses y chinos. Las medias obtenidas con irlandeses ($M_{\text{edad}} = 13$ años) oscila entre 2.54 y 3.05 (Granleese y Josephs, 1993), en el caso de los holandeses, de entre 8 y 12 años, los valores de las medias de las subescalas oscilan entre 2.81 y 3.23 (Van Dongen-Melman, Koot, y Verhulst, 1993). Los valores más bajos son los obtenidos por Wang, Meredith y Tsai (1996) con 3 muestras de niños chinos de 12 años. Estos valores oscilan entre 2.4 y 3.0.

La desviación típica oscila entre .50 y .85 para las muestras estadounidenses (Harter, 1985), entre .51 y .74 para la muestra irlandesa (Granleese y Josephs, 1993), entre .58 y .75 para la muestra holandesa (Van Dongen-Melman *et al.*, 1993) y entre .40 y .70 para las muestras chinas (Wang *et al.*, 1996).

Validez. La validez de este instrumento ha sido analizada por su autora utilizando el análisis factorial exploratorio. Se emplea la rotación oblicua dado que se espera que los factores guarden alguna relación entre sí. Para validar el instrumento se abordan separadamente los análisis de los dominios del autoconcepto y los análisis de la autovalía global. Se considera que los ítems que componen la autovalía global son cualitativamente diferentes de los que componen los dominios. La autovalía global está determinada en parte por la percepción de competencia o adecuación en los dominios que son considerados importantes por la persona. Por lo que en función de la importancia otorgada a cada dominio, éste se relacionará de un modo diferente con la autovalía para cada persona; como resultado, es improbable que la autovalía emerja como un factor distintivo (Harter, 1985).

Si bien la argumentación dada por Harter, para no incluir la escala de autovalía global en el análisis de la estructura factorial del SPPC, ha sido criticada por autores como Wylie (1989), la tendencia general de los estudios que han analizado la estructura factorial de este instrumento ha sido la de seguir la sugerencia de la autora del SPPC de no incluir dicha escala en el análisis de la estructura factorial de este instrumento.

Para analizar la estructura factorial del SPPC, Harter (1985) utilizó análisis factoriales exploratorios con rotación oblicua, incluyendo únicamente los cinco dominios específicos, con cuatro muestras de niños con niveles académicos comprendidos entre 3º y

8° grado⁸. Los resultados obtenidos mostraron la estructura penta factorial del instrumento, salvo en las muestras de 3° y 4° grado donde la estructura factorial obtenida fue de 4 factores. La diferente estructura factorial del SPPC en estas muestras (3° y 4° grado) fue interpretada por Harter (1985) como debida a la menor diferenciación del autoconcepto existente a estas edades, lo cual ha sido apoyado en investigaciones posteriores (Harter, 1990d; Marsh y Holmes, 1990).

Otros autores también han utilizado el análisis factorial exploratorio con rotación oblicua para estudiar la estructura factorial del SPPC, en su versión en inglés y en las distintas traducciones realizadas hasta el momento. Los resultados de esos análisis apoyan una estructura penta factorial con adolescentes irlandeses (Granleese y Josephs, 1993, 1994), con niños y niñas holandeses (Van Dongen-Melman *et al.*, 1993), canadienses (Kwok, 1995), ingleses (Eiser, Eiser y Havermans, 1995) y finlandeses (Miller, 1998), y con niñas de raza blanca, pero no con niñas de raza negra (Schumann, Striegel-Moore, McMahon, Waclawiw, Morrison y Schreiber, 1999).

El análisis de la estructura factorial del SPPC también ha sido llevado a cabo, con muestras de niños y niñas de distintos países, a través del análisis factorial confirmatorio. Boivin, Vitaro y Gagnon (1992) fueron los primeros en realizar este tipo de análisis con canadienses francófonos, encontrando apoyo a la estructura penta factorial de Harter (1985). Posteriormente, Veerman, Ten Brink, Straathof y Treffers (1995) y Van der Bergh y Van Ranst (1998) encuentran apoyo a la estructura de 5 factores con holandeses; y Van der Bergh y Marcoen (1999) hacen lo mismo con belgas de habla holandesa.

Sin embargo, otros estudios que han utilizado el análisis factorial confirmatorio, no han encontrado un total apoyo al ajuste del modelo penta factorial propuesto por Harter. Este es el caso del trabajo de Van Dongen-Melman y colaboradores (1993) con niños holandeses o el de Worth Gavin y Herry (1996) con niños francófonos canadienses.

Atienza y colaboradoras (2002) analizaron, con muestra española, la validez factorial de las cinco escalas específicas a través del análisis factorial confirmatorio. Los análisis se realizaron por separado con tres muestras de 11, 13 y 15 años. Los resultados obtenidos muestran que el ajuste del modelo propuesto es aceptable, si bien éste puede mejorarse sustancialmente. Todas las saturaciones factoriales resultaron significativas ($p < .01$) en los tres grupos de edad, excepto la saturación del ítem 9 “Algunos chicos desean ser mejores en los deportes, sin embargo otros chicos creen que son lo suficientemente buenos en los deportes” en la escala de competencia deportiva, que no fue significativa ($p > .05$) en los niños de 11 años.

Fiabilidad. La consistencia interna de las escalas del SPPC, incluida la escala de autovalía global, ha sido analizada a través del cálculo del alfa de Cronbach. Los valores obtenidos por Harter (1985) en las cuatro muestras utilizadas oscilan entre .80 y .85 para la subescala de competencia académica, entre .75 y .80 para la de aceptación social, entre .80 y .86 para la de competencia deportiva, entre .76 y .82 para apariencia física, entre .71 y .77

⁸ Las edades de los alumnos que cursan 3° a 8° grado oscilan entre los 8 y los 14 años.

para comportamiento/conducta y entre .78 y .84 para autovalía global. Los resultados obtenidos por otros autores muestran que los valores obtenidos son moderados, siendo la escala menos fiable la de comportamiento/conducta. Así, Van Dongen-Melman y colaboradores (1993) han obtenido valores alfa que oscilan entre .65 y .81, Worth Gavin y Herry (1996) valores que oscilan entre .69 y .84, Schumann y colaboradores (1999) valores entre .63 y .77, Hymel, LeMare, Ditner, y Woody (1999) valores entre .78 y .84, Faria (2001) valores entre .25 y .80, Meredith, Abbott y Ming (1992) valores entre .44 y .64 y Wang y colaboradores (1996) valores entre .04 y .78. Los resultados obtenidos también han mostrado que la consistencia interna de las escalas de SPPC tiende a aumentar conforme aumenta la edad de los sujetos a la que es aplicada (Harter, 1985; Boivin *et al.*, 1992; Schumann *et al.*, 1999; Van Dongen-Melman *et al.*, 1993; Worth Gavin y Herry, 1996). Además, estudios como los de Van Dongen-Melman y colaboradores (1993), Worth Gavin y Herry (1996) y Wang y colaboradores (1996) han obtenido resultados que señalan la conveniencia de eliminar algunos ítems del instrumento para aumentar la consistencia interna de las escalas.

En cuanto a la fiabilidad de las escalas de la versión castellana del SPPC, Atienza y colaboradoras (2002) obtienen valores moderados del alfa de Cronbach que aumentan ligeramente conforme aumenta la edad de los sujetos evaluados. Así pues, los valores del alfa de Cronbach oscilan entre .43 y .77 a los 11 años, entre .57 y .78 a los 13 años, y entre .64 y .86 a los 15 años. Además, sus resultados también muestran que la eliminación del ítem 9 aumentaría la consistencia interna de la escala competencia deportiva en los tres grupos de edad analizados.

Correlaciones. Susan Harter elabora el Perfil de Autopercepciones para Niños sobre la base del modelo de autoconcepto de factores correlacionados descrito en el capítulo 2. Por tanto, analiza las correlaciones entre las subescalas y sus resultados muestran que estas correlaciones son más elevadas en los sujetos de menor edad (9 y 10 años), indicando, pues, una menor diferenciación del autoconcepto en estas edades. Esta tendencia hacia una progresiva diferenciación del autoconcepto con la edad, que se manifiesta en las menores correlaciones entre escalas a medida que avanza la edad de los sujetos, se da también en los resultados obtenidos por otros autores (Boivin *et al.*, 1992; Van Dongen-Melman *et al.*, 1993; Worth Gavin y Herry, 1996)

Los resultados de las intercorrelaciones entre escalas obtenidos por Atienza y colaboradoras (2002) para la versión castellana del instrumento van en la misma línea que los resultados obtenidos por otros autores y con otras versiones del cuestionario. Así, mientras que a los 11 años todas las escalas correlacionan significativamente entre sí, no ocurre lo mismo a los 13 y los 15 años. A los 13 años dejan de correlacionar las escalas de competencia deportiva y comportamiento/ conducta, y a los 15 años dejan de ser significativas las correlaciones entre la competencia académica y la competencia deportiva, y las correlaciones entre el comportamiento/conducta y las escalas de aceptación social, competencia deportiva y apariencia física.

Para el desempeño de nuestro trabajo, asumimos la estructura factorial propuesta por la autora, estando cada subescala compuesta por los mismos ítems que la autora señala, a excepción de la escala competencia deportiva ya que se procedió a la eliminación del ítem 9 atendiendo a los resultados obtenidos por Atienza y colaboradoras (2002) anteriormente citados.

5. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

El paquete de cuestionarios, en el que estaban incluidos los que se utilizan en la presente investigación, se cumplimentó en los diferentes colegios públicos, concertados y privados seleccionados de las distintas poblaciones de las provincias de Valencia, Alicante y Castellón. En cada centro se seleccionaron aleatoriamente los alumnos de cada grupo, los cuales eran conducidos a un aula vacía del centro en la que se les administró un cuestionario anónimo autocumplimentado por ellos mismos durante un periodo aproximado de una hora. La administración se realizó en pequeños grupos de, como máximo, cinco jóvenes. Durante la administración de los cuestionarios al menos un investigador estuvo presente.

Se ha respetado escrupulosamente el anonimato de los alumnos, como se refleja en la primera página del propio cuestionario, así como el anonimato de los centros docentes en los que se llevó a cabo la recogida de los datos.

6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

En este apartado se presenta la metodología empleada para cumplir los 3 objetivos generales planteados en el capítulo 4. En un primer apartado, se presentan los análisis realizados para estudiar el estilo de vida saludable de los adolescentes de los cuatro niveles académicos considerados. En un segundo apartado, se presentan los análisis realizados para estudiar el autoconcepto en la adolescencia temprana, las relaciones entre los diferentes dominios del autoconcepto y la contribución de los dominios del autoconcepto en la autovalía global. En el tercer y último apartado, se presentan los análisis para estudiar la influencia del autoconcepto sobre el estilo de vida saludable de los adolescentes.

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Se realizaron análisis descriptivos tanto con los indicadores de las variables de estilo de vida (o ítems seleccionados) como con los índices elaborados.

Para describir el estilo de vida a partir de los ítems seleccionados, se utilizaron tablas de contingencia en las que las variables dependientes eran las distintas variables de estilo de vida de nuestro estudio, que aparecen en la Tabla 3 del presente capítulo; y como variables independientes el curso y las variables socioeconómicas (tipo de centro, profesión

del padre, profesión de la madre, nivel de estudios del padre y nivel de estudios de la madre). El género se empleó como variable de control. El estadístico de la tabla de contingencia considerado como medida de asociación entre cada variable de estilo de vida y cada variable independiente fue la d de Somers (este estadístico es recomendado por Andrews, Klem, Davidson, O'Malley y Rodgers (1981) cuando tanto la variable dependiente como la independiente son ordinales, como ocurre en nuestro caso).

Además, se ha estudiado el efecto que el género y el curso, por una parte, y cada una de las variables del nivel socioeconómico, por otra, tienen sobre las distintas variables del estilo de vida (ítems). Para ello se ha utilizado el análisis multivariado de varianza (MANOVA). El MANOVA estudia la influencia de una o más variables independientes sobre dos o más variables dependientes que se correlacionan entre sí (Weinfurt, 1995). Los conjuntos de variables independientes que hemos utilizado son: 1) las variables de consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*), ya que la literatura en esta área de estudio nos dice que estas variables están relacionadas; 2) las variables de consumo de alimentos sanos; 3) las variables de consumo de alimentos insanos; y 4) las variables de actividad física.

Los estadísticos utilizados para valorar la significación del MANOVA son la lambda de Wilks y la traza de Pillais. La lambda de Wilks es un índice que oscila de 0 a 1, y que cuanto más se acerca a 0 más diferencias existen entre las medias de los grupos. La traza de Pillais es el estadístico de mayor poder predictivo y más robusto, o lo que es lo mismo, el más resistente al incumplimiento de los supuestos paramétricos (Bisquerra, 1989). En caso de aparecer diferencias significativas en aquellas variables independientes con más de 2 niveles o grupos (todas excepto el género), hemos utilizado la prueba a posteriori de Student-Newman-Keuls para saber entre qué grupos se establecen esas diferencias.

A continuación, para examinar a nivel descriptivo los índices de estilo de vida saludable elaborados, se realizaron análisis descriptivos como la media y la desviación típica. Se realizaron también tablas de contingencia en las que los índices de estilo de vida eran las variables dependientes y el curso y las variables socioeconómicas eran las variables independientes. De nuevo, el género se empleó como variable de control. Se realizaron análisis correlacionales mediante el coeficiente Rho de Spearman. Se ha utilizado este coeficiente debido a que los índices de estilo de vida no son variables continuas sino ordinales. Asimismo, se examinaron las diferencias por género y curso, y también por cada una de las variables socioeconómicas, en el conjunto de los índices, empleándose para esto el análisis multivariado de varianza, dado que a nivel teórico se espera que las conductas evaluadas se relacionen entre sí. Cuando aparecen diferencias significativas por curso, por tipo de centro, por la profesión del padre o de la madre y por el nivel de estudios del padre o de la madre, empleamos la prueba a posteriori de Student-Newman-Keuls para saber entre qué grupos se establecen las diferencias.

6.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL AUTOCONCEPTO Y PREDICTIVOS DE LA AUTOESTIMA

Los análisis realizados para describir las dimensiones estudiadas del autoconcepto (comportamiento/ conducta, aceptación social, competencia académica, apariencia física, competencia deportiva, y autovalía global), el efecto que ejercen las distintas variables sociodemográficas sobre dichas dimensiones y las relaciones que se establecen entre las mismas, han sido los que se detallan a continuación.

Se ha calculado la media y la desviación típica de cada una de las dimensiones del autoconcepto para los cuatro cursos estudiados, considerando separadamente los dos géneros. Además, se han realizado gráficos denominados “diagramas de caja y bigotes” para visualizar la distribución y dispersión de las dimensiones del autoconcepto en función del curso y del género de los adolescentes.

Además, se ha utilizado el análisis multivariado de varianza para estudiar si en las dimensiones del autoconcepto existen diferencias por género y curso, y también por las variables socioeconómicas. En caso de existir diferencias significativas se ha llevado a cabo la prueba a posteriori de Student-Newman-Keuls para saber entre qué grupos se dan dichas diferencias.

Posteriormente, hemos querido estudiar las relaciones entre las dimensiones del autoconcepto, para lo cual hemos realizado análisis correlacionales separados para los chicos y para las chicas. Por último, también se ha querido estudiar la contribución de los diferentes dominios del autoconcepto en la determinación del nivel de autovalía global a través de análisis de regresión múltiple con el método Stepwise. Se han realizado dos Análisis de Regresión, uno para los chicos y otro para las chicas, en los que la variable dependiente era la autovalía global y las variables independientes el resto de dimensiones o dominios del autoconcepto, que son: la apariencia física, la aceptación social, la competencia académica, la competencia deportiva y el comportamiento/conducta.

6.3. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DEL AUTOCONCEPTO SOBRE EL ESTILO DE VIDA⁹

Las variables de los estilos de vida que han sido relacionadas con mayor frecuencia con las dimensiones del autoconcepto son las de consumo de sustancias y las de actividad física y deporte. Tanto por el interés teórico de estas relaciones como por dicha frecuencia en los estudios anteriores, en el presente trabajo estas variables de estilo de vida van a ser las que se relacionen con el autoconcepto. No obstante, cabe destacar que a los 11 (6º EGB) y a los 13 años (8º EGB/2º ESO) el estudio se limitará al análisis de la relación entre el autoconcepto multidimensional y la práctica de deporte y de actividad física. Esto se debe a que, a esta edad, el consumo, de sustancias tiene una escasa incidencia y la práctica totalidad de los niños de esta edad no fuman (97.9% de los chicos y 99.3% de las chicas de 11 años, y 90.4% de los chicos y 81.7% chicas de 13 años), no consumen alcohol con una frecuencia superior a una vez al mes (94.8% de los chicos y 100% de las chicas de 11 años,

⁹ Cuando hablamos de influencia no estamos asumiendo una causalidad en la relación, sino una dirección en la regresión o un efecto significativo.

y 91,8% de los chicos y 86.2% de las chicas de 13 años) y no han probado la *cannabis* (99.3% de los chicos y 100% de las chicas de 11 años, y 97.6% de los chicos y 95.5% de las chicas de 13 años). La metodología utilizada para analizar tal relación es el análisis correlacional y el análisis de regresión múltiple.

A los 15 años (2º BUP/4º ESO y 2º F.P.-I) la metodología principal de análisis es el “path análisis” ya que, a esta edad, la incidencia de las conductas de consumo de sustancias es suficiente como para poner a prueba los 2 modelos presentados en el capítulo 3, acerca de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida. El “path análisis” puede entenderse como una extensión de la regresión múltiple con dos peculiaridades: 1) puede haber más de una variable dependiente y 2) una misma variable puede ser dependiente e independiente a la vez (Klem, 1995).

La utilización de la técnica del “path análisis” conlleva la formulación de un modelo donde aparecen las relaciones causales que se hipotetizan entre un conjunto de variables. Este modelo suele representarse mediante un gráfico donde las distintas variables consideradas aparecen conectadas –de izquierda a derecha- por flechas que indican relación de causalidad hipotética (González-Romá, y Lloret, 1992). En este modelo pueden distinguirse tres tipos de variables:

1. *Variables exógenas*: son aquellas que no se tratan de explicar desde el modelo y que tienen un efecto hipotético sobre otra u otras variables.
2. *Variables endógenas*: son aquellas que tratan de ser explicadas, pudiendo a su vez explicar otras variables del modelo.
3. *Residuales o términos de error*: representan a aquellos factores que no han sido medidos e incluidos en el modelo y que afectan a las variables endógenas.

Los cuatro modelos propuestos varían en el papel mediador de, o bien la práctica deportiva, o bien la práctica de actividad física. Así pues, el Modelo A presenta a los subdominios del autoconcepto y la autovalía global como variables exógenas, y el consumo de sustancias y la práctica de deporte como variables endógenas, siendo la práctica deportiva una variable mediadora entre los subdominios apariencia física y competencia deportiva y el consumo de sustancias. El Modelo B difiere del Modelo A en que es la práctica de actividad física la que actúa como variable mediadora. En las Figuras 2 y 3 aparece la representación gráfica de los modelos, que incluyen todos los parámetros libres.

Las variables exógenas de los modelos (comportamiento/conducta, aceptación social, competencia académica, apariencia física, competencia deportiva y autovalía global) han sido evaluadas, como hemos visto anteriormente, con el Perfil de Autopercepciones para Niños de Harter (Atienza *et al.*, 2002). Las variables endógenas son los siguientes índices de estilo de vida saludable creados: consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de *cannabis*, práctica de deporte y práctica de actividad física (Véase Apéndice 2).

Los parámetros a estimar en los modelos son: las influencias lineales direccionales variable exógena \rightarrow variable endógena (matriz gamma), las influencias lineales direccionales variable endógena \rightarrow variable endógena (matriz beta), la varianza y la covarianza de las variables exógenas (matriz phi) y el término de error asociado a cada variable endógena o varianza residual junto a la covarianza de los errores de las variables endógenas de tabaco, alcohol y *cannabis* (matriz psi).

FIGURA 2. Representación estadística del MODELO A

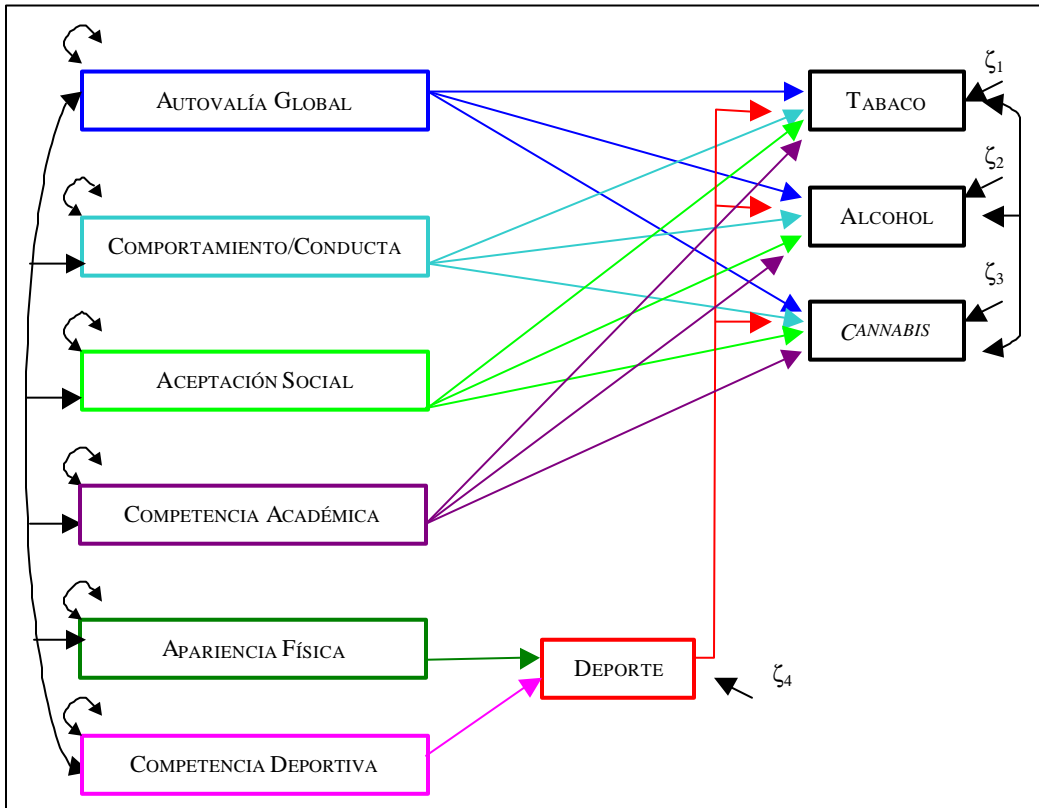
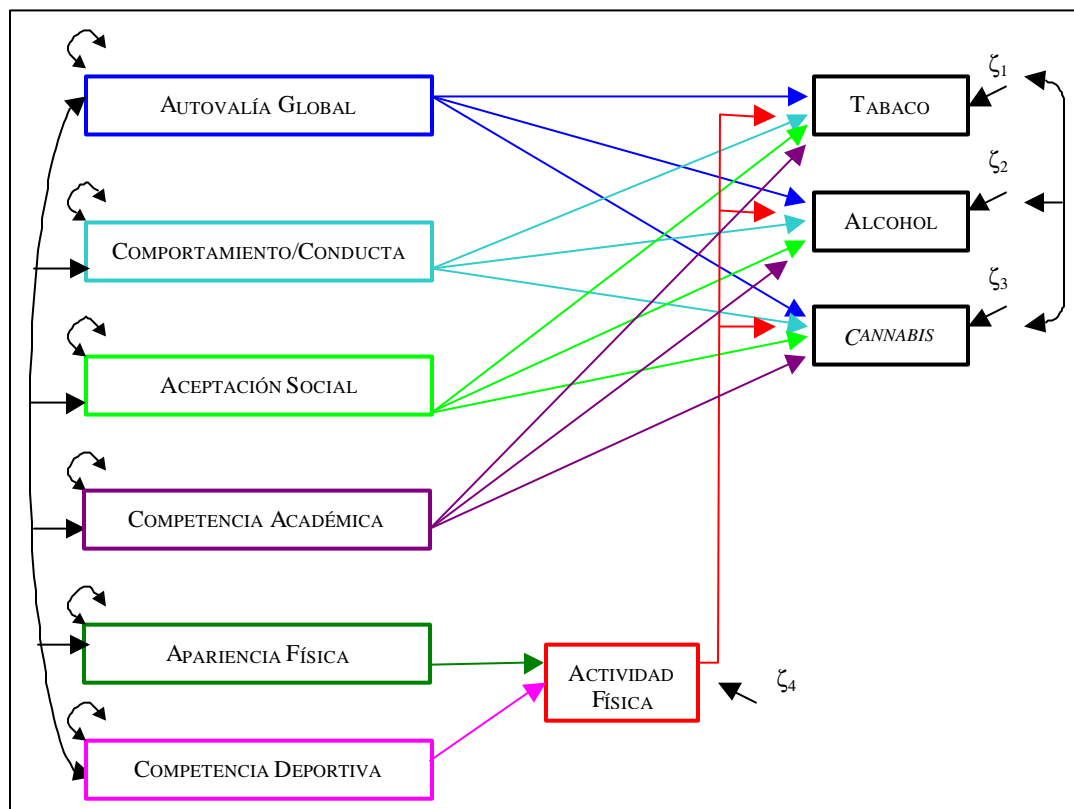


FIGURA 3. Representación estadística del MODELO B



Como puede deducirse de las Figuras 2 y 3, tanto en el Modelo A como en el Modelo B, la matriz Gamma consta de 14 elementos, la Matriz Beta posee 3 elementos, la Matriz Phi tiene 21 elementos (6 varianzas y 15 covarianzas de las variables exógenas) y la Matriz Psi está formada por 7 elementos (4 varianzas residuales y 3 covarianzas entre los errores); que suman un total de 45 parámetros libres a estimar. Dado que disponemos de 10 variables para cada modelo, la matriz de varianzas y covarianzas a analizar consta de 55 puntos muestrales ($10 \times 11 / 2 = 55$) y ambos modelos poseen 10 grados de libertad ($55 - 45 = 10$).

Los modelos fueron puestos a prueba con cada género. Se empleó el método de máxima verosimilitud del programa LISREL VIII (Jöreskog y Sörbom, 1993), método que funciona razonablemente incluso bajo condiciones analíticas poco óptimas, como una muestra pequeña o una excesiva curtosis (Harlow, 1985; Hoyle y Panter, 1995; Huba y Harlow, 1987). Como input para el análisis de los datos empleamos las matrices de covarianza de las variables, calculando previamente para cada sujeto la puntuación media en cada subescala del autoconcepto y la puntuación obtenida en los índices.

Para examinar la bondad de ajuste de los modelos se utilizaron los siguientes índices de ajuste: 1) entre los índices de ajuste absoluto: chi cuadrado dividido por los grados de libertad (χ^2/gl), Índice de Bondad de Ajuste (GFI), Índice Ajustado de Bondad de Ajuste (AGFI), Muestra Crítica (CN) y Raíz del Promedio de los Residuales Estandarizados (RMSR); 2) entre los índices de ajuste relativo: Índice de Ajuste Normativo (NFI), Índice de Ajuste No Normativo (NNFI), Índice Comparativo de Ajuste (CFI), Índice de Incremento de Ajuste (IFI) e Índice Relativo de Ajuste (RFI); 3) índices de ajuste de la parsimonia: Parsimonia del GFI (PGFI) y parsimonia del NFI (PNFI); y 4) entre los índices comparativos de ajuste que toman en consideración la parsimonia del modelo: Índice de Validación Cruzada Esperada (ECVI), Criterio de Información de Akaike (AIC) y una adaptación del mismo realizada por Bozdogan (1987) (CAIC). En la Tabla 6 resumimos las características de estos índices y presentamos los criterios de ajuste que nos guiarán en la valoración de los modelos.

Aunque se suele recomendar el valor crítico de 0.90 como punto de corte tanto para los índices relativos de ajuste como para el GFI y el AGFI, este punto de corte no siempre es razonable con todos los índices y en todas las circunstancias (Hoyle y Panter, 1995; Hu y Bentler, 1995). Los expertos en el área consideran que lo adecuado es utilizar cuantos más índices de ajuste de un modelo mejor (Hu y Bentler, 1995; Oliver y Tomás, 1995; Tanaka, 1993). Dado que en nuestro estudio evaluamos tanto los índices de ajuste absoluto y relativo, como índices que consideran los residuales e índices comparativos de ajuste, es la combinación de toda esta información la que nos conduce a aceptar o rechazar un modelo.

TABLA 6. Índices de bondad de ajuste y criterios de ajuste

Índices	DESCRIPCIÓN
χ^2	Evalúa la magnitud de la discrepancia entre la matriz de covarianzas muestral y la matriz ajustada. Se distribuye estadísticamente según el estadístico T. En realidad, es un índice de maldad de ajuste dado que se persigue aceptar la hipótesis nula, es decir, que la matriz muestral y la ajustada son iguales estadísticamente. Por lo tanto, se busca que no sea estadísticamente significativa. Es una prueba sensible al tamaño de la muestra y a la complejidad del modelo, de ahí que se recomiende contrastar su resultado con otros índices de ajuste (Hu y Bentler, 1995). Para tener en cuenta la parsimonia de un modelo se introdujo una modificación, de tal modo que χ^2/df puede reflejar mejor la bondad de un modelo (Jöreskog y Sörbom, 1993).
χ^2/df	Según Carmines y McIver (1981), valores inferiores a 3 indican un buen ajuste. Algunos autores consideran que valores inferiores a 4 ó 5 pueden incluso representar un buen ajuste del modelo (Bollen, 1989).
GFI	Mide la cantidad relativa de varianza y covarianza explicada por el modelo. Oscila entre 0 y 1, siendo los valores próximos a 1 los que indican ajuste del modelo (Jöreskog y Sörbom, 1981). Su distribución estadística es desconocida, de modo que no existen pruebas sobre su significación, por lo que las reglas para estimar cuándo un modelo se ajusta a los datos son arbitrarias y deben tomarse con precaución (Kelloway, 1998).
AGFI	Este índice ajusta el GFI en función de los grados de libertad del modelo. Al igual que su predecesor oscila entre 0 y 1, siendo los valores próximos a 1 los que indican ajuste (Kelloway, 1998). Una discrepancia entre el GFI y el AGFI indica que se han incluido parámetros triviales y a menudo no significativos, si bien los expertos no han establecido un punto de corte para valorar esa discrepancia.
CN	Fue desarrollado con el objetivo de conseguir un índice independiente del tamaño de la muestra. Si adopta valores superiores a 200 se considera que el modelo es una adecuada representación de los datos (Hoelter, 1983).
NFI NNFI CFI IFI RFI	Denominados índices relativos de ajuste, o también índices de incremento de ajuste, por medir el grado en que el modelo hipotetizado es superior a un modelo alternativo, normalmente el modelo nulo o independiente. Sus valores oscilan entre 0 y 1, siendo mejor el ajuste a valores más próximos a uno (Mueller, 1996).
PGFI PNFI	Dado que GFI y NFI son sensibles a la complejidad del modelo, adoptando valores mayores a modelos más complejos, Mullaik y cols. (1989) introdujeron una modificación de estos índices que contrarrestaba este efecto. Crearon el índice de parsimonia del GFI y el índice de parsimonia del NFI. El rango de estos índices oscila entre 0 y 1, indicando los valores más altos un ajuste parsimonioso. Sin embargo, no existe un punto de corte para considerar cuándo estos índices indican ajuste parsimonioso. Así pues son usados para comparar dos modelos teóricos eligiendo aquel modelo con un mayor valor (Kelloway, 1998).
RMSR	Es una medida de la discrepancia entre la matriz de varianzas-covarianzas reproducida por el modelo y la matriz de varianzas-covarianzas observada. Si las variables observadas y latentes implicadas están estandarizadas, se suelen aceptar valores iguales o inferiores a 0.10 como indicadores de que las diferencias entre ambas matrices no son estadísticamente significativas (Cole y Maxwell, 1985), aunque la mayoría de los autores prefieren poner el punto de corte en .05.
ECVI AIC CAIC	Son índices utilizados para la comparación de modelos teóricos. Son derivados de la función de chi-cuadrado y los grados de libertad, por lo que tienen en cuenta la parsimonia del modelo. Aunque el ECVI es bastante similar al AIC, su racionalidad es bien diferente. Mientras que el AIC y el CAIC se derivan de la información estadística, el ECVI es una medida de la discrepancia entre la matriz de la covarianza esperada en otra muestra hipotética del mismo tamaño. A la hora de emplear estos criterios para la selección de modelos, será mejor modelo aquel que presente valores más bajos en estos índices (Jöreskog y Sörbom, 1993).

Capítulo 5

RESULTADOS (I): ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

En este capítulo se exponen los resultados que hacen referencia a los objetivos generales I y II presentados en el capítulo 4. Éstos consisten en el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en los años de la adolescencia temprana, tanto a través de variables específicas –o lo que es lo mismo, a través de los indicadores de las variables clásicas del estilo de vida–, como a través de índices diseñados a partir de dichas variables.

El primer apartado hace referencia al estudio del estilo de vida a través de los indicadores de las variables clásicas de estilo de vida, que aparecen en la Tabla 3 del capítulo 4, contestando así al objetivo general I. Este apartado se divide a su vez en cuatro subapartados que pretenden dar respuesta a los objetivos específicos 1, 2, 3 y 4. Así pues, en el primer subapartado realizaremos un análisis descriptivo de las diversas variables del estilo de vida introducidas en nuestro estudio sobre el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el consumo de *cannabis*, los hábitos alimenticios, la participación en actividades físicas y la práctica de deporte, examinando la distribución de estas variables por curso para los chicos y para las chicas. A continuación se presenta el análisis de las diferencias por curso y género en las variables del estilo de vida relacionado con la salud, habiéndolas agrupado para ello en cuatro apartados: el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*), el consumo de alimentos insanos, el consumo de alimentos sanos y la práctica de actividad física y deporte. En el tercer subapartado se expone la distribución de las variables de estilo de vida en función de las variables socioeconómicas tenidas en cuenta en nuestro trabajo –esto es: el tipo de centro de estudios, la profesión del padre, la profesión de la madre, el nivel de estudios del padre y el nivel de estudios de la madre–, en el caso de que las diferencias entre los distintos grupos sean significativas. Finalmente, se presentan las diferencias existentes por tipo de centro y por la profesión y nivel de estudios, tanto del padre como de la madre (tomando cada una de estas variables socioeconómicas por separado, es decir, sin atender a las posibles interacciones), en las variables del estilo de vida relacionado con la salud.

En el segundo apartado se repite el mismo esquema anterior, pero con los índices de estilo de vida elaborados para el presente trabajo, y, por tanto, dando respuesta al objetivo general II. Los resultados se presentan en cuatro subapartados que tratan de dar respuesta a los objetivos específicos 5 a 8. Así, en el primer subapartado examinaremos las medias y desviaciones típicas de los índices y la distribución de los mismos para cada curso y género. Se presentan también las correlaciones entre los índices para cada género. En el siguiente subapartado, presentaremos el análisis de las diferencias por curso y género en los índices de estilo de vida relacionado con la salud. Además, en el tercer subapartado, abordaremos el estudio de la distribución de los índices de estilo de vida en función de las variables socioeconómicas tenidas en cuenta en el presente trabajo (tipo de centro, profesión del padre, profesión de la madre, nivel de estudios del padre y nivel de estudios de la madre), señalando sólo aquellas distribuciones que presentan diferencias significativas entre los distintos grupos tenidos en cuenta. Por último, en el cuarto subapartado realizaremos un análisis de las diferencias en los índices de estilo de vida para cada una de las variables socioeconómicas tenidas en cuenta, señalando únicamente aquellas que resulten ser significativas.

En el último apartado de este capítulo se ofrece un resumen de los resultados obtenidos y de las principales conclusiones a las que hemos llegado.

1. ANÁLISIS DEL ESTILO DE VIDA A TRAVÉS DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES CLÁSICAS

Cómo se ha comentado arriba, este primer apartado se divide en cuatro subapartados. Los dos primeros hacen referencia al análisis descriptivo y diferencial de los indicadores de las variables clásicas del estilo de vida en función del género y del curso; y los dos últimos se refieren al análisis descriptivo y diferencial de dichos indicadores en función de las variables socioeconómicas tenidas en cuenta en nuestro estudio.

1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO Y LA EDAD

Bajo este epígrafe se recogen los resultados obtenidos a nivel descriptivo sobre las distintas variables del estilo de vida de nuestro estudio agrupadas en: consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de *cannabis*, hábitos alimenticios y actividad física y deporte.

1.1.1. Consumo de tabaco

a) Frecuencia de consumo de tabaco

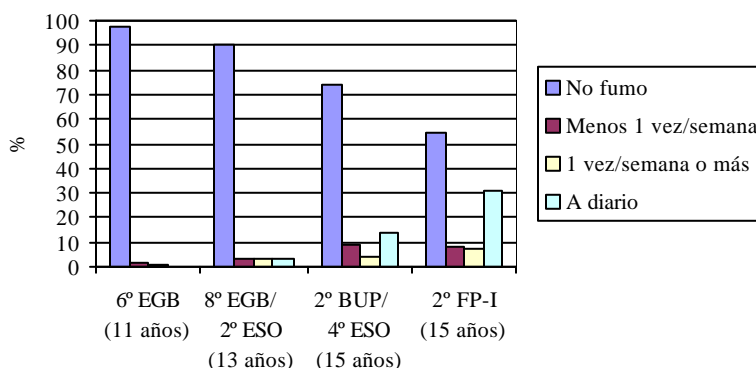
La *d* de Somers muestra una relación positiva y significativa entre la frecuencia de consumo de tabaco y el curso tanto para los chicos como para las chicas; indicando, por tanto, que conforme aumenta la edad o curso académico aumenta la frecuencia de consumo de tabaco (Tabla 1).

TABLA 1. Porcentajes de la frecuencia de **consumo de tabaco**

	CHICOS				CHICAS					
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I		
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años		
No fumo	97.8	90.4	73.8	54.1	99.2	81.1	53.0	41.7		
Menos de 1 vez por semana	1.4	3.2	8.7	8.2	0.0	9.8	4.5	6.3		
Al menos 1 vez a la semana	0.7	3.2	4.0	7.1	0.0	4.5	10.6	7.3		
A diario	0.0	3.2	13.5	30.6	0.8	4.5	31.8	44.8		
	χ^2 Curso = 88.3			GL = 9	p<.001	χ^2 Curso = 145.1			GL = 9	p<.001
	<i>d</i> Somers = .24			p<.001	<i>d</i> Somers = .35			p<.001		

En el Gráfico 1 podemos observar que, el porcentaje de chicos que no fuma disminuye a medida que avanza el curso o la edad. Así, a los 11 años el 97.8% de los chicos no fuma, mientras que a los 15 años dicho porcentaje disminuye hasta el 73.8% de los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y hasta el 54.1% de los estudiantes de 2º FP-I. También se observa un claro aumento del porcentaje de los chicos que fuma a diario a los 15 años. Mientras que ningún niño fuma a diario a los 11 años, y sólo un 3.2% lo hace a los 13 años. A los 15 años, el 13.5% de los chicos de 2º BUP/4º ESO fuma a diario; este porcentaje se duplica entre los alumnos de 2º FP-I (30.6%).

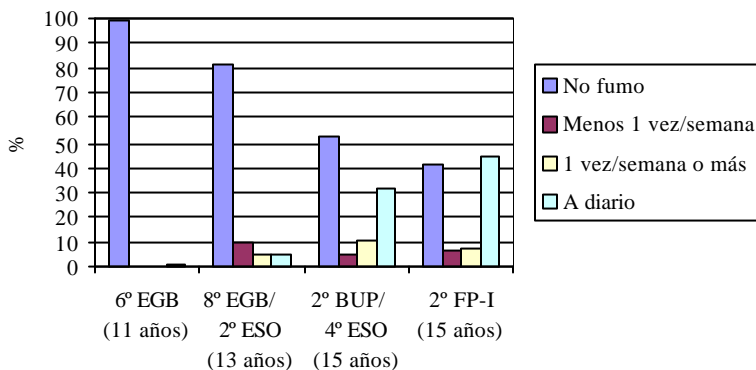
GRÁFICO 1. Frecuencia de **consumo de tabaco**. CHICOS



Como se observa en el Gráfico 2, la frecuencia de consumo de tabaco entre las chicas sigue la misma tónica, pero el descenso con la edad del porcentaje de las que no fuman y el aumento de las que lo hacen a diario es todavía más ostensible. Casi la totalidad de las chicas de 11 años (99.2%) no fuma; sin embargo, a los 15 años sólo el 53% de las chicas que cursan 2º BUP/4º ESO no fuman, y todavía es menor el porcentaje de las estudiantes de 2º FP-I que no fuma (41.7%). Mientras que a los 11 y 13 años una escasa

minoría fuma a diario (0.8% y 4.5%, respectivamente), a los 15 años el 31.8% de las estudiantes de 2º BUP/4º ESO y el 44.8% de las de 2º FP-I fuma a diario.

GRÁFICO 2. Frecuencia de **consumo de tabaco**. CHICA S



b) Número de cigarrillos a la semana

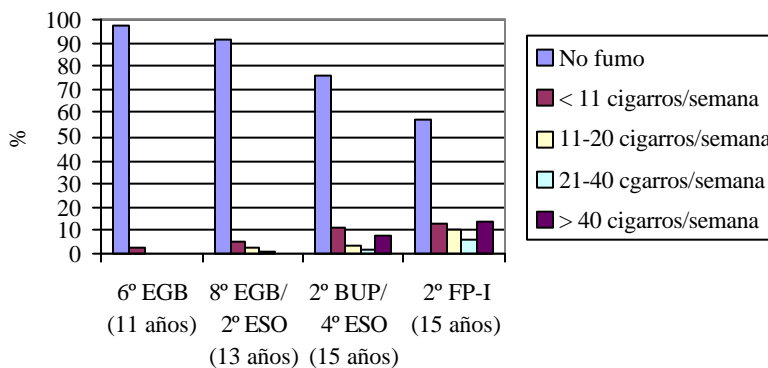
La *d* de Somers señala que la relación entre el número de cigarrillos a la semana y el curso es positiva y significativa, aumentando, por tanto, la cantidad de cigarrillos fumados semanalmente conforme avanza el curso académico (Tabla 2).

El Gráfico 3 representa la evolución de la cantidad de tabaco consumida por los chicos. A los 11 años, únicamente el 2.9% de los chicos fuma menos de 11 cigarrillos a la semana. A esta edad no se dan consumos mayores de tabaco. A los 13 años, ya son el 5.6% los que fuman menos de 11 cigarrillos semanalmente. El porcentaje de los que fuman cantidades mayores es mínimo. Sin embargo, a los 15 años se observa un aumento considerable del porcentaje de alumnos que consumen mayores cantidades de tabaco. Además, este aumento es mucho más evidente entre los alumnos de 2º FP-I. Así, entre los alumnos de 2º BUP/4º ESO se da un aumento importante del porcentaje de chicos que fuman menos de 11 cigarrillos a la semana (11.3%) y del porcentaje de los que fuman más de 40 cigarrillos a la semana (8.1%). Un aumento menos destacado se da entre los alumnos que fuman entre 11 y 40 cigarrillos semanales. Por otro lado, podemos decir que entre los chicos de 15 años que cursan 2º FP-I se produce un destacado aumento del porcentaje de chicos que fuman distintas cantidades de cigarrillos a la semana con respecto a los chicos de edades inferiores. El mayor aumento se da entre los chicos que fuman entre 11 y 20 cigarrillos a la semana (10.6%) y entre los que fuman más de 40 cigarrillos semanales (14.1%).

TABLA 2. Porcentajes del n° de cigarrillos a la semana

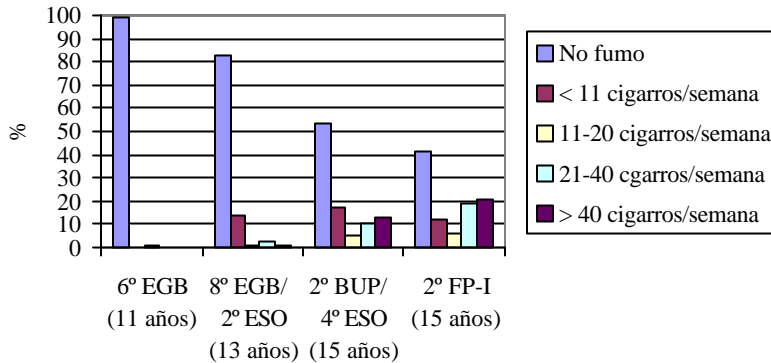
	CHICOS				CHICAS				
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años	
No fumo	97.1	91.2	75.8	56.5	99.2	82.4	53.4	41.7	
< 11 cigarros/ sem.	2.9	5.6	11.3	12.9	0.0	13.7	17.6	12.5	
11-20 cigarros/ sem.	0.0	2.4	3.2	10.6	0.8	0.8	5.3	6.3	
21-40 cigarros/ sem.	0.0	0.8	1.6	5.9	0.0	2.3	10.7	18.8	
> 40 cigarros/ semana	0.0	0.0	8.1	14.1	0.0	0.8	13.0	20.8	
χ^2 Curso = 84.2		GL = 12		p < .001	χ^2 Curso = 143.3		GL = 12		p < .001
<i>d</i> Somers = .22				p < .001	<i>d</i> Somers = .35				p < .001

GRÁFICO 3. Número de cigarrillos a la semana. CHICOS



En el Gráfico 4 podemos observar cómo evoluciona la cantidad de tabaco que fuman las chicas de 11 a 15 años. A los 11 años es inexistente la cantidad de tabaco que fuman las chicas. A los 13 años ya hay un 13.7% de chicas que fuman menos de 11 cigarrillos semanalmente. A los 15 años se produce un destacado aumento del número de cigarrillos consumidos semanalmente. El porcentaje de alumnas de 2º BUP/4º ESO que fuma entre 21 y 40 cigarrillos a la semana es del 13%. Estos porcentajes son todavía mayores cuando las chicas de 15 años cursan 2º FP-I, siendo entonces el 18.8% las que fuman entre 21 y 40 cigarrillos a la semana y el 20.8% las que fuman más de 40 cigarrillos a la semana.

GRÁFICO 4. Número de cigarros a la semana. CHICAS



1.1.2. Consumo de alcohol

a) *Frecuencia de consumo de cerveza*

Los resultados de la *d* de Somers muestran que la relación entre la frecuencia de consumo de cerveza y el curso es positiva y significativa en ambos grupos, chicos y chicas. Estos resultados indican que la frecuencia de consumo de cerveza aumenta con el curso (Tabla 3).

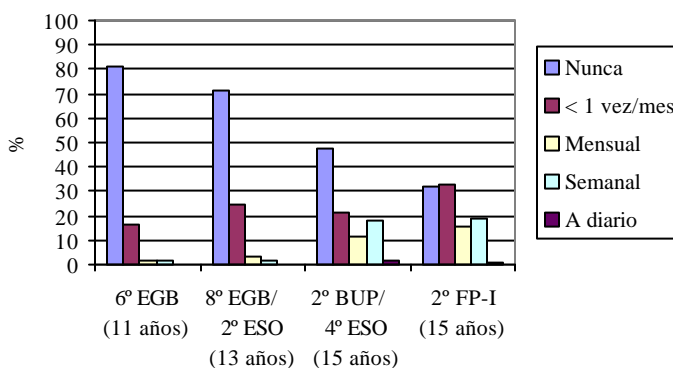
TABLA 3. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **cerveza**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca	81.0	71.0	47.2	31.8	94.5	78.6	51.1	47.9
< 1 vez / mes	16.1	24.2	21.6	32.9	5.5	16.8	26.0	32.3
Mensual	1.5	3.2	11.2	15.3	0.0	2.3	9.2	7.3
Semanal	1.5	1.6	18.4	18.8	0.0	1.5	13.0	11.5
A diario	0.0	0.0	1.6	1.2	0.0	0.8	0.8	1.0
	χ^2 Curso = 94.7		GL = 12	p<.001	χ^2 Curso = 92.8		GL = 12	p<.001
	<i>d</i> Somers = .31				<i>d</i> Somers = .29			p<.001

En el Gráfico 5 se observa que, a medida que aumenta la edad o el curso académico, desciende el porcentaje de chicos que no beben nunca cerveza. A los 15 años, este porcentaje es mucho menor entre los estudiantes de 2º FP-I. Así pues, mientras que a los 11 años el 81% de los chicos no beben cerveza nunca, a los 15 años el 47.2% y el 31.8% de los alumnos de 2º BUP/4º ESO y 2º FP-I, respectivamente, no beben nunca cerveza. Por otro lado, se produce un aumento del porcentaje de chicos que beben cerveza menos de 1 vez al mes, todos los meses y todas las semanas. Cabe destacar que a los 15 años el porcentaje de alumnos de 2º FP-I que consumen cerveza menos de 1 vez al mes y todos los meses es

superior al de los alumnos de 2º BUP/4º ESO. El aumento más espectacular, respecto al consumo semanal de cerveza, se da a los 15 años. Mientras que a los 11 y 13 años porcentajes inferiores al 2% de los chicos consumen cerveza semanalmente, a los 15 años este porcentaje es del 18,4% en 2º BUP/4º ESO y del 18,8% en 2º FP-I. El consumo a diario de cerveza es inexistente a los 11 y 13 años, y a los 15 años un porcentaje inferior al 2% consume cerveza a diario.

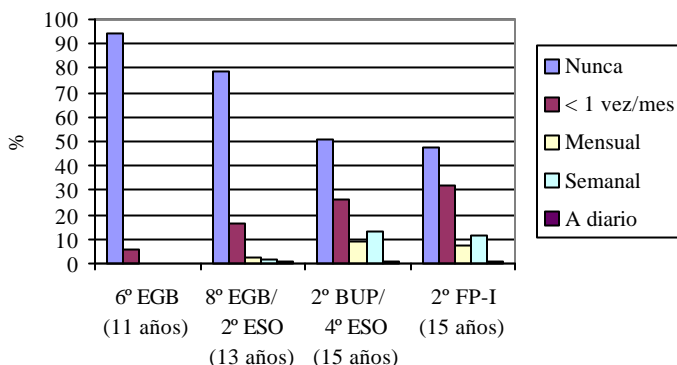
GRÁFICO 5. Frecuencia de **consumo de cerveza** CHICOS



En el caso de las chicas ocurre algo similar. Desciende el porcentaje de las que no beben nunca cerveza y aumenta el de las que lo hacen menos de 1 vez al mes, todos los meses y todas las semanas. Sin embargo, a los 15 años las diferencias entre las estudiantes de 2º BUP/4º ESO y las de 2º FP-I no son tan marcadas como lo eran en el caso de los chicos, estableciéndose en ambos cursos un patrón similar de consumo (Gráfico 6).

El porcentaje de las chicas que nunca consumen cerveza desciende desde el 94,5% a los 11 años hasta porcentajes cercanos al 50% a los 15 años (51,1% en 2º BUP/4º ESO y 47,9% en 2º FP-I). A los 11 años, el porcentaje de chicas que beben cerveza menos de una vez al mes es del 5,5%; a los 15 años este porcentaje es del 26% en 2º BUP/4º ESO y del 32,3% en 2º FP-I. A los 11 años no hay chicas que beban cerveza todos los meses, mientras que a los 15 años son el 9,2% de 2º BUP/4º ESO y el 7,3% de 2º FP-I las que consumen cerveza mensualmente. Del mismo modo, a los 11 años hay una ausencia absoluta de chicas que consuman cerveza semanalmente; sin embargo, a los 15 años ya son el 13% y el 11,5% (de 2º BUP/4º ESO y 2º FP-I, respectivamente) las que toman semanalmente esta bebida. El consumo a diario de cerveza es prácticamente inexistente entre las chicas de estas edades (Gráfico 6).

GRÁFICO 6. Frecuencia de **consumo de cerveza** . CHICAS



b) Frecuencia de consumo de vino

La *d* de Somers, con valores de .16 para los chicos y de .24 para las chicas, muestra una relación positiva y significativa entre la frecuencia de consumo de vino y el curso. Por tanto, a medida que avanza el curso, y por ende la edad, aumenta la frecuencia de consumo de vino entre los jóvenes de 11 a 15 años (Tabla 4).

TABLA 4. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **vino**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca	81.8	73.4	56.5	59.0	94.5	80.8	52.7	59.4
< 1 vez / mes	14.6	22.6	27.4	24.1	5.5	14.6	30.5	29.2
Mensual	1.5	1.6	9.7	8.4	0.0	3.8	10.7	4.2
Semanal	2.2	2.4	4.0	7.2	0.0	0.8	6.1	7.3
A diario	0.0	0.0	2.4	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	χ^2 Curso = 37.0			GL = 12	χ^2 Curso = 76.8			GL = 9
	<i>d</i> Somers = .16			p<.001	<i>d</i> Somers = .24			p<.001

El porcentaje de chicos que no toman nunca vino desciende del 81.8% a los 11 años a porcentajes inferiores al 60% a los 15 años (56.5% en 2º BUP/4º ESO y 59% en 2º FP-I). El consumo esporádico de vino (menos de 1 vez al mes) experimenta un aumento desde el 14.6% entre los alumnos de 11 años, al 27.4% y al 24.1% entre los alumnos de 15 años, de 2º BUP/4º ESO y 2º FP-I, respectivamente. El consumo de vino mensual y semanal es minoritario a los 11 y 13 años, experimentando un ligero aumento a los 15 años, sin alcanzar en ningún caso el 10%. El consumo diario de vino es nulo a los 11 y 13 años, y a los 15 años un reducido porcentaje representa a los consumidores de vino a diario (Gráfico 7).

La frecuencia de consumo de vino en las chicas sigue la misma tendencia. Por un lado, desciende el porcentaje de chicas que no beben nunca vino. A los 15 años este porcentaje es inferior entre las estudiantes de 2º BUP/4º ESO. Por otro lado, aumenta el consumo esporádico de vino, el consumo mensual y el consumo semanal. A los 15 años el consumo mensual se da, en mayor medida, entre las estudiantes de 2º BUP/4º ESO. El consumo diario es absolutamente inexistente entre las chicas de 11 a 15 años (Gráfico 8).

GRÁFICO 7. Frecuencia de **consumo de vino**. CHICOS

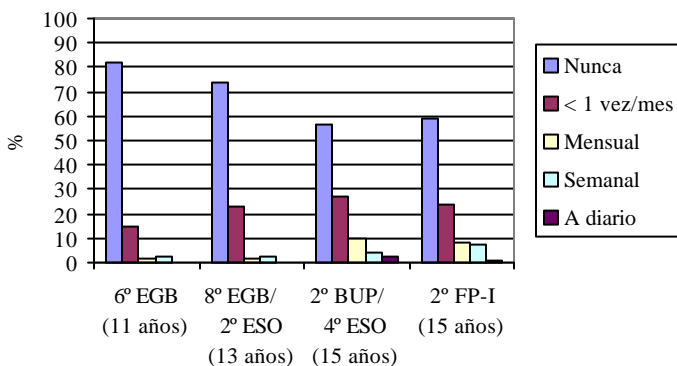
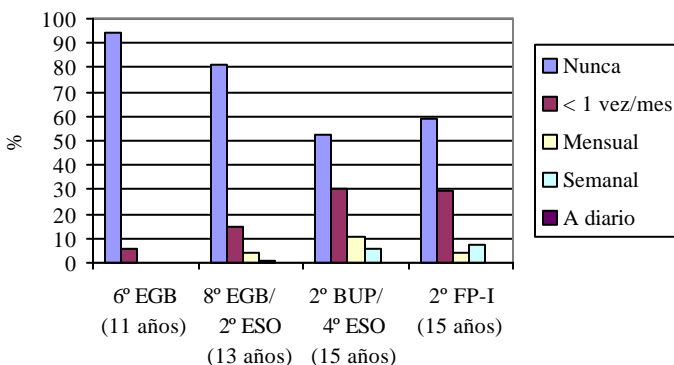


GRÁFICO 8. Frecuencia de **consumo de vino**. CHICAS



c) Frecuencia de consumo de licores y combinados

La *d* de Somers muestra la existencia de una relación positiva y significativa entre la frecuencia de consumo de licores o combinados y el curso académico. Por consiguiente, a medida que avanza el curso aumenta la frecuencia de consumo de estas bebidas (Tabla 5).

TABLA 5. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **licores o combinados**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca	89.7	74.0	25.8	25.9	95.3	69.5	21.4	21.6
< 1 vez / mes	8.1	21.1	27.4	35.3	4.7	21.4	28.2	29.9
Mensual	1.5	4.1	24.2	12.9	0.0	4.6	16.8	16.5
Semanal	0.7	0.8	21.0	24.7	0.0	3.8	33.6	32.0
A diario	0.0	0.0	1.6	1.2	0.0	0.8	0.0	0.0
		χ^2 Curso = 183.7		GL = 12			χ^2 Curso = 218.1	
		p<.001					GL = 12	
		p<.001					p<.001	
		<i>d</i> Somers = .44					<i>d</i> Somers = .49	

En el Gráfico 9 se observa que el porcentaje de chicos que no toman nunca licores o combinados desciende notablemente entre los jóvenes de 15 años con respecto a los chicos de edades inferiores. Mientras que a los 11 años, el 89.7% no beben nunca licores o combinados, a los 13 años este porcentaje es del 74% y a los 15 años es de aproximadamente un 26% (25.8% en 2º BUP/4º ESO y 25.9% en 2º FP-I). Por otro lado, se observa que aumenta el porcentaje de chicos que consumen este tipo de bebidas esporádicamente, todos los meses y todas las semanas, observándose el mayor aumento entre los 13 y 15 años respecto al consumo mensual y semanal. Así, a los 13 años el consumo mensual de estas bebidas lo lleva a cabo el 4.1% de los chicos, mientras que a los 15 años ya son el 24.2% y el 12.9% de los alumnos de 2º BUP/4º ESO y de 2º FP-I, respectivamente, los que las toman todos los meses. El porcentaje de chicos que a los 13 años consume semanalmente es inferior a un 1%, mientras que a los 15 años este porcentaje aumenta hasta superar el 20% (21% en 2º BUP/4º ESO y 24.7% en 2º FP-I). El consumo a diario de licores y combinados es prácticamente inexistente entre los chicos de 11 a 15 años (Gráfico 9).

En el caso de las chicas, el descenso del porcentaje de las que no beben nunca licores y combinados y el aumento de las que lo hacen con una frecuencia semanal es, si cabe, todavía más pronunciado. Así, mientras que a los 11 años el 95.3% de las chicas no beben nunca licores o combinados, a los 15 años únicamente alrededor del 21% (21.4% en 2º BUP/4º ESO y 21.6% en 2º FP-I) no lo hacen. El porcentaje de chicas que consumen licores o combinados esporádicamente crece desde el 4.7% a los 11 años hasta porcentajes cercanos al 30% a los 15 años (28.2% en 2º BUP/4º ESO y 29.9% en 2º FP-I). Al igual que ocurre en el caso de los chicos, respecto al porcentaje de alumnas que informan de un consumo mensual y semanal, éste aumenta considerablemente entre los 13 y los 15 años. Así, a los 13 años estos porcentajes son inferiores al 5%, mientras que a los 15 años el

porcentaje de chicas que consumen licores y combinados mensualmente es de aproximadamente el 16%, y este porcentaje se duplica en el caso de las chicas de esta edad que consumen estas bebidas semanalmente. El consumo a diario de licores y combinados es prácticamente inexistente (Gráfico 10).

GRÁFICO 9. Frecuencia de **consumo de licores o combinados** CHICOS

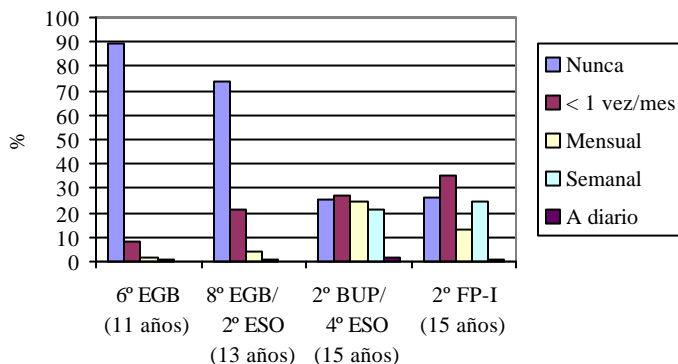
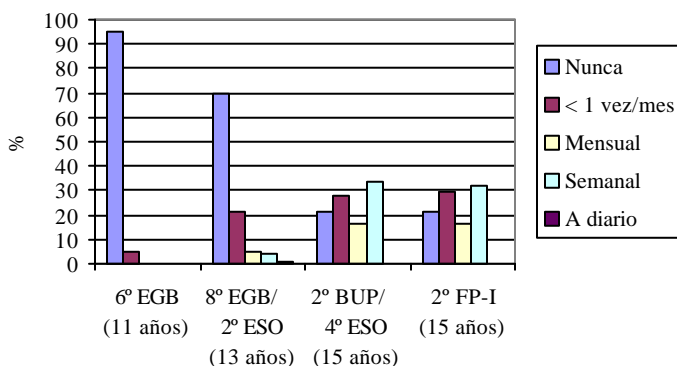


GRÁFICO 10. Frecuencia de **consumo de licores o combinados**. CHICAS



d) Frecuencia de embriaguez

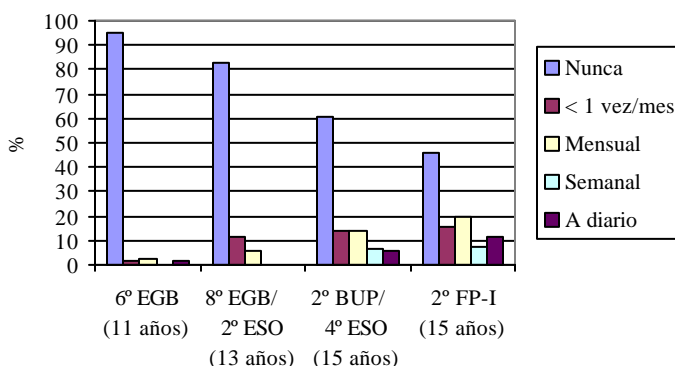
Los valores de la *d* de Somers indican la existencia de una relación positiva y significativa entre la frecuencia de embriaguez y el curso en ambos géneros. Por tanto, a medida que avanza el curso aumenta la frecuencia con la que los chicos y chicas de 11 a 15 años se emborrachan (Tabla 6).

TABLA 6. Porcentajes de la frecuencia de **embriaguez**

	CHICOS				CHICAS				
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años	
Nunca	94.9	82.9	60.8	45.9	96.9	81.1	40.9	39.2	
< 1 vez	1.5	11.4	13.6	15.3	1.5	12.1	12.9	17.5	
2-3 veces	2.2	5.7	13.6	20.0	1.5	6.8	25.8	27.8	
4-10 veces	0.0	0.0	6.4	7.1	0.0	0.0	12.1	11.3	
> 10 veces	1.5	0.0	5.6	11.8	0.0	0.0	8.3	4.1	
χ^2 Curso = 95.9		GL = 12		p<.001	χ^2 Curso = 157.2		GL = 12		p<.001
<i>d</i> Somers = .29				p<.001	<i>d</i> Somers = .37				p<.001

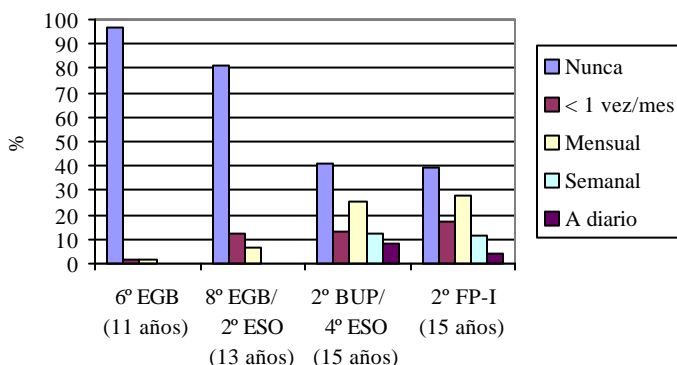
Con la edad disminuye el porcentaje de chicos que no se han emborrachado nunca. Destaca el hecho de que a los 15 años es bastante menor el porcentaje de estudiantes de 2º FP-I que de 2º BUP/4º ESO que no se han emborrachado nunca. Así, mientras que a los 11 años el 94.9% de los chicos no se han emborrachado nunca, a los 15 años este porcentaje es del 60.8% para los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y del 45.9% para los estudiantes de 2º FP-I. También, con la edad aumenta progresivamente el porcentaje de chicos que se han emborrachado una o varias veces. Estos porcentajes alcanzan valores del 20% en el caso de los chicos de 2º FP-I que se han emborrachado 2 ó 3 veces, y del 11.8% de los chicos de este curso que se han emborrachado más de 10 veces (Gráfico 11).

GRÁFICO 11. Frecuencia de **embriaguez**. CHICOS



En el Gráfico 12 aparece la evolución de la frecuencia de embriaguez en las chicas de 11 a 15 años. En dicho gráfico se observa que, de la casi totalidad de chicas de 11 años que no se han emborrachado nunca, se pasa a porcentajes cercanos al 40% de chicas de 15 años que no lo han hecho nunca. Los porcentajes de chicas que se han emborrachado una o más veces crecen conforme aumenta la edad. El crecimiento más destacado se da entre las chicas que se han emborrachado 2 ó 3 veces, llegando a representar más del 25% a los 15 años (25.8% de las estudiantes de 2º BUP/4º ESO y 27.8% de las de 2º FP-I).

GRÁFICO 12. Frecuencia de **embriaguez**. CHICAS



1.1.3. Consumo de *cannabis*

a) *Experimentación con la cannabis*

Valores de la *d* de Somers de .22 y .18, para chicos y chicas respectivamente, indican una relación positiva y significativa entre la experimentación con la *cannabis* y el curso; significando esto que, cuanto más elevado es el curso más elevada es la experimentación con la *cannabis* (Tabla 7).

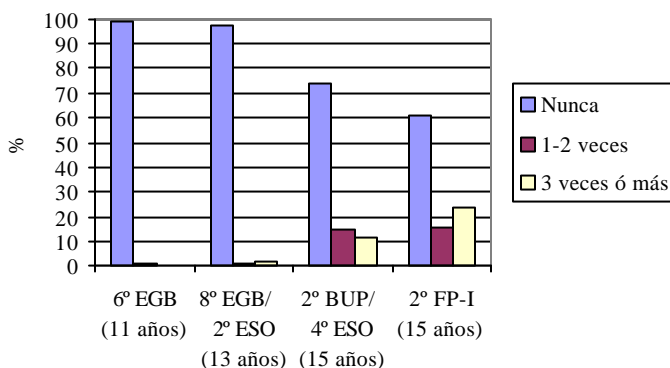
TABLA 7. Porcentajes de la **experimentación con la cannabis**

	CHICOS				CHICAS					
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I		
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años		
Nunca	99.3	97.6	73.8	60.7	100.0	95.5	71.2	72.2		
1-2 veces	0.7	0.8	15.1	15.5	0.0	3.8	15.9	16.5		
3 veces ó más	0.0	1.6	11.1	23.8	0.0	0.8	12.9	11.3		
	χ^2 Curso = 95.1			GL = 6	p<.001	χ^2 Curso = 69.6			GL = 6	p<.001
	<i>d</i> Somers = .22			p<.001	<i>d</i> Somers = .18			p<.001		

En el Gráfico 13 se observa que, casi la totalidad de los chicos de 11 y 13 años nunca han probado la *cannabis*. A los 15 años este porcentaje desciende notablemente hasta

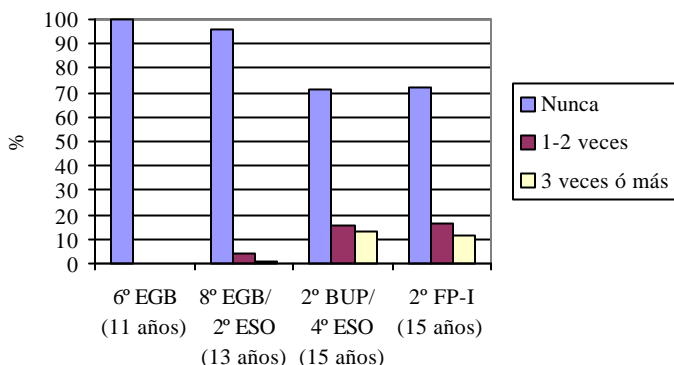
el 73.8% en los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y el 60.7% en los estudiantes de 2º FP-I. Por otra parte, a esta edad, aproximadamente el 15% de los chicos han probado la *cannabis* 1 ó 2 veces. Los que la han probado 3 veces o más son el 11.1% en 2º BUP/4º ESO, y este porcentaje se duplica en 2º FP-I (23.8%).

GRÁFICO 13. Experimentación con la *cannabis*. CHICOS



Entre las chicas, la experimentación con la *cannabis* a los 11 años es totalmente inexistente. A los 13 años, un 95.5% no han probado la *cannabis*, un 3.8% la han probado 1 ó 2 veces y, únicamente un 0.8% la han probado 3 ó más veces. A los 15 años desciende el porcentaje de chicas que nunca han experimentado con la *cannabis* y aumenta el de las que han experimentado 1 ó 2 veces y 3 veces o más. Estos porcentajes son aproximadamente los mismos para las estudiantes de 2º BUP/4º ESO que para las de 2º FP-I. Así, aproximadamente el 72% de las chicas de 15 años no han probado nunca la *cannabis* (71.2% en 2º BUP/4º ESO y 72.2% en 2º FP-I), aproximadamente el 16% la han probado 1 ó 2 veces (15.9% en 2º BUP/4º ESO y 16.5% en 2º FP-I) y cerca del 12% lo han hecho 3 veces o más (12.9% en 2º BUP/4º ESO y 11.3% en 2º FP-I) (Gráfico 14).

GRÁFICO 14. Experimentación con la cannabis. CHICAS



b) Consumo de cannabis en el último mes

La *d* de Somers, con valores de .12 y .11, para chicos y chicas, respectivamente, indica que la relación entre estas variables es positiva y significativa. Por tanto, conforme avanza el curso académico aumenta la frecuencia de consumo de *cannabis* en el último mes (Tabla 8).

TABLA 8. Porcentajes de **consumo de cannabis** en el último mes

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca	99.3	98.4	89.6	75.3	100.0	98.5	83.2	83.3
1-2 veces	0.7	0.0	4.8	10.6	0.0	0.8	8.4	8.3
3 veces ó más	0.0	1.6	5.6	14.1	0.0	0.8	8.4	8.3
	χ^2 Curso = 51.8		GL = 6	p<.001	χ^2 Curso = 41.7		GL = 6	p<.001
	<i>d</i> Somers = .12			p<.001	<i>d</i> Somers = .11			p<.001

En el Gráfico 15 se observa que el porcentaje de chicos que no han consumido *cannabis* durante el último mes desciende conforme aumenta la edad, y desciende aun más entre los chicos que estudian formación profesional. Así, este porcentaje desciende desde el 99.3% en los chicos de 11 años hasta el 89.6% en los chicos de 15 años que estudian 2º BUP/4º ESO y el 75.3% en los chicos de esta misma edad que estudian 2º FP-I. Mientras que el consumo de esta sustancia a los 11 y 13 años es prácticamente inexistente, a los 15 años el 4.8% de los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y el 10.6% de los de 2º FP-I han consumido *cannabis* 1 ó 2 veces durante el último mes, y el 5.6% en 2º BUP/4º ESO y el 14.1% en 2º FP-I la han consumido 3 veces o más.

En el Gráfico 16 se observa que, entre las chicas de 15 años se da un aumento del consumo de *cannabis* con respecto a edades inferiores. Además, a los 15 años, no existen diferencias de consumo entre las estudiantes de 2º BUP/4º ESO y las de 2º FP-I. De este

modo, mientras que a los 11 y 13 años el consumo de *cannabis* es prácticamente nulo, a los 15 años un porcentaje cercano al 8% consumió *cannabis* 1 ó 2 veces en el último mes y el mismo porcentaje lo hizo 3 veces o más.

GRÁFICO 15. Frecuencia de **consumo de cannabis**. CHICOS

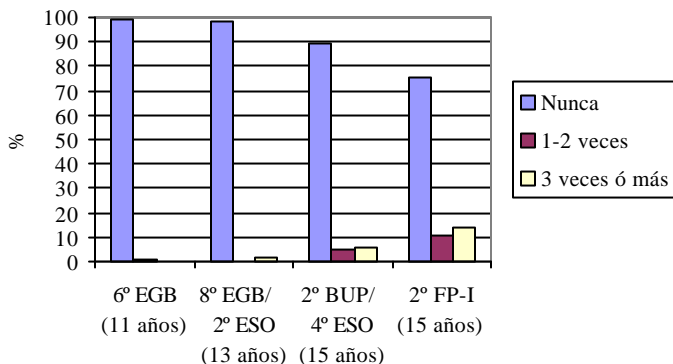
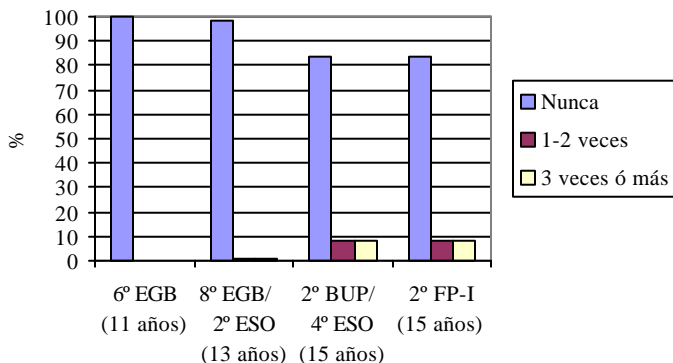


GRÁFICO 16. Frecuencia de **consumo de cannabis**. CHICAS



1.1.4. Hábitos alimenticios

a) *Frecuencia de consumo de fruta*

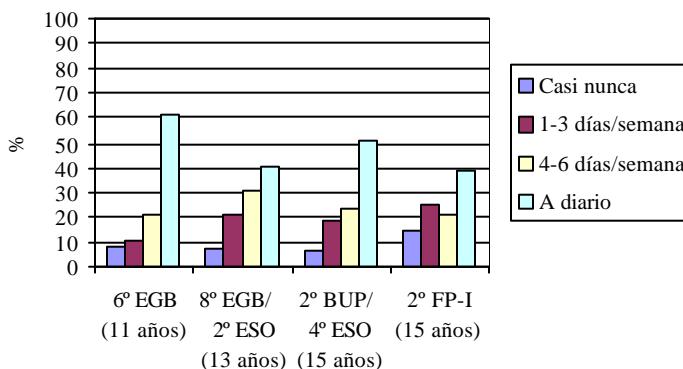
En el caso de los chicos, la *d* de Somers, con un valor de $-.11$, muestra que la relación entre la frecuencia de consumo de fruta y el curso es negativa y significativa. Por consiguiente, a medida que avanza el curso disminuye el consumo de fruta. En el caso de las chicas, el valor de la *d* de Somers ($-.04$) indica que no existe una relación significativa entre estas variables (Tabla 9).

TABLA 9. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **fruta**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Casi nunca	8.0	7.2	6.3	14.3	7.7	4.7	9.1	12.6
1-3 días / semana	10.2	20.8	18.3	25.0	16.9	26.0	20.5	23.2
4-6 días / semana	21.2	31.2	23.8	21.4	21.5	24.4	21.2	13.7
A diario	60.6	40.8	51.6	39.3	53.8	44.9	49.2	50.5
	χ^2 Curso = 22.3		GL = 9	p<.01	χ^2 Curso = 11.2		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = -.11			p<.01	<i>d</i> Somers = -.04			n.s.

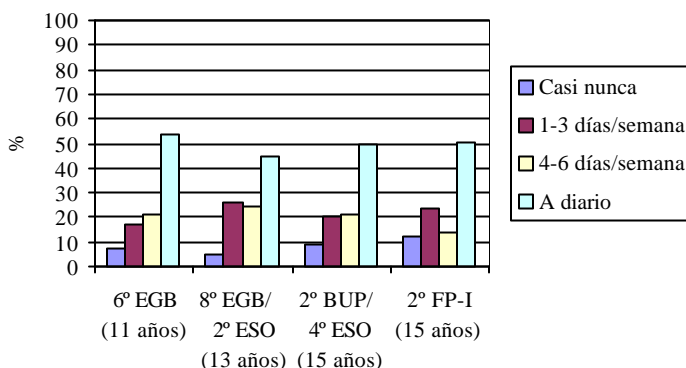
Entre el 6.3% y el 14.3% de los chicos de 11 a 15 años no consumen casi nunca fruta. El porcentaje más alto se da entre los alumnos de 2º FP-I. El porcentaje de chicos que consumen fruta a diario oscila entre el 39.3% y el 60.6%. Los menores porcentajes se dan entre los alumnos de 13 años y los alumnos de 15 años que estudian 2º FP-I (Gráfico 17).

GRÁFICO 17. Frecuencia de consumo de **fruta**. CHICOS



El consumo de frutas entre las chicas se mantiene bastante estable en los cuatro cursos estudiados. Entre el 4.7% y el 12.6% de las chicas no consumen fruta casi nunca. El consumo diario de fruta se da entre el 44.9% y el 53.8% de las chicas de estos cursos (Gráfico 18).

GRÁFICO 18. Frecuencia de consumo de **fruta**. CHICAS



b) Frecuencia de consumo de verduras y hortalizas

La frecuencia de consumo de verduras y hortalizas es independiente del curso para ambos géneros, según indican los resultados de la *d* de Somers (Tabla 10).

Entre el 18.5% y el 29.3% de los chicos casi nunca consume verduras y hortalizas. Entre el 30.6% y el 38.8% de los chicos consume verduras y hortalizas entre 1 y 3 días a la semana; y del 14.6% al 17.3% las consumen a diario (Gráfico 19).

El porcentaje de chicas que nunca consume verduras y hortalizas oscila entre el 21.4% y el 27.9% y entre el 14.3% y el 25.8% las consume a diario. Cabe destacar que los porcentajes más altos de consumo diario de verduras y hortalizas se dan entre las chicas de 15 años (Gráfico 20).

TABLA 10. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **verduras y hortalizas**

	CHICOS				CHICAS				
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años	
Casi nunca	29.3	22.8	18.5	18.8	27.9	21.4	22.0	27.4	
1-3 días / semana	32.3	36.6	30.6	38.8	30.2	33.3	28.0	27.4	
4-6 días / semana	21.1	26.0	33.9	25.9	22.5	31.0	24.2	23.2	
A diario	17.3	14.6	16.9	16.5	19.4	14.3	25.8	22.1	
	χ^2 Curso = 9.7			GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 9.2		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = .06			n.s.	<i>d</i> Somers = .04		n.s.	n.s.	

GRÁFICO 19. Frecuencia de consumo de **verduras y hortalizas**. CHICOS

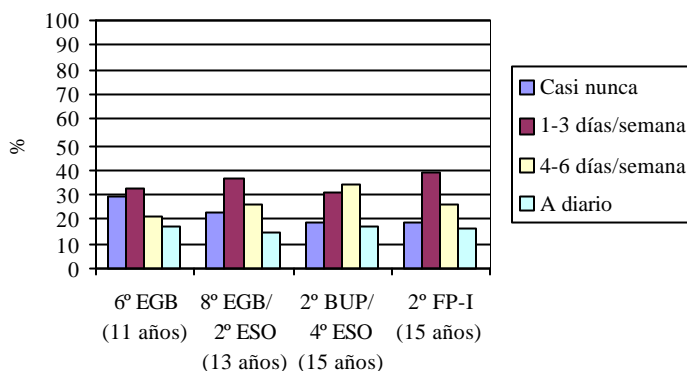
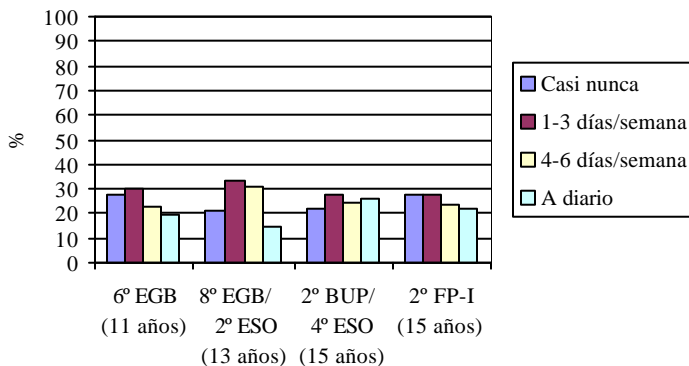


GRÁFICO 20. Frecuencia de consumo de **verduras y hortalizas**. CHICAS



c) Frecuencia de consumo de zumo natural

Según el valor de la *d* de Somers, el consumo de zumo natural no depende del curso académico para ambos géneros (Tabla 11).

El porcentaje de chicos que casi nunca consume zumo natural oscila entre el 24.6% y el 31.5%. Entre el 24.6% y el 37.1% lo consume de 1 a 3 días a la semana; y entre el 13.7% y el 30.6% lo consume a diario, siendo este porcentaje mayor para los chicos de 11 años (Gráfico 21).

Entre las chicas, porcentajes que oscilan entre el 23.4% y el 33% no consumen casi nunca zumo natural. Entre un 26.7% y un 35.2% lo consume de 1 a 3 días a la semana; y entre el 18.2% y el 24.2% lo consume a diario (Gráfico 22).

TABLA 11. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **zumο natural**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Casi nunca	24.6	31.5	28.0	30.6	23.4	32.8	28.8	33.0
1-3 días / semana	24.6	37.1	32.0	31.8	35.2	26.7	34.1	30.9
4-6 días / semana	20.1	17.7	19.2	16.5	17.2	21.4	18.9	13.4
A diario	30.6	13.7	20.8	21.2	24.2	19.1	18.2	22.7
	χ^2 Curso = 13.5		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 7.8		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = -.06			n.s.	<i>d</i> Somers = -.05			n.s.

GRÁFICO 21. Frecuencia de consumo de **zumο natural**. CHICOS

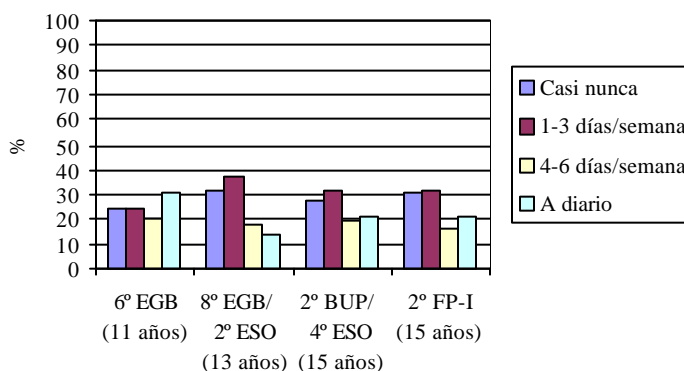
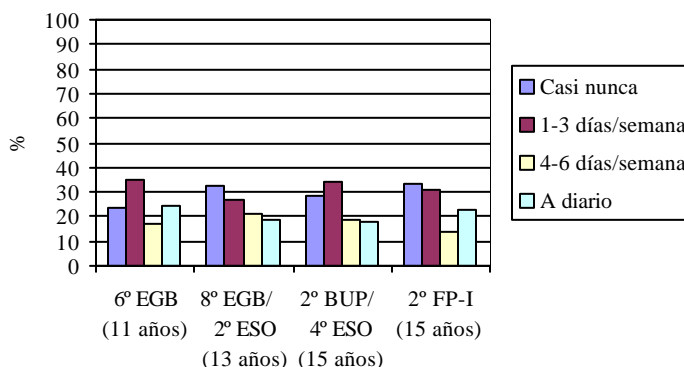


GRÁFICO 22. Frecuencia de consumo de **zumο natural**. CHICAS



d) *Frecuencia de consumo de queso*

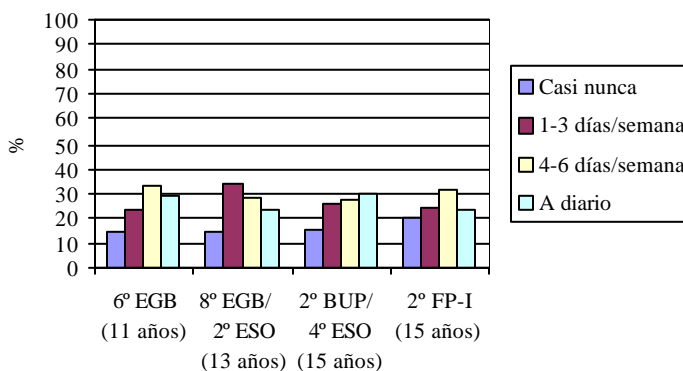
Los valores de la *d* de Somers indican que la frecuencia de consumo de queso es independiente del curso, tanto para los chicos como para las chicas (Tabla 12).

TABLA 12. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **queso**

	CHICOS				CHICAS				
	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años	
Casi nunca	14.5	14.5	15.2	20.0	18.3	19.0	9.1	16.5	
1-3 días / semana	23.2	33.9	26.4	24.7	32.5	23.8	24.2	33.0	
4-6 días / semana	33.3	28.2	28.0	31.8	20.6	34.1	30.3	25.8	
A diario	29.0	23.4	30.4	23.5	28.6	23.0	36.4	24.7	
χ^2 Curso = 6.9				GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 17.6			
<i>d</i> Somers = -.03				n.s.	<i>d</i> Somers = .04				
					p< .05				
					n.s.				

El consumo de queso es estable en los chicos de los cuatro niveles académicos estudiados. El porcentaje de chicos que casi nunca consume queso oscila entre el 15.4% y el 20%, siendo este porcentaje mayor para los chicos de 2° FP-I. Un porcentaje alto de chicos, entre el 28% y el 33.3%, lo consume entre 4 y 6 días a la semana, siendo el porcentaje más alto para los chicos de 11 años. Ligeramente inferior es el porcentaje de chicos que consumen queso a diario, entre el 23.4% y el 30.4%, dándose el porcentaje más alto entre los chicos de 15 años que estudian 2° BUP/4° ESO (Gráfico 23).

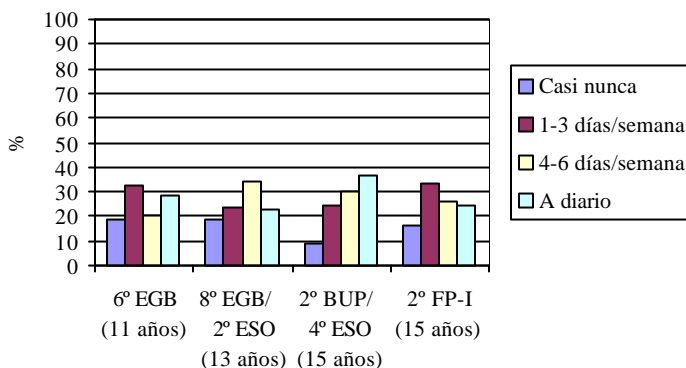
GRÁFICO 23. Frecuencia de consumo de **queso**. CHICOS



Entre las chicas, el consumo de queso es también bastante estable. Del 9.1% al 19% de las chicas de estas edades casi nunca consumen queso, siendo las chicas de 13 años las que presentan el porcentaje más alto. Del 23.8% al 33% de las chicas lo consumen de 1 a 3 días a la semana, del 20.6% al 34.1% lo consumen de 4 a 6 días a la semana y del 23% al 36.4% lo consumen a diario. Cabe destacar que el porcentaje más alto de chicas que

consumen queso a diario se da entre las chicas de 15 años que estudian 2º BUP/4º ESO. (Gráfico 24).

GRÁFICO 24. Frecuencia de consumo de **queso**. CHICAS



e) Frecuencia de consumo de yogur

La *d* de Somers muestra una relación negativa y significativa entre la frecuencia de consumo de yogur y el curso en el caso de los chicos; indicando, por tanto, que a medida que avanza el curso o la edad disminuye el consumo de yogur. En el caso de las chicas, el valor de la *d* de Somers refleja que no existe una relación significativa entre estas variables (Tabla 13).

TABLA 13. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **yogur**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Casi nunca	17.5	27.2	25.6	25.0	21.7	31.8	26.7	30.5
1-3 días / semana	24.8	26.4	33.6	35.7	39.5	34.1	30.5	37.9
4-6 días / semana	27.7	27.2	22.4	23.8	14.7	17.8	19.8	15.8
A diario	29.9	19.2	18.4	15.5	24.0	16.3	22.9	15.8
	χ^2 Curso = 14.2		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 8.9		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = -.12			p<.01	<i>d</i> Somers = -.04			n.s.

El Gráfico 25 refleja que el consumo de yogur entre los chicos de 11 a 15 años es bastante estable; no obstante, se observa que a medida que aumenta la edad aumenta el porcentaje de chicos que lo consumen de 1 a 3 días a la semana (del 24.8% de los chicos de 11 años al 35.7% de los chicos de 15 años que cursan 2º FP-I) y disminuye el porcentaje de los que lo consumen a diario (del 29.9% de los chicos de 11 años al 15.5% de los chicos de 15 años que cursan 2º FP-I).

La frecuencia de consumo de yogur entre las chicas refleja cierta estabilidad a través de la edad. Los mayores porcentajes corresponden a las chicas que lo consumen de 1 a 3 días a la semana. Del 21.7% al 31.8% de las chicas no lo consumen casi nunca, dándose el mayor porcentaje entre las chicas de 13 años. Entre el 30.5% y el 39.5% lo consumen de 1 a 3 días a la semana, siendo las chicas de 11 años las que en mayor medida lo consumen con esta frecuencia. El consumo a diario de este alimento se da entre el 15.8% y el 24% de las chicas de estas edades, dándose el mayor porcentaje entre las chicas de 11 años (Gráfico 26).

GRÁFICO 25. Frecuencia de consumo de **yogur**. CHICOS

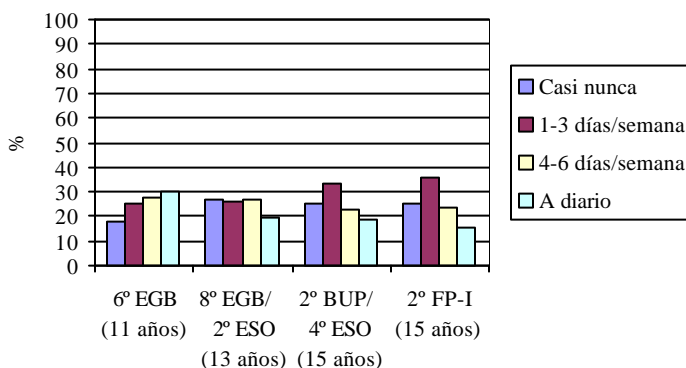
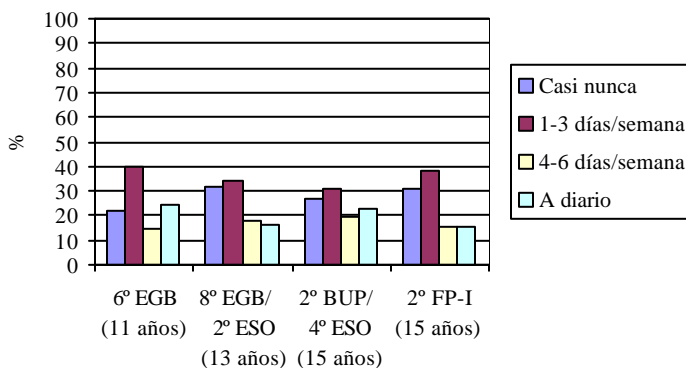


GRÁFICO 26. Frecuencia de consumo de **yogur**. CHICAS



f) Frecuencia de consumo de pescado

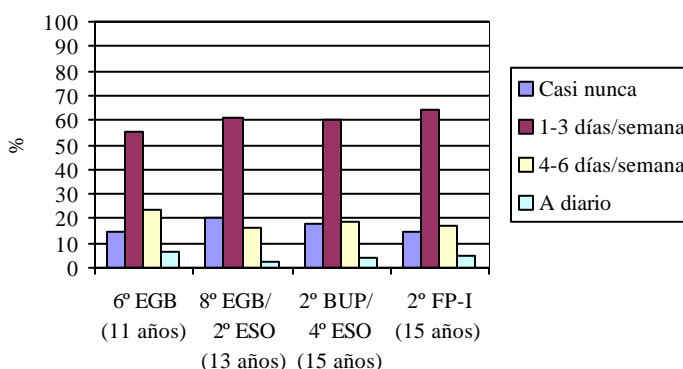
Los resultados de la *d* de Somers reflejan que no existe una dependencia entre el curso estudiado o la edad y la frecuencia de consumo de pescado entre los chicos y chicas de los cursos y edades estudiados (Tabla 14).

TABLA 14. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **pescado**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Casi nunca	14.6	20.2	17.6	14.5	21.7	18.9	11.4	17.5
1-3 días / semana	55.5	61.3	60.0	63.9	45.7	55.9	58.3	60.8
4-6 días / semana	23.4	16.1	18.4	16.9	24.8	22.0	25.8	13.4
A diario	6.6	2.4	4.0	4.8	7.8	3.1	4.5	8.2
	χ^2 Curso = 6.9		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 15.5		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = -.04			n.s.	<i>d</i> Somers = -.00			n.s.

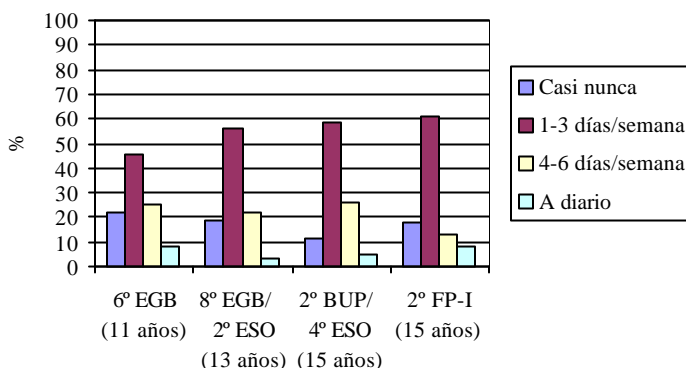
La frecuencia de consumo de pescado en los chicos sigue un patrón similar a través de los distintos cursos y edades. Los porcentajes más altos de estos chicos (entre el 55.5% y el 63.9%) corresponden a los que consumen este alimento de 1 a 3 días a la semana. Los menores porcentajes se dan entre los que consumen pescado a diario (entre el 2.4% y el 6.6%) (Gráfico 27).

GRÁFICO 27. Frecuencia de consumo de **pescado**. CHICOS



En el Gráfico 28 se observa que también son mayoría las chicas que comen pescado con una frecuencia de 1 a 3 días a la semana (entre el 45.7% y el 60.8%) y una escasa minoría las que lo comen a diario (entre el 3.1% y el 8.2%).

GRÁFICO 28. Frecuencia de consumo de **pescado**. CHICAS



g) *Frecuencia de consumo de pan integral*

La *d* de Somers señala que, en los chicos, la relación que se establece entre la frecuencia de consumo de pan integral y el curso es negativa y significativa, indicando que conforme aumenta la edad disminuye la frecuencia de consumo de pan integral. Sin embargo, en las chicas el valor obtenido para este estadístico refleja que entre estas dos variables no se establece una relación significativa (Tabla 15).

TABLA 15. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **pan integral**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Casi nunca	65.2	75.4	74.6	86.9	57.8	72.9	68.7	71.1
1-3 días / semana	11.1	11.5	15.9	4.8	14.1	6.2	12.2	8.2
4-6 días / semana	8.9	3.3	6.3	3.6	8.6	3.9	9.2	2.1
A diario	14.8	9.8	3.2	4.8	19.5	17.1	9.9	18.6
	χ^2 Curso = 25.3		GL = 9	p< .01	χ^2 Curso = 18.6		GL = 9	p< .05
	<i>d</i> Somers = -.11			p<.001	<i>d</i> Somers = -.06			n.s.

El Gráfico 29 representa el patrón de la frecuencia de consumo de este alimento entre los chicos de las edades estudiadas. En él se observa que el porcentaje de chicos que no consume casi nunca pan integral aumenta del 65.2% entre los jóvenes de 11 años a 86.9% entre los jóvenes de 15 años que cursan 2º FP-I. Por otro lado, conforme aumenta la edad disminuye el porcentaje de chicos que toman a diario pan integral. Así, mientras que a los 11 años el 14.8% de los chicos consume pan integral a diario, a los 15 años tan sólo el 3.2% de los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y el 4.8% de los de 2º FP-I consumen este alimento a diario.

La frecuencia de consumo de pan integral en las chicas de 11 a 15 años aparece reflejada en el Gráfico 30. En él se observa que el porcentaje de las chicas que casi nunca lo

consumen oscila entre el 57.8% y el 72.9%, dándose el porcentaje más alto entre las estudiantes de 8° EGB/2° ESO. El consumo a diario se da entre el 9.9% y el 19.5% de las chicas de estas edades, correspondiendo el porcentaje más alto a las alumnas de 6° EGB.

GRÁFICO 29. Frecuencia de consumo de **pan integral**, CHICOS

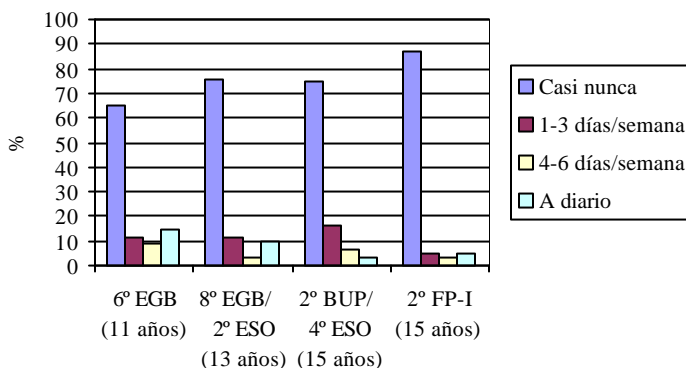
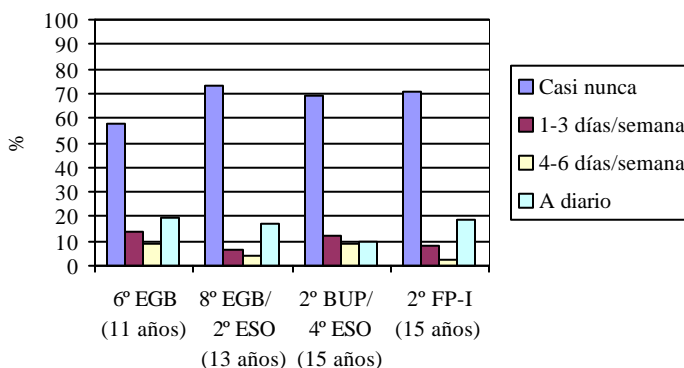


GRÁFICO 30. Frecuencia de consumo de **pan integral**, CHICAS



h) Frecuencia de consumo de bolsas de papas

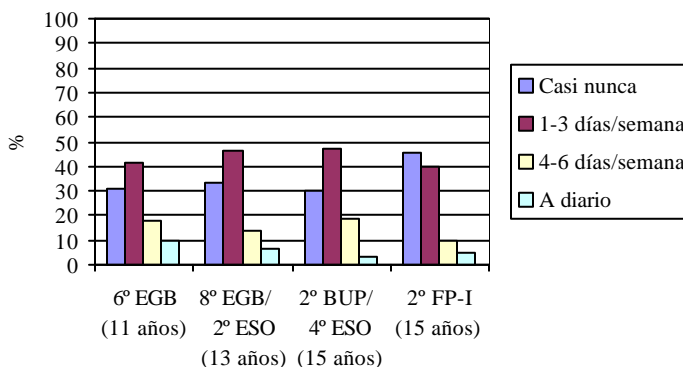
Los valores de la *d* de Somers indican que, entre la frecuencia de consumo de papas y el curso estudiado se establece una relación significativa para los chicos pero no para las chicas. Para los chicos esta relación significativa es de signo negativo, indicando por tanto que conforme avanza el curso estudiado disminuye la frecuencia de consumo de este producto (Tabla 16).

TABLA 16. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **bolsas de papas**

	CHICOS				CHICAS			
	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Casi nunca	31.1	33.6	30.3	45.9	39.5	44.5	46.2	35.1
1-3 días / semana	41.5	46.4	47.5	40.0	44.2	43.0	42.4	47.4
4-6 días / semana	17.8	13.6	18.9	9.4	11.6	7.0	6.1	11.3
A diario	9.6	6.4	3.3	4.7	4.7	5.5	5.3	6.2
	χ^2 Curso = 13.5		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 6.1		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = -.09			p<.05	<i>d</i> Somers = .01			n.s.

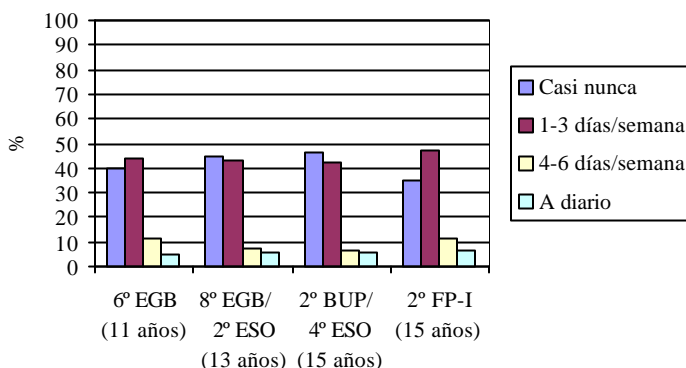
En el Gráfico 31 se observa que los mayores porcentajes de chicos pertenecen a aquellos que consumen bolsas de papas con una frecuencia de 1 a 3 días a la semana. Estos porcentajes oscilan entre el 40% y el 47.5%, siendo los jóvenes de 15 años que cursan 2° BUP/4° ESO los que en mayor medida las consumen con esta frecuencia. También se observa que los chicos más jóvenes consumen bolsas de papas con una frecuencia diaria en mayor medida que los chicos más mayores. Así, el porcentaje de chicos que las toma a diario es del 9.6% a los 11 años, del 6.4% a los 13 años y del 3.3% y 4.7% a los 15 años, para los estudiantes de 2° BUP/4° ESO y 2° FP-I, respectivamente.

GRÁFICO 31. Frecuencia de consumo de **bolsas de papas**. CHICOS



La frecuencia de consumo de bolsas de papas entre las chicas sigue una tónica muy regular a través de los distintos cursos y edades estudiadas. Los mayores porcentajes son para las chicas que consumen bolsas de papas casi nunca o de 1 a 3 días a la semana, porcentajes que oscilan alrededor del 40% en ambos casos. Únicamente una minoría las consume con una frecuencia de 4 a 6 días a la semana (entre el 6.1% y el 11.6%) o a diario (entre el 4.7% y el 6.2%) (Gráfico 32).

GRÁFICO 32. Frecuencia de consumo de **bolsas de papas**. CHICAS



i) Frecuencia de consumo de frutos secos

Los resultados de la *d* de Somers indican que no existe dependencia entre la frecuencia de consumo de frutos secos y la edad o el curso estudiado, ni entre los chicos ni entre las chicas (Tabla 17).

TABLA 17. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **frutos secos**

	CHICOS				CHICAS				
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años	
Casi nunca	32.8	30.1	26.4	30.1	46.9	42.5	50.0	40.6	
1-3 días / semana	43.8	47.2	49.6	50.6	36.2	47.2	38.5	45.8	
4-6 días / semana	16.1	15.4	18.2	13.3	13.1	7.1	7.7	9.4	
A diario	7.3	7.3	5.8	6.0	3.8	3.1	3.8	4.2	
	χ^2 Curso = 2.7			GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 7.2		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = .01			n.s.	<i>d</i> Somers = .00		n.s.	n.s.	

El Gráfico 33 refleja que la tónica de la frecuencia de consumo de frutos secos es muy regular entre los chicos de 11 a 15 años. Los mayores porcentajes (entre el 43.8% y el 50.6%) corresponden a los chicos que los consumen de 1 a 3 días a la semana. Porcentajes cercanos al 30% no los consumen casi nunca y una minoría inferior al 10% los toma a diario.

El consumo de estos alimentos también es bastante estable entre las chicas de las edades estudiadas. Entre el 40.6% y el 50% no los consumen casi nunca, entre el 36.2% y el 47.2% los consumen de 1 a 3 días a la semana. Porcentajes inferiores al 5% (entre el 3.1% y el 4.2%) los toman a diario (Gráfico 34).

GRÁFICO 33. Frecuencia de consumo de **frutos secos**. CHICOS

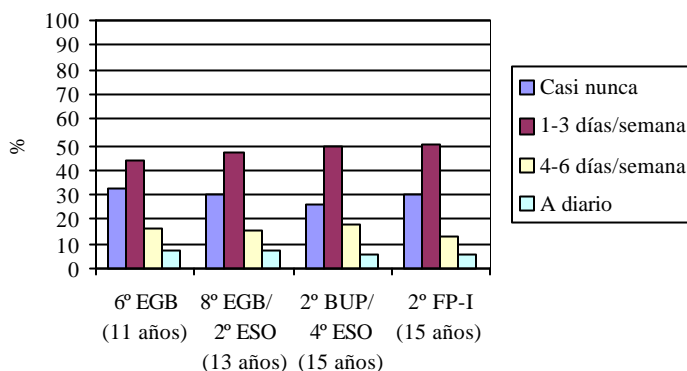
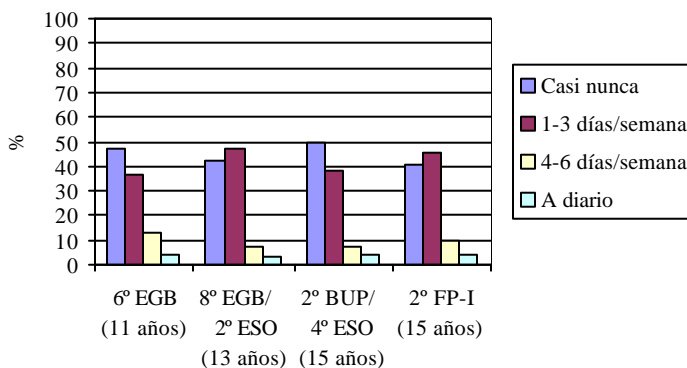


GRÁFICO 34. Frecuencia de consumo de **frutos secos**. CHICAS



j) Frecuencia de consumo de patatas fritas

Valores de la *d* de Somers cercanos a cero, tanto en los chicos como en las chicas, señalan que entre la frecuencia de consumo de patatas fritas y el curso no existe una relación significativa (Tabla 18).

En el Gráfico 35 se refleja la regularidad en el patrón de la frecuencia de consumo de patatas fritas a través de los distintos cursos y edades estudiados. Cerca del 50% de los chicos (entre el 44.5% y el 52.9%) toman patatas fritas de 1 a 3 días a la semana, y alrededor del 10% (entre el 8.1% y el 13.9%) las toman a diario.

En el caso de las chicas ocurre prácticamente lo mismo. El patrón de la frecuencia de consumo es bastante estable entre los distintos grupos de edades estudiados. La mayoría

de las chicas (del 46.4% al 52.7%) comen patatas fritas con una frecuencia de 1 a 3 días a la semana; mientras que una minoría (del 3.1% al 9.3%) las come a diario (Gráfico 36).

TABLA 18. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **patatas fritas**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Casi nunca	18.2	17.7	15.3	11.8	27.6	23.3	26.7	21.6
1-3 días / semana	44.5	49.2	51.6	52.9	48.0	52.7	50.4	46.4
4-6 días / semana	23.4	24.2	25.0	23.5	17.3	20.9	18.3	22.7
A diario	13.9	8.9	8.1	11.8	7.1	3.1	4.6	9.3
	χ^2 Curso = 5.3		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 7.0		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = .01			n.s.	<i>d</i> Somers = .04			n.s.

GRÁFICO 35. Frecuencia de consumo de **patatas fritas**. CHICOS

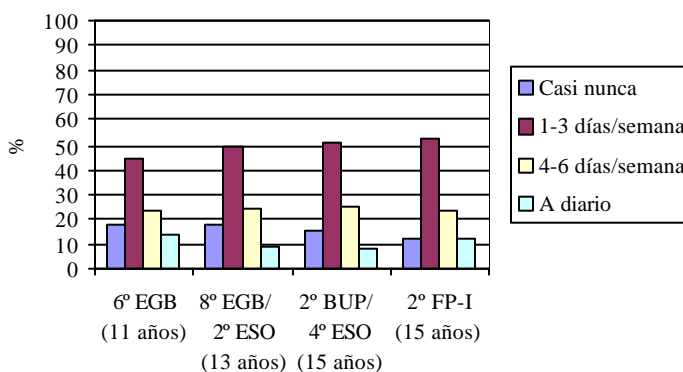
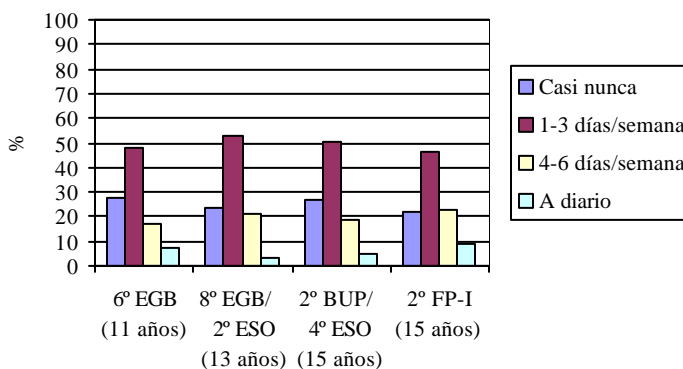


GRÁFICO 36. Frecuencia de consumo de **patatas fritas**. CHICAS



k) Frecuencia de consumo de dulces y golosinas

La *d* de Somers indica que la frecuencia de consumo de dulces y golosinas no depende del curso estudiado, ni en los chicos ni en las chicas (Tabla 19).

En los chicos, la frecuencia de consumo de dulces y golosinas permanece estable a través de la edad. La mayor parte (entre el 40.5% y el 56%) los consumen de 1 a 3 días a la semana, dándose el porcentaje más alto en los chicos de 15 años que cursan 2º BUP/4º ESO y el porcentaje más bajo entre los chicos de 15 años que cursan 2º FP-I. Un porcentaje minoritario, que oscila entre el 6.4% y el 15%, es el de los chicos que consumen dulces y golosinas a diario, siendo los chicos más jóvenes los que en mayor medida comen dulces y golosinas a diario (Gráfico 37).

El patrón que sigue la frecuencia de consumo de dulces y golosinas en las chicas permanece bastante estable a lo largo del periodo evolutivo que tiene lugar entre los 11 y los 15 años. Un porcentaje cercano al 40% los toma de 1 a 3 días a la semana, mientras que porcentajes similares, cercanos al 20%, los toman casi nunca o nunca, de 4 a 6 días a la semana y a diario (Gráfico 38).

TABLA 19. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **dulces y golosinas**

	CHICOS				CHICAS				
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años	
Casi nunca	23.3	20.5	20.0	25.0	21.8	19.5	23.8	14.9	
1-3 días / semana	41.4	49.2	56.0	10.5	41.1	43.0	36.2	39.4	
4-6 días / semana	20.3	15.6	17.6	22.6	17.7	21.9	23.8	21.3	
A diario	15.0	14.8	6.4	11.9	19.4	15.6	16.2	24.5	
χ^2 Curso = 11.3				GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 7.1		GL = 9	n.s.
<i>d</i> Somers = -.03				n.s.	<i>d</i> Somers = .05		n.s.	n.s.	

GRÁFICO 37. Frecuencia de consumo de **dulces y golosinas**. CHICOS

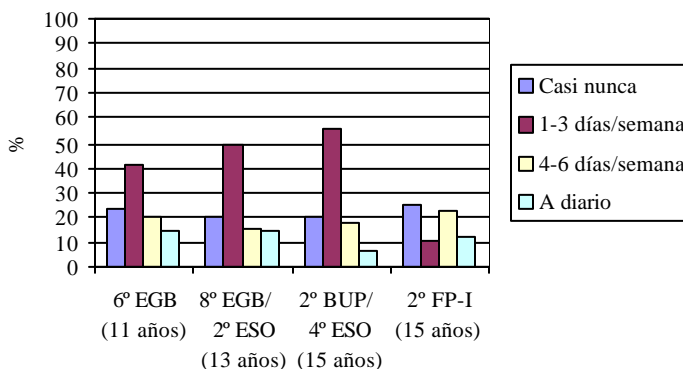
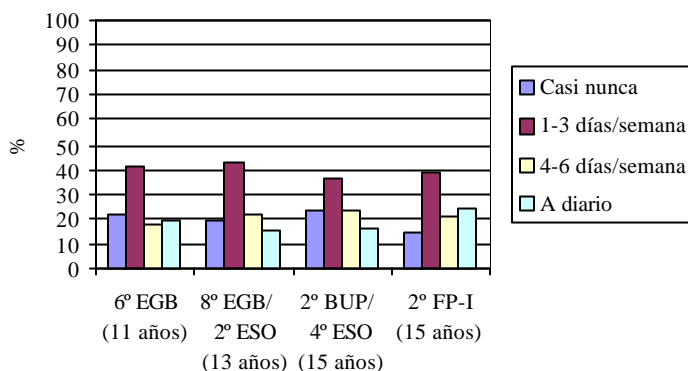


GRÁFICO 38. Frecuencia de consumo de dulces y golosinas. CHICAS



1) Frecuencia de consumo de colas y bebidas con gas

La *d* de Somers indica que entre la frecuencia de consumo de colas y bebidas con gas y el curso estudiado existe una relación positiva y significativa para los chicos pero no para las chicas (Tabla 20).

TABLA 20. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **colas o bebidas con gas**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB 11 años	8º EGB/ 2º ESO 13 años	2º BUP/ 4º ESO 15 años	2º FP-I 15 años	6º EGB 11 años	8º EGB/ 2º ESO 13 años	2º BUP/ 4º ESO 15 años	2º FP-I 15 años
Casi nunca	20.4	20.2	13.5	13.5	29.4	29.8	33.1	26.3
1-3 días / semana	49.6	51.6	53.2	44.6	50.8	47.3	47.7	43.2
4-6 días / semana	18.2	15.3	22.2	21.7	15.9	14.5	14.6	13.7
A diario	11.7	12.9	11.1	20.5	4.0	8.4	4.6	16.8
	χ^2 Curso = 9.8		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 15.6		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = .08			p < .05	<i>d</i> Somers = .04			n.s.

En el Gráfico 39 se observa que la frecuencia de consumo de colas o bebidas con gas aparece estable a medida que avanza el curso estudiado o la edad. La frecuencia de consumo de estas bebidas para la mayoría de los chicos (entre el 44.6% y el 53.2%) es de 1 a 3 días a la semana. Estas bebidas son tomadas a diario por porcentajes que oscilan entre el 11.1% y el 20.5%, perteneciendo el mayor porcentaje a los chicos de 15 años que cursan 2º FP-I.

La frecuencia de consumo de colas y bebidas con gas entre las chicas, es similar para las distintas edades y cursos estudiados. La mayoría de las chicas, entre el 40% y el 50% aproximadamente, consume estas bebidas de 1 a 3 días a la semana. También un alto porcentaje, cercano al 30%, no las consume casi nunca. Únicamente entre el 4% y el 16.8%

las toman a diario, siendo las chicas de 15 años que cursan 2º FP-I las que en mayor medida lo hacen (Gráfico 40).

GRÁFICO 39. Frecuencia de consumo de **colas o bebidas con gas**. CHICOS

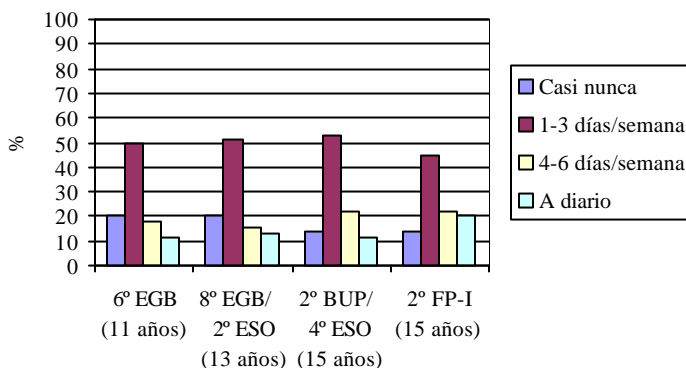
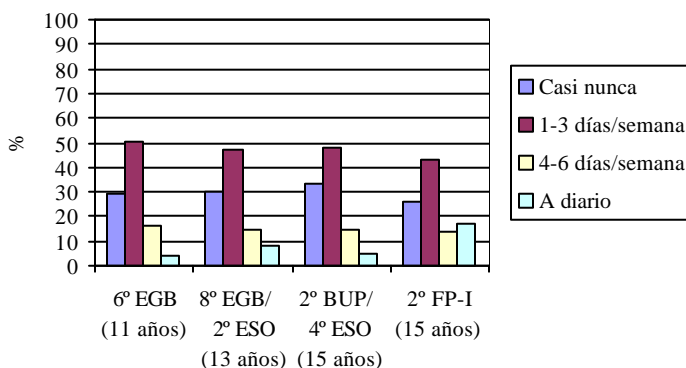


GRÁFICO 40. Frecuencia de consumo de **colas o bebidas con gas**. CHICAS



m) Frecuencia de consumo de hamburguesas y salchichas

Valores de la *d* de Somers muy cercanos a cero indican que la relación entre la frecuencia de consumo de hamburguesas o salchichas y el curso no es significativa para ninguno de los dos géneros (Tabla 21).

En el Gráfico 41 se observa que el patrón de la frecuencia de consumo de hamburguesas o salchichas permanece estable en los chicos de los distintos grupos de edad estudiados. Más de la mitad de los chicos de estas edades consume estos alimentos de 1 a 3 días a la semana. Únicamente un porcentaje inferior al 5% los consume a diario.

La mayoría de las chicas también consume hamburguesas y salchichas de 1 a 3 días a la semana y, un mínimo porcentaje, que oscila entre el 1.5% y el 7.3%, las toma a diario (Gráfico 42).

TABLA 21. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **hamburguesas o salchichas**

	CHICOS				CHICAS			
	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Casi nunca	24.8	26.4	29.0	27.1	34.4	24.6	41.2	24.0
1-3 días / semana	56.2	52.8	54.8	56.5	46.4	63.1	48.1	53.1
4-6 días / semana	16.1	17.6	12.1	12.9	15.2	10.8	9.2	15.6
A diario	2.9	3.2	4.0	3.5	4.0	1.5	1.5	7.3
	χ^2 Curso = 2.5		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 22.3		GL = 9	p < .01
	<i>d</i> Somers = -.03			n.s.	<i>d</i> Somers = .02			n.s.

GRÁFICO 41. Frecuencia de consumo de **hamburguesas o salchichas**. CHICOS

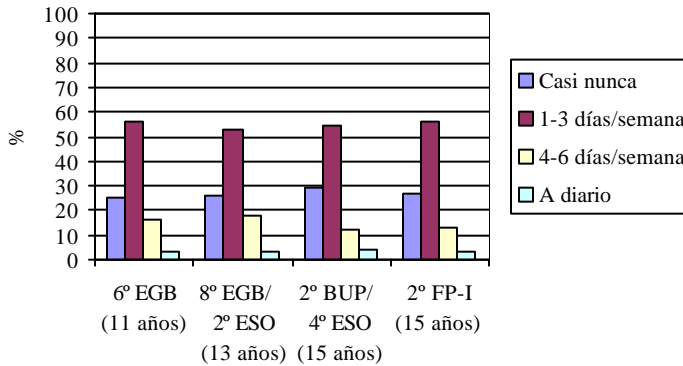
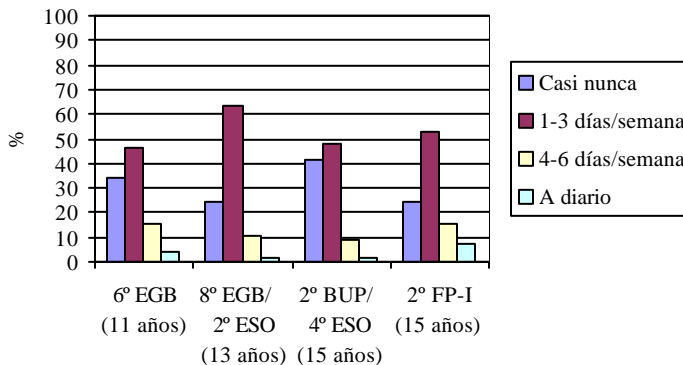


GRÁFICO 42. Frecuencia de consumo de **hamburguesas o salchichas**. CHICAS



1.1.5. Actividad física y deporte

a) Frecuencia de práctica de actividad física

La *d* de Somers, con valores de -0.27 y -0.18 para chicos y chicas, respectivamente, indica que, entre la frecuencia de práctica de actividad física y el curso estudiado o la edad se da una relación negativa y significativa, significando por tanto que, a medida que aumenta la edad o avanza el curso estudiado los jóvenes de 11 a 15 años realizan actividad física con menos frecuencia (Tabla 22).

TABLA 22. Porcentajes de la **frecuencia de práctica de actividad física**

	CHICOS				CHICAS			
	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca	5.0	7.3	4.8	19.3	7.8	21.4	14.5	20.0
< 1 vez / semana	2.9	12.1	19.0	18.1	7.8	9.9	12.2	12.6
1 vez / semana	14.4	18.5	34.1	18.1	21.9	21.4	19.8	31.6
2-3 veces/ semana	38.8	34.7	31.7	25.3	29.7	27.5	42.7	30.5
4-5 veces/ semana	18.0	12.9	9.5	9.6	18.8	14.5	7.6	5.3
6-7 veces/ semana	20.9	14.5	0.8	9.6	14.1	5.3	3.1	0.0
	χ^2 Curso = 78.1		GL = 15	$p < .001$	χ^2 Curso = 53.0		GL = 15	$p < .001$
	d Somers = -0.27			$p < .001$	d Somers = -0.18			$p < .001$

En los chicos, las frecuencias de práctica de actividad física no superiores a 1 vez por semana (“nunca”, “menos de 1 vez por semana” y “1 vez por semana”) aumentan conforme aumenta la edad, mientras que las frecuencias superiores disminuyen con la edad. Así, los chicos de 15 años que cursan 2° FP-I son los que en mayor medida no hacen nunca actividad física (19.3%). Los alumnos de 15 años que cursan 2° BUP/4° ESO son los que más realizan actividad física menos de 1 vez a la semana (19%) y una vez por semana (34.1%). Los alumnos de 11 años son los que más realizan actividad física con frecuencias de 2 a 3 veces por semana (38.8%), de 4 a 5 veces por semana (18%) y de 6 a 7 veces por semana (20.9%) (Gráfico 43).

El porcentaje de chicas que nunca practica actividad física a los 11 años es del 7.8%. Este porcentaje aumenta al 21.4% a los 13 años y desciende ligeramente a los 15 años, siendo el 14.5% de las estudiantes de 2° BUP/4° ESO y el 20% de las de 2° FP-I las que nunca practican actividad física. El porcentaje de chicas que practican actividad física menos de 1 vez a la semana aumenta del 7.8% a los 11 años al 12.2% y 12.6% entre las jóvenes de 15 años que cursan 2° BUP/4° ESO y 2° FP-I, respectivamente. Alrededor del 20% de las chicas de 11 años, de las de 13 años y de las de 15 años que cursan 2° BUP/4° ESO practican actividad física 1 vez por semana. Este porcentaje es bastante superior entre las chicas de 15 años que estudian 2° FP-I, superando el 30%. La mayoría de las chicas de estas edades, entre el 27.5% y el 42.7%, practica actividad física de 2 a 3 veces por semana, siendo las chicas más mayores las que presentan los porcentajes más altos (el 30.5% de las chicas de 15 años que estudian 2° FP-I y el 42.7% de las de 15 años que estudian 2° BUP/4°

ESO). El porcentaje de las chicas que practican actividad física con una frecuencia de 4 a 5 veces por semana y de 6 a 7 veces por semana disminuye conforme aumenta la edad. Así, el porcentaje de las que practican de 4 a 5 veces a la semana desciende del 18.8% a los 11 años al 5.3% a los 15 años cuando las chicas cursan 2° FP-I. Y el porcentaje de las alumnas que practican de 6 a 7 veces a la semana desciende del 5.3% a los 11 años al 0% de las chicas de 15 años que cursan 2° FP-I (Gráfico 44).

b) Intensidad de la práctica de actividad física

GRÁFICO 43. Frecuencia de práctica de actividad física. CHICOS

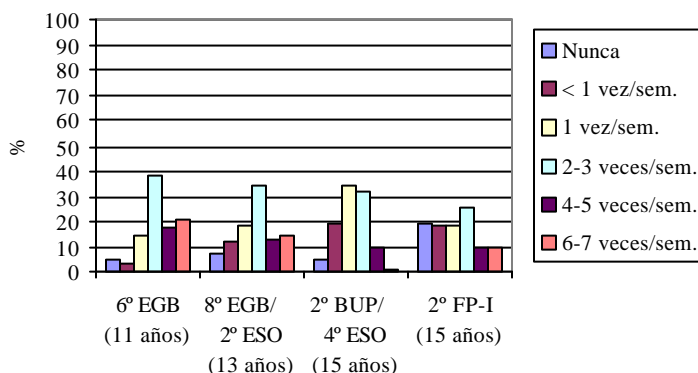
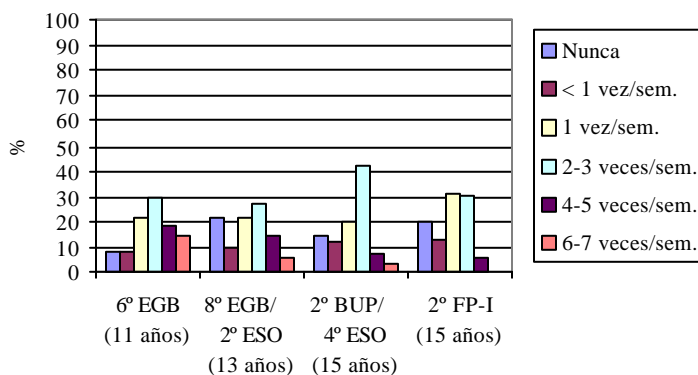


GRÁFICO 44. Frecuencia de práctica de actividad física. CHICAS



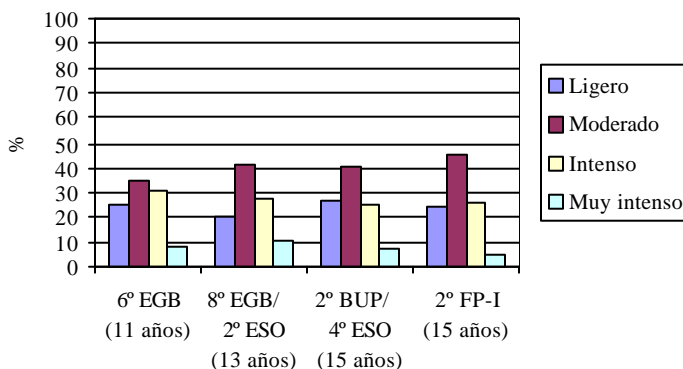
La intensidad de la práctica de actividad física es independiente del curso estudiado o de la edad para los chicos y chicas de 11 a 15 años, según muestran los valores de la *d* de Somers (Tabla 23).

TABLA 23. Porcentajes de la **intensidad de la práctica de actividad física**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Ligero	25.6	20.2	26.7	24.2	33.9	22.3	24.3	26.0
Moderado	35.3	41.2	40.8	45.5	41.7	53.4	47.7	57.5
Intenso	30.8	27.7	25.0	25.8	19.1	20.4	23.4	15.1
Muy intenso	8.3	10.9	7.5	4.5	5.2	3.9	4.5	1.4
	χ^2 Curso = 5.6		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 9.3		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = -.04			n.s.	<i>d</i> Somers = .01			n.s.

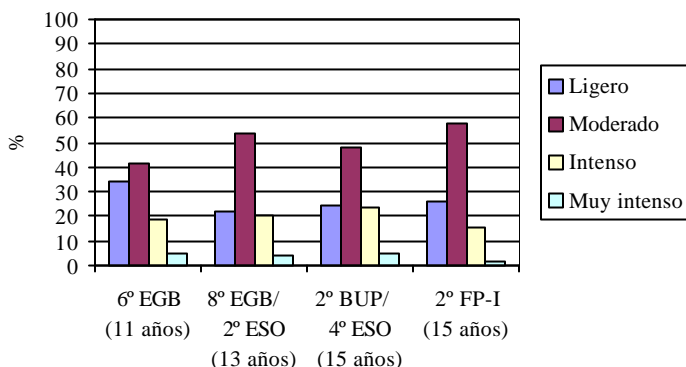
La intensidad de la práctica de actividad física no varía con el curso en los chicos de estas edades. Entre el 20.2% y el 26.7% de los chicos practica actividad física con una intensidad ligera, entre el 35.3% y el 45.5% lo hace con una intensidad moderada, entre el 25% y el 30.8% practica actividad física intensamente y entre el 4.5% y el 10.9% lo hace muy intensamente (Gráfico 45).

GRÁFICO 45. **Intensidad de práctica de actividad física. CHICOS**



En el Gráfico 46 se observa que la intensidad con la que las chicas practican actividad física ofrece un patrón muy estable a través de la edad o el curso estudiado. Entre el 22.3% y el 33.9% practica actividad física ligeramente, del 41.7% al 57.5% lo hace de forma moderada, del 15.1% al 23.4% practica actividad física intensamente y del 1.4% al 5.2% lo hace muy intensamente.

GRÁFICO 46. Intensidad de práctica de actividad física. CHICAS



c) Duración de la práctica de actividad física

Los resultados de la *d* de Somers nos muestran que la relación entre la duración de la práctica de actividad y el curso estudiado o la edad no es significativa ni para los chicos ni para las chicas (Tabla 24).

TABLA 24. Porcentajes de la **duración de la práctica de actividad física**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Menos de 5 minutos	3.0	3.4	0.0	1.5	1.7	1.0	3.6	4.1
5-15 minutos	4.5	2.5	13.4	6.0	9.6	13.6	3.6	8.2
15-25 minutos	15.0	8.4	7.6	16.4	19.1	11.7	18.2	24.7
25-35 minutos	15.0	25.2	14.3	16.4	20.9	20.4	13.6	9.6
35-45 minutos	21.8	13.4	18.5	13.4	18.3	23.3	18.2	16.4
Más de 45 minutos	40.6	47.1	46.2	46.3	30.4	30.1	42.7	37.0
	χ^2 Curso = 31.1		GL = 15	p < .01	χ^2 Curso = 22.5		GL = 15	n.s.
	<i>d</i> Somers = .02			n.s.	<i>d</i> Somers = .05			n.s.

En el Gráfico 47 se puede observar cómo la mayoría de los chicos, entre el 40.6% y el 47.1%, le dedican más de 45 minutos a la práctica de actividades físicas, dándose el porcentaje más alto entre los chicos de 13 años. Entre el 13.4% y el 21.8% de los chicos que practican actividad física le dedican entre 25 y 35 minutos.

En el Gráfico 48 se puede observar que, entre el 30.1% y el 42.7% de las chicas de las edades y cursos analizados practican actividad física durante más de 45 minutos, dándose los porcentajes más altos entre las chicas de 15 años. También se observa que el porcentaje de chicas que practica actividad física en sesiones de entre 25 y 35 minutos disminuye ligeramente con la edad. Así, mientras que este porcentaje en las chicas de 11 años es del 20.9%, en las chicas de 15 años que estudian bachillerato es del 13.6% y en las chicas de esta edad que estudian formación profesional es del 9.6%.

GRÁFICO 47. Duración de práctica de actividad física. CHICOS

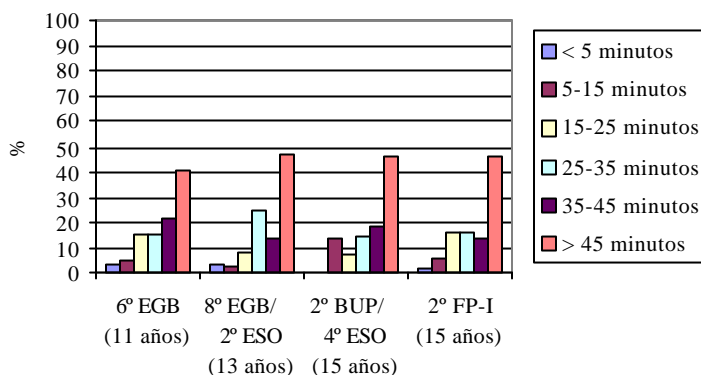
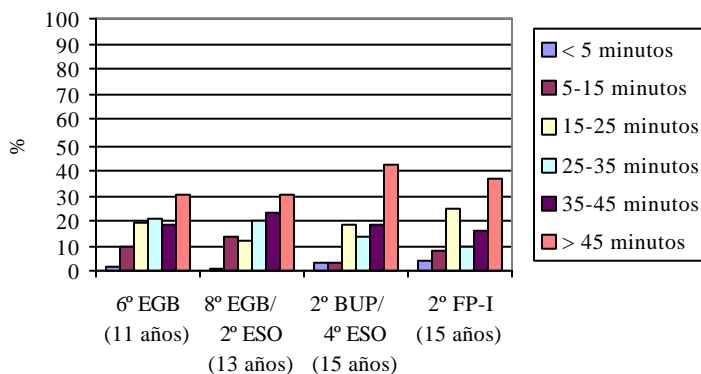


GRÁFICO 48. Duración de práctica de actividad física. CHICAS



d) Frecuencia de práctica de deporte

La *d* de Somers señala que en los chicos no se establece una relación significativa entre la frecuencia de práctica de deporte y el curso. Sin embargo, en las chicas, el valor de este estadístico señala que entre estas dos variables existe una relación negativa y significativa, indicando que conforme aumenta la edad disminuye la frecuencia de práctica de deporte (Tabla 25).

En el Gráfico 49 se observa que entre el 39% y el 51.2% de los chicos practican deporte con una frecuencia de 2 a 3 veces a la semana, dándose el porcentaje más alto entre los chicos de 13 años. Entre el 9.5% y el 24.4% practican deporte de 4 a 5 veces a la semana, dándose el porcentaje más alto entre los chicos de 15 años que cursan bachillerato, y el porcentaje más bajo entre los chicos de esta edad que cursan formación profesional. Los

porcentajes de chicos que practican deporte con una frecuencia de 6 a 7 veces por semana oscilan entre el 4.9% y el 13.7%, siendo el mayor porcentaje el correspondiente a los chicos de 11 años y el menor porcentaje el correspondiente a los chicos de 15 años que cursan 2º BUP/4º ESO (Gráfico 49).

En el Gráfico 50 se puede observar cómo, entre las chicas, aumenta con la edad el porcentaje de las que nunca practican deporte y de las que lo hacen menos de 1 vez a la semana. También, con la edad disminuye el porcentaje de las que practican deporte con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana.

TABLA 25. Porcentajes de la **frecuencia de práctica de deporte**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca	15.8	15.2	13.8	11.9	25.2	40.9	48.5	50.0
< 1 vez / semana	0.7	4.0	6.5	7.1	3.1	5.3	10.0	7.6
1 vez / semana	9.4	7.2	11.4	14.3	11.0	9.8	8.5	15.2
2-3 veces/ semana	45.3	51.2	39.0	45.2	48.8	37.9	23.1	17.4
4-5 veces/ semana	15.1	15.2	24.4	9.5	8.7	5.3	9.2	8.7
6-7 veces/ semana	13.7	7.2	4.9	11.9	3.1	0.8	0.8	1.1
	χ^2 Curso = 26.6		GL = 15	p< .05	χ^2 Curso = 45.4		GL = 15	p<.001
	<i>d</i> Somers = -.04			n.s.	<i>d</i> Somers = -.18			p<.001

GRÁFICO 49. Frecuencia de práctica de deporte. CHICOS

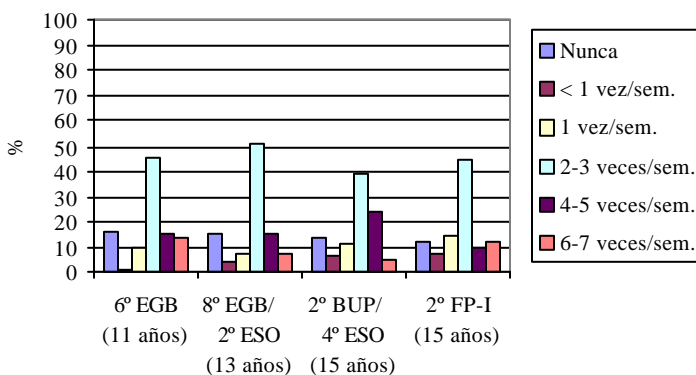
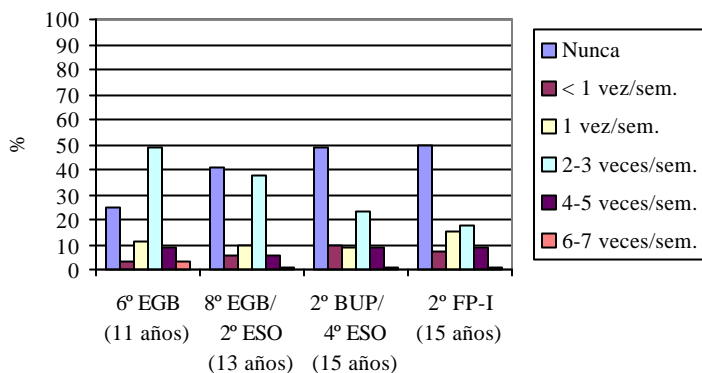


GRÁFICO 50. Frecuencia de práctica de deporte. CHICAS



e) *Intensidad de la práctica de deporte*

La intensidad de la práctica de deporte, según indican los valores de la *d* de Somers, no depende de la edad o curso estudiado (Tabla 26).

TABLA 26. Porcentajes de la intensidad de la práctica de deporte

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Ligero	11.0	6.6	7.5	9.3	21.0	15.4	23.5	27.7
Moderado	29.7	28.3	37.4	34.7	42.0	51.3	38.2	55.3
Intenso	41.5	48.1	42.1	40.0	27.0	26.9	29.4	12.8
Muy intenso	17.8	17.0	13.1	16.0	10.0	6.4	8.8	4.3
	χ^2 Curso = 5.0		GL = 9	n.s.	χ^2 Curso = 10.2		GL = 9	n.s.
	<i>d</i> Somers = -.03			n.s.	<i>d</i> Somers = -.08			n.s.

En el Gráfico 51 se observa cómo la intensidad de la práctica de deporte en las chicas permanece bastante estable a través de los distintos cursos y edades estudiadas. Los mayores porcentajes son para los chicos que practican deporte de forma intensa, porcentajes que oscilan entre el 40% y el 48.1%. En el caso de las chicas, los porcentajes más elevados, entre el 38.2% y el 55.3%, corresponden a las que practican deporte con una intensidad moderada (Gráfico 52).

GRÁFICO 51. Intensidad de práctica de deporte. CHICOS

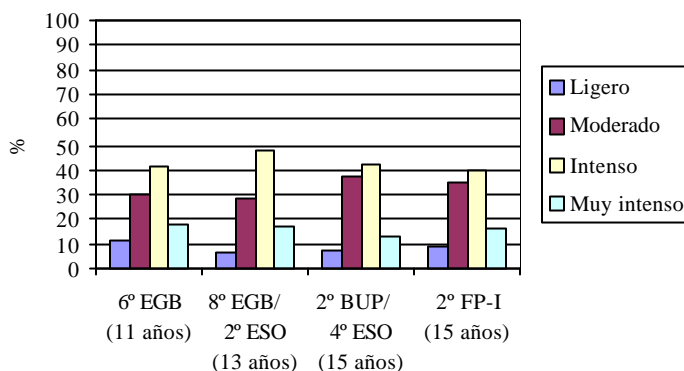
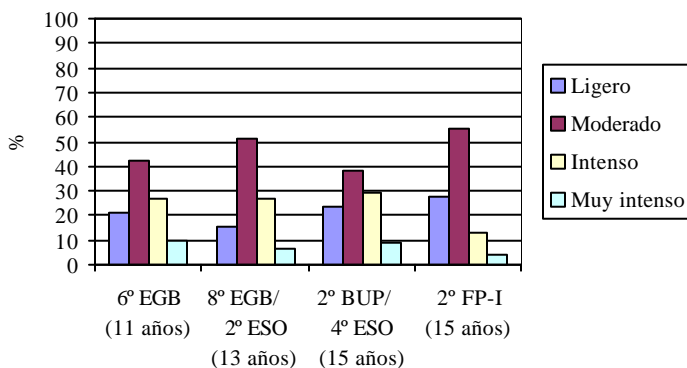


GRÁFICO 52. Intensidad de práctica de deporte. CHICAS



f) Duración de la práctica de deporte

La *d* de Somers señala que, para las chicas se da una relación negativa y significativa entre la duración de la práctica de deporte y el curso, mientras que para los chicos estas dos variables no están relacionadas (Tabla 27).

El Gráfico 53 refleja una cierta estabilidad de la duración de la práctica deportiva a través de la edad para los chicos. La mayoría de los mismos, entre el 74.8% y el 84%, cuando practican deporte lo hacen con una duración superior a los 45 minutos. En las chicas, los porcentajes más altos también corresponden a las que hacen deporte con una duración de más de 45 minutos. Sin embargo, conforme aumenta la edad estos porcentajes disminuyen desde aproximadamente el 70% hasta cerca del 50%. Por el contrario, con la

edad aumenta el porcentaje de chicas que practican deporte entre 35 y 45 minutos, desde el 6.9% a los 11 años al 27.7% a los 15 años (estudiantes de 2º F.P.-I) (Gráfico 54).

TABLA 27. Porcentajes de la **duración de la práctica de deporte**

	CHICOS				CHICAS				
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años	
Menos de 5 minutos	1.7	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	1.5	0.0	
5-15 minutos	0.8	1.9	1.9	1.3	3.0	1.3	4.4	0.0	
15-25 minutos	3.4	0.9	2.8	5.3	5.9	7.7	11.8	10.6	
25-35 minutos	5.1	3.8	7.5	1.3	10.9	9.0	5.9	12.8	
35-45 minutos	11.9	9.4	13.1	14.7	6.9	9.0	17.6	27.7	
Más de 45 minutos	77.1	84.0	74.8	77.3	70.3	73.1	58.8	48.9	
	χ^2 Curso = 14.0			GL = 15	n.s.	χ^2 Curso = 26.1		GL = 15	p < .05
	<i>d</i> Somers = -.01			n.s.	<i>d</i> Somers = -.09			p < .05	

GRÁFICO 53. Duración de práctica de deporte. CHICOS

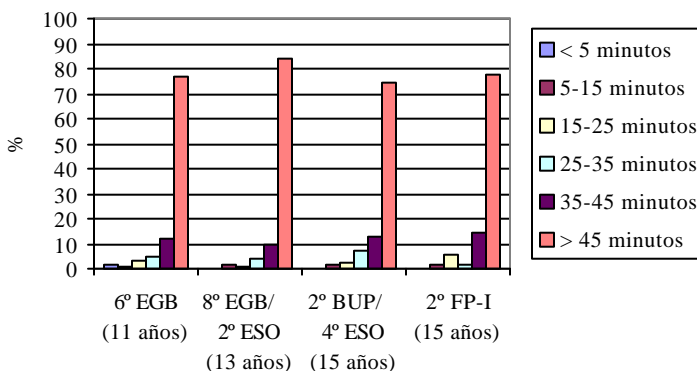
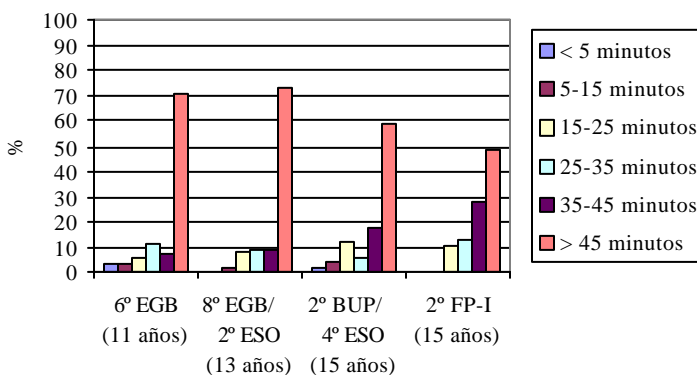


GRÁFICO 54. Duración de práctica de deporte. CHICAS



1.2. ANÁLISIS DIFERENCIAL POR GÉNERO Y CURSO

A la hora de estudiar las diferencias por género y curso en las variables de estilos de vida, estas variables han sido agrupadas en cuatro grupos: 1) consumo de sustancias, que incluye los indicadores de las variables relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, 2) alimentación insana, que recoge el consumo de alimentos que son perjudiciales para la salud (bolsas de papas, frutos secos, patatas fritas, bebidas con gas, dulces y golosinas, hamburguesas y salchichas), 3) alimentación sana, que incluye el consumo de alimentos beneficiosos para la salud (verduras y hortalizas, fruta, queso, zumo natural, pescado, yogur y pan integral) y 4) actividad física y deporte, que abarca las variables relacionadas con la frecuencia, intensidad y duración de la actividad física y del deporte. Esta agrupación responde a las relaciones encontradas en la literatura de estas variables (Aaro *et al.*, 1995; Elliot, 1993), lo que hace recomendable el uso del MANOVA para un estudio conjunto de las diferencias por curso y género.

1.2.1. Diferencias por género y curso en el consumo de sustancias

Los resultados del MANOVA mostraron que el género y la edad, así como la interacción de ambas variables (género-edad), tenían un efecto multivariado significativo sobre el consumo de sustancias. (Tabla 28).

En la Tabla 29 se observa que existe un efecto significativo de la interacción del género y la edad en las variables de consumo de tabaco, número de cigarrillos semanales, experimentación con la *cannabis*, consumo de *cannabis* y frecuencia de embriaguez.

TABLA 28. MANOVA género x curso de las variables de **consumo de sustancias**

Efecto	Wilks	F	GL	P	Phillais	F	p
Género x Curso	.92	3.41	24	< .001	.09	3.38	< .001
Género	.92	10.58	8	< .001	.08	10.58	< .001
Curso	.57	23.38	24	< .001	.44	19.95	< .001

TABLA 29. Efecto de la interacción género x edad en el **consumo de sustancias**

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Frecuencia tabaco	16.00	3	5.33	5.82	.001
Nº cigarrillos/semana	16.24	3	5.41	5.20	.001
Experimentación <i>cannabis</i>	3.03	3	1.01	4.04	.007
Frecuencia <i>cannabis</i>	1.35	3	.45	2.59	.052
Frecuencia cerveza	2.02	3	.67	.92	.431
Frecuencia licores y combinados	3.62	3	1.21	1.59	.191
Frecuencia vino	1.61	3	.54	.99	.398
Frecuencia embriaguez	14.57	3	4.86	5.54	.001

Se observa un aumento con la edad en la frecuencia de consumo de tabaco y en el número de cigarrillos semanales. Además, a los 15 años, los estudiantes de 2º FP-I fuman con mayor frecuencia y en mayor cantidad que los de 2º BUP/4º ESO. Respecto a estas variables, no existen diferencias entre chicos y chicas a los 11 años, sin embargo a los 13 y

a los 15 años son las chicas las que fuman con mayor frecuencia y consumen mayor número de cigarrillos a la semana (Gráficos 55 y 56 y Tabla 30).

TABLA 30. Efecto interacción género x edad en el **consumo de sustancias**

		6º EGB 11 años		8º EGB/ 2º ESO 13 años		2º BUP/ 4º ESO 15 años		2º FP-I 15 años	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Frecuencia tabaco	Chicos	1.03	.21	1.19	.64	1.57	1.07	2.14	1.36
	Chicas	1.02	.26	1.33	.77	2.21	1.37	2.55	1.41
Nº cigarros/semana	Chicos	1.03	.17	1.13	.46	1.55	1.18	2.08	1.48
	Chicas	1.02	.17	1.25	.66	2.12	1.48	2.65	1.65
Experim. <i>cannabis</i>	Chicos	1.01	.08	1.04	.27	1.37	.68	1.63	.85
	Chicas	1.00	.00	1.05	.26	1.42	.71	1.39	.69
Frec. <i>cannabis</i>	Chicos	1.01	.08	1.03	.25	1.16	.50	1.39	.73
	Chicas	1.00	.00	1.02	.19	1.25	.60	1.25	.60
Frec. cerveza	Chicos	1.23	.55	1.35	.63	2.06	1.21	2.25	1.13
	Chicas	1.06	.23	1.29	.66	1.86	1.08	1.85	1.05
Frec. licores	Chicos	1.13	.44	1.32	.59	2.45	1.14	2.40	1.16
	Chicas	1.05	.21	1.45	.82	2.63	1.16	2.59	1.15
Frec. vino	Chicos	1.24	.59	1.33	.63	1.69	.97	1.67	.99
	Chicas	1.06	.23	1.25	.56	1.70	.89	1.59	.88
Frec. embriaguez	Chicos	1.12	.57	1.23	.54	1.82	1.22	2.24	1.40
	Chicas	1.05	.27	1.26	.57	2.34	1.34	2.24	1.21

GRÁFICO 55. Interacción género x edad en la frecuencia de **consumo de tabaco**

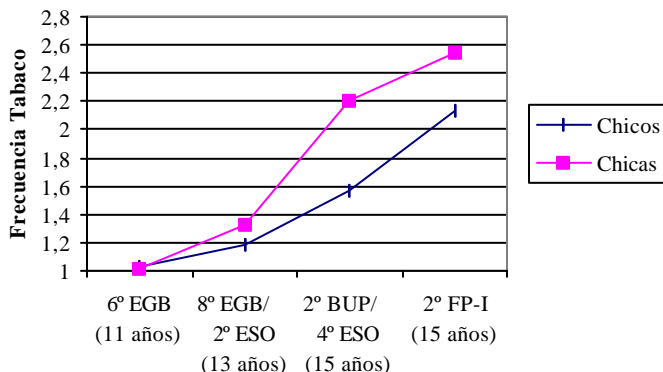
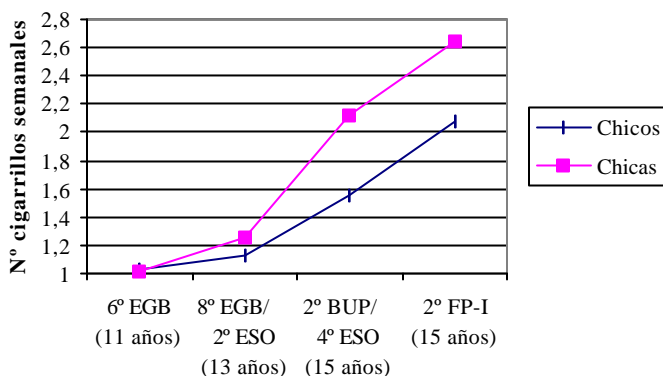


GRÁFICO 56. Interacción género x edad en el n° de cigarrillos semanales



En cuanto a la experimentación con la *cannabis* y su consumo también se observa un aumento con la edad, sobre todo a los 15 años. No existen diferencias entre chicos y chicas a los 11 y 13 años. Sin embargo, a los 15 años, las chicas que cursan 2º BUP/4º ESO han experimentado con la *cannabis* y la consumen en mayor medida que los chicos. A esta misma edad, pero en 2º FP-I, son los chicos los que han probado y consumen *cannabis* en mayor medida. A los 15 años, prácticamente no existen diferencias, respecto a estas variables, entre las chicas que estudian 2º BUP/4º ESO y las que estudian 2º FP-I. Por el contrario, para los chicos sí que se observan marcadas diferencias entre los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y los de 2º FP-I, siendo estos últimos los que la han probado y la consumen en mayor medida (Gráficos 57 y 58 y Tabla 30).

GRÁFICO 57. Interacción género x edad en la experimentación con la *cannabis*

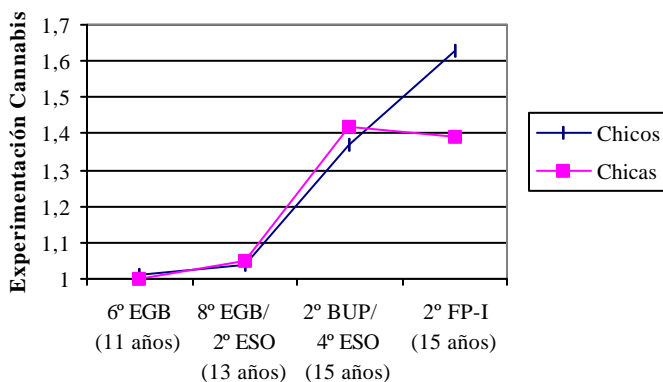
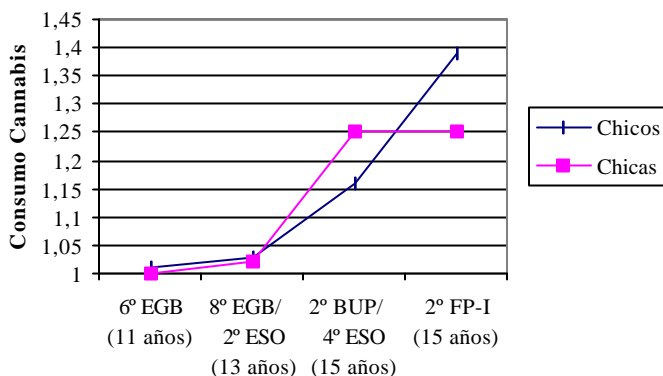
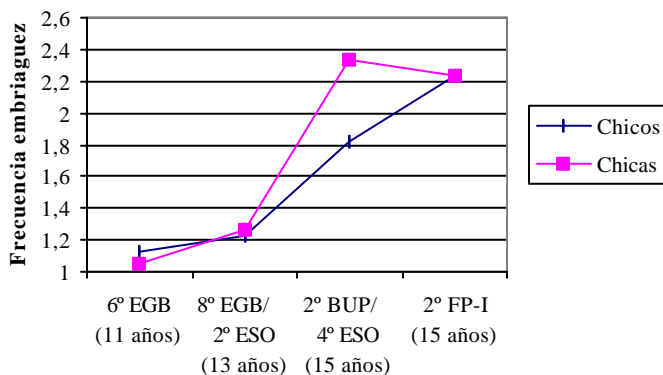


GRÁFICO 58. Interacción género x edad en el **consumo de cannabis**



La frecuencia de embriaguez también aumenta con la edad. Además, a los 11 años los chicos se sitúan ligeramente por encima de las chicas, a los 13 años no existen diferencias y a los 15 años las chicas de 2º BUP/4º ESO se emborrachan con mayor frecuencia que los chicos de este curso; mientras que entre los chicos y chicas de 2º F.P.-I no existen diferencias (Gráfico 59 y Tabla 30).

GRÁFICO 59. Interacción género x edad en la frecuencia de **embriaguez**



Los test univariados mostraron que el efecto del género es significativo en las variables de frecuencia de consumo de cerveza y de frecuencia de consumo de licores y combinados. Los chicos presentan puntuaciones más altas que las chicas en la frecuencia de consumo de cerveza; mientras que las chicas presentan puntuaciones más altas que los chicos en la frecuencia de consumo de licores y combinados (Tabla 31).

Los test univariados mostraron la existencia de diferencias significativas por curso en todas las variables de consumo de sustancias (Tabla 32).

TABLA 31. Efecto univariado del género en el **consumo de sustancias**

	Media Chicos	DT	Media Chicas	DT	F	p
Frecuencia cerveza	1.67	.99	1.49	.89	10.74	.001
Frecuencia licores y combinados	1.76	1.05	1.89	1.14	3.85	.050
Frecuencia vino	1.46	.82	1.39	.73	2.21	.138

TABLA 32. Efecto univariado del curso en el **consumo de sustancias**

	Media 6º EGB	DT	Media 8º EGB/2º ESO	DT	Media 2º BUP/4º ESO	DT	Media 2º FP-I	DT	F	p
	11 años		13 años		15 años		15 años			
Frecuencia cerveza	1.15	.43	1.32	.64	1.96	1.15	2.04	1.10	62.32	.000
Frecuencia licores y combinados	1.09	.35	1.39	.72	2.54	1.15	2.50	1.16	174.68	.000
Frecuencia vino	1.15	.46	1.29	.60	1.69	.93	1.63	.93	30.62	.000

Se realizaron pruebas a posteriori con el estadístico de Student-Newman-Keuls para saber entre qué cursos se daban esas diferencias. Estas pruebas indicaron la existencia de diferencias significativas entre el grupo de 11 años y el resto de los grupos, y también entre el grupo de 13 años y los demás grupos en la frecuencia de consumo de cerveza, de licores y combinados y de vino. En todos los casos, a mayor edad los adolescentes realizan un mayor consumo (Tablas 33 a 35).

TABLA 33. Prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **cerveza** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	140.83	3	46.94	62.76	.000
En el Grupo	712.13	952	.75		
Total	852.96	955			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
1.15	1				
1.32	2	*			
1.96	3	*	*		
2.04	4	*	*	*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 34. Prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **licores y combinados** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	404.97	3	134.99	173.76	.000
En el Grupo	738.83	951	.78		
Total	1143.80	954			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
1.09	1				
1.39	2	*			
2.54	3	*	*		
2.50	4	*	*		

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 35. Prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **vino** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	50.64	3	16.88	30.79	.000
En el Grupo	519.77	948	.55		
Total	570.40	951			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
1.15	1				
1.29	2	*			
1.69	3	*	*		
1.63	4	*	*		

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

1.2.2. Diferencias por género y curso en la alimentación insana

Los resultados del MANOVA mostraron que el efecto multivariado de la interacción género x curso no era significativo, así como tampoco lo era el efecto multivariado del curso. Por lo que concluimos que no aparecen diferencias significativas en las variables de alimentación insana entre los cuatro cursos estudiados. Por el contrario, el efecto multivariado del género fue estadísticamente significativo (Tabla 36).

Los test univariados mostraron que el efecto del género era significativo en las variables de consumo de bebidas con gas, dulces, frutos secos, patatas fritas y bolsas de papas. Los chicos consumen con mayor frecuencia bebidas con gas, frutos secos, patatas fritas y bolsas de papas, mientras que las chicas consumen dulces con mayor frecuencia (Tabla 37).

TABLA 36. MANOVA género x curso de las variables de **alimentación insana**

Efecto	Wilks	F	GL	P	Phillais	F	p
Género x Curso	.98	.94	18	.532	.02	.94	.532
Género	.93	11.25	6	<.001	.07	11.25	<.001
Curso	.97	1.57	18	.058	.03	1.57	.059

TABLA 37. Efecto univariado del género en la **alimentación insana**

	Media Chicos	DT	Media Chicas	DT	F	p
Consumo de bebidas con gas	2.29	.91	2.01	.87	22.72	.000
Consumo de dulces y golosinas	2.21	.92	2.38	1.01	8.74	.003
Consumo de frutos secos	1.99	.85	1.71	.78	22.50	.000
Consumo de patatas fritas	2.29	.86	2.06	.82	12.16	.001
Consumo de bolsas de papas	1.94	.86	1.78	.82	4.39	.036
Consumo de hamburguesas-salchichas	1.95	.74	1.88	.75	.98	.322

1.2.3. Diferencias por género y curso en la alimentación sana

Con respecto a las variables de alimentación sana, el MANOVA realizado indica que existe un efecto multivariado del género y del curso en estas variables (Tabla 38). Los test univariados mostraron diferencias por género en la variable consumo de pan integral, siendo las chicas las que consumen este alimento con mayor frecuencia (Tabla 39).

TABLA 38. MANOVA género x curso de las variables de **alimentación sana**

Efecto	Wilks	F	GL	P	Phillais	F	p
Género x Curso	.98	.77	21	.761	.02	.77	.761
Género	.97	3.32	7	<.01	.03	3.32	<.01
Curso	.94	2.82	21	<.001	.07	2.80	<.001

TABLA 39. Efecto univariado del género en la **alimentación sana**

	Media Chicos	DT	Media Chicas	DT	F	p
Consumo de frutas	3.14	.99	3.12	1.01	.00	.961
Consumo de verduras y hortalizas	2.37	1.01	2.41	1.07	1.06	.303
Consumo de zumo natural	2.34	1.11	2.31	1.10	.12	.728
Consumo de yogur	2.45	1.07	2.30	1.08	3.48	.062
Consumo de queso	2.68	1.03	2.69	1.05	.12	.732
Consumo de pescado	2.11	.73	2.16	.77	1.11	.292
Consumo de pan integral	1.49	.94	1.71	1.14	14.66	.000

Con respecto al curso, los test univariados indicaron que las diferencias tienen lugar en las variables de consumo de fruta, zumo natural, yogur, queso y pan integral (Tabla 40). Las pruebas a posteriori de Student-Newman-Keuls indicaron la existencia de diferencias significativas entre los alumnos de 11 años y el resto de los alumnos respecto al consumo de zumo natural, yogur y pan integral, siendo los alumnos de 11 años los que consumen en mayor medida estos alimentos (Tablas 41 a 43).

TABLA 40. Efecto univariado del curso en la **alimentación sana**

	Media 6º EGB	DT	Media 8º EGB/ 2º ESO	DT	Media 2º BUP/ 4º ESO	DT	Media 2º FP-I	DT	F	p
	11 años		13 años		15 años		15 años			
Frutas	3.28	.97	3.08	.95	3.16	.99	2.94	1.11	4.31	.005
Verduras-hortalizas	2.30	1.07	2.35	.98	2.52	1.04	2.40	1.05	1.97	.118
Zumo natural	2.50	1.13	2.20	1.07	2.30	1.08	2.27	1.13	4.12	.006
Yogur	2.56	1.09	2.28	1.07	2.36	1.08	2.23	1.03	3.50	.015
Queso	2.69	1.06	2.61	1.02	2.84	1.02	2.59	1.05	2.68	.046
Pescado	2.20	.82	2.05	.71	2.16	.72	2.12	.75	1.46	.223
Pan integral	1.81	1.17	1.57	1.07	1.49	.90	1.49	1.02	6.24	.000

TABLA 41. Prueba de SNK para la variable consumo de **zumo natural** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	12.19	3	4.06	3.35	.019
En el Grupo	1156.23	952	1.22		
Total	1168.41	955			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
2.50	1				
2.20	2	*			
2.30	3	*			
2.27	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 42. Prueba de SNK para la variable consumo de **yogur** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	15.09	3	5.03	4.38	.005
En el Grupo	1091.95	951	1.15		
Total	1107.04	954			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
2.56	1				
2.28	2	*			
2.36	3	*			
2.23	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 43. Prueba de SNK para la variable consumo de **pan integral** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	17.53	3	5.84	5.36	.001
En el Grupo	1032.99	948	1.90		
Total	1050.52	951			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
1.81	1				
1.57	2	*			
1.49	3	*			
1.49	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

Las pruebas a posteriori también muestran diferencias significativas respecto al consumo de fruta, entre los alumnos de 11 años y los de 13 años, y entre los de 11 y los de 15 años que cursan 2º F.P.-I, siendo los alumnos de 11 años los que muestran un mayor consumo. También existen diferencias significativas entre los jóvenes de 15 años que cursan 2º BUP/4º ESO y los que cursan 2º FP-I, siendo los alumnos de 2º BUP/4º ESO los que consumen fruta en mayor medida (Tabla 44).

TABLA 44. Prueba de SNK para la variable consumo de **fruta** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	13.18	3	4.39	4.40	.004
En el Grupo	950.74	952	1.00		
Total	963.92	955			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
3.28	1				
3.08	2	*			
3.16	3				
2.94	4	*		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

Por otro lado, estos análisis indican que existen diferencias significativas respecto al consumo de queso entre los jóvenes de 15 años que cursan 2º BUP/4º ESO y, por un lado, los de 13 años y, por otro lado, los de 15 años que realizan estudios de formación profesional. En ambos casos son los alumnos de 2º BUP/4º ESO los que muestran un mayor consumo de este alimento (Tabla 45).

TABLA 45. Prueba de SNK para la variable consumo de **queso** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	9.40	3	3.13	2.91	.034
En el Grupo	1021.04	949	1.08		
Total	1030.44	952			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>					
Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	<i>Grupos</i>	1	2	3	4
2.69		1			
2.61		2			
2.84		3	*		
2.59		4		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

1.2.4. Diferencias por género y curso en la actividad física y deporte

Con respecto a las variables de actividad física, los resultados del MANOVA mostraron que los efectos principales del género y del curso fueron significativos (Tabla 46).

Los test univariados del efecto del género indicaron diferencias significativas en la frecuencia, intensidad y duración de la práctica de deporte, pero no en la frecuencia, intensidad y duración de la práctica de actividades físicas. Los resultados indican que los chicos practican deporte con mayor frecuencia, intensidad y duración que las chicas (Tabla 47).

TABLA 46. MANOVA género x curso de las variables de **actividad física**

Efecto	Wilks	F	GL	P	Phillais	F	p
Género x Curso	.98	.76	18	.750	.02	.76	.749
Género	.89	12.35	6	< .001	.11	12.35	< .001
Curso	.90	3.62	18	< .001	.10	3.53	< .001

TABLA 47. Efecto univariado del género en la **actividad física**

	Media Chicos	DT	Media Chicas	DT	F	p
Frecuencia deporte	3.73	1.43	2.65	1.53	37.84	.000
Intensidad deporte	2.67	.85	2.20	.86	49.95	.000
Duración deporte	5.61	.89	5.26	1.21	23.32	.000
Frecuencia actividad física	3.67	1.39	3.33	1.40	.06	.800
Intensidad actividad física	2.20	.90	2.01	.79	2.67	.103
Duración actividad física	4.76	1.40	4.46	1.46	2.86	.901

Los test univariados mostraron que existen diferencias por curso en la frecuencia de actividad física (Tabla 48). La prueba a posteriori de Student-Newman-Keuls señaló la existencia de diferencias entre los jóvenes de 11 años y el resto de estudiantes que componen la muestra de este estudio, y también entre los jóvenes de 13 años y los de 15

años que cursan 2º FP-I, indicando que a menor edad mayor frecuencia de práctica (Tabla 49).

TABLA 48. Efecto univariado del curso en la **actividad física**

	Media 6º EGB 11 años	DT	Media 8º EGB/ 2º ESO 13 años	DT	Media 2º BUP/ 4º ESO 15 años	DT	Media 2º FP-I 15 años	DT	F	p
Frecuencia deporte	3.55	1.51	3.15	1.54	3.01	1.61	2.97	1.61	2.04	.106
Intensidad deporte	2.48	.92	2.54	.84	2.46	.87	2.36	.89	1.50	.213
Duración deporte	5.24	1.16	5.61	.89	5.38	1.10	5.43	.95	1.22	.302
Frecuencia ac. física	4.06	1.36	3.48	1.49	3.25	1.17	3.02	1.39	16.40	.000
Intensidad ac. física	2.10	.90	2.18	.85	2.11	.86	2.01	.76	.40	.750
Duración ac. física	4.54	1.42	4.64	1.40	4.72	1.45	4.54	1.51	.68	.563

TABLA 49. Prueba de SNK para la variable **frecuencia de actividad física** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	141.04	3	47.01	25.63	.000
En el Grupo	1748.18	953	1.83		
Total	1889.22	956			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
4.06	1				
3.48	2	*			
3.25	3	*	*		
3.02	4	*	*	*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

1.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

En este subapartado se presentan las distribuciones de las frecuencias de las distintas variables del estilo de vida en función de las variables socioeconómicas estudiadas, únicamente en el caso de que existan diferencias significativas entre los grupos estudiados. Las variables socioeconómicas estudiadas son: el tipo de centro, la profesión del padre, la profesión de la madre, el nivel de estudios del padre y el nivel de estudios de la madre. A modo de anticipo y de resumen de lo que viene a continuación, en la Tabla 50 se presentan las variables entre las que existe una relación significativa.

TABLA 50. Relaciones significativas entre los indicadores de las variables clásicas de estilo de vida y variables socioeconómicas

VARIABLES CLÁSICAS DEL ESTILO DE VIDA	GÉNERO	VARIABLE SOCIOECONÓMICA	D DE SOMERS	P
Consumo de tabaco				
Frecuencia de consumo de tabaco	Chicas	Estudios de la madre	.06	<.05
Número de cigarrillos a la semana	Chicas	Estudios de la madre	.06	<.05
Consumo de cannabis				
Experimentación con la <i>cannabis</i>	Chicos	Profesión del padre	-.09	<.01
Consumo de <i>cannabis</i>	Chicos	Profesión del padre	-.06	<.01
		Profesión de la madre	-.05	<.01
	Chicas	Profesión de la madre	.05	<.05
		Estudios de la madre	.05	<.01
Hábitos alimenticios				
Consumo de verduras y hortalizas	Chicas	Estudios del padre	.08	<.05
Consumo de zumo natural	Chicos	Estudios del padre	-.08	<.05
Consumo de queso	Chicos	Tipo de centro	-.11	<.05
Consumo de yogur	Chicos	Tipo de centro	-.10	<.05
Consumo de bolsas de papas	Chicas	Estudios del padre	-.07	<.05
Consumo de patatas fritas	Chicas	Profesión del padre	.09	<.05
Consumo de dulces y golosinas	Chicos	Profesión del padre	.10	<.05
Consumo de hamburguesas o salchichas	Chicos	Profesión de la madre	.08	<.05
Actividad física y deporte				
Frecuencia de actividad física	Chicas	Profesión de la madre	-.09	<.05
Intensidad de actividad física	Chicos	Profesión de la madre	.09	<.05
		Estudios del padre	.08	<.05
Frecuencia de deporte	Chicas	Tipo de centro	-.09	<.05
Intensidad de deporte	Chicas	Profesión de la madre	.15	<.01
Duración de deporte	Chicos	Estudios del padre	.07	<.05

1.3.1. Consumo de tabaco

a) *Frecuencia de consumo de tabaco*

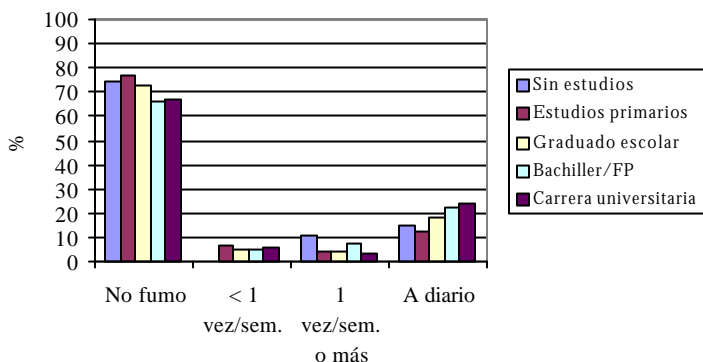
Los análisis realizados muestran que, en el caso de las chicas, la frecuencia de consumo de tabaco está significativamente relacionada con el nivel de estudios de la madre (Tabla 51). Como se observa en el Gráfico 60, cuanto mayor es el nivel de estudios de la madre menor es el porcentaje de chicas que no fuman y es mayor el porcentaje de las que fuman a diario.

TABLA 51. Porcentajes de la frecuencia de **consumo de tabaco** por **estudios de la madre**. CHICAS

	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P.	Carrera universitaria
No fumo	74.1	76.6	72.5	65.9	66.7
Menos de 1 vez/semana	0.0	6.5	4.7	4.7	5.6
Al menos 1 vez/semana	11.1	4.0	4.1	7.1	3.7
A diario	14.8	12.9	18.7	22.4	24.1
<i>d</i> Somers = .06		p<.05			

En el caso de los chicos la frecuencia de consumo de tabaco no se encuentra relacionada con ninguna de las variables socioeconómicas tenidas en cuenta.

GRÁFICO 60. Frecuencia de **consumo de tabaco** por **estudios de la madre**. CHICAS



b) Número de cigarrillos a la semana

La *d* de Somers indica que, en el caso de las chicas, existe una relación significativa entre el número de cigarrillos que fuman semanalmente y el nivel de estudios de la madre (Tabla 52).

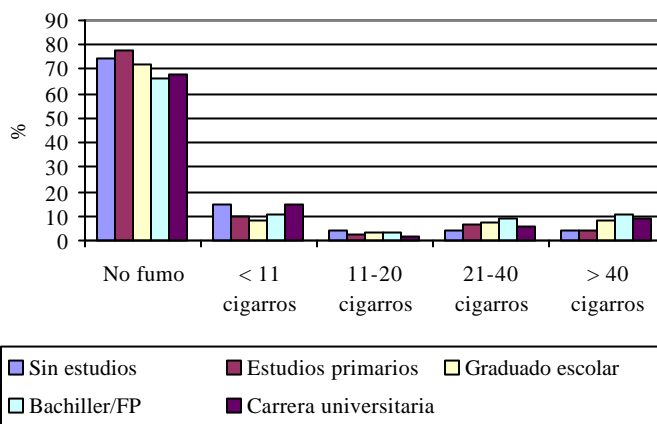
TABLA 52. Porcentajes del **nº de cigarrillos** a la semana por **estudios de la madre**. CHICAS

	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P.	Carrera universitaria
No fumo	74.1	77.4	72.4	65.9	67.9
< 11 cigarrillos/ semana	14.8	9.7	8.2	10.6	15.1
11-20 cigarrillos/ semana	3.7	2.4	3.5	3.5	1.9
21-40 cigarrillos/ semana	3.7	6.5	7.6	9.4	5.7
> 40 cigarrillos/ semana	3.7	4.0	8.2	10.6	9.4
<i>d</i> Somers = .06		p<.05			

Como puede observarse en el Gráfico 61, a medida que aumenta el nivel de estudios de la madre aumenta ligeramente el número de cigarrillos consumidos por las chicas, siendo las madres con un nivel de estudios de bachiller o de formación profesional las que en mayor medida tienen hijas que fuman más de 20 cigarrillos a la semana.

En el caso de los chicos, el número de cigarrillos a la semana no se encuentra relacionado con ninguna de las variables socioeconómicas tenidas en cuenta.

GRÁFICO 61. N° de cigarros a la semana por estudios de la madre. CHICAS



1.3.2. Consumo de alcohol

Los análisis realizados muestran que las variables de consumo de alcohol son independientes de las variables socioeconómicas consideradas en este estudio, tanto para los chicos como para las chicas de las edades estudiadas.

1.3.3. Consumo de *cannabis*

a) *Experimentación con la cannabis*

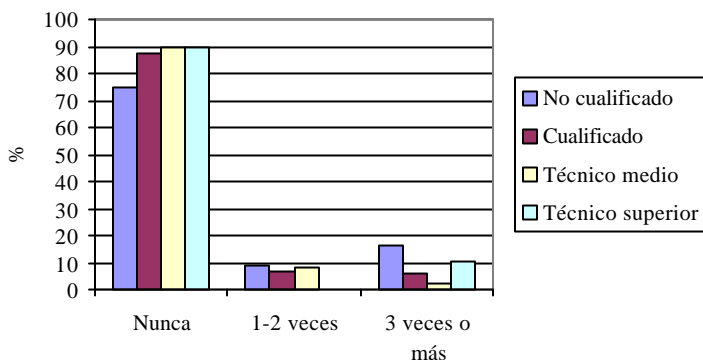
La experimentación con la *cannabis* está significativamente relacionada con la profesión del padre, en el caso de los chicos. Los hijos de técnicos de nivel medio o superior son los que en mayor medida no han experimentado con la *cannabis*, mientras que los hijos de padres que son profesionales no cualificados son los que en mayor medida han probado la *cannabis* 3 veces o más (Tabla 53 y Gráfico 62).

Los análisis realizados han señalado que, en el caso de las chicas, la experimentación con la *cannabis* no es dependiente de ninguna de las variables sociales estudiadas.

TABLA 53. Porcentajes de la **experimentación con el *cannabis*** por **profesión del padre**. CHICOS

	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Nunca	74.7	87.3	89.8	89.5
1-2 veces	9.1	7.0	8.2	0.0
3 veces ó más	16.2	5.7	2.0	10.5
<i>d</i> Somers = -.09		P<.01		

GRÁFICO 62. Experimentación con la **cannabis** por **profesión del padre**. CHICOS



b) Consumo de cannabis en el último mes

La *d* de Somers señala una relación significativa entre el consumo de *cannabis* y la profesión tanto del padre como de la madre, para los chicos de 11 a 15 años. Por el contrario, para las chicas de estas edades, el consumo de *cannabis* es dependiente de la profesión y del nivel de estudios de la madre (Tablas 54 a 56).

TABLA 54. Porcentajes de **consumo de cannabis** en el último mes por **profesión del padre**. CHICOS

	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Nunca	86.7	91.8	100	94.7
1-2 veces	5.1	4.1	0.0	0.0
3 veces ó más	8.2	4.1	0.0	5.3
<i>d</i> Somers = -.06		p<.01		

TABLA 55. Porcentajes de **consumo de cannabis** en el último mes por **profesión de la madre**. CHICOS y CHICAS

	CHICOS					CHICAS				
	Ama de casa	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior	Ama de casa	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Nunca	90.4	88.7	97.6	94.6	100.0	94.6	93.0	88.5	81.0	94.7
1-2 veces	3.8	3.2	1.2	5.4	0.0	3.1	4.2	5.7	7.1	0.0
3 veces ó más	5.7	8.1	1.2	0.0	0.0	2.3	2.8	5.7	11.9	5.3
<i>d</i> Somers = -.05		p<.01			<i>d</i> Somers = .05		p<.05			

GRÁFICO 64. Frecuencia de **consumo de cannabis** en el último mes por **profesión de la madre**. CHICOS

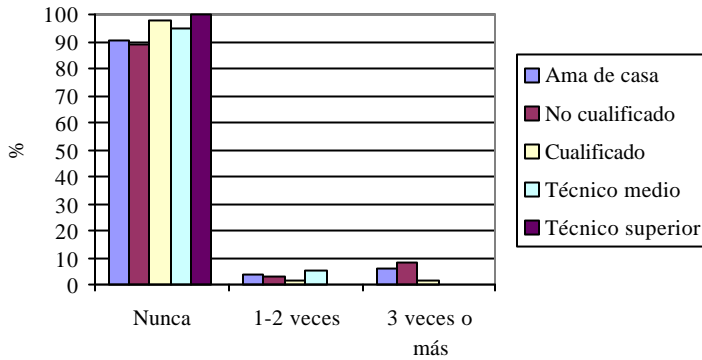


GRÁFICO 65. Frecuencia de **consumo de cannabis** en el último mes por **profesión de la madre**. CHICAS

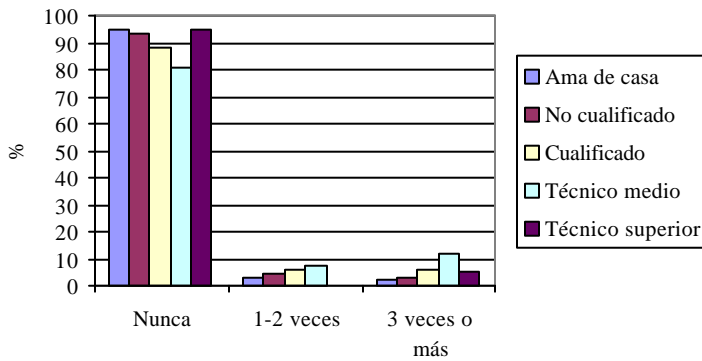
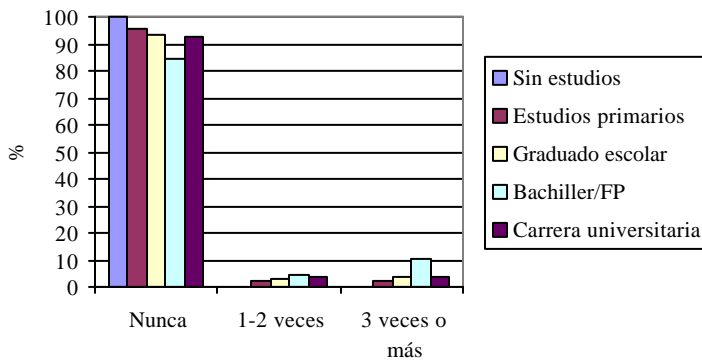


GRÁFICO 66. Frecuencia de **consumo de cannabis** por **estudios de la madre**. CHICAS



1.3.4. Hábitos alimenticios

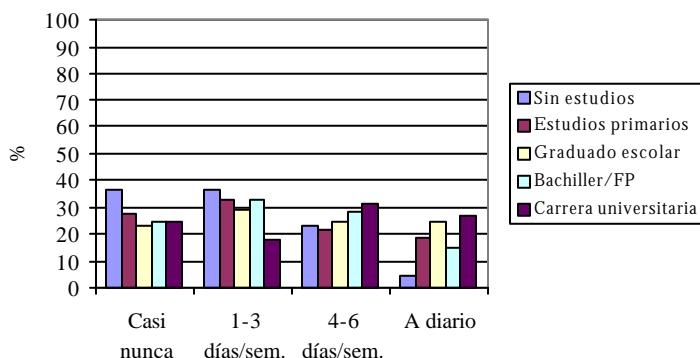
a) Frecuencia de consumo de verduras y hortalizas

El consumo de verduras y hortalizas presenta una relación significativa y positiva con el nivel de estudios del padre, para las chicas (Tabla 57). Como se observa en el Gráfico 67, a medida que aumenta el nivel de estudios del padre, aumenta el consumo de fruta entre 4 y 6 días a la semana para las chicas de entre 11 y 15 años.

TABLA 57. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **verduras y hortalizas** por **estudios del padre**. CHICAS

	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P.	Carrera universitaria
Casi nunca	36.4	27.5	22.7	24.4	24.1
1-3 días / semana	36.4	32.5	28.8	32.6	18.1
4-6 días / semana	22.7	21.7	24.2	27.9	31.3
A diario	4.5	18.3	24.2	15.1	26.5
<i>d</i> Somers = .08		p<.05			

GRÁFICO 67. Frecuencia de consumo de **verduras y hortalizas** por **estudios del padre**. CHICAS



b) Frecuencia de consumo de zumo natural

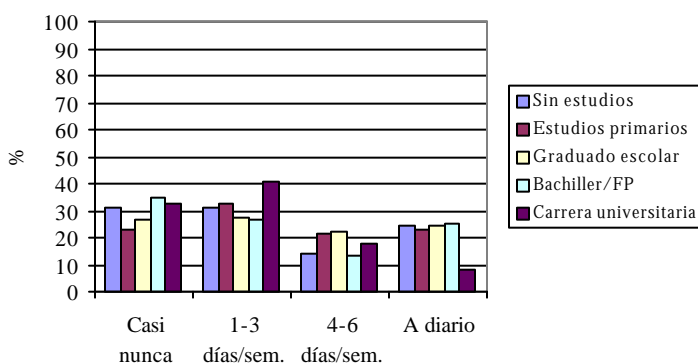
La *d* de Somers indica que, para los chicos la frecuencia de consumo de zumo natural mantiene una relación negativa y significativa con el nivel de estudios del padre (Tabla 58). En el Gráfico 68 puede observarse que, los hijos de padres con estudios primarios y con graduado escolar son los que en menor porcentaje consumen zumo natural nunca o casi nunca, y los que conforman los porcentajes más elevados de consumo de zumo entre 4 y 6 días a la semana. También puede observarse cómo la mayoría de los hijos de universitarios (41%) toman zumo natural de 1 a 3 días a la semana. Este porcentaje

disminuye hasta el 18% cuando hacemos referencia a una frecuencia de consumo de 4 a 6 días a la semana y, hasta el 8.2%, cuando nos referimos al consumo diario.

TABLA 58. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **zumo natural** por **estudios del padre**. CHICOS

	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P.	Carrera universitaria
Casi nunca	31.0	23.1	26.5	34.9	32.8
1-3 días / semana	31.0	32.3	27.2	26.5	41.0
4-6 días / semana	13.8	21.5	22.1	13.3	18.0
A diario	24.1	23.1	24.3	25.3	8.2
<i>d</i> Somers = .08		p<.05			

GRÁFICO 68. Frecuencia de consumo de **zumo natural** por **estudios del padre**. CHICOS



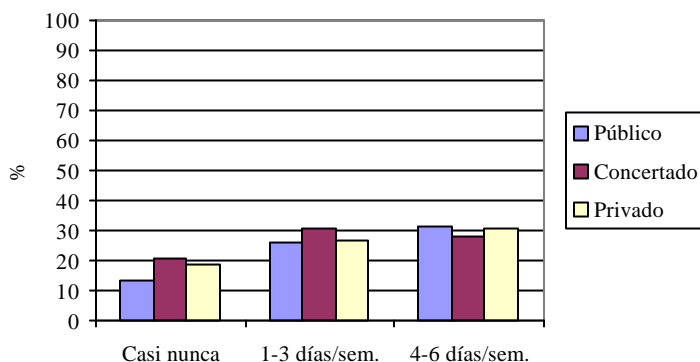
c) Frecuencia de consumo de queso

Los resultados de la *d* de Somers indican que, para los chicos el consumo de queso presenta una relación negativa y significativa con el tipo de centro en el que estudian (Tabla 59). Los chicos de entre 11 y 15 años que cursan sus estudios en centros públicos son los que en mayor medida consumen este alimento a diario; mientras que los alumnos de centros concertados destacan por ser los que en menor medida consumen queso con una frecuencia diaria o de 4 a 6 días a la semana (Gráfico 69).

TABLA 59. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **queso** por **tipo de centro**. CHICOS

	Público	Concertado	Privado
Casi nunca	13.2	20.7	18.4
1-3 días / semana	25.8	30.6	26.5
4-6 días / semana	31.1	28.1	30.6
A diario	29.8	20.7	24.5
<i>d</i> Somers = -.11		P<.05	

GRÁFICO 69. Frecuencia de consumo de queso por tipo de centro. CHICOS



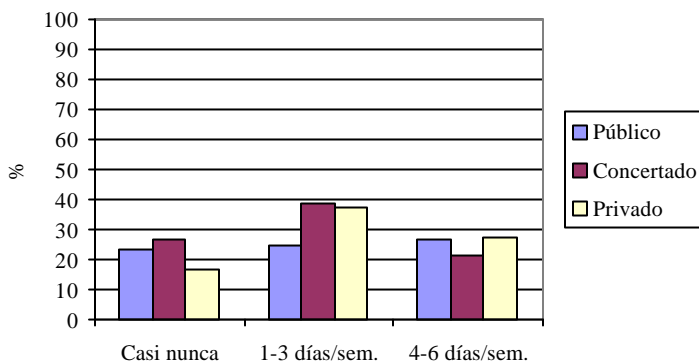
d) Frecuencia de consumo de yogur

Del mismo modo que ocurría con el consumo de queso, en el caso de los chicos, el consumo de yogur presenta una relación negativa y significativa con el tipo de centro en el que estudian (Tabla 60). Los chicos que estudian en centros públicos son los que en mayor medida consumen estos alimentos a diario, mientras que los alumnos de centros concertados destacan por ser los que en menor medida consumen yogur con una frecuencia de 4 a 6 días a la semana (Gráfico 70).

TABLA 60. Porcentajes de la frecuencia de consumo de yogur por tipo de centro. CHICOS

	Público	Concertado	Privado
Casi nunca	23.3	27.0	16.7
1-3 días / semana	24.6	38.5	37.5
4-6 días / semana	26.9	21.3	27.1
A diario	25.2	13.1	18.8
<i>d Somers = -.10</i>		<i>P<.05</i>	

GRÁFICO 70. Frecuencia de consumo de **yogur** por **tipo de centro**. CHICOS



e) Frecuencia de consumo de bolsas de papas

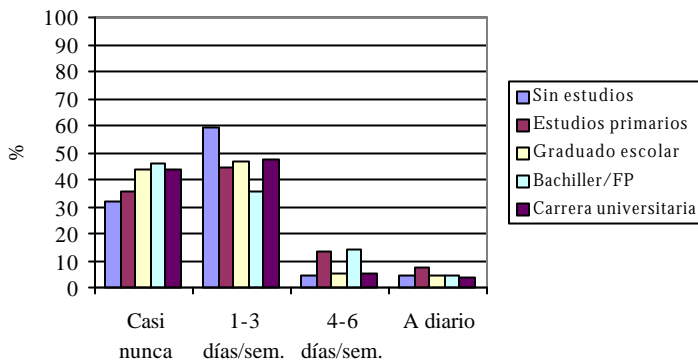
Los resultados de la *d* de Somers revelan que, en el caso de las chicas, la frecuencia de consumo de bolsas de papas está significativamente relacionada con el nivel de estudios del padre (Tabla 61).

TABLA 61. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **bolsas de papas** por **estudios del padre**. CHICAS

	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P.	Carrera universitaria
Casi nunca	31.8	35.2	44.0	46.0	43.9
1-3 días / semana	59.1	44.3	46.3	35.6	47.6
4-6 días / semana	4.5	13.1	5.2	13.8	4.9
A diario	4.5	7.4	4.5	4.6	3.7
<i>d</i> Somers = -.07		p<.05			

A medida que aumenta el nivel de estudios del padre, aumenta el porcentaje de chicas que casi nunca consumen bolsas de papas y disminuye el de las que las consumen de 1 a 3 días a la semana. Las chicas que representan los porcentajes más elevados de consumo de este producto con una frecuencia de 4 a 6 días a la semana son las hijas de padres con estudios primarios y de padres con bachiller o formación profesional (Gráfico 71).

GRÁFICO 71. Frecuencia de consumo de **bolsas de papas** por **estudios del padre**. CHICAS



f) Frecuencia de consumo de patatas fritas

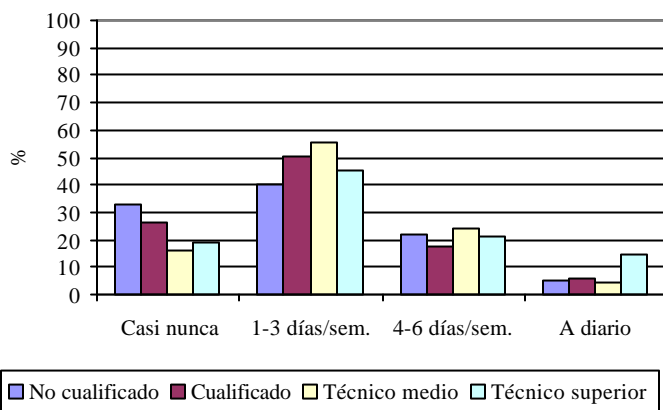
Los resultados de los análisis indican que la frecuencia de consumo de patatas fritas está significativamente relacionada con la profesión del padre (Tabla 62).

Conforme aumenta el nivel profesional del padre disminuye el porcentaje de chicas que no consume patatas fritas nunca o casi nunca, mientras que aumenta el de las que las toman de 1 a 3 días a la semana (Gráfico 72).

TABLA 62. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **patatas fritas** por **profesión del padre**. CHICAS

	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Casi nunca	32.5	26.4	16.4	19.0
1-3 días / semana	40.2	50.5	55.2	45.2
4-6 días / semana	22.2	17.6	23.9	21.4
A diario	5.1	5.6	4.5	14.3
<i>d</i> Somers = .09		P<.05		

GRÁFICO 72. Frecuencia de consumo de **patatas fritas** por **profesión del padre**. CHICAS



g) Frecuencia de consumo de dulces y golosinas

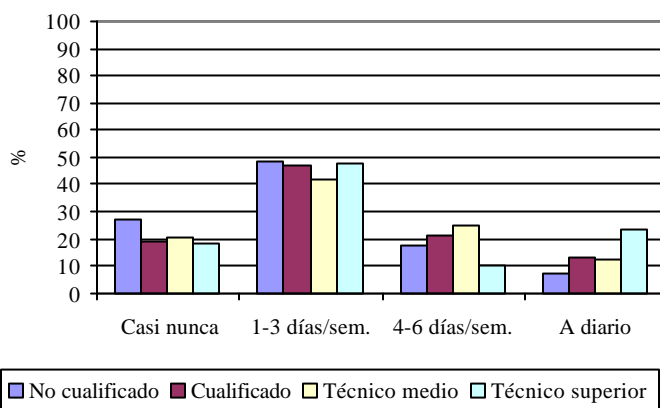
El estadístico *d* de Somers revela que el consumo de dulces y golosinas, por parte de los chicos, está positiva y significativamente relacionado con la profesión del padre (Tabla 63).

TABLA 63. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **dulces y golosinas** por **profesión del padre**. CHICOS

	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Casi nunca	27.3	19.1	20.8	18.4
1-3 días / semana	48.5	46.6	41.7	47.4
4-6 días / semana	17.2	21.2	25.0	10.5
A diario	7.1	13.1	12.5	23.7
<i>d</i> Somers =	.10		p<.05	

El mayor porcentaje de chicos de entre 11 y 15 años que consume dulces y golosinas a diario corresponde a aquellos cuyos padres son técnicos superiores; mientras que los hijos de profesionales no cualificados son los que en mayor medida no consumen dulces y golosinas nunca o casi nunca (Gráfico 73).

GRÁFICO 73. Frecuencia de consumo de **dulces y golosinas** por **profesión del padre**. CHICOS



h) Frecuencia de consumo de hamburguesas o salchichas

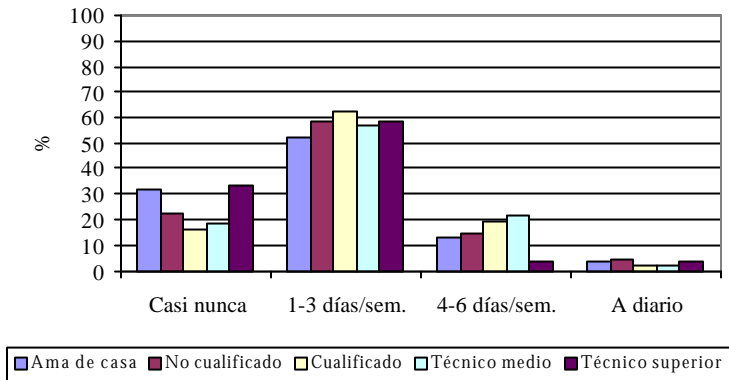
La *d* de Somers revela que, en el caso de los chicos, el consumo de hamburguesas y salchichas esta relacionado positiva y significativamente con la profesión de la madre (Tabla 64).

TABLA 64. Porcentajes de la frecuencia de consumo de **hamburguesas o salchichas** por **profesión de la madre**. CHICOS

	Ama de casa	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Casi nunca	31.5	22.6	15.9	18.9	33.3
1-3 días / semana	51.9	58.1	62.2	56.8	58.3
4-6 días / semana	13.1	14.5	19.5	21.6	4.2
A diario	3.5	4.8	2.4	2.7	4.2
<i>d</i> Somers = .08		p<.05			

Como puede observarse en el Gráfico 74, los chicos cuyas madres son técnicos superiores son los que en menor medida comen hamburguesas o salchichas de 4 a 6 días a la semana. También cabe destacar el hecho de que éstos chicos junto con aquellos cuyas madres son amas de casa son los que en mayor medida no consumen este tipo de alimentos nunca o casi nunca.

GRÁFICO 74. Frecuencia de consumo de **hamburguesas o salchichas** por **profesión de la madre**. CHICOS



1.3.5. Actividad física y deporte

a) *Frecuencia de práctica de actividad física*

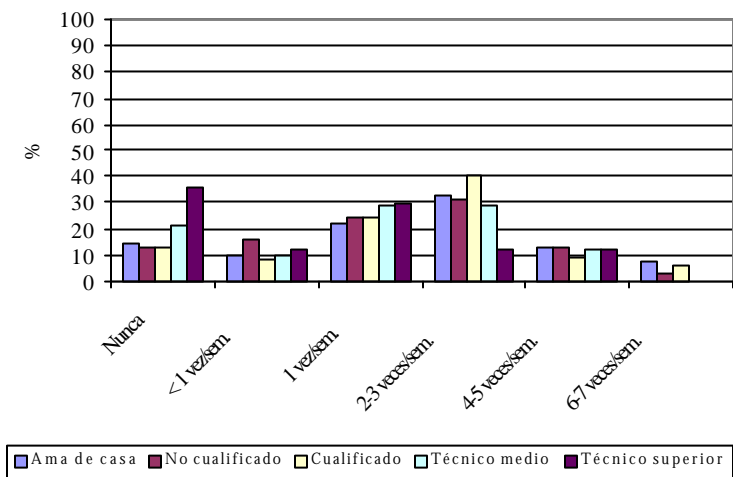
Los resultados de los análisis realizados indican que la frecuencia de práctica de actividad física por parte de las chicas está significativamente relacionada con la profesión de sus madres. (Tabla 65).

Las chicas cuyas madres son técnicos superiores son las que en mayor medida no realizan nunca actividad física. Además, estas chicas son las que, con bastante diferencia, en menor medida practican actividad física con una frecuencia de 1 a 3 días a la semana y de 6 a 7 días a la semana. Por el contrario, las hijas de amas de casa constituyen el grupo más numeroso en las frecuencias de práctica de 4 a 7 días semanales (Gráfico 75).

TABLA 65. Porcentajes de la **frecuencia de práctica de actividad física** por **profesión de la madre**. CHICAS

	Ama de casa	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Nunca	14.7	12.9	12.6	21.4	35.3
< 1 vez/semana	10.1	15.7	8.0	9.5	11.8
1 vez por semana	21.7	24.3	24.1	28.6	29.4
2-3 veces/semana	32.6	31.4	40.2	28.6	11.8
4-5 veces/semana	13.2	12.9	9.2	11.9	11.8
6-7 veces/semana	7.8	2.9	5.7		
<i>d</i> Somers = -.09		p<.05			

GRÁFICO 75. Frecuencia de práctica de actividad física por **profesión de la madre**. CHICAS



b) Intensidad de la práctica de actividad física

La intensidad de la actividad física realizada por los chicos aparece relacionada con la profesión de sus madres, además de con el nivel de estudios de sus padres (Tablas 66 y 67).

TABLA 66. Porcentajes de la **intensidad de la práctica de actividad física por profesión de la madre**. CHICOS

	Ama de casa	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Ligero	26.7	22.0	24.0	21.2	4.5
Moderado	42.0	35.6	38.7	36.4	40.9
Intenso	22.2	32.2	34.7	24.2	54.5
Muy intenso	9.1	10.2	2.7	18.2	
<i>d</i> Somers = .09		P<.05			

TABLA 67. Porcentajes de la **intensidad de la práctica de actividad física por estudios del padre**. CHICOS

	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P.	Carrera universitaria
Ligero	25.0	27.4	28.1	19.7	16.1
Moderado	42.9	39.5	42.2	38.2	42.9
Intenso	28.6	28.2	20.3	31.6	33.9
Muy intenso	3.6	4.8	9.4	10.5	7.1
<i>d</i> Somers = .08		p<.05			

Como se observa en el Gráfico 76, los chicos cuyas madres son técnicos superiores practican actividad física mayoritariamente de forma moderada o intensa. Estos chicos son los que en menor medida realizan esta práctica de forma ligera, y ninguno de estos chicos informa realizarla de forma muy intensa. Los hijos de amas de casa son los que conforman los mayores porcentajes de chicos que realizan actividad física de forma ligera y moderada; mientras que los hijos de madres que trabajan como técnico medio representan el porcentaje más alto de chicos que practican actividad física de forma muy intensa.

En el Gráfico 77 se observa una tendencia al aumento de la práctica de actividad física de forma intensa y muy intensa, por parte de los chicos, conforme aumenta el nivel de estudios del padre. La práctica de una actividad física ligera tiende a disminuir a medida que aumenta el nivel de estudios de los padres de chicos de 11 a 15 años.

GRÁFICO 76. Intensidad de práctica de actividad física por profesión de la madre. CHICOS

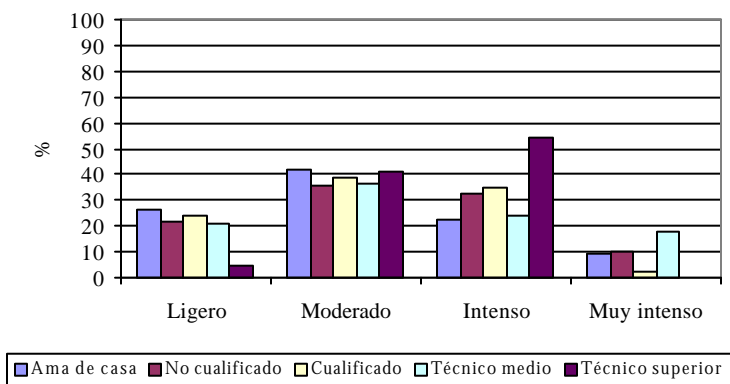
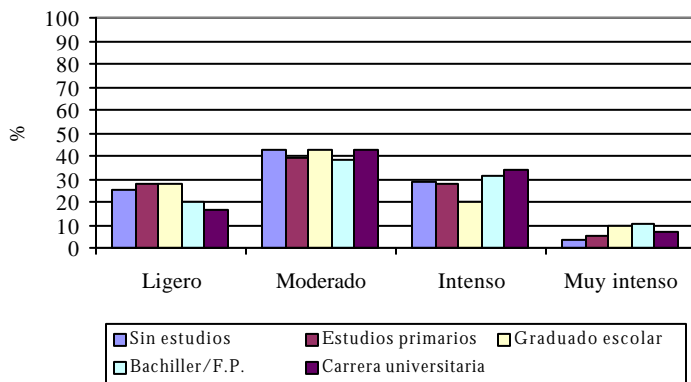


GRÁFICO 77. Intensidad de práctica de actividad física por estudios del padre. CHICOS



c) Frecuencia de práctica de deporte

Respecto a la influencia que las variables socioeconómicas estudiadas ejercen sobre la frecuencia de la práctica de deporte, los análisis realizados indican que el tipo de centro de estudios está relacionado con la frecuencia con que las chicas realizan deporte (Tabla 68).

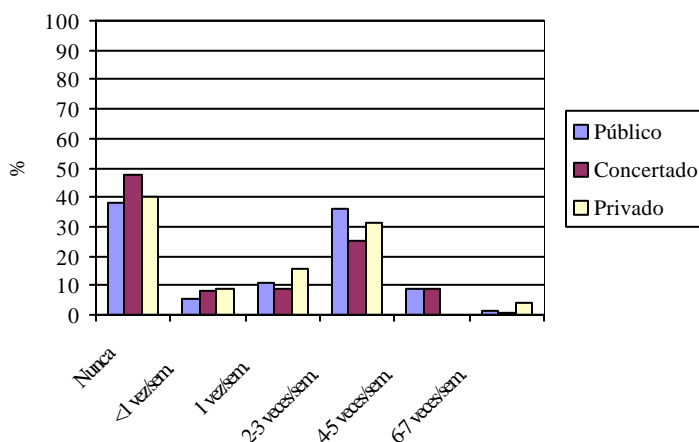
Las chicas que estudian en centros públicos son las que en menor medida nunca realizan deporte y, también, las que en mayor medida hacen deporte de 2 a 3 días a la semana. Destaca el hecho de que las alumnas de centros concertados son las que conforman el mayor porcentaje de chicas que no practican deporte; mientras que las alumnas de centros privados representan los porcentajes más altos en las menores frecuencias de práctica (menos de 1 vez a la semana y 1 vez a la semana) y en la frecuencia de práctica más alta (de 6 a 7 veces a la semana) (Gráfico 78).

TABLA 68. Porcentajes de la **frecuencia de práctica de deporte** por **tipo de centro**. CHICAS

	Público	Concertado	Privado
Nunca	37.9	47.5	40.0
< 1 vez/semana	5.4	8.2	8.9
1 vez por semana	10.8	9.0	15.6
2-3 veces/semana	36.0	25.4	31.1
4-5 veces/semana	8.6	9.0	
6-7 veces/semana	1.3	0.8	4.0

d Somers = -.09 P<.05

GRÁFICO 78. **Frecuencia de práctica de deporte** por **tipo de centro**. CHICAS



d) Intensidad de la práctica de deporte

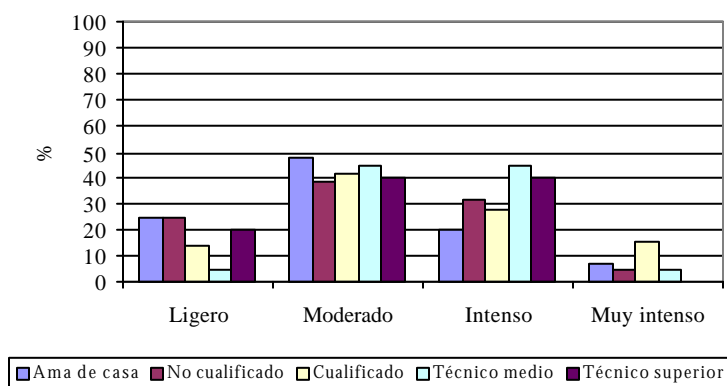
La *d* de Somers indica que la intensidad de la práctica deportiva llevada a cabo por las chicas depende en cierta medida de la profesión de la madre (Tabla 69).

En el Gráfico 79 se observa una tendencia al aumento de la práctica deportiva intensa, por parte de las chicas, conforme aumenta el nivel de cualificación profesional de sus madres. Destaca el hecho de que las hijas de amas de casa son las que en mayor medida hacen deporte de forma moderada, las hijas de técnicos medio son las que más práctica deportiva intensa realizan, y las hijas de profesionales cualificadas son las que realizan más una práctica deportiva muy intensa.

TABLA 69. Porcentajes de la **intensidad de la práctica de deporte por profesión de la madre** .
CHICAS

	Ama de casa	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Ligero	24.5	25.0	14.0	5.0	20.0
Moderado	48.4	38.6	42.1	45.0	40.0
Intenso	20.0	31.8	28.1	45.0	40.0
Muy intenso	7.1	4.5	15.8	5.0	0.0
<i>d</i> Somers = .15		<i>p</i> <.01			

GRÁFICO 79. **Intensidad de práctica de deporte por profesión de la madre**. CHICAS



e) Duración de la práctica de deporte

Los resultados de los análisis realizados indican que la duración de la práctica deportiva de los chicos está significativamente relacionada con el nivel de estudios de sus padres (Tabla 70).

La duración de la práctica deportiva que realizan los chicos es mayoritariamente superior a los 45 minutos. Conforme aumenta el nivel de estudios de sus padres, desde la ausencia de estudios hasta el bachillerato o la formación profesional, aumenta el porcentaje

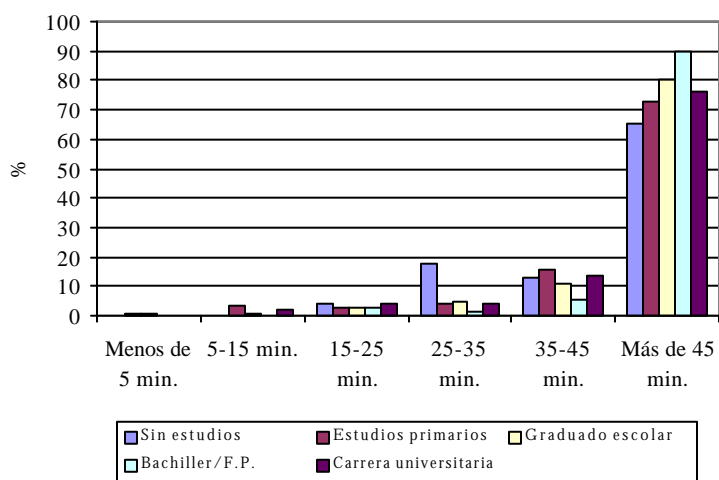
de chicos de 11 a 15 años que practican deporte con una duración superior a los 45 minutos (Gráfico 80).

TABLA 70. Porcentajes de la **duración de la práctica de deporte por estudios del padre**. CHICOS

	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P.	Carrera universitaria
Menos de 5 minutos	0.0	0.9	0.8	0.0	0.0
5-15 minutos	0.0	3.5	0.8	0.0	2.0
15-25 minutos	4.3	2.6	2.5	2.9	3.9
25-35 minutos	17.4	4.3	5.0	1.4	3.9
35-45 minutos	13.0	15.7	10.7	5.7	13.7
Más de 45 minutos	65.2	73.0	80.2	90.0	76.5

d Somers = .07 *p < .05*

GRÁFICO 80. **Duración de práctica de deporte por estudios del padre**. CHICOS



1.4. ANÁLISIS DIFERENCIAL POR VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

A continuación se presenta la relación de las variables socioeconómicas que ejercen una influencia significativa sobre los indicadores de las variables clásicas del estilo de vida y las diferencias que se producen entre los distintos grupos respecto a dichas variables. En la Tabla 71 se puede observar entre qué variables tiene lugar dicha influencia significativa.

TABLA 71. Variables socioeconómicas que influyen sobre los indicadores de las variables clásicas de estilo de vida

VARIABLE SOCIOECONÓMICA	GÉNERO	VARIABLES CLÁSICAS DEL ESTILO DE VIDA	F	P
		Consumo de sustancias		
Tipo de centro	Chicos	Número de cigarrillos a la semana	3.47	.032
		Experimentación con la <i>cannabis</i>	5.30	.005
		Frecuencia de consumo de licores y combinados	4.72	.009
	Chicas	Número de cigarrillos a la semana	2.93	.054
		Experimentación con la <i>cannabis</i>	4.83	.008
		Frecuencia de consumo de licores y combinados	7.58	.001
		Frecuencia de consumo de cerveza	4.83	.008
		Frecuencia de embriaguez	4.18	.016
Profesión del padre	Chicos	Número de cigarrillos a la semana	2.73	.044
		Experimentación con la <i>cannabis</i>	4.43	.004
		Consumo de <i>cannabis</i>	2.56	.054
	Chicas	Consumo de tabaco	2.58	.053
Profesión de la madre	Chicos	Experimentación con la <i>cannabis</i>	2.74	.028
		Frecuencia de embriaguez	2.73	.029
	Chicas	Consumo de <i>cannabis</i>	3.12	.015
		Frecuencia de consumo de licores y combinados	2.60	.035
Estudios del padre	Chicos	Frecuencia de consumo de cerveza	3.16	.014
	Chicas	Consumo de <i>cannabis</i>	2.35	.053
Estudios de la madre	Chicas	Consumo de <i>cannabis</i>	3.17	.014
		Alimentación insana		
Profesión de la madre	Chicas	Consumo de dulces y golosinas	2.68	.031
		Consumo de hamburguesas o salchichas	2.87	.023
Estudios del padre	Chicas	Consumo de dulces y golosinas	2.91	.021
Estudios de la madre	Chicas	Consumo de dulces y golosinas	2.61	.035
		Alimentación sana		
Tipo de centro	Chicos	Consumo de yogur	4.36	.013
		Consumo de queso	3.50	.031
Profesión de la madre	Chicas	Consumo de pescado	2.60	.036
		Actividad física y deporte		
Profesión de la madre	Chicas	Intensidad de deporte	2.47	.045
Estudios de la madre	Chicos	Intensidad de actividad física	2.67	.032

1.4.1. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de sustancias

a) *Influencia del tipo de centro*

Los análisis realizados revelan que el tipo de centro ejerce un efecto significativo, tanto en los chicos como en las chicas, sobre el número de cigarrillos consumidos semanalmente, la experimentación con la *cannabis* y la frecuencia de consumo de licores y combinados (Tablas 72 a 77).

Las pruebas a posteriori indican que, tanto los chicos como las chicas que estudian en centros concertados, consumen un número significativamente mayor de cigarrillos a la semana que los alumnos de centros privados (Tablas 72 y 73). Del mismo modo, los chicos y chicas alumnos de centros concertados han experimentado con la *cannabis* en mayor medida que los alumnos de centros privados. Además, en el caso de los chicos, los alumnos

de centros concertados también han experimentado con la *cannabis* en mayor medida que los alumnos de centros públicos (Tablas 74 y 75).

TABLA 72. ANOVA y prueba de SNK para la variable **n° de cigarrillos** a la semana por el **tipo de centro**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	6.63	2	3.32	3.47	.032
En el Grupo	448.87	470	.96		
Total	455.50	472			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.34	1			
1.57	2			
1.18	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 73. ANOVA y prueba de SNK para la variable **n° de cigarrillos** a la semana por el **tipo de centro**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	9.52	2	4.76	2.93	.054
En el Grupo	790.08	486	1.63		
Total	799.60	488			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.66	1			
1.89	2			
1.39	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 74. ANOVA y prueba de SNK para la variable **experimentación con la cannabis** por el **tipo de centro**. CHICOS

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	3.40	2	1.70	5.30	.005
En el Grupo	150.90	471	.32		
Total	154.30	473			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.19	1			
1.36	2	*		
1.10	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 75. ANOVA y prueba de SNK para la variable **experimentación con la cannabis** por el **tipo de centro**. CHICAS

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	2.67	2	1.33	4.83	.008
En el Grupo	135.01	489	.28		
Total	137.68	491			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.17	1			
1.32	2			
1.08	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

Respecto al consumo de licores y combinados, la prueba de Student-Newman-Keuls revela que tanto los chicos como las chicas que estudian en centros públicos y concertados consumen licores y combinados con más frecuencia que los chicos y chicas que estudian en centros privados (Tablas 76 y 77).

El tipo de centro, además, ejerce un efecto significativo sobre la frecuencia de consumo de cerveza y sobre la frecuencia de embriaguez en las chicas. La prueba de SNK informa que tanto las alumnas de centros públicos como de centros concertados consumen cerveza con mayor frecuencia que las alumnas de centros privados (Tabla 78). Esta prueba a posteriori también nos revela que entre las alumnas de centros concertados y las de centros privados se establecen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de embriaguez; siendo las alumnas de centros concertados las que se embriagan con más frecuencia (Tabla 79).

TABLA 76. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **licores y combinados** por el **tipo de centro**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	10.16	2	5.08	4.72	.009
En el Grupo	501.03	465	1.08		
Total	511.20	467			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.76	1			
1.92	2			
1.38	3	*	*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 77. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **licores y combinados** por el **tipo de centro**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	19.10	2	9.55	7.58	.001
En el Grupo	609.69	484	1.26		
Total	628.79	486			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.86	1			
2.13	2			
1.38	3	*	*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 78. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **cerveza** por el **tipo de centro**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	7.49	2	3.75	4.83	.008
En el Grupo	373.75	482	.78		
Total	381.24	484			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.48	1			
1.65	2			
1.18	3	*	*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 79. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de **embriaguez** por el **tipo de centro**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	9.95	2	4.98	4.18	.016
En el Grupo	582.21	489	1.19		
Total	592.17	491			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>				
Grupos:	1: Público	2: Concertado	3: Privado	
Media	<i>Grupos</i>	1	2	3
1.65	1			
1.88	2			
1.37	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

b) Influencia de la profesión del padre

La profesión del padre ejerce un efecto significativo sobre el número de cigarrillos consumidos a la semana por los chicos (Tabla 80). Sin embargo, la prueba a posteriori de SNK no revela diferencias significativas entre ningún par de grupos.

TABLA 80. ANOVA para la variable **nº de cigarrillos** a la semana por la **profesión del padre**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	8.41	3	2.80	2.73	.044
En el Grupo	437.37	426	1.03		
Total	445.78	429			

Esta variable socioeconómica también tiene un efecto significativo sobre la experimentación con la *cannabis* y el consumo de *cannabis* de los chicos. La prueba a posteriori informa que se establecen diferencias significativas entre los hijos de padres no cualificados y los de técnicos medio tanto para la experimentación con la *cannabis* como para su consumo; siendo los hijos de profesionales no cualificados los que han experimentado con la *cannabis* y la consumen en mayor medida que los hijos de técnicos medio (Tablas 81 y 82).

TABLA 81. ANOVA y prueba de SNK para la variable **experimentación con la cannabis** por la **profesión del padre**. CHICOS

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	4.44	3	1.48	4.43	.004
En el Grupo	142.30	426	.33		
Total	146.74	429			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: No cualificado 2: Cualificado 3: Técnico medio 4: Técnico superior

Media	Grupos	1	2	3	4
1.41	1				
1.18	2				
1.12	3	*			
1.21	4				

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 82. ANOVA y prueba de SNK para la variable **consumo de cannabis** por la **profesión del padre**. CHICOS

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	1.56	3	.52	2.56	.054
En el Grupo	86.41	426	.20		
Total	87.97	429			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: No cualificado 2: Cualificado 3: Técnico medio 4: Técnico superior

Media	Grupos	1	2	3	4
1.21	1				
1.12	2				
1.00	3	*			
1.11	4				

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

En las chicas se da una influencia significativa de la profesión del padre sobre la frecuencia de consumo de tabaco. Las hijas de técnicos superiores son las que fuman con mayor frecuencia. La prueba de SNK revela que se da una diferencia estadísticamente significativa entre éstas y las hijas de técnicos medio, que son las que fuman con menor frecuencia (Tabla 83).

TABLA 83. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de **consumo de tabaco** por la **profesión del padre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	11.27	3	3.76	2.58	.053
En el Grupo	646.22	444	1.46		
Total	657.48	447			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: No cualificado 2: Cualificado 3: Técnico medio 4: Técnico superior

Media	Grupos	1	2	3	4
1.83	1				
1.70	2				
1.50	3				
2.12	4			*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

c) Influencia de la profesión de la madre

Respecto a la profesión de la madre, los ANOVAs señalan que posee un efecto significativo sobre la experimentación con la *cannabis* y la frecuencia de embriaguez de los chicos, y sobre la frecuencia de consumo de *cannabis* y de licores y combinados por parte de las chicas (Tablas 84 a 87). Sin embargo, las pruebas a posteriori de SNK no señalan ningún par de grupos que difieran significativamente respecto a ninguna de estas variables de consumo de sustancias.

TABLA 84. ANOVA para la variable **experimentación con la cannabis** por la **profesión de la madre**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	3.49	4	.87	2.74	.028
En el Grupo	147.40	463	.32		
Total	150.89	467			

TABLA 85. ANOVA para la variable frecuencia de **embriaguez** por la **profesión de la madre**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	11.97	4	2.99	2.73	.029
En el Grupo	503.25	459	1.10		
Total	515.22	463			

TABLA 86. ANOVA para la variable **consumo de cannabis** por la **profesión de la madre** . CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	2.27	4	.57	3.12	.015
En el Grupo	85.95	474	.18		
Total	88.22	478			

TABLA 87. ANOVA para la variable frecuencia de consumo de **licores y combinados** por la **profesión de la madre** . CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	13.27	4	3.32	2.60	.035
En el Grupo	600.15	471	1.27		
Total	613.41	475			

d) Influencia del nivel de estudios del padre

Los análisis de varianza realizados nos informan de un efecto significativo del nivel de estudios del padre sobre la frecuencia de consumo de cerveza por parte de los chicos, y sobre la frecuencia de consumo de *cannabis* por parte de las chicas (Tablas 88 y 89). La prueba de SNK indica que los chicos con padres sin estudios consumen cerveza con una frecuencia significativamente menor que el resto de los chicos (Tabla 88). Por otra parte, esta prueba a posteriori indica que no existen diferencias significativas entre ningún par de grupos respecto a la frecuencia de consumo de *cannabis* de las chicas.

TABLA 88. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **cerveza** por el nivel de **estudios del padre** . CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	12.28	4	3.07	3.16	.014
En el Grupo	424.80	437	.97		
Total	437.09	441			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Sin estudios 2: Estudios primarios 3: Graduado escolar 4: Bachiller/F.P. 5: Carrera universitaria

Media	Grupos	1	2	3	4	5
1.11	1					
1.66	2	*				
1.83	3	*	*			
1.66	4	*	*	*		
1.65	5	*	*	*	*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 89. ANOVA para la variable **consumo de cannabis** por el nivel de **estudios del padre**.
CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	1.66	4	.42	2.35	.053
En el Grupo	78.80	446	.18		
Total	80.46	450			

e) Influencia del nivel de estudios de la madre

El nivel de estudios de la madre actúa significativamente sobre la frecuencia de consumo de *cannabis* por parte de las chicas, según indican los análisis de varianza realizados. La prueba de SNK señala que las hijas de madres con estudios de bachiller o de formación profesional consumen *cannabis* con una frecuencia significativamente superior que las hijas de madres sin estudios (Tabla 90).

TABLA 90. ANOVA y prueba de SNK para la variable **consumo de cannabis** por el nivel de **estudios de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	2.38	4	.59	3.17	.014
En el Grupo	85.29	455	.19		
Total	87.66	459			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Sin estudios 2: Estudios primarios 3: Graduado escolar 4: Bachiller/F.P. 5: Carrera universitaria

Media	Grupos	1	2	3	4	5
1.00	1					
1.07	2					
1.10	3					
1.26	4	*				
1.11	5					

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

1.4.2. Influencia de las variables socioeconómicas en la alimentación insana

Los análisis realizados indican que ninguna de las variables socioeconómicas estudiadas influye significativamente sobre la frecuencia de consumo de alimentos insanos por parte de los chicos. En el caso de las chicas sí que se han encontrado relaciones significativas entre varias de las variables socioeconómicas tenidas en cuenta y el consumo de alimentos insanos como los dulces y las hamburguesas o salchichas.

a) *Influencia de la profesión de la madre*

La profesión de la madre influye significativamente sobre la frecuencia de consumo de dulces y golosinas y, también, sobre la frecuencia de consumo de hamburguesas o salchichas (Tablas 91 y 92). SNK nos informa que el grupo de chicas cuyas madres ejercen profesiones de técnicos medio difiere significativamente del grupo de chicas cuyas madres ejercen profesiones cualificadas respecto al consumo de dulces y golosinas, siendo las hijas de técnicos medio las que los consumen con mayor frecuencia (Tabla 91). Por otra parte, SNK señala que las chicas cuyas madres desempeñan profesiones de técnicos superiores consumen hamburguesas o salchichas con una frecuencia significativamente menor que el resto de las chicas (Tabla 92).

TABLA 91. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **dulces y golosinas** por la **profesión de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	10.78	4	2.69	2.68	.031
En el Grupo	462.36	460	1.01		
Total	473.14	464			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>						
Grupos:	1: Ama de casa	2: No cualificada	3: Cualificada	4: Técnico medio	5: Técnico superior	
Media	Grupos	1	2	3	4	5
2.40	1					
2.41	2					
2.13	3					
2.73	4			*		
2.22	5					

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 92. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **hamburguesas o salchichas** por la **profesión de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	6.39	4	1.60	2.87	.023
En el Grupo	259.22	466	.56		
Total	265.61	470			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>						
Grupos:	1: Ama de casa	2: No cualificada	3: Cualificada	4: Técnico medio	5: Técnico superior	
Media	Grupos	1	2	3	4	5
1.84	1					
2.01	2					
1.86	3					
2.07	4					
1.47	5	*	*	*	*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

b) Influencia del nivel de estudios del padre

El nivel de estudios del padre ejerce un efecto significativo sobre la frecuencia de consumo de dulces y golosinas de las chicas de 11 a 15 años. Las chicas cuyos padres han realizado estudios primarios son las que consumen dulces más frecuentemente, mientras que las hijas de padres sin estudios son las que los consumen con menos frecuencia, siendo las diferencias entre estos grupos estadísticamente significativas (Tabla 93).

TABLA 93. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **dulces y golosinas** por el nivel de **estudios del padre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	11.26	4	2.82	2.91	.021
En el Grupo	420.44	434	.97		
Total	431.71	438			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos:	1: Sin estudios	2: Estudios primarios	3: Graduado escolar	4: Bachiller/F.P.	5: Carrera universitaria
Media	1.96	2.58	2.36	2.41	2.21
Grupos	1	2	3	4	5
		*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

c) Influencia del nivel de estudios de la madre

El nivel de estudios de la madre también influye significativamente sobre el consumo de dulces y golosinas. La prueba a posteriori indica que las chicas con madres sin estudios toman dulces con una frecuencia menor que las hijas de madres con estudios primarios y que las hijas de madres con estudios de bachiller o de formación profesional (Tabla 94).

TABLA 94. ANOVA y prueba de SNK para la variable frecuencia de consumo de **dulces y golosinas** por el nivel de **estudios de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>						
Fuentes	SC	GL	MC	F	p	
Entre Grupos	10.20	4	2.55	2.61	.035	
En el Grupo	430.27	441	.98			
Total	440.47	445				

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Sin estudios 2: Estudios primarios 3: Graduado escolar 4: Bachiller/F.P. 5: Carrera universitaria

Media	Grupos	1	2	3	4	5
1.96	1					
2.55	2	*				
2.27	3					
2.45	4	*				
2.33	5					

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

1.4.3. Influencia de las variables socioeconómicas en la alimentación sana

Las únicas variables socioeconómicas que ejercen un efecto significativo sobre algunas de las variables de alimentación sana son el tipo de centro y la profesión de la madre.

a) Influencia del tipo de centro

Los resultados de los análisis de varianza realizados indican que el tipo de centro tiene un efecto significativo sobre la frecuencia de consumo de lácteos como el yogur y el queso en los chicos (Tablas 95 y 96). Sin embargo, las pruebas a posteriori no revelan diferencias entre los distintos tipos de centro para estas variables.

TABLA 95. ANOVA para la variable frecuencia de consumo de **yogur** por el **tipo de centro**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	9.89	2	4.94	4.36	.013
En el Grupo	530.59	468	1.13		
Total	540.48	470			

TABLA 96. ANOVA para la variable frecuencia de consumo de **queso** por el **tipo de centro**.
CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	7.41	2	3.71	3.50	.031
En el Grupo	496.55	469	1.06		
Total	503.96	471			

b) Influencia de la profesión de la madre

Los análisis realizados indican que la profesión de la madre influye significativamente sobre la frecuencia de consumo de pescado en los chicos (Tabla 97). Sin embargo, la prueba de SNK no revela diferencias entre grupos.

TABLA 97. ANOVA para la variable frecuencia de consumo de **pescado** por la **profesión de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	6.17	4	1.54	2.60	.036
En el Grupo	278.28	469	.59		
Total	284.45	473			

1.4.4. Influencia de las variables socioeconómicas en la actividad física

De las variables socioeconómicas estudiadas, son la profesión de la madre y el nivel de estudios de la misma las que muestran un efecto significativo sobre varias variables referentes a la actividad física.

a) Influencia de la profesión de la madre

La profesión de la madre tiene un efecto significativo tanto sobre la intensidad de la práctica de deporte de las chicas, como sobre la frecuencia de práctica de actividad física por parte de las mismas (Tablas 98 y 99). Sin embargo, la prueba de SNK revela que no se establecen diferencias entre grupos respecto a la intensidad de la práctica de deporte, pero sí que se dan diferencias con respecto a la frecuencia de la práctica de actividad física. Así, las chicas con madres técnicos superiores practican actividad física con una frecuencia significativamente menor que las hijas de amas de casa, y de profesionales no cualificadas y cualificadas (Tabla 99).

TABLA 98. ANOVA para la variable **intensidad del deporte** por la **profesión de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	7.24	4	1.81	2.47	.045
En el Grupo	206.18	281	.73		
Total	213.41	285			

TABLA 99. ANOVA y prueba de SNK para la variable **frecuencia de la actividad física** por la **profesión de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	19.19	4	4.80	2.50	.042
En el Grupo	901.47	469	1.92		
Total	920.66	473			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Ama de casa 2: No cualificada 3: Cualificada 4: Técnico medio 5: Técnico superior

Media	Grupos	1	2	3	4	5
3.43	1					
3.24	2					
3.43	3					
3.00	4					
2.53	5	*	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

b) Influencia del nivel de estudios de la madre

El nivel de estudios de la madre ejerce una influencia significativa sobre la intensidad de la actividad física de los chicos, tal y como muestran los resultados del ANOVA (Tabla 100). Sin embargo, SNK no muestra diferencias entre pares de grupos con respecto a esta variable de actividad física.

TABLA 100. ANOVA para la variable **intensidad de la actividad física** por el nivel de **estudios de la madre**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	8.25	4	2.06	2.67	.032
En el Grupo	317.20	410	.77		
Total	325.45	414			

2. ANÁLISIS DEL ESTILO DE VIDA A TRAVÉS DE LOS ÍNDICES

2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO Y LA EDAD

A continuación se presentan, para cada curso y género, los estadísticos de tendencia central y la distribución de los índices de estilo de vida creados a partir de las variables específicas del estilo de vida. También se presenta el análisis correlacional de los índices entre sí para cada género.

2.1.1. Media y desviación típica de los índices

En la Tabla 101 se puede observar la media y desviación típica de cada uno de los índices creados. A modo indicativo cabe comentar que el rango de cada uno de los índices es de 1 a 6.

La media del índice de consumo de tabaco oscila entre 1.11 y 3.01 para los chicos y entre 1.10 y 3.57 para las chicas, observándose claramente que a partir de los 13 años la media de las chicas es superior a la de los chicos. La media del índice de consumo de alcohol adopta valores comprendidos entre 1.36 y 3.01 para los chicos y entre 1.08 y 3.14 para las chicas, observándose un aumento de la media con la edad. La media del índice de consumo de *cannabis* comprende valores entre 1.01 y 2.13 para los chicos y entre 1.00 y 1.76 para las chicas, siendo esta media más elevada conforme aumenta la edad (Tabla 101).

Con respecto a los índices de alimentación, la media del índice de alimentación insana oscila entre 3.20 y 3.34 para los chicos y entre 2.75 y 3.25 para las chicas, y la media del índice de alimentación sana adopta valores comprendidos entre 3.88 y 4.30 para los chicos y entre 3.79 y 4.17 para las chicas (Tabla 101).

La media del índice de práctica de deporte oscila entre 3.69 y 3.83 para los chicos y entre 2.30 y 3.21 para las chicas. Se observa que conforme aumenta la edad disminuye la media de práctica deportiva y que la media de las chicas es inferior a la de los chicos en todos los grupos de edad. Por último, la media del índice de actividad física varía entre 3.21 y 4.25 para los chicos y entre 2.87 y 3.91 para las chicas. Del mismo modo que sucedía con el índice de práctica de deporte se observa que, a medida que aumenta la edad disminuye la media del índice de actividad física y que los chicos obtienen medias superiores a las chicas en este índice (Tabla 101).

TABLA 101. Media y desviación típica de los índices

		6º EGB		8º EGB/2º ESO		2º BUP/4º ESO		2º FP-I	
		11 años		13 años		15 años		15 años	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Tabaco	CHICOS	1.11	.41	1.54	.95	2.27	1.54	3.01	1.84
	CHICAS	1.10	.43	1.82	1.07	3.11	1.79	3.57	1.89
Alcohol	CHICOS	1.36	.86	1.53	.82	2.74	1.51	3.01	1.61
	CHICAS	1.08	.36	1.64	.89	3.14	1.74	3.02	1.59
<i>Cannabis</i>	CHICOS	1.01	.17	1.09	.64	1.61	1.36	2.13	1.86
	CHICAS	1.00	.00	1.08	.49	1.76	1.56	1.67	1.48
Alimentación insana	CHICOS	3.34	1.36	3.20	1.23	3.29	1.14	3.26	1.17
	CHICAS	2.87	1.21	2.94	1.14	2.75	1.18	3.25	1.14
Alimentación sana	CHICOS	4.30	1.28	3.91	1.26	4.12	1.12	3.88	1.32
	CHICAS	4.03	1.29	3.92	1.27	4.17	1.30	3.79	1.37
Deporte	CHICOS	3.83	1.50	3.72	1.39	3.70	1.41	3.69	1.42
	CHICAS	3.21	1.47	2.63	1.50	2.38	1.54	2.30	1.50
Actividad física	CHICOS	4.25	1.30	3.82	1.40	3.29	1.08	3.21	1.58
	CHICAS	3.91	1.44	3.15	1.52	3.28	1.32	2.87	1.26

2.1.2. Índice de consumo de tabaco

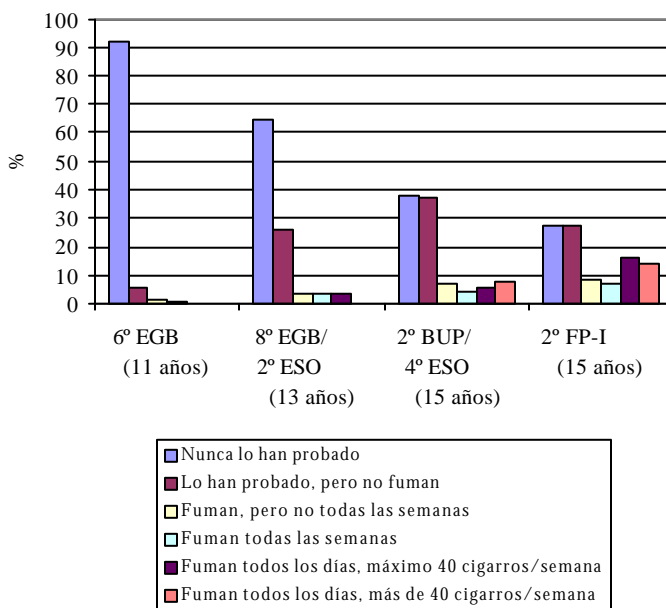
La *d* de Somers muestra una relación positiva y significativa entre el consumo de tabaco y el curso, tanto para los chicos como para las chicas; indicando, por tanto, que conforme aumenta la edad o curso académico aumenta el consumo de tabaco (Tabla 102).

En el Gráfico 81 podemos observar que, conforme aumenta la edad o el curso, disminuye el porcentaje de chicos que nunca han probado el tabaco. Así, mientras que a los 11 años el 92.1% de los chicos no ha probado el tabaco, a los 15 años este porcentaje pasa a ser del 37.9% en los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y del 27.1% en los estudiantes de 2º FP-I. Se observa, también, un claro aumento del porcentaje de chicos que han probado el tabaco pero no fuman. Este porcentaje pasa a ser del 5.8% a los 11 años, al 37.1% y al 27.1% a los 15 años, para estudiantes de 2º BUP/4º ESO y 2º FP-I respectivamente. Otro aumento notable es el que se produce entre los jóvenes que fuman a diario. Mientras que a los 11 años ningún chico fuma a diario, a los 15 años un 5.6% y un 16.5% de los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y de 2º FP-I, respectivamente, fuma a diario hasta 40 cigarrillos a la semana. Además, el 8.1% y el 14.1% de los alumnos de 2º BUP/4º ESO y de 2º FP-I, respectivamente, fuma a diario más de 40 cigarrillos semanales.

TABLA 102. Porcentajes del índice de consumo de **tabaco**

	CHICOS				CHICAS			
	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca lo han probado	92.1	64.8	37.9	27.1	92.4	48.9	21.4	18.8
Lo han probado, pero no fuman	5.8	25.6	37.1	27.1	6.9	32.8	32.1	22.9
Fuman, pero no todas las semanas	1.4	3.2	7.3	8.2	0.0	9.9	4.6	6.3
Fuman todas las semanas	0.7	3.2	4.0	7.1	0.0	4.6	10.7	6.3
Fuman todos los días, máximo 40 cigarros/semana	0.0	3.2	5.6	16.5	0.8	3.1	18.3	26.0
Fuman todos los días, más de 40 cigarros/semana	0.0	0.0	8.1	14.1	0.0	0.8	13.0	19.8
	<i>d</i> Somers = .42				<i>d</i> Somers = .51			
	p<.001				p<.001			

GRÁFICO 81. Frecuencia del índice de consumo de **tabaco**. CHICOS



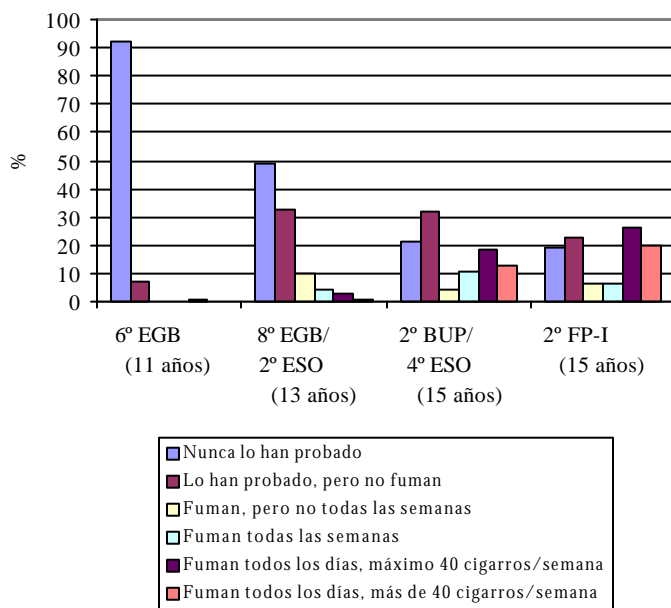
En el Gráfico 82 se observa que el descenso, con la edad, del porcentaje de chicas que nunca han probado el tabaco y el aumento de las que fuman a diario es aun más notable que en los chicos. Así, del 92.4% de chicas de 11 años que nunca han probado el tabaco se pasa al, aproximadamente, 20% de chicas de 15 años que nunca lo han probado. Por otra parte, mientras que a los 11 años sólo un 0.8% de las chicas fuma a diario, a los 15 años, un 18.3% de las estudiantes de 2° BUP/4° ESO y un 26% de las estudiantes de 2° FP-I lo hacen

a diario, aunque en cantidades que no superan los 40 cigarrillos a la semana. También a los 15 años, un 13% de las alumnas de 2º BUP/4º ESO y un 19.8% de las de 2º FP-I fuman a diario en cantidades superiores a los 40 cigarrillos a la semana.

2.1.3. Índice de consumo de alcohol

El valor de la d de Somers indica que, tanto en los chicos como en las chicas, se da

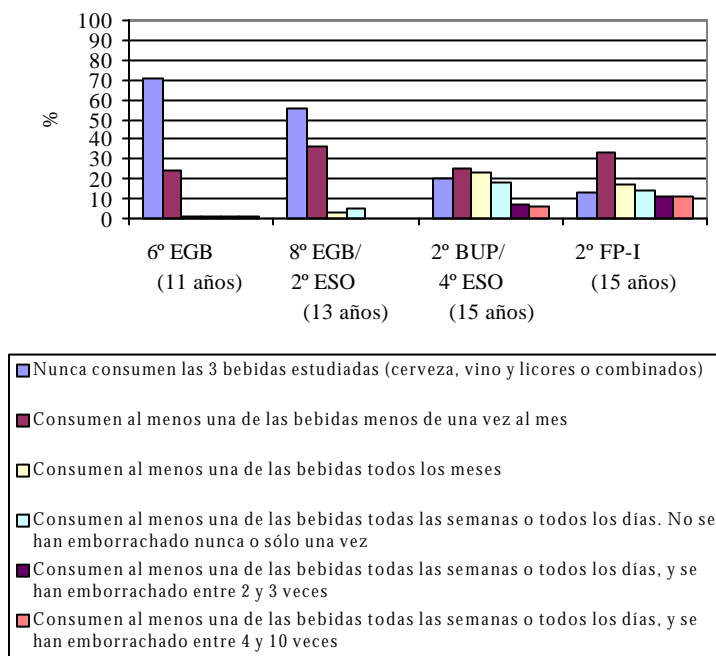
GRÁFICO 82. Frecuencia del índice de consumo de **tabaco**. CHICAS



una relación positiva entre el índice de consumo de alcohol y el curso. Por tanto, a medida que aumenta el curso o la edad aumenta también el consumo de alcohol entre los jóvenes de 11 a 15 años (Tabla 103).

Como puede observarse en el Gráfico 83, el porcentaje de chicos que nunca consume ninguna de las tres bebidas alcohólicas estudiadas (cerveza, vino y licores o combinados) desciende a medida que aumenta la edad, pasando del 70.9% a los 11 años, al 19.8% (2º BUP/4º ESO) y al 13.3% (2º FP-I) a los 15 años. Mientras que a los 13 años aparece un pequeño porcentaje de chicos que consumen al menos una de las bebidas de forma mensual o semanal, es a los 15 años cuando se incrementa notablemente el consumo mensual, el consumo semanal y los primeros episodios de embriaguez. También podemos observar que, el porcentaje de chicos de 15 años, que realizan un consumo semanal con episodios de embriaguez, es superior entre los estudiantes de 2º FP-I que entre los de 2º BUP/4º ESO.

GRÁFICO 83. Frecuencia del índice de consumo de **alcohol**. CHICOS



En el caso de las chicas, como puede observarse en el Gráfico 84, ocurre algo similar. Con la edad disminuye el porcentaje de chicas que no consumen bebidas alcohólicas. A los 13 años empiezan a aparecer pequeños porcentajes de chicas, inferiores al 10%, que consumen alcohol mensual y semanalmente, pero es a los 15 años cuando estos porcentajes alcanzan cotas más altas y aparecen los episodios de embriaguez. Cabe destacar que, a esta edad, el porcentaje de chicas que cursan 2º BUP/4º ESO que consumen alcohol semanalmente y que se han emborrachado entre 4 y 10 veces es superior al de las chicas de esta edad que cursan 2º FP-I.

GRÁFICO 84. Frecuencia del índice de consumo de **alcohol**. CHICAS

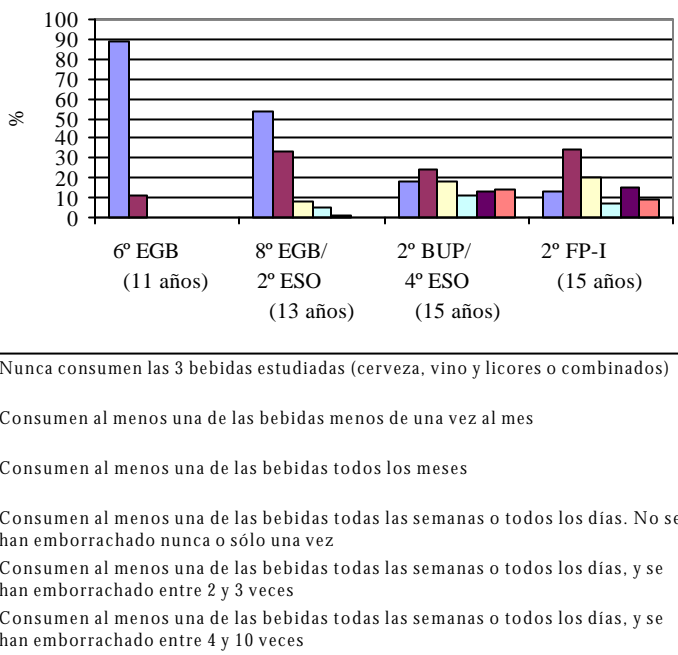


TABLA 103. Porcentajes del índice de consumo de **alcohol**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca consumen las 3 bebidas estudiadas (cerveza, vino y licores o combinados)	70.9	55.4	19.8	13.3	89.0	53.1	18.5	13.5
Consumen al menos una de las bebidas menos de una vez al mes	23.9	36.4	25.6	33.7	11.0	33.1	24.6	34.4
Consumen al menos una de las bebidas todos los meses	1.5	3.3	23.1	16.9	0.0	8.5	18.5	19.8
Consumen al menos una de las bebidas todas las semanas o todos los días, pero no se han emborrachado nunca o sólo lo han hecho una vez	1.5	5.0	18.2	14.5	0.0	4.6	10.8	7.3
Consumen al menos una de las bebidas todas las semanas o todos los días, y se han emborrachado entre 2 y 3 veces	1.5	0.0	7.4	10.8	0.0	0.8	13.1	15.6
Consumen al menos una de las bebidas todas las semanas o todos los días, y se han emborrachado entre 4 y 10 veces	0.7	0.0	5.8	10.8	0.0	0.0	14.6	9.4
	<i>d</i> Somers = .51				<i>d</i> Somers = .51			
	p<.001				p<.001			

2.1.4. Índice de consumo de *cannabis*

Existe una relación de dependencia entre el consumo de *cannabis* y el curso o la edad, tal y como indican los valores de la *d* de Somers. Conforme aumenta la edad o el curso académico aumenta el consumo de esta sustancia (Tabla 104).

TABLA 104. Porcentajes del índice de consumo de *cannabis*

	CHICOS				CHICAS			
	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca han probado	99.3	97.6	74.4	62.2	100.0	95.5	71.5	73.7
Lahan probado 1 ó 2 veces pero no han consumido en el último mes	0.0	0.8	12.8	9.8	0.0	3.0	12.3	10.5
Lahan probado 1 ó 2 veces y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces	0.7	0.0	2.4	3.7	0.0	0.8	3.1	5.3
Lahan probado más de 3 veces y en el último mes no han consumido	0.0	0.0	2.4	6.1	0.0	0.0	5.4	3.2
Lahan probado 3 veces o más y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces	0.0	0.0	2.4	6.1	0.0	0.8	7.7	7.4
Lahan probado 3 veces o más y en el último mes han consumido más de 3 veces	0.0	1.6	5.6	12.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	<i>d</i> Somers = .21				<i>d</i> Somers = .18			
	p<.001				p<.001			

Como puede observarse en el Gráfico 85, a los 11 y 13 años, la práctica totalidad de los chicos no han probado la *cannabis*. A los 15 años cerca de un 10% la han probado 1 ó 2 veces, pero no la han consumido durante el último mes. A esta edad, los porcentajes de consumo entre los chicos que cursan 2° BUP/4° ESO oscilan entre el 2.4% y el 5.6%, siendo el porcentaje más alto el de los que han probado la *cannabis* 3 veces o más y en el último mes la han consumido más de 3 veces. Estos porcentajes de consumo son superiores entre los chicos que cursan 2° FP-I, oscilando desde el 3.7% al 12.2%, siendo, de nuevo, el porcentaje más alto el de los que han probado la *cannabis* 3 veces o más y en el último mes la han consumido más de 3 veces.

En el Gráfico 86 podemos observar que, del mismo modo que ocurre con los chicos, a los 11 y 13 años casi la totalidad de las chicas no han probado la *cannabis*. Las chicas se inician en el consumo de esta sustancia a los 15 años. A esta edad el porcentaje más alto, cerca del 10%, lo componen las chicas que han probado la *cannabis* 1 ó 2 veces pero no la han consumido durante el último mes. Le sigue de cerca el porcentaje de chicas que la han probado 3 veces o más y en el último mes la han consumido más de 3 veces (cerca del 7%).

GRÁFICO 85. Frecuencia del índice de consumo de **cannabis**. CHICOS

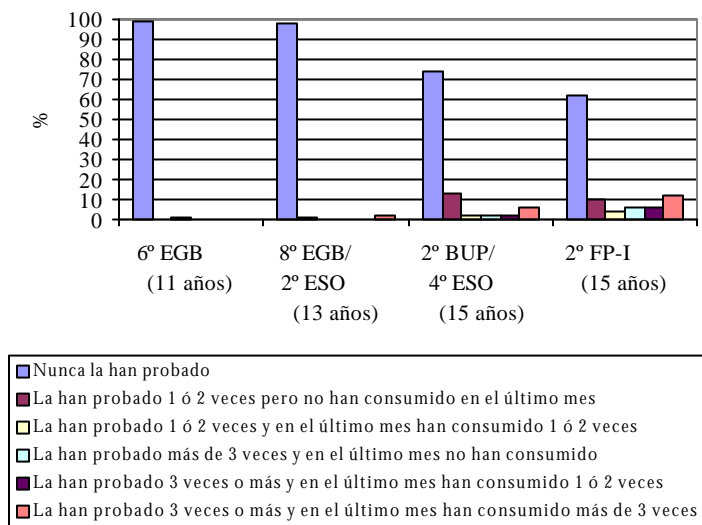
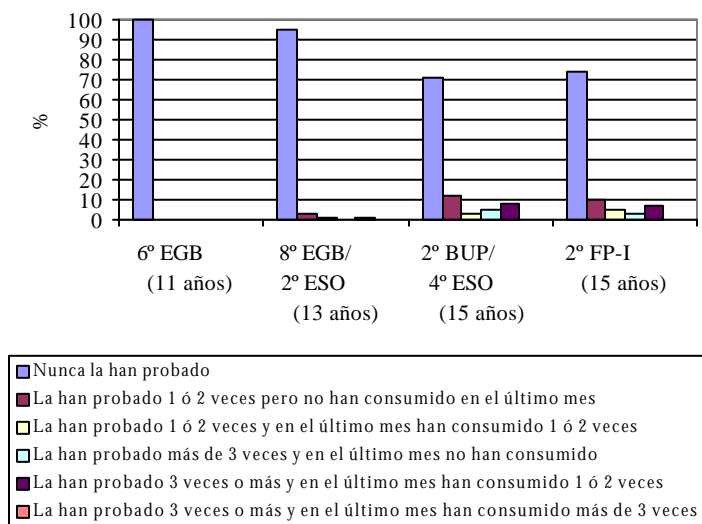


GRÁFICO 86. Frecuencia del índice de consumo de **cannabis** . CHICAS



2.1.5. Índice de consumo de alimentos sanos

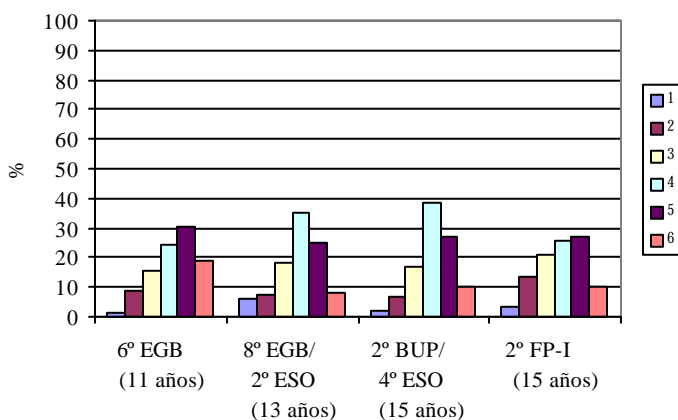
Los ínfimos valores obtenidos por la *d* de Somers indican que el consumo de alimentos sanos no depende del curso o la edad (Tabla 105).

TABLA 105. Porcentajes del índice de consumo de **alimentos sanos**

Niveles de frecuencia y variedad de consumo de alimentos sanos (de menor a mayor)	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
1	1.6	5.8	1.7	3.7	5.1	2.7	3.1	4.4
2	9.0	7.5	6.7	13.4	6.8	11.5	8.4	17.6
3	15.6	18.3	16.7	20.7	17.9	23.0	17.6	16.5
4	24.6	35.0	38.3	25.6	31.6	27.4	26.0	27.5
5	30.3	25.0	26.7	26.8	26.5	24.8	29.8	24.2
6	18.9	8.3	10.0	9.8	12.0	10.6	15.3	9.9
	<i>d Somers = -.08</i>				<i>n.s.</i>	<i>d Somers = -.02</i>		<i>n.s.</i>

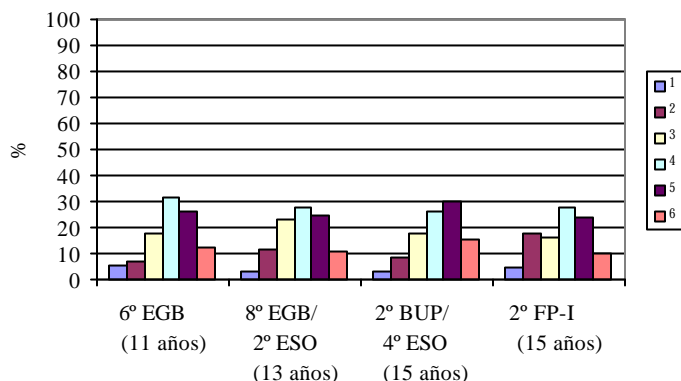
Las posibles puntuaciones de este índice son seis, de 1 a 6, de menor frecuencia y variedad de consumo de alimentos sanos a mayor frecuencia y variedad de consumo de alimentos sanos. En el Gráfico 87 podemos observar que las categorías 4 y 5 son las que agrupan al mayor porcentaje de chicos en todos los cursos. Entre los alumnos de 2º FP-I, la categoría 4 pierde terreno para cedérselo a las categorías 2 y 3, las cuales, en este grupo de chicos, alcanzan porcentajes superiores que en los otros cursos.

GRÁFICO 87. Frecuencia del índice de consumo de **alimentos sanos**. CHICOS



En el Gráfico 88 se aprecia que las categorías 4 y 5 también constituyen los mayores porcentajes respecto a la frecuencia y variedad de consumo de alimentos sanos en las chicas. También puede observarse que las chicas de 2º BUP/4º ESO son las que tienen un porcentaje ligeramente superior al resto de las chicas en la categoría 6.

GRÁFICO 88. Frecuencia del índice de consumo de **alimentos sanos**. CHICAS



2.1.6. Índice de consumo de alimentos insanos

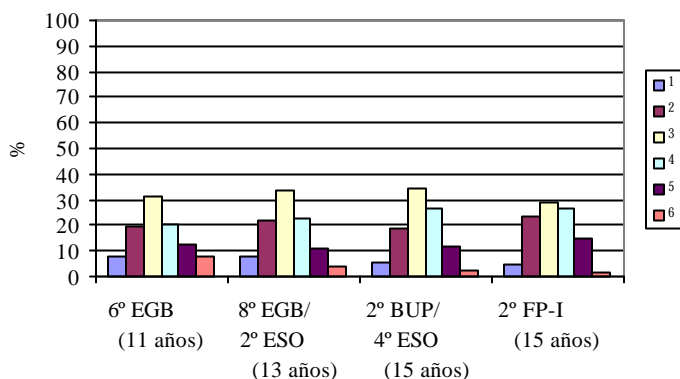
La *d* de Somers revela que el consumo de alimentos insanos entre los chicos y chicas de 11 a 15 años es independiente de la edad o curso académico (Tabla 106).

TABLA 106. Porcentajes del índice de consumo de **alimentos insanos**

Niveles de frecuencia y variedad de consumo de alimentos insanos (de menor a mayor)	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
1	8.2	7.5	5.2	5.0	11.6	8.3	15.7	6.5
2	19.7	21.7	19.0	23.8	32.1	32.5	28.3	18.5
3	31.1	33.3	34.5	28.8	26.8	24.2	29.9	33.7
4	20.5	22.5	26.7	26.3	17.9	28.3	18.1	27.2
5	12.3	10.8	12.1	15.0	10.7	5.0	7.1	13.0
6	8.2	4.2	2.6	1.3	0.9	1.7	0.8	1.1
<i>d</i> Somers = .00		n.s.		<i>d</i> Somers = .07		n.s.		

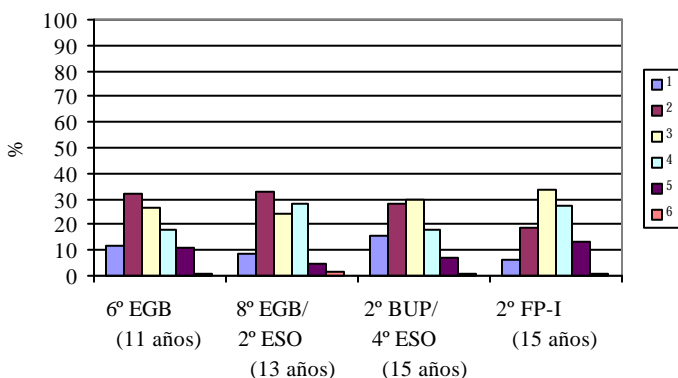
Del mismo modo que ocurre con el índice de consumo de alimentos sanos, el índice de consumo de alimentos insanos consta de 6 categorías, de 1 a 6, de menor a mayor frecuencia y variedad de consumo de alimentos insanos. La categoría 3 es la que alcanza los mayores porcentajes de chicos en todos los cursos. Le siguen las categorías 4 y 2 con porcentajes similares. Los menores porcentajes se dan en las categorías 1 y 6 (Gráfico 89).

GRÁFICO 89. Frecuencia del índice de consumo de **alimentos insanos**. CHICOS



Como puede observarse en el Gráfico 90, la categoría 2 de consumo de alimentos insanos es la que agrupa el mayor porcentaje de chicas de 11 y 13 años. A los 15 años es la categoría 3 la que representa el mayor porcentaje.

GRÁFICO 90. Frecuencia del índice de consumo de **alimentos insanos**. CHICAS



2.1.7. Índice de práctica de deporte

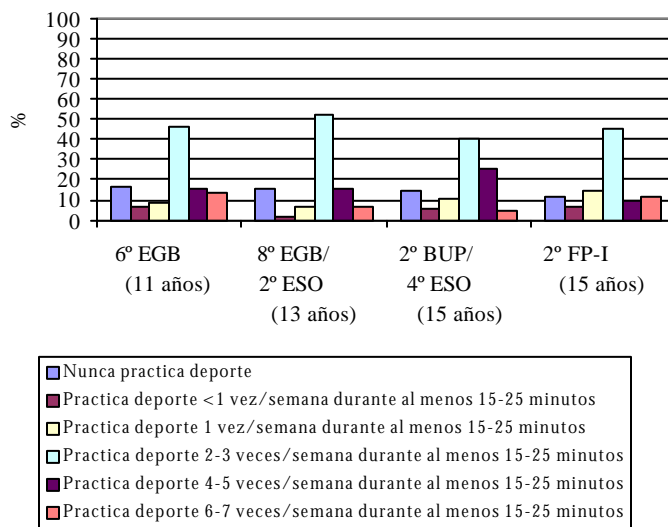
La *d* de Somers revela que el índice de práctica de deporte es independiente del curso o la edad en los chicos, pero no en las chicas. En éstas, el índice de deporte y el curso académico mantienen una relación significativa y negativa; indicando, así, que a medida que avanza el curso o la edad disminuye la práctica de deporte entre las chicas (Tabla 107).

TABLA 107. Porcentajes del índice de práctica de **deporte**

	CHICOS				CHICAS			
	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I	6º EGB	8º EGB/ 2º ESO	2º BUP/ 4º ESO	2º FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca practica deporte	16.2	15.4	14.0	12.0	26.0	41.2	49.6	50.0
Practica deporte <1 vez/semana durante al menos 15-25 minutos	0.7	2.4	5.8	7.2	3.3	5.3	7.9	7.6
Practica deporte 1 vez/semana durante al menos 15-25 minutos	8.8	7.3	10.7	14.5	8.9	9.9	8.7	15.2
Practica deporte 2-3 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	45.6	52.0	39.7	44.6	50.4	37.4	23.6	17.4
Practica deporte 4-5 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	15.4	15.4	24.8	9.6	8.1	5.3	9.4	8.7
Practica deporte 6-7 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	13.2	7.3	5.0	12.0	3.3	0.8	0.8	1.1
	<i>d Somers = -.04</i>				<i>n.s.</i>			
					<i>d Somers = -.17</i>			
					<i>p<.001</i>			

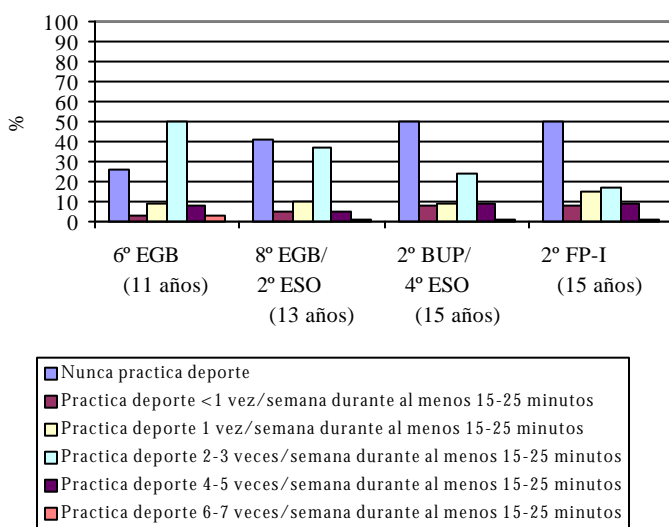
En el Gráfico 91 podemos observar que, entre, aproximadamente, el 40% y el 50% de los chicos practican deporte de 2 a 3 días a la semana durante al menos 15 ó 25 minutos. Del 12% al 16% no practican nunca deporte y del 5% al 13% practican deporte de 6 a 7 veces a la semana durante al menos 15 ó 25 minutos.

GRÁFICO 91. Frecuencia del índice de práctica de **deporte**. CHICOS



En el Gráfico 92 destaca que los mayores porcentajes de chicas corresponden a aquellas que nunca practican deporte y a las que lo hacen de 2 a 3 días a la semana. Además, conforme aumenta la edad aumenta también el porcentaje de chicas que nunca practican deporte, pasando de ser del 26% a los 11 años a ser del 50% a los 15 años. Por otra parte, con la edad decrece el porcentaje de chicas que realizan deporte de 2 a 3 días a la semana. Así pues, mientras que a los 11 años prácticamente la mitad de las chicas practica deporte con esta frecuencia, a los 15 años lo hace el 23.6% de las chicas que cursan 2º BUP/4º ESO y el 17.4% de las que cursan 2º FP-I.

GRÁFICO 92. Frecuencia del índice de práctica de **deporte**. CHICAS



2.1.8. Índice de práctica de actividad física

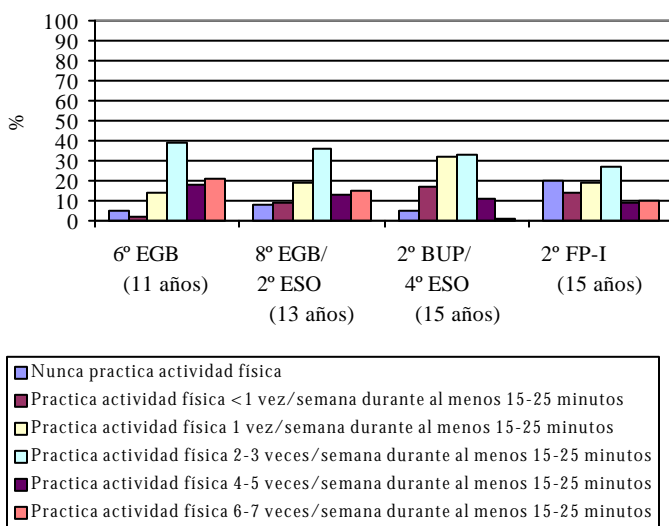
Los valores de la *d* de Somers indican que entre la edad o el curso y la práctica de actividad física existe una relación negativa y significativa, tanto para los chicos como para las chicas que componen la muestra de este estudio (Tabla 108).

En el Gráfico 93 podemos observar que, con la edad, disminuye el porcentaje de chicos que realizan actividad física de 2 a 3 veces a la semana, pasando del 39.2%, a los 11 años, al 33% y al 26.9% correspondientes a los chicos de 15 años que cursan 2º BUP/4º ESO y 2º FP-I, respectivamente. Cabe destacar que el porcentaje de chicos que practica actividad física 1 vez a la semana y menos de 1 vez a la semana aumenta con la edad, alcanzando los mayores porcentajes entre los chicos de 15 años que estudian 2º BUP/4º ESO. En estos chicos también se da el menor porcentaje de practica de actividad física durante 6 ó 7 días a la semana (0.9%) mientras que el porcentaje más alto se da entre los chicos de 11 años (20.8%).

TABLA 108. Porcentajes del índice de práctica de **actividad física**

	CHICOS				CHICAS			
	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I	6° EGB	8° EGB/ 2° ESO	2° BUP/ 4° ESO	2° FP-I
	11 años	13 años	15 años	15 años	11 años	13 años	15 años	15 años
Nunca practica actividad física	5.4	7.6	5.5	20.5	8.9	24.1	15.7	22.9
Practica actividad física <1 vez/semana durante al menos 15-25 minutos	2.3	9.2	17.4	14.1	5.4	7.8	10.7	10.8
Practica actividad física 1 vez/semana durante al menos 15-25 minutos	13.8	19.3	32.1	19.2	22.3	20.7	18.2	28.9
Practica actividad física 2-3 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	39.2	36.1	33.0	26.9	28.6	29.3	43.8	31.3
Practica actividad física 4-5 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	18.5	12.6	11.0	9.0	18.8	12.9	8.3	6.0
Practica actividad física 6-7 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	20.8	15.1	0.9	10.3	16.1	5.2	3.3	0.0
	<i>d Somers = -.26</i>				<i>p<.001</i>			
					<i>d Somers = -.18</i>			
					<i>p<.001</i>			

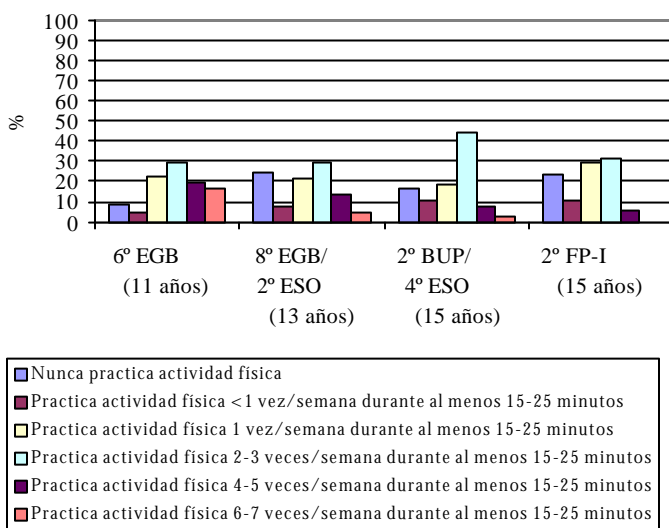
GRÁFICO 93. Frecuencia del índice de práctica de **actividad física**. CHICOS



En el Gráfico 94 destaca que, con la edad, disminuye considerablemente el porcentaje de chicas que practican actividad física de 4 a 7 días a la semana. Por el contrario, aumenta el porcentaje de chicas que no realiza nunca actividad física, pasando del 8.9%, a los 11 años, al 24.1%, a los 13 años, y al 22.9% de las chicas de 15 años que estudian formación profesional. También aumenta ligeramente el porcentaje de chicas que

practican actividad física menos de 1 vez a la semana, pasando de, aproximadamente, el 5% a los 11 años, al 10% a los 15 años. Cabe destacar que los porcentajes más elevados se dan entre las chicas que practican actividad física de 2 a 3 veces a la semana, alcanzando este porcentaje sus cotas más altas entre las chicas de 2º BUP/4º ESO (43.8%).

GRÁFICO 94. Frecuencia del índice de práctica de **actividad física**. CHICAS



2.1.9. Correlaciones entre los índices

En las Tablas 109 y 110 podemos observar que los índices que presentan correlaciones más altas entre sí, tanto en los chicos como en las chicas, son los de consumo de tabaco, de alcohol y de *cannabis*, que correlacionan positiva y significativamente.

En los chicos, el índice de alimentación insana correlaciona positivamente con los de consumo de alcohol, alimentación sana y actividad física; mientras que en las chicas correlaciona positivamente con los índices de consumo de tabaco y de alcohol. Por su parte, en los chicos, el índice de alimentación sana presenta una correlación positiva con los índices de deporte y de actividad física. En las chicas, el índice de alimentación sana no correlaciona significativamente con el resto de los índices. En los chicos, el índice de actividad física correlaciona negativamente con los índices de consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, mientras que en las chicas tanto el índice de deporte como el índice de actividad física correlacionan negativamente con los índices de consumo de sustancias (Deporte correlaciona negativamente con tabaco, alcohol y *cannabis*. Actividad física correlaciona negativamente con alcohol y *cannabis*). Por último, tanto en los chicos como en las chicas, los índices de deporte y de actividad física correlacionan positivamente entre sí (Tablas 109 y 110).

TABLA 109. Correlaciones Rho de Spearman entre los índices. CHICOS

	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	A. INSANA	A. SANA	DEPORTE	AC. FISICA
TABACO	-						
ALCOHOL	.61**	-					
CANNABIS	.57**	.50**	-				
A. INSANA	.03	.17**	.04	-			
A. SANA	-.08	-.04	-.04	.17**	-		
DEPORTE	-.05	.01	-.02	.09	.18**	-	
AC. FISICA	-.19**	-.17**	-.15**	.18**	.20**	.16**	-

** p<.01

TABLA 110. Correlaciones Rho de Spearman entre los índices. CHICAS

	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	A. INSANA	A. SANA	DEPORTE	AC. FISICA
TABACO	-						
ALCOHOL	.65**	-					
CANNABIS	.56**	.47**	-				
A. INSANA	.15**	.19**	.07	-			
A. SANA	-.07	-.02	-.02	-.04	-		
DEPORTE	-.19**	-.16**	-.19**	-.06	.09	-	
AC. FISICA	-.07	-.10*	-.10*	.04	.08	.26**	-

** p<.01

2.2. ANÁLISIS DIFERENCIAL POR GÉNERO Y CURSO

Los resultados del MANOVA mostraron que los efectos multivariados de la interacción género-curso, del género y del curso eran significativos. Por tanto, podemos decir que existen diferencias significativas en cuanto a los índices de estilo de vida en función de la interacción del género y el curso o la edad, en función del género y en función del curso o edad de los adolescentes (Tabla 111).

TABLA 111. MANOVA género x curso de los índices de estilo de vida

Efecto	Wilks	F	GL	P	Phillais	F	p
Género x Curso	.93	2.69	21	<.001	.08	2.68	<.001
Género	.81	19.42	7	<.001	.16	19.42	<.001
Curso	.58	20.27	21	<.001	.44	17.74	<.001

En la Tabla 112 podemos observar que existe un efecto significativo de la interacción del género y la edad o curso en los índices de consumo de tabaco y de consumo de *cannabis*.

TABLA 112. Efecto de la interacción género x curso en los índices de estilo de vida

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Consumo de tabaco	16.54	3	5.51	3.10	.026
Consumo de alcohol	8.77	3	2.92	1.90	.129
Consumo de <i>cannabis</i>	12.99	3	4.33	3.47	.016
Consumo de alimentos insanos	10.12	3	3.37	2.35	.071
Consumo de alimentos sanos	1.69	3	.57	.36	.783
Práctica de deporte	14.57	3	4.86	2.27	.079
Práctica de actividad física	12.67	3	4.22	2.33	.073

Se observa que el consumo de tabaco, entre los jóvenes de 11 a 15 años, aumenta con la edad; sin embargo, el incremento es aun mayor en el caso de las chicas. A partir de los 13 años, las chicas ya fuman más que los chicos, y esta diferencia es mayor a medida que aumenta la edad (Gráfico 95 y Tabla 113). Respecto al consumo de *cannabis*, se observa que de los 13 a los 15 años se produce un notable incremento en su consumo, tanto en los chicos como en las chicas. A los 15 años, las chicas que cursan 2° BUP/4° ESO presentan un consumo ligeramente superior al de los chicos del mismo curso académico. Se puede apreciar también que, a los 15 años, existen marcadas diferencias respecto al consumo de *cannabis* entre los chicos que estudian 2° BUP/4° ESO y los que estudian 2° FP-I, siendo estos últimos los que consumen esta sustancia en mayor medida.

Estas diferencias no se dan entre las chicas, es más, las chicas que cursan 2° FP-I presentan un consumo ligeramente inferior al de las chicas que cursan 2° BUP/4° ESO. Es por esto, que en 2° FP-I los chicos presentan un consumo de *cannabis* muy superior al de las chicas (Gráfico 96 y Tabla 113).

TABLA 113. Efecto interacción género x edad en los índices de estilo de vida

		6° EGB		8° EGB/ 2° ESO		2° BUP/ 4° ESO		2° FP-I	
		11 años		13 años		15 años		15 años	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Tabaco	Chicos	1.11	.41	1.54	.95	2.27	1.54	3.01	1.84
	Chicas	1.10	.43	1.82	1.07	3.11	1.79	3.57	1.89
Alcohol	Chicos	1.36	.86	1.53	.82	2.74	1.51	3.01	1.61
	Chicas	1.08	.36	1.64	.89	3.14	1.74	3.02	1.59
<i>Cannabis</i>	Chicos	1.01	.17	1.09	.64	1.61	1.36	2.13	1.86
	Chicas	1.00	.00	1.08	.49	1.76	1.56	1.67	1.48
Alimentos insanos	Chicos	3.34	1.36	3.20	1.23	3.29	1.14	3.26	1.17
	Chicas	2.87	1.21	2.94	1.14	2.75	1.18	3.25	1.14
Alimentos sanos	Chicos	4.30	1.28	3.91	1.26	4.12	1.12	3.88	1.32
	Chicas	4.03	1.29	3.92	1.27	4.17	1.30	3.79	1.37
Deporte	Chicos	3.83	1.50	3.72	1.39	3.70	1.41	3.69	1.42
	Chicas	3.21	1.47	2.63	1.50	2.38	1.54	2.30	1.50
Actividad física	Chicos	4.25	1.30	3.82	1.40	3.29	1.08	3.21	1.58
	Chicas	3.91	1.44	3.15	1.52	3.28	1.32	2.87	1.26

GRÁFICO 95. Interacción Género x Curso en el consumo de **tabaco**

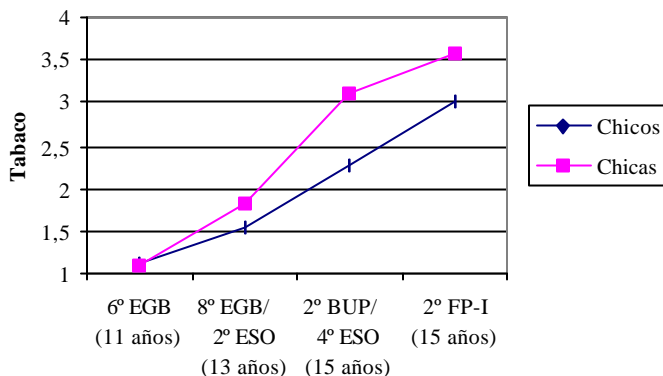
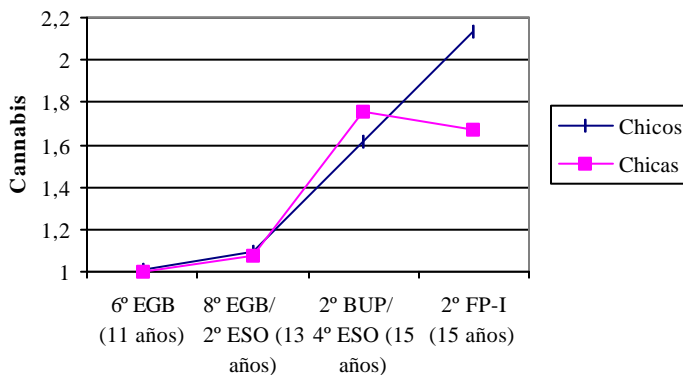


GRÁFICO 96. Interacción Género x Curso en el consumo de **cannabis**



Los test univariados mostraron que en los índices de consumo de alimentos insanos, práctica de deporte y práctica de actividad física. Los chicos muestran índices (Tabla 114).

el efecto del género era significativo en los índices de consumo de alimentos insanos, práctica de deporte y práctica de actividad física. Los chicos muestran puntuaciones más altas en cada uno de estos índices (Tabla 114).

TABLA 114. Efecto univariado del género en los índices de estilo de vida

	Media Chicos	DT	Media Chicas	DT	F	p
Alimentos insanos	3.27	1.23	2.93	1.18	14.57	.000
Deporte	3.74	1.43	2.65	1.54	81.59	.000
Actividad Física	3.71	1.39	3.33	1.44	9.22	.002

Los test univariados mostraron la existencia de diferencias significativas por curso en los índices de consumo de alcohol, consumo de alimentos sanos, práctica de deporte y práctica de actividad física (Tabla 115).

TABLA 115. Efecto univariado del curso en los índices de estilo de vida

	Media 6º EGB	DT	Media 8º EGB/ 2º ESO	DT	Media 2º BUP/ 4º ESO	DT	Media 2º FP-I	DT	F	p
	11 años		13 años		15 años		15 años			
Alcohol	1.22	.68	1.59	.86	2.95	1.64	3.02	1.60	93.31	.000
Alimentos sanos	4.17	1.29	3.91	1.26	4.14	1.21	3.83	1.34	4.01	.008
Deporte	3.54	1.52	3.15	1.54	3.02	1.62	2.96	1.61	4.86	.002
Actividad Física	4.10	1.37	3.49	1.50	3.29	1.21	3.03	1.43	19.69	.000

Se realizaron pruebas a posteriori con el estadístico de Student-Newman-Keuls para saber entre qué cursos se daban esas diferencias. La prueba de SNK indica la existencia de diferencias significativas respecto al consumo de alcohol entre el grupo de 11 años y el resto de los grupos y, también, entre el grupo de 13 años y los demás grupos. Estas diferencias reflejan que a mayor edad se produce un mayor consumo de alcohol entre los adolescentes (Tabla 116).

TABLA 116. Prueba de SNK para el índice consumo de **alcohol** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	617.24	3	205.75	143.43	.000
En el Grupo	1345.56	938	1.43		
Total	1962.80	941			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>					
Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	Grupos	1	2	3	4
1.22	1				
1.59	2	*			
2.95	3	*	*		
3.02	4	*	*		

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

Respecto al consumo de alimentos sanos, la prueba de SNK señala que los estudiantes de 2º FP-I consumen significativamente menos alimentos sanos que los de 6º EGB y los de 2º BUP/4º ESO (Tabla 117).

TABLA 117. Prueba de SNK para el índice consumo de **alimentos sanos** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	17.62	3	5.87	3.63	.013
En el Grupo	1444.56	892	1.62		
Total	1462.19	895			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>					
Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	Grupos	1	2	3	4
4.17	1				
3.91	2				
4.14	3				
3.83	4	*		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

Las pruebas a posteriori también nos indican que los jóvenes de 11 años realizan más deporte y más actividad física que el resto de jóvenes de edades superiores que componen la muestra de nuestro estudio. Además, los jóvenes de 13 años realizan significativamente más actividad física que los jóvenes de 15 años que estudian 2º FP-I (Tablas 118 y 119).

TABLA 118. Prueba de SNK para el índice práctica de **deporte** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	47.54	3	15.85	6.44	.000
En el Grupo	2293.99	932	2.46		
Total	2341.53	935			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>					
Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	Grupos	1	2	3	4
3.54	1				
3.15	2	*			
3.02	3	*			
2.96	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 119. Prueba de SNK para el índice práctica de **actividad física** entre los cuatro cursos de la muestra

ANÁLISIS DE VARIANZA					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	131.22	3	43.74	23.02	.000
En el Grupo	1641.44	864	1.90		
Total	1772.67	867			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: 6º EGB (11 años) 2: 8º EGB/2º ESO (13 años) 3: 2º BUP/4º ESO (15 años) 4: 2º FP-I (15 años)

Media	Grupos	1	2	3	4
4.10	1				
3.49	2	*			
3.29	3	*			
3.03	4	*	*		

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

2.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

En este apartado se presenta la distribución de los índices de estilo de vida para cada una de las variables socioeconómicas en las que aparecen diferencias significativas entre grupos. La presentación, en el apartado 2.1., de la distribución de cada uno de los índices por curso para cada género, nos permite obviar la distribución de los índices por variables socioeconómicas que no permiten establecer diferencias entre grupos.

2.3.1. Consumo de tabaco

Los análisis realizados muestran que, en el caso de los chicos, el consumo de tabaco está significativamente relacionado con el tipo de centro en el que estudian (Tabla 120).

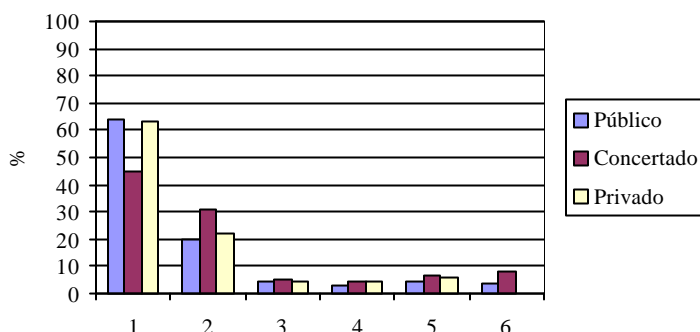
TABLA 120. Porcentajes del índice de consumo de **tabaco** por **tipo de centro**. CHICOS

	Público	Concertado	Privado
Nunca lo han probado	63.9	45.1	63.3
Lo han probado, pero no fuman	19.9	31.1	22.4
Fuman, pero no todas las semanas	4.6	4.9	4.1
Fuman todas las semanas	3.0	4.1	4.1
Fuman todos los días, máximo 40 cigarrillos/semana	4.6	6.6	6.1
Fuman todos los días, más de 40 cigarrillos/semana	4.0	8.2	0.0

d Somers = .14 P < .01

En el Gráfico 97 podemos observar que el porcentaje más bajo de chicos que nunca han probado el tabaco se da entre los alumnos de centros concertados; en concreto, este porcentaje es del 45%, mientras que los porcentajes de alumnos de centros públicos y privados que nunca han probado el tabaco son aproximadamente del 63%. Cabe destacar también que los alumnos de centros concertados son los que en mayor medida fuman a diario más de 40 cigarrillos semanales.

GRÁFICO 97. Índice de consumo de **tabaco** por **tipo de centro**. CHICOS



- 1: Nunca lo han probado
- 2: Lo han probado, pero no fuman
- 3: Fuman, pero no todas las semanas
- 4: Fuman todas las semanas
- 5: Fuman todos los días, máximo 40 cigarrillos/semana
- 6: Fuman todos los días, más de 40 cigarrillos/semana

La *d* de Somers revela que, en las chicas, el consumo de tabaco está positiva y significativamente relacionado con el nivel de estudios del padre y de la madre; señalando, por tanto, que a mayor nivel educativo de los padres se produce un mayor consumo de tabaco entre sus hijas (Tablas 121 y 122).

En el Gráfico 98 podemos observar que, en general, a medida que aumenta el nivel de estudios del padre disminuye el porcentaje de chicas que nunca han probado el tabaco. Cabe destacar que las hijas de padres sin estudios y de padres con estudios universitarios son las que más fuman a diario menos de 40 cigarrillos semanales; además, éstas últimas son, también, las que más fuman a diario más de 40 cigarrillos semanales.

El Gráfico 99 muestra que, conforme aumenta el nivel de estudios de la madre, también disminuye el porcentaje de chicas que nunca han probado el tabaco y aumenta el de las que lo han probado pero no fuman. Además, a medida que aumenta el nivel de estudios de la madre, aumenta ligeramente el porcentaje de chicas que fuman a diario. Así, se observa que son las hijas de madres universitarias las que en mayor medida fuman a diario menos de 40 cigarrillos semanales, y las hijas de madres con estudios de bachiller o de formación profesional las que en mayor medida fuman a diario más de 40 cigarrillos a la semana.

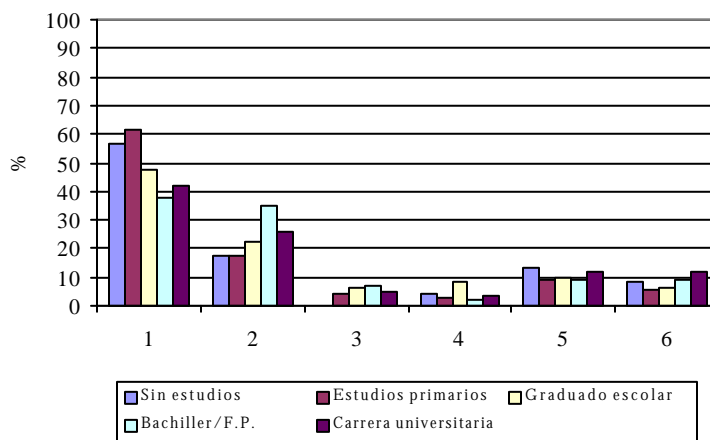
TABLA 121. Porcentajes del índice de consumo de **tabaco** por **estudios del padre**. CHICAS

	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P	Carrera universitaria
Nunca lo han probado	56.5	61.2	47.8	37.5	41.7
Lo han probado, pero no fuman	17.4	17.4	22.4	35.2	26.2
Fuman, pero no todas las semanas	0.0	4.1	6.0	6.8	4.8
Fuman todas las semanas	4.3	2.5	8.2	2.3	3.6
Fuman todos los días, máximo 40 cigarrillos/semana	13.0	9.1	9.7	9.1	11.9
Fuman todos los días, más de 40 cigarrillos/semana	8.7	5.8	6.0	9.1	11.9
<i>d Somers = .11</i>		<i>p < .01</i>			

TABLA 122. Porcentajes del índice de consumo de **tabaco** por **estudios de la madre**. CHICAS

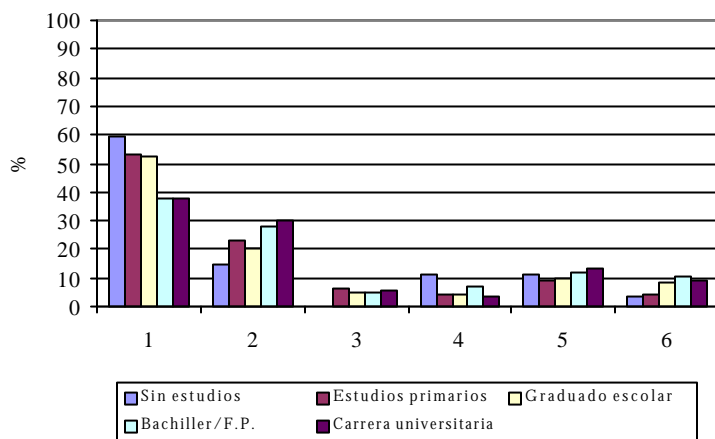
	Sin estudios	Estudios primarios	Graduado escolar	Bachiller/F.P	Carrera universitaria
Nunca lo han probado	59.3	53.2	52.4	37.6	37.7
Lo han probado, pero no fuman	14.8	23.4	20.6	28.2	30.2
Fuman, pero no todas las semanas	0.0	6.5	4.7	4.7	5.7
Fuman todas las semanas	11.1	4.0	4.1	7.1	3.8
Fuman todos los días, máximo 40 cigarrillos/semana	11.1	8.9	10.0	11.8	13.2
Fuman todos los días, más de 40 cigarrillos/semana	3.7	4.0	8.2	10.6	9.4
<i>d Somers = .11</i>		<i>p < .01</i>			

GRÁFICO 98. Índice de consumo de **tabaco** por **estudios del padre**. CHICAS



- 1: Nunca lo han probado
- 2: Lo han probado, pero no fuman
- 3: Fuman, pero no todas las semanas
- 4: Fuman todas las semanas
- 5: Fuman todos los días, máximo 40 cigarrillos/semana
- 6: Fuman todos los días, más de 40 cigarrillos/semana

GRÁFICO 99. Índice de consumo de tabaco por estudios de la madre. CHICAS



- 1: Nunca lo han probado
 2: Lo han probado, pero no fuman
 3: Fuman, pero no todas las semanas
 4: Fuman todas las semanas
 5: Fuman todos los días, máximo 40 cigarrillos/semana
 6: Fuman todos los días, más de 40 cigarrillos/semana

2.3.2. Consumo de alcohol

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al consumo de alcohol en función de las variables socioeconómicas estudiadas.

2.3.3. Consumo de *cannabis*

El valor de la *d* de Somers señala que, entre el consumo de *cannabis* de los chicos y la profesión del padre existe una relación negativa y significativa, indicando así que conforme los padres desempeñan una profesión más técnica, los hijos consumen menos *cannabis* (Tabla 123).

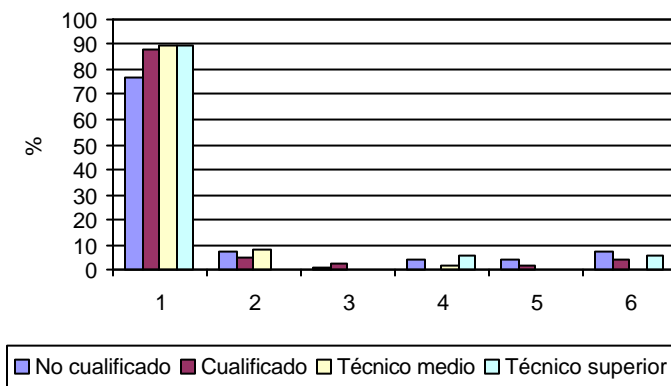
TABLA 123. Porcentajes del índice de consumo de *cannabis* por profesión del padre. CHICOS

	No cualificado	Cualificado	Técnico medio	Técnico superior
Nunca lo han probado	76.3	87.7	89.8	89.5
Lohan probado 1 ó 2 veces pero no han consumido en el último mes	7.2	4.5	8.2	0.0
Lohan probado 1 ó 2 veces y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces	1.0	2.1	0.0	0.0
Lohan probado más de 3 veces y en el último mes no han consumido	4.1	0.4	2.0	5.3
Lohan probado 3 veces o más y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces	4.1	1.6	0.0	0.0
Lohan probado 3 veces o más y en el último mes han consumido más de 3 veces	7.2	3.7	0.0	5.3
<i>d</i> Somers = -.07		P < .05		

En el Gráfico 100 puede observarse que los hijos de padres con profesiones que requieren un mayor grado de tecnificación son los que en mayor medida nunca han probado la *cannabis*. Destaca también que a medida que aumenta el nivel de la profesión del padre,

disminuye el porcentaje de chicos que han probado la *cannabis* más de 3 veces y en el último mes la han consumido 1 ó 2 veces. Sin embargo, cabe destacar que los hijos de técnicos superiores son, después de los hijos de padres con profesiones no cualificadas, los que en mayor medida han probado la *cannabis* y la han consumido más de 3 veces en el último mes.

GRÁFICO 100. Índice de consumo de **cannabis** por **profesión del padre**. CHICOS



- 1: Nunca la han probado
- 2: La han probado 1 ó 2 veces pero no han consumido en el último mes
- 3: La han probado 1 ó 2 veces y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces
- 4: La han probado más de 3 veces y en el último mes no han consumido
- 5: La han probado 3 veces o más y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces
- 6: La han probado 3 veces o más y en el último mes han consumido más de 3 veces

2.3.4. Consumo de alimentos insanos

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al consumo de alimentos insanos en función de las variables socioeconómicas estudiadas.

2.3.5. Consumo de alimentos sanos

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al consumo de alimentos sanos en función de las variables socioeconómicas estudiadas.

2.3.6. Práctica de deporte

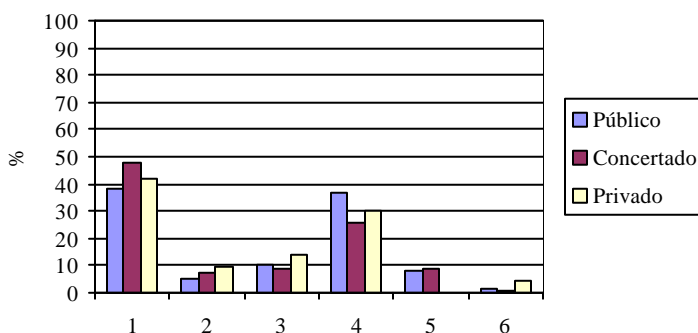
Entre la práctica de deporte en las chicas y el tipo de centro en el que estudian existe una relación significativa, según indica el estadístico *d* de Somers (Tabla 124).

TABLA 124. Porcentajes del índice de práctica de **deporte** por **tipo de centro**. CHICAS

	Público	Concertado	Privado
Nunca practica deporte	38.5	47.9	41.9
Practica deporte <1 vez/semana durante al menos 15-25 minutos	4.9	7.4	9.3
Practica deporte 1 vez/semana durante al menos 15-25 minutos	10.4	9.1	14.0
Practica deporte 2-3 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	36.6	25.6	30.2
Practica deporte 4-5 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	8.4	9.1	0.0
Practica deporte 6-7 veces/semana durante al menos 15-25 minutos	1.3	0.8	4.7
<i>d Somers = -.10</i>		<i>P<.05</i>	

En el Gráfico 101 se observa que las chicas que cursan sus estudios en centros concertados son las que en mayor medida nunca hacen deporte; sin embargo, estas chicas son también las que componen el porcentaje más alto de chicas que practican deporte de 4 a 5 veces a la semana. Las chicas que estudian en centros públicos son las que en menor medida nunca hacen deporte y las que en mayor medida lo practican de 2 a 3 veces a la semana. Por último, las alumnas de centros privados destacan por ser las que en mayor medida practican deporte una vez a la semana y, también, por ser las que en mayor medida practican deporte de 6 a 7 veces a la semana.

GRÁFICO 101. Índice de práctica de **deporte** por **tipo de centro**. CHICAS



- 1: Nunca la han probado
- 2: La han probado 1 ó 2 veces pero no han consumido en el último mes
- 3: La han probado 1 ó 2 veces y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces
- 4: La han probado más de 3 veces y en el último mes no han consumido
- 5: La han probado 3 veces o más y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces
- 6: La han probado 3 veces o más y en el último mes han consumido más de 3 veces

2.3.7. Práctica de actividad física

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la práctica de actividad física en función de las variables socioeconómicas estudiadas.

2.4. ANÁLISIS DIFERENCIAL POR VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

En este apartado se presenta la relación de variables socioeconómicas que influyen significativamente sobre los índices de estilo de vida en los adolescentes de entre 11 y 15 años.

2.4.1. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de tabaco

a) *Influencia del tipo de centro*

Los ANOVAs realizados nos informan de que el índice de consumo de tabaco está relacionado con el tipo de centro tanto en los chicos como en las chicas (Tablas 125 y 126). En el caso de los chicos, la prueba a posteriori de SNK indica que los chicos que estudian en centros concertados fuman significativamente más que aquellos que estudian en centros públicos y privados (Tabla 125).

TABLA 125. ANOVA y prueba de SNK para el índice de consumo de **tabaco** por el **tipo de centro**. CHICOS

ANÁLISIS DE VARIANZA					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	18.91	2	9.46	4.86	.008
En el Grupo	914.96	470	1.95		
Total	933.87	472			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.76	1			
2.20	2	*		
1.67	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

Entre las chicas sólo se establecen diferencias significativas entre las que estudian en centros concertados y las que lo hacen en centros privados, siendo las primeras las que consumen más tabaco (Tabla 126).

TABLA 126. ANOVA y prueba de SNK para el índice de consumo de **tabaco** por el **tipo de centro**.
CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	18.11	2	9.05	3.21	.041
En el Grupo	1370.13	486	2.82		
Total	1388.23	488			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
2.27	1			
2.59	2			
1.91	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

2.4.2. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de alcohol

a) *Influencia del tipo de centro*

Los análisis de varianza realizados señalan que el tipo de centro donde estudian los jóvenes de entre 11 y 15 años, influye significativamente sobre el consumo de alcohol, tanto de los chicos como de las chicas (Tablas 127 y 128).

Según la prueba de SNK, los chicos que estudian en centros concertados consumen alcohol a un nivel significativamente superior que los chicos que estudian en centros privados (Tabla 127). En el caso de las chicas, existen diferencias entre las estudiantes de todos los distintos tipos de centro, siendo las estudiantes de centros concertados las que consumen alcohol en mayor medida, seguidas por las estudiantes de centros públicos. Las alumnas de centros privados son las que menos alcohol consumen (Tabla 128).

TABLA 127. ANOVA y prueba de SNK para el índice de consumo de **alcohol** por el **tipo de centro**.
CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	14.52	2	7.26	3.76	.024
En el Grupo	912.46	470	1.93		
Total	926.98	472			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
2.03	1			
2.31	2			
1.69	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 128. ANOVA y prueba de SNK para el índice de consumo de **alcohol** por el **tipo de centro**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	41.35	2	20.67	9.13	.000
En el Grupo	1106.99	489	2.26		
Total	1148.33	491			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
2.09	1			
2.58	2	*		
1.54	3	*	*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

b) Influencia del nivel de estudios del padre

Además del tipo de centro, el nivel de estudios del padre también influye sobre el consumo de alcohol de los chicos. Así pues, los hijos de padres sin estudios son los que manifiestan un menor consumo de alcohol, diferenciándose significativamente del resto de los chicos, tal y como indica SNK (Tabla 129).

TABLA 129. ANOVA y prueba de SNK para el índice consumo de **alcohol** por el nivel de **estudios del padre**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	19.18	4	4.79	2.53	.040
En el Grupo	835.31	441	1.89		
Total	854.48	445			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Sin estudios 2: Estudios primarios 3: Graduado escolar 4: Bachiller/F.P. 5: Carrera universitaria

Media	Grupos	1	2	3	4	5
1.31	1					
2.11	2	*				
2.11	3	*				
2.21	4	*				
1.98	5	*				

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

2.4.3. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de *cannabis*

a) Influencia de la profesión del padre

La profesión del padre influye significativamente sobre el índice de consumo de *cannabis* en los chicos. La prueba de SNK señala que entre los hijos de profesionales no cualificados y de técnicos medio existen diferencias significativas, siendo los primeros los que manifiestan un mayor consumo (Tabla 130).

TABLA 130. ANOVA y prueba de SNK para el índice de consumo de *cannabis* por la **profesión del padre**. CHICOS

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	13.48	3	4.49	3.12	.026
En el Grupo	614.65	427	1.44		
Total	628.13	430			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: No cualificado 2: Cualificado 3: Técnico medio 4: Técnico superior

Media	Grupos	1	2	3	4
1.71	1				
1.34	2				
1.14	3	*			
1.42	4				

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

b) Influencia del nivel de estudios del padre

Los resultados del análisis de varianza indican que el nivel de estudios del padre tiene una influencia significativa sobre el consumo de *cannabis* en los chicos (Tabla 131). Sin embargo, SNK no señala diferencias significativas entre los chicos con padres de diferentes niveles educativos.

TABLA 131. ANOVA para el índice consumo de *cannabis* por el nivel de **estudios del padre**. CHICOS

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	14.40	4	3.60	2.51	.041
En el Grupo	632.35	441	1.43		
Total	646.76	445			

c) Influencia del tipo de centro

El tipo de centro ejerce un efecto significativo sobre el consumo de *cannabis* de las chicas. Las pruebas a posteriori indican que las alumnas de centros concertados consumen *cannabis* en mayor medida que las alumnas de centros privados (Tabla 132).

TABLA 132. ANOVA y prueba de SNK para el índice de consumo de *cannabis* por el **Tipo de centro**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	10.79	2	5.40	4.32	.014
En el Grupo	610.25	489	1.25		
Total	621.04	491			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Público 2: Concertado 3: Privado

Media	Grupos	1	2	3
1.29	1			
1.60	2			
1.17	3		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

d) Influencia del nivel de estudios de la madre

Los resultados del análisis de varianza indican que el nivel de estudios de la madre ejerce una influencia significativa sobre el consumo de *cannabis* de las chicas. La prueba a posteriori de SNK señala que las hijas de madres sin estudios manifiestan un consumo de *cannabis* significativamente inferior que las hijas cuyas madres tienen estudios de bachiller o de formación profesional (Tabla 133).

TABLA 133. ANOVA y prueba de SNK para el índice consumo de *cannabis* por el nivel de **estudios de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	12.72	4	3.18	2.61	.035
En el Grupo	556.28	457	1.22		
Total	569.00	461			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos: 1: Sin estudios 2: Estudios primarios 3: Graduado escolar 4: Bachiller/F.P. 5: Carrera universitaria

Media	Grupos	1	2	3	4	5
1.07	1					
1.26	2					
1.26	3					
1.66	4		*			
1.39	5					

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

2.4.4. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de alimentos insanos

a) Influencia de la profesión de la madre

Los resultados de los análisis de varianza indican que la profesión de la madre influye significativamente sobre el índice de consumo de alimentos insanos en las chicas. Así, las hijas cuyas madres son profesionales no cualificadas y técnicos medio se diferencian significativamente de las hijas de técnicos superiores, según indica la prueba de SNK, siendo las hijas de las primeras las que consumen este tipo de alimentos en mayor medida (Tabla 134).

TABLA 134. ANOVA y prueba de SNK para el índice consumo de **alimentos insanos** por la **profesión de la madre**. CHICAS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	14.11	4	3.53	2.57	.037
En el Grupo	596.36	435	1.37		
Total	610.46	439			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>						
Grupos:	1: Ama de casa	2: No cualificada	3: Cualificada	4: Técnico medio	5: Técnico superior	
Media	<i>Grupos</i>	1	2	3	4	5
2.93	1					
3.15	2					
2.78	3					
3.24	4					
2.35	5		*		*	

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

2.4.5. Influencia de las variables socioeconómicas en el consumo de alimentos sanos

Ninguna de las variables socioeconómicas estudiadas ejerce un efecto significativo sobre el índice de consumo de alimentos sanos.

2.4.6. Influencia de las variables socioeconómicas en la práctica de deporte

Ninguna de las variables socioeconómicas estudiadas ejerce un efecto significativo sobre el índice de deporte.

2.4.7. Influencia de las variables socioeconómicas en la práctica de actividad física

Ninguna de las variables socioeconómicas estudiadas ejerce un efecto significativo sobre el índice de actividad física.

3. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este apartado se ofrece una síntesis de los resultados obtenidos para dar respuesta a los objetivos generales I y II.

3.1. ANÁLISIS DEL ESTILO DE VIDA A TRAVÉS DE VARIABLES ESPECÍFICAS DEL ESTILO DE VIDA: DESCRIPCIÓN, DIFERENCIAS POR GÉNERO Y CURSO, E INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

Con respecto al estilo de vida de los chicos, podemos observar que:

A los 11 años, el consumo de sustancias es prácticamente inexistente. A los 13 años se produce un ligero incremento, sobre todo en el consumo de alcohol, y a los 15 años el aumento de consumo de sustancias es muy destacado. También se puede observar que, en general, a los 15 años presentan un mayor consumo de sustancias los estudiantes de formación profesional que los de bachillerato. Así, mientras que la práctica totalidad de los chicos de 11 años no fuma, a los 15 años el 54.1% de los estudiantes de 2º FP-I no fuma y el 30.6% fuma a diario. Con respecto al consumo de alcohol, se produce un aumento con la edad en la frecuencia con que los chicos consumen cerveza, vino y licores o combinados y, también, en la frecuencia con la que se emborrachan. La bebida de mayor consumo a estas edades son los licores o combinados, seguidos por la cerveza. Así pues, a los 15 años un porcentaje algo superior al 20% consume licores o combinados todas las semanas, y un porcentaje en torno al 18% consume cerveza todas las semanas. A esta edad no se producen diferencias muy marcadas entre los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y los de 2º FP-I respecto al consumo de bebidas alcohólicas, pero sí respecto a la frecuencia de embriaguez. El 60.8% de los estudiantes de 2º BUP/4º ESO no se han emborrachado nunca; sin embargo, este porcentaje desciende al 45.9% entre los estudiantes de 2º FP-I.

A los 15 años es cuando comienza a aparecer la experimentación con la *cannabis* y su consumo. A los 11 y a los 13 años, porcentajes muy cercanos al 100% de los chicos afirman no haber experimentado nunca con la *cannabis* y, por tanto, no haberla consumido. A los 15 años, el 26.2% de los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y el 39.3% de los estudiantes de 2º FP-I han probado la *cannabis*. Además, el 5.6% de los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y el 14.1% de los de 2º FP-I la han consumido 3 veces o más en el último mes.

Respecto a los hábitos alimenticios, se observa que con la edad disminuye ligeramente el consumo de determinados alimentos saludables como son la fruta, el zumo natural, el yogur y el pan integral. Sin embargo, permanece bastante estable el consumo de verduras y hortalizas, de queso y de pescado. El consumo de alimentos considerados no saludables se caracteriza por cierta estabilidad. Únicamente se aprecia una ligera disminución con la edad en el consumo de bolsas de papas y un ligero aumento en el consumo de colas y bebidas con gas. Los alimentos no saludables más consumidos por los chicos de 11 a 15 años son las patatas fritas, los dulces y las bebidas con gas, consumidos de 4 a 7 días a la semana por porcentajes cercanos o superiores al 30%.

Por último, con respecto a la práctica de actividad física y de deporte, se observa una disminución en la frecuencia de la práctica de actividad física con la edad, pero no en la intensidad ni en la duración de las sesiones. El 77.7% de los chicos de 11 años que practican actividad física al menos dos días a la semana contrasta con el 45% de los chicos de 15 años que lo hacen con esta frecuencia. Cerca del 40% de los chicos que practican actividad física lo hacen de manera intensa y, aproximadamente, el 80% lo hacen durante más de 45 minutos. Por el contrario, la práctica deportiva se mantiene estable entre los chicos de 11 a 15 años. Alrededor del 70% de los chicos de estas edades hace deporte al menos dos días a la semana.

El estilo de vida de las chicas se caracteriza fundamentalmente por un notable aumento con la edad en el consumo de sustancias y una importante disminución en la práctica de actividad física y deporte. Los hábitos alimenticios de las chicas de 11 a 15 años se caracterizan por la estabilidad.

En concreto, respecto al consumo de sustancias, cabe señalar que el porcentaje de chicas que no fuman disminuye progresivamente de los 11 a los 15 años. Así, a los 11 años el 99.2% de las chicas no fuman. Este porcentaje desciende al 81.1% a los 13 años, y a los 15 años no fuman el 53% de las estudiantes de 2º BUP/4º ESO y el 41.7% de las de 2º FP-I. Por tanto, las chicas de 15 años que estudian formación profesional fuman más que las chicas de esta edad que cursan bachillerato. Estas diferencias entre las chicas de 15 años no se dan respecto al consumo de alcohol ni de *cannabis*. El consumo de bebidas alcohólicas y los episodios de embriaguez aumentan con la edad entre las chicas de 11 a 15 años, siendo el aumento mucho más notable a la edad de 15 años. La bebida preferida por las chicas son los licores o combinados ya que más de un 30% de las chicas de 15 años los consumen semanalmente, mientras que la cerveza es consumida semanalmente por un porcentaje algo superior al 10% de las chicas de 15 años, y el vino tan sólo es consumido semanalmente por un porcentaje ligeramente superior al 5% de las chicas de esta edad. El porcentaje de chicas que no se han emborrachado nunca desciende del, aproximadamente, 97%, a los 11 años, al 40%, a los 15 años. Respecto al consumo de *cannabis*, se observa que a los 11 años es inexistente, pero a los 15 años ya lo han probado cerca del 28% de las chicas. Además, alrededor del 8% de las chicas de 15 años lo han consumido 3 veces o más durante el último mes.

Los hábitos alimenticios, tanto saludables como no saludables, permanecen bastante estables entre los 11 y los 15 años. La fruta es el alimento saludable más consumido por las chicas, ya que alrededor del 50% lo consumen a diario. El pescado es uno de los alimentos saludables menos consumido; tan sólo el 5% de las chicas lo toma a diario y alrededor del 20% lo consumen de 4 a 6 días a la semana. De los alimentos no saludables, los más consumidos son las patatas fritas, los dulces y las bebidas con gas. Alrededor del 25% de las chicas consume patatas fritas entre 4 y 7 días a la semana, el 40% consume dulces con esta misma frecuencia y el 25% consume bebidas con gas también entre 4 y 7 días a la semana.

Tanto la frecuencia de práctica de actividad física como la frecuencia de práctica de deporte disminuyen con la edad. Mientras que el 62.6% de las chicas de 11 años practica

actividad física con asiduidad (al menos 2 veces a la semana), a los 15 años el 53.4% de las estudiantes de 2º BUP/4º ESO y el 35.8% de las estudiantes de 2º FP-I lo hacen con esta frecuencia. Sin embargo, esta práctica no varía sustancialmente ni en su intensidad, ni en su duración. Por otra parte, a los 11 años el 60% de las chicas practica deporte con asiduidad, mientras que a los 15 años sólo lo hacen alrededor del 30% de las chicas. Además, la duración de la práctica deportiva también disminuye considerablemente con la edad. Así, a los 11 años el 70% de las chicas que practican deporte lo hacen durante más de 45 minutos, mientras que a los 15 años este porcentaje se reduce hasta el 50%.

Diferencias en el estilo de vida por género y curso:

Hemos observado que la interacción del género y el curso académico influye sobre el consumo de sustancias en los jóvenes de 11 a 15 años, concretamente sobre el consumo de tabaco y de *cannabis*, y sobre la frecuencia de embriaguez. Así, con la edad o curso académico aumenta el consumo de tabaco, pero este aumento es mayor entre las chicas de 15 años. A los 15 años se produce un incremento importante del consumo de *cannabis*, pero este aumento es mucho mayor entre los chicos que estudian 2º FP-I que entre los que estudian 2º BUP/4º ESO. Entre las chicas de 15 años no se establecen diferencias en función de la opción académica cursada (bachillerato o formación profesional). Respecto a la frecuencia de embriaguez, el efecto de la interacción del género y del curso queda reflejado en que a los 15 años se produce un destacado aumento de la frecuencia de embriaguez entre los chicos y las chicas; pero este aumento es mayor entre las chicas que estudian 2º BUP/4º ESO que entre los chicos de este mismo curso. Por otra parte, mientras que entre los chicos existen marcadas diferencias según estudien 2º BUP/4º ESO o 2º FP-I, siendo los de 2º FP-I los que se emborrachan más frecuentemente, entre las chicas no existen estas diferencias.

En lo referente al consumo de las distintas bebidas alcohólicas, se produce un aumento en su consumo con la edad; aumento que es más pronunciado a los 15 años. Además, se revela la cerveza como una bebida preferentemente masculina, mientras que los licores o combinados son consumidos en mayor medida por las chicas.

Con respecto a los hábitos alimenticios, encontramos que los chicos consumen con mayor frecuencia que las chicas las bebidas con gas, los frutos secos, las patatas fritas y las bolsas de papas; mientras que las chicas consumen los dulces y el pan integral con mayor frecuencia que éstos. Además, los 11 años es la edad en la que se consume más fruta, zumo natural, yogur y pan integral.

El género tiene un efecto significativo sobre la práctica de deporte, que se refleja en una práctica más frecuente, más intensa y de mayor duración en los chicos de 11 a 15 años que en las chicas de estas edades. Por último, respecto a la actividad física se observa que su frecuencia de práctica disminuye conforme aumenta la edad, aunque no su intensidad ni la duración de las sesiones de práctica.

Influencia de las variables socioeconómicas sobre el estilo de vida:

Por lo que respecta al estilo de vida de los chicos, hemos observado que las variables socioeconómicas influyen sobre todo en el consumo de sustancias de los chicos de

11 a 15 años. El tipo de centro, así como la profesión y el nivel de estudios del padre, permite establecer diferencias entre los chicos de estas edades.

Los chicos que cursan sus estudios en centros privados fuman menos cigarrillos a la semana, consumen menos licores o combinados y han probado la *cannabis* en menor medida que los alumnos de centros concertados. Además, los alumnos de centros privados también consumen menos licores o combinados que los alumnos de centros públicos. Por otra parte, los alumnos de centros concertados han experimentado con la *cannabis* más que los alumnos de centros públicos.

Los chicos cuyos padres desempeñan trabajos no cualificados han probado la *cannabis* y la consumen más que los hijos de técnicos medio. Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, los chicos cuyos padres no tienen estudios consumen menos cerveza que el resto de los chicos.

Respecto al estilo de vida de las chicas, se observa que las variables socioeconómicas influyen sobre el consumo de sustancias, los hábitos alimenticios y la actividad física de las chicas de 11 a 15 años. Además, todas las variables socioeconómicas tenidas en cuenta influyen sobre alguna de las variables específicas del estilo de vida consideradas en este estudio.

El tipo de centro es una de las variables que más influye sobre el consumo de sustancias en las chicas. Las alumnas de colegios privados fuman menos cigarrillos a la semana, han probado menos la *cannabis*, consumen menos cerveza y licores o combinados, y se han emborrachado menos que las alumnas de centros concertados. Además, las alumnas de centros privados también consumen menos cerveza y licores o combinados que las chicas que estudian en centros públicos.

Las chicas cuyos padres son técnicos superiores fuman con mayor frecuencia que las hijas de técnicos medio, y las chicas cuyas madres tienen un nivel de estudios de bachiller o de formación profesional consumen más *cannabis* que las hijas de madres sin estudios.

Por lo que respecta a los hábitos alimenticios, encontramos que el consumo de dulces y de hamburguesas o salchichas se halla influenciado por variables socioeconómicas. Así, las chicas cuyas madres desempeñan profesiones de técnicos medio consumen más dulces que aquellas cuyas madres desempeñan una profesión cualificada; y, las hijas de madres que son técnicos superiores consumen menos hamburguesas o salchichas que el resto de las chicas. Por otra parte, las chicas cuyos padres tienen estudios primarios consumen más dulces que las hijas de padres sin estudios; y las hijas de madres con estudios primarios y con estudios de bachiller o de formación profesional consumen más dulces que las chicas con madres sin estudios.

La frecuencia de la actividad física se ve influida por la profesión de la madre, de tal modo que las chicas con madres técnicos superiores practican actividad física con menos frecuencia que las hijas de amas de casa, de profesionales no cualificadas y de profesionales cualificadas.

3.2. ANÁLISIS DEL ESTILO DE VIDA A TRAVÉS DE LOS ÍNDICES DEL ESTILO DE VIDA: DESCRIPCIÓN, DIFERENCIAS POR GÉNERO Y CURSO, E INFLUENCIA DE VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

Los resultados obtenidos a partir de los índices revelan que el estilo de vida de los chicos de 11 a 15 años se caracteriza por un aumento con la edad en el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*) y un descenso con la edad de la práctica de actividad física. El consumo de alimentos sanos e insanos, así como la práctica de deporte, permanecen estables a lo largo de esta etapa evolutiva.

En las chicas, con la edad también se produce un aumento en el consumo de sustancias y una disminución de la práctica tanto de actividad física como de deporte. Al igual que en los chicos, el consumo de alimentos sanos e insanos permanece estable.

Con respecto a las relaciones que se establecen entre los índices de estilo de vida en los chicos, podemos observar que el consumo de tabaco, de alcohol y de *cannabis* está positivamente relacionado entre sí. Además, el consumo de estos tres tipos de sustancias se relaciona negativamente con la práctica de actividad física. Por su parte, el consumo de alcohol se relaciona positivamente con la alimentación insana. La alimentación sana y la alimentación insana están positivamente relacionadas. La práctica de deporte se relaciona positivamente con la alimentación sana, mientras que la práctica de actividad física se relaciona de manera positiva tanto con la alimentación insana como con la alimentación sana. Por último, el deporte y la actividad física correlacionan positivamente.

En las chicas, las relaciones entre los índices de consumo de tabaco, de alcohol y de *cannabis* son altas y positivas. El deporte se relaciona negativamente con el consumo de estas tres sustancias, y la alimentación insana se relaciona positivamente con el consumo de tabaco y de alcohol. Entre el deporte y la actividad física se establece una relación positiva.

Diferencias por género y curso:

Con la edad aumenta el consumo de tabaco, pero este aumento es mayor entre las chicas que entre los chicos. A los 15 años fuman más los chicos y chicas de 2º FP-I que los de 2º BUP/4º ESO. A los 15 años los jóvenes comienzan a consumir *cannabis*. Entre las chicas de 2º BUP/4º ESO y las de 2º FP-I no se establecen grandes diferencias respecto al consumo de *cannabis*; sin embargo, los chicos de 2º FP-I consumen *cannabis* en mayor medida que los estudiantes de 2º BUP/4º ESO. Con la edad, aumenta el consumo de alcohol, sin que existan diferencias entre chicos y chicas.

Respecto a los índices de alimentación, se observa que los chicos consumen más alimentos insanos que las chicas, y que los alumnos de 2º FP-I consumen menos alimentos sanos que los estudiantes de 2º BUP/4º ESO y de 6º EGB.

Los chicos son físicamente más activos que las chicas, practicando más deporte y más actividad física. A los 11 años se practica más deporte y actividad física que a los 13 y a los 15. Además, los/as estudiantes de 2º FP-I practican menos actividad física que los de 8º EGB/2º ESO.

Influencia de las variables socioeconómicas:

Respecto a las influencias de las variables socioeconómicas sobre el estilo de vida de los chicos, podemos concluir que el tipo de centro, así como el nivel de estudios y la profesión del padre, influyen sobre el consumo de sustancias de los chicos. Así pues, los alumnos de centros concertados fuman más que los alumnos de centros privados y de centros públicos. Los alumnos de centros concertados también consumen más alcohol que los estudiantes de centros privados. Además, los chicos cuyos padres no tienen estudios consumen menos alcohol que el resto de los chicos. Por último, los hijos de técnicos medio consumen menos *cannabis* que los chicos cuyos padres desempeñan un trabajo no cualificado.

Las variables socioeconómicas que influyen sobre los índices de estilo de vida en las chicas son el tipo de centro y el nivel de estudios y profesión de la madre. Las alumnas de centros concertados fuman más que las de centros privados. En los centros concertados las chicas consumen más alcohol que en los centros privados y públicos. En los centros públicos, también, las chicas consumen más alcohol que en los privados. Además, las alumnas de centros concertados consumen más *cannabis* que las estudiantes de centros privados. Por otra parte, el consumo de *cannabis* es mayor entre las chicas cuyas madres tienen estudios de bachiller o de formación profesional que entre las chicas cuyas madres no tienen estudios. Las hijas de madres que desempeñan un trabajo no cualificado y las hijas de madres que son técnicos medio consumen más alimentos insanos que las chicas cuyas madres son técnicos superior.

Capítulo 6

RESULTADOS (II). AUTOCONCEPTO

En este capítulo se presentan los resultados de los análisis realizados para cumplir los objetivos generales 3 y 4. Estos resultados se presentan estructurados en cuatro apartados. En el primer apartado se presentan los análisis descriptivos y diferenciales de cada subescala del SPPC por género y curso, dando respuesta así al objetivo específico 9. Para responder al objetivo específico 10, en el segundo apartado se presenta un análisis descriptivo y diferencial del autoconcepto en función del nivel socioeconómico. En el tercer apartado se presentan las correlaciones entre las subescalas del autoconcepto, respondiendo al objetivo específico 11. Por último, siguiendo el objetivo específico 12, en el cuarto apartado se presentan los análisis predictivos de la autovalía global.

1. AUTOCONCEPTO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO Y DEL CURSO

Bajo este epígrafe se presentan las medias y las desviaciones típicas por curso y por género de las subescalas del SPPC. Se presenta también una descripción de la distribución y la dispersión de las puntuaciones del SPPC para cada género y curso. Por último se presentan los resultados del análisis de varianza múltiple que nos permiten analizar el efecto que el género, la edad y la interacción de ambas variables tienen sobre las distintas escalas del SPPC.

1.1. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS

A partir de las subescalas del SPPC, calculamos las medias y desviaciones típicas por género y curso. Las medias de las diferentes subescalas alcanzan valores comprendidos entre 2.11 y 3.15. Las desviaciones típicas oscilan entre .51 y .78. Las puntuaciones medias más elevadas las alcanzan las subescalas aceptación social y autovalía global.

Tanto en la Tabla 1 como en la representación gráfica de las medias de las subescalas del SPPC (Gráficos 1 a 6), se puede observar que las puntuaciones de los chicos

son superiores a las de las chicas en todas las subescalas, excepto en la de comportamiento/conducta, siendo las subescalas de competencia deportiva y de apariencia física las que presentan mayores diferencias. Además, la representación gráfica de las medias parece reflejar un descenso con la edad de las puntuaciones de las subescalas, excepto aceptación social. En un apartado posterior se analizarán si estas diferencias por género y edad son estadísticamente significativas; es decir, si el género y el curso tienen un efecto significativo sobre los distintos dominios del autoconcepto.

TABLA 1. Medias y desviaciones típicas de las subescalas de SPPC para cada curso y género

			CONDUCTA		SOCIAL		ESCUELA		APARIENCIA		DEPORTE		GLOBAL	
			M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
6º EGB	11 años	Chicos	2.98	.58	3.06	.52	2.91	.60	2.89	.73	2.87	.55	3.15	.60
		Chicas	3.05	.54	2.99	.55	2.72	.61	2.75	.70	2.61	.56	3.15	.53
		Total	3.01	.56	3.03	.53	2.82	.61	2.82	.72	2.74	.57	3.15	.57
8º EGB/ 2º ESO	13 años	Chicos	2.81	.57	3.04	.64	2.54	.57	2.71	.62	2.80	.60	3.00	.66
		Chicas	2.93	.52	2.93	.60	2.52	.67	2.32	.83	2.42	.63	2.90	.69
		Total	2.88	.54	2.98	.62	2.53	.63	2.51	.76	2.60	.64	2.95	.68
2º BUP/ 4º ESO	15 años	Chicos	2.75	.55	2.95	.51	2.53	.55	2.72	.65	2.86	.59	2.98	.52
		Chicas	2.86	.54	2.89	.62	2.42	.62	2.11	.78	2.32	.63	2.77	.68
		Total	2.81	.55	2.92	.57	2.47	.59	2.41	.78	2.58	.66	2.87	.62
2º FP-I	15 años	Chicos	2.81	.51	2.95	.52	2.56	.53	2.63	.74	2.73	.60	3.09	.56
		Chicas	2.83	.56	2.96	.59	2.38	.56	2.33	.83	2.37	.61	2.91	.68
		Total	2.82	.54	2.96	.55	2.46	.55	2.47	.80	2.53	.63	2.99	.63

GRÁFICO 1. Puntuaciones medias de la escala **comportamiento/conducta** del SPPC

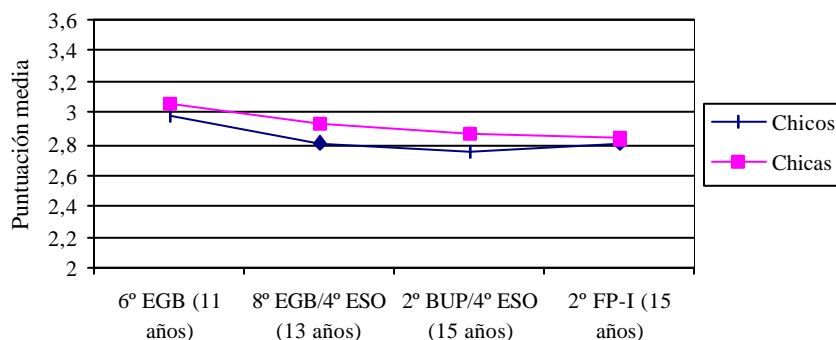


GRÁFICO 2. Puntuaciones medias de la escala **aceptación social** del SPPC

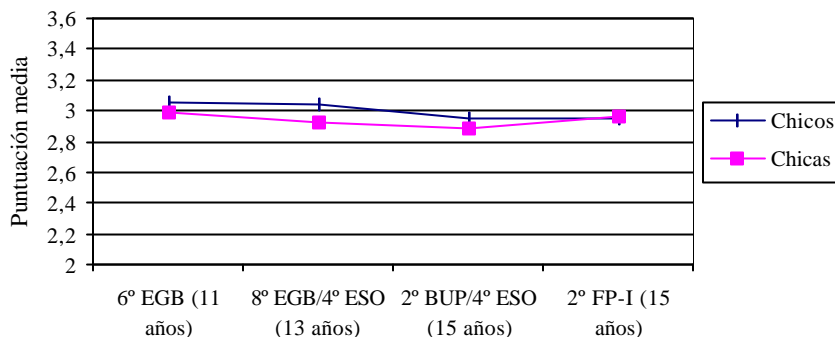


GRÁFICO 3. Puntuaciones medias de la escala **competencia académica** del SPPC

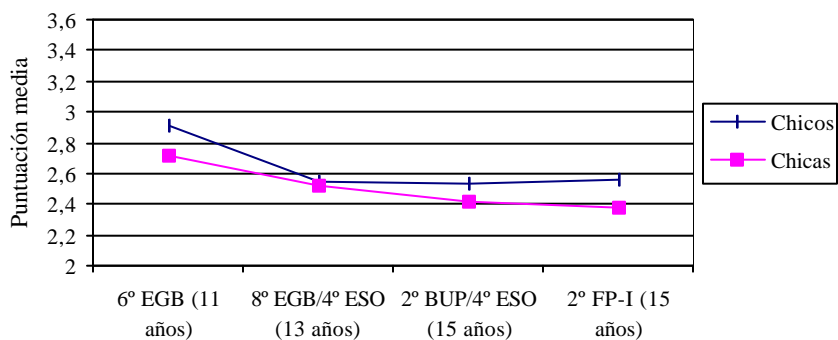


GRÁFICO 4. Puntuaciones medias de la escala **aparición física** del SPPC

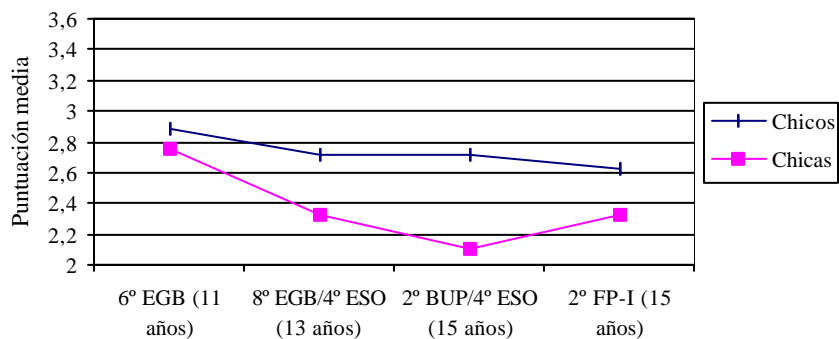


GRÁFICO 5. Puntuaciones medias de la escala **competencia deportiva** del SPPC

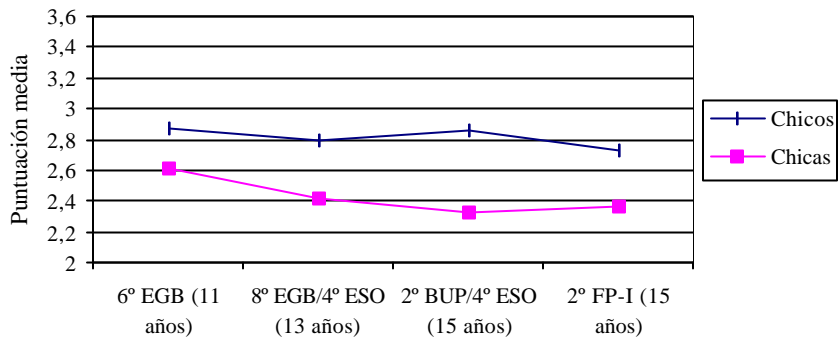
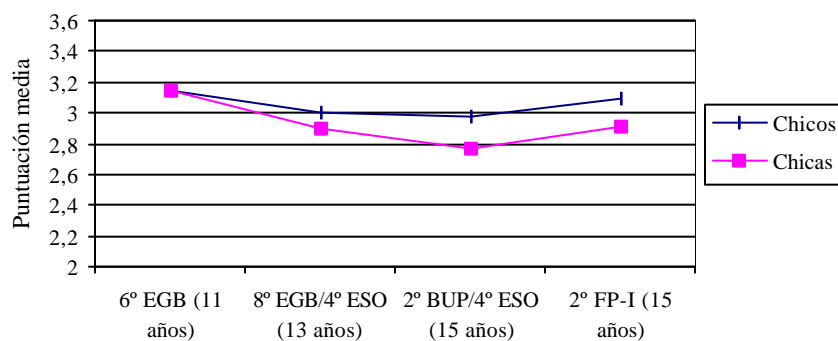


GRÁFICO 6. Puntuaciones medias de la escala **autovalía global** del SPPC

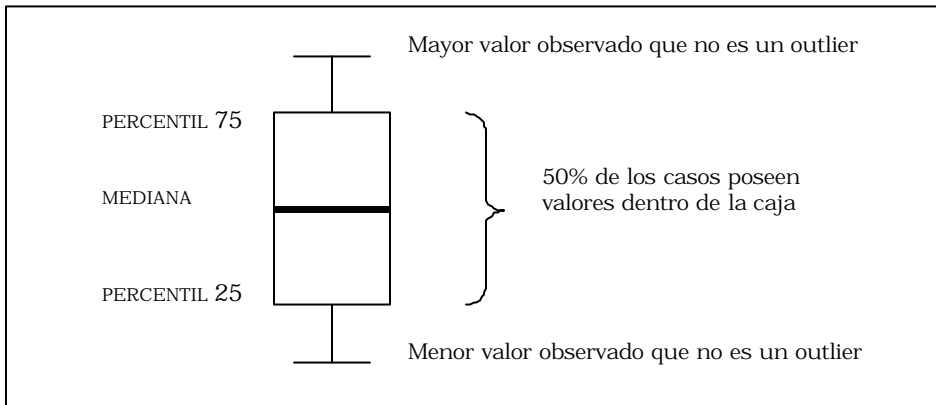


1.2. DISTRIBUCIÓN Y DISPERSIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL SPPC

Para estudiar la dispersión y la distribución de las puntuaciones del SPPC hemos utilizado el diagrama de caja y bigotes de las distintas subescalas del cuestionario en cada género y curso. Este gráfico representa la mediana, el percentil 25 y el percentil 75. En la Figura 1 aparece el significado de cada elemento del diagrama de caja y bigotes.

El diagrama de caja y bigotes es una representación gráfica que ofrece abundante información acerca de la distribución de las variables. A partir de la mediana podemos conocer la tendencia central de una variable. El tamaño de la caja informa sobre la variabilidad de las observaciones. Si la mediana no está en el centro de la caja podemos saber si los datos están positiva o negativamente sesgados. En el caso de que la mediana esté cercana a la parte superior, los datos estarán positivamente sesgados. Si la mediana se sitúa cerca de la parte inferior de la caja, la distribución estará negativamente sesgada. Los diagramas de cajas y bigotes son especialmente útiles para comparar la distribución de los valores en varios grupos.

FIGURA 1. Representación y significación del diagrama de caja y bigotes



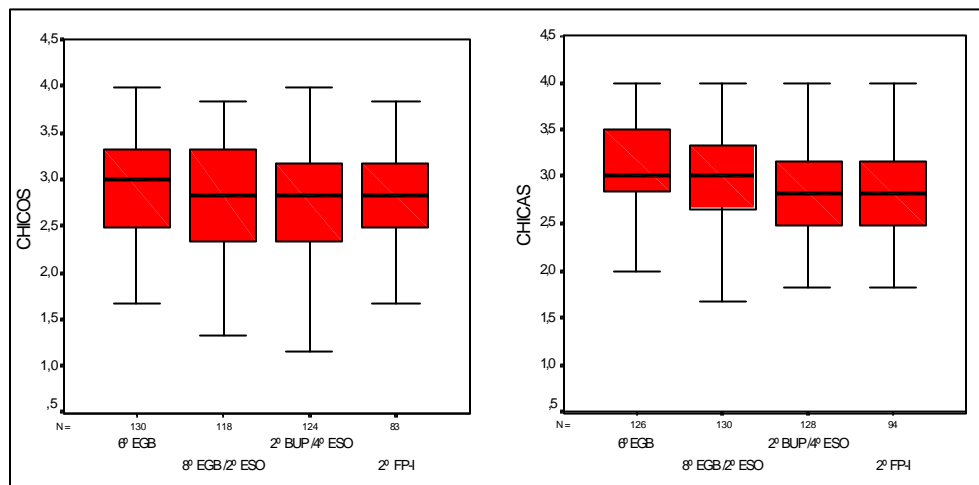
Por último, otra pista que nos servirá para interpretar la distribución de las puntuaciones en las distintas dimensiones del autoconcepto es conocer que Susan Harter sitúa el punto de corte, a nivel teórico, entre las personas que poseen alto o bajo autoconcepto o autoestima en el 2.5. Así, aquellas personas que posean puntuaciones por encima de 2.5 poseerán un buen autoconcepto o una buena percepción de sí mismas, mientras que aquellas personas por debajo de esa puntuación poseerán un autoconcepto bajo o no tendrán una buena percepción de sí mismas.

1.2.1. Comportamiento/Conducta

En general, las puntuaciones de la escala comportamiento/conducta se mantienen bastante estables en los chicos de los cuatro cursos estudiados. El curso que presenta una mayor variabilidad en las puntuaciones es 8º EGB/2º ESO, mientras que 2º FP-I es el curso con menor variabilidad. El 50% de los chicos de 11 años presenta puntuaciones entre 2.5 y 3.3. A los 13 años, el mismo porcentaje obtiene puntuaciones entre 2.3 y 3.3. En 2º BUP/ 4º ESO la mitad de los chicos tiene puntuaciones entre 2.3 y 3.2, y en 2º FP-I las puntuaciones de la mitad de los chicos oscilan entre 2.5 y 3.2 (Figura 2).

En la Figura 2 se observa que las puntuaciones que las chicas dan a la subescala comportamiento/conducta presentan menor variabilidad que las puntuaciones de los chicos. Se observa, además, un ligero descenso en las puntuaciones con la edad. El 75% de las chicas de todos los cursos estudiados obtiene puntuaciones iguales o superiores a 2.5. La mitad de las chicas de 11 años presentan puntuaciones entre 2.8 y 3.5. El mismo porcentaje a los 13 años obtiene puntuaciones entre 2.7 y 3.3. A los 15 años, las puntuaciones de la mitad de las chicas, tanto de las que estudian bachillerato como de las que estudian formación profesional, oscilan entre 2.5 y 3.2.

FIGURA 2. Diagrama de cajas y bigotes de la escala **comportamiento/conducta**



1.2.2. Aceptación Social

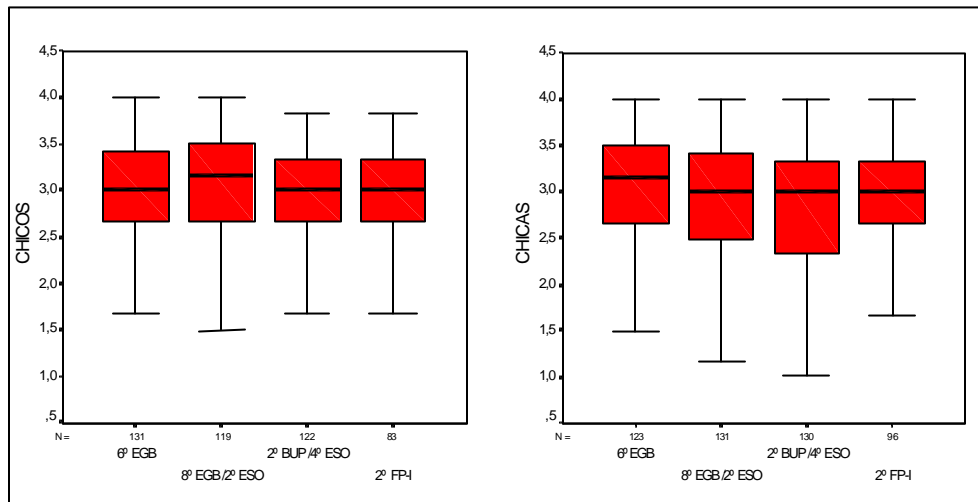
Respecto a la subescala de aceptación social, el 75% de los chicos de todos los cursos presenta puntuaciones iguales o superiores a 2.7. La mediana a los 11 años y a los 15 años (2º BUP/4º ESO y 2º FP-I) es igual a 3 y no se observan diferencias respecto a la distribución de las puntuaciones. A los 13 años existe mayor variabilidad en las puntuaciones de los chicos y la mediana adopta un valor igual a 3.2 (Figura 3).

En las chicas se observa que la variabilidad de las puntuaciones es mayor que en los chicos. El 75% de las chicas de 11, de 13 y de 15 años que estudian formación profesional presenta puntuaciones iguales o superiores al punto de corte (2.5). Las chicas de 2º BUP/4º ESO presentan mayor variabilidad en las puntuaciones, con una distribución positivamente sesgada. El 50% de estas chicas presenta puntuaciones comprendidas entre 2.3 y 3.3 (Figura 3).

1.2.3. Competencia académica

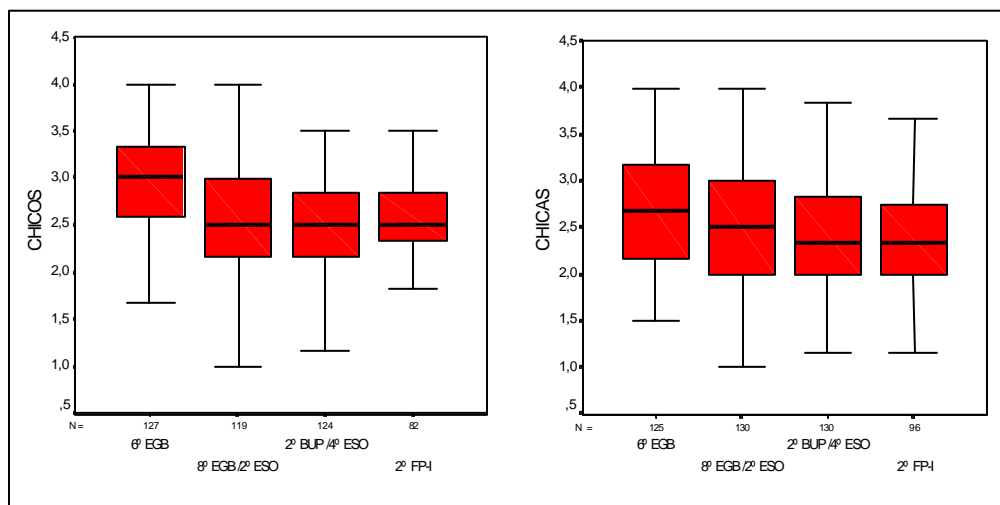
En la Figura 4 podemos observar que el 75% de los chicos de 11 años obtiene puntuaciones por encima de 2.5. La mediana adopta un valor igual a 3 en esta edad. Las puntuaciones en esta escala disminuyen con la edad; así pues, la mediana a los 13 años adopta un valor de 2.7 y a los 15 años adopta un valor de 2.5 (tanto en 2º BUP/4º ESO como en 2º FP-I).

FIGURA 3. Diagrama de cajas y bigotes de la escala **aceptación social**



En las chicas, la mediana adopta valores más bajos que en los chicos. Sólo a los 11 y 13 años su valor se encuentra ligeramente por encima del punto de corte, siendo igual a 2.7. A los 15 años el valor de la mediana es igual a 2.3 tanto para las estudiantes de bachillerato como para las de formación profesional. Además, se observa que las chicas presentan mayor variabilidad en las puntuaciones de esta subescala que los chicos (Figura 4).

FIGURA 4. Diagrama de cajas y bigotes de la escala **competencia académica**

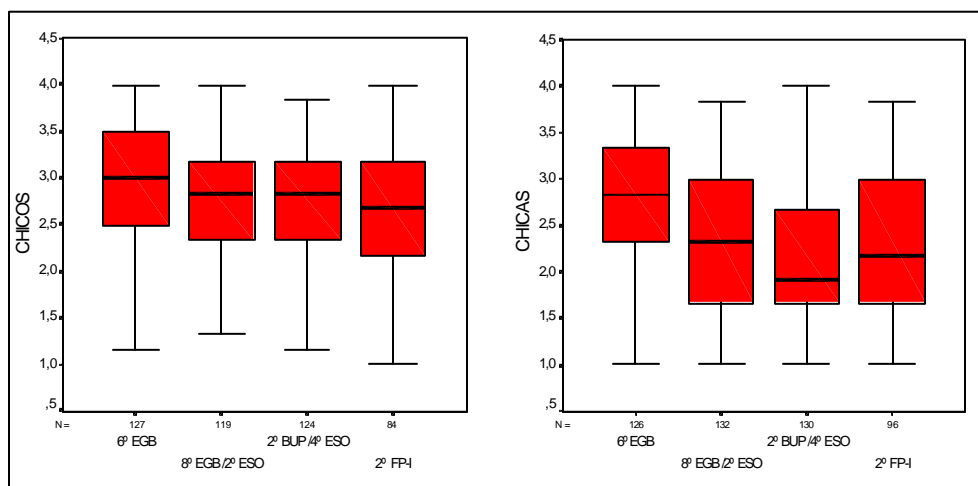


1.2.4. Apariencia Física

Respecto a la apariencia física, en la Figura 5 se observa que las puntuaciones de los chicos disminuyen ligeramente con la edad. Únicamente a los 11 años el 75% de los chicos presenta puntuaciones iguales o superiores al punto de corte (2.5). La mediana adopta un valor igual a 3 y el 50% de los chicos de esta edad obtienen puntuaciones entre 2.5 y 3.5. Las puntuaciones de la mitad de los alumnos de 8º EGB y 2º BUP/4º ESO se distribuyen entre los valores 2.3 y 3.2, y la mediana alcanza un valor de 2.8. La distribución de las puntuaciones de los alumnos de 2º FP-I presenta al 50% de los alumnos entre los valores 2.2 y 3.2. La mediana en este curso alcanza el valor más bajo de los cuatro niveles académicos (2.7).

En el caso de las chicas la disminución de las puntuaciones conforme aumenta la edad es aun más evidente. Además, las chicas presentan una mayor variabilidad en la distribución de las puntuaciones. A los 11 años, la mitad de las chicas presenta puntuaciones entre 2.3 y 3.5. A los 13 años, las puntuaciones de la mitad de las chicas oscilan entre 1.5 y 2.6 (mediana = 2.3). A los 15 años, las puntuaciones del 50% de las chicas oscila entre 1.7 y 2.7 (en el caso de las estudiantes de bachillerato) y entre 1.7 y 3 (en el caso de las estudiantes de formación profesional). Por tanto, a los 15 años, las chicas que estudian formación profesional presentan una mayor variabilidad en las puntuaciones. Tanto para las estudiantes de bachillerato como para las de formación profesional la distribución de las puntuaciones de esta escala está sesgada negativamente (Figura 5).

FIGURA 5. Diagrama de cajas y bigotes de la escala **apariencia física**

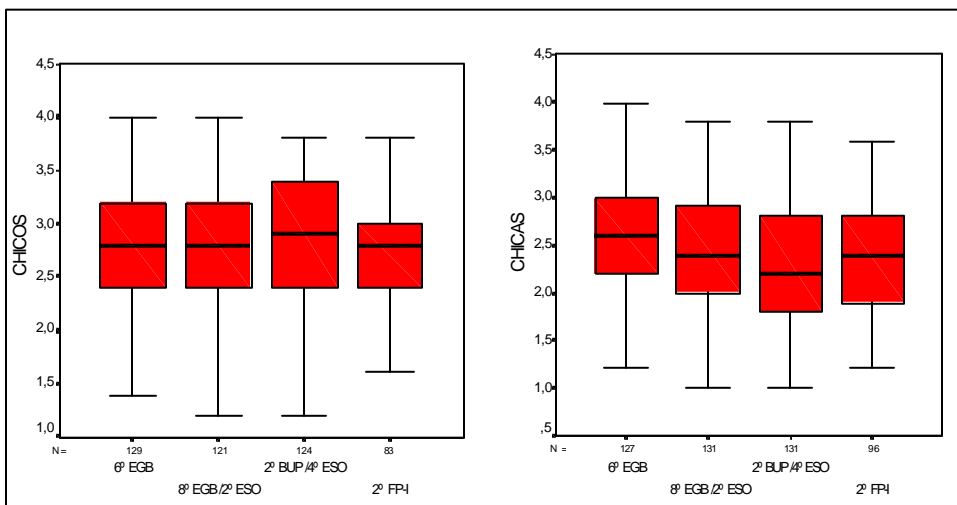


1.2.5. Competencia Deportiva

En la Figura 6 se observa que la distribución de las puntuaciones de la subescala competencia deportiva en los chicos es bastante estable. El 75% de los chicos de todos los cursos presenta puntuaciones iguales o superiores a 2.4 y la mediana oscila entre 2.8 y 2.9. El curso que presenta mayor variabilidad en las puntuaciones es 2° BUP/4° ESO y el de menor variabilidad es 2° FP-I cuya distribución se encuentra sesgada positivamente.

En el caso de las chicas se observa que únicamente a los 11 años el 50% de las chicas presenta valores iguales o superiores al punto de corte de la escala (2.5). La mitad de las chicas de esta edad obtienen puntuaciones entre 2.2 y 3. A los 13 años las puntuaciones del 50% de las chicas se distribuye entre 2 y 3. Esta distribución está sesgada negativamente, situándose la mediana en el valor 2.4. Las puntuaciones de la mitad de las chicas de 15 años (2° BUP/4° ESO y 2° FP-I) oscilan entre 1.8 y 2.8. En esta edad, la mediana para las estudiantes de bachillerato se encuentra en 2.2 y la distribución de las puntuaciones está sesgada negativamente. La mediana para las estudiantes de formación profesional adopta un valor ligeramente superior (2.4) (Figura 6).

FIGURA 6. Diagrama de cajas y bigotes de la escala **competencia deportiva**



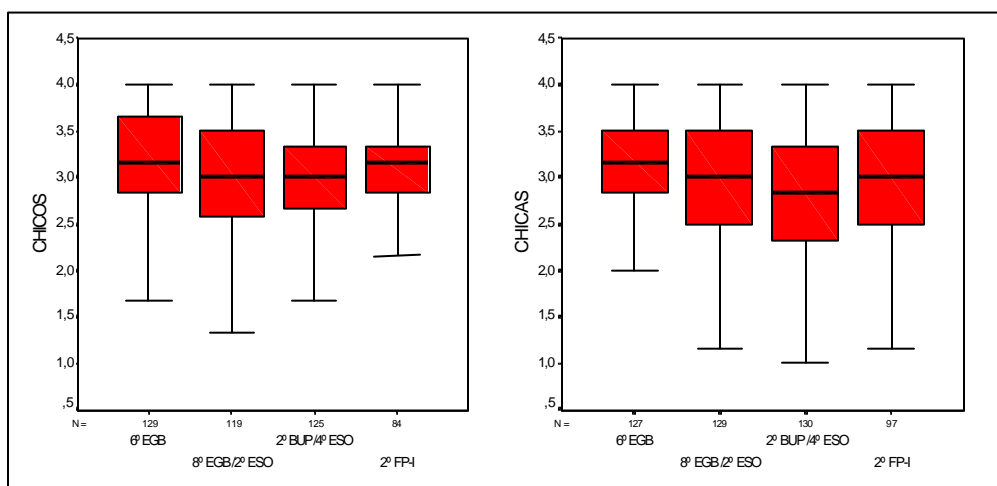
1.2.6. Autovalía Global

En la escala de autovalía global el 75% de los chicos presenta puntuaciones superiores al punto de corte. Así pues, este porcentaje obtiene puntuaciones superiores a 2.8 en 6º EGB y en 2º F-I, a 2.5 en 8º EGB/2º ESO, y a 2.7 en 2º BUP/4º ESO. Los chicos de 11 y 13 años presentan mayor variabilidad en las puntuaciones que los de 15 años. Así, a los 11 años las puntuaciones de la mitad de los chicos oscilan entre 2.8 y 3.7; a los 13 años las puntuaciones de este porcentaje varían entre 2.5 y 3.5 y, por último, a los 15 oscilan entre

2.7 y 3.3 (para los chicos estudiantes de bachillerato) y entre 2.8 y 3.3 (para los estudiantes de formación profesional). La mediana en todos los cursos adopta valores iguales o superiores a 3 (Figura 7).

En las chicas se observa que son las más mayores las que presentan mayor variabilidad en las puntuaciones de esta escala. El 50% de las chicas, a los 11 años presenta puntuaciones comprendidas entre 2.8 y 3.7, a los 13 años entre 2,5 y 3.5 y a los 15 años presentan puntuaciones entre 2.3 y 3.2, en el caso de las estudiantes de bachillerato, y entre 2.5 y 3.5 en el caso de las estudiantes de formación profesional (Figura 7).

FIGURA 7. Diagrama de cajas y bigotes de la escala **autovalía global**



1.3. DIFERENCIAS POR GÉNERO Y CURSO

Los resultados del MANOVA corroboran lo que la representación gráfica de las medias parecía indicar; esto es, que el género y el curso tienen un efecto significativo sobre los dominios del autoconcepto. No ocurre lo mismo con la interacción del género y el curso (Tabla 2).

Los test univariados mostraron que el efecto del género era significativo en las subescalas de comportamiento/conducta, competencia académica, apariencia física, competencia deportiva y autovalía global. Las chicas presentan puntuaciones más bajas en las subescalas de competencia académica, apariencia física, competencia deportiva y autovalía global, y más altas en comportamiento/ conducta (Tabla 3).

TABLA 2. MANOVA género x curso en las dimensiones del autoconcepto y en la autovalía global

Efecto	Wilks	F	GL	P	Phillais	F	p
Género x Curso	.97	1.46	18	.095	.03	1.45	.097
Género	.86	22.93	6	<.001	.14	22.93	<.001
Curso	.90	5.30	18	<.001	.10	5.17	<.001

TABLA 3. Efecto univariado del género en las dimensiones del autoconcepto y en la autovalía global

	Media Chicos	DT	Media Chicas	DT	F	p
Comportamiento/Conducta	2.82	.03	2.92	.03	6.73	.010
Aceptación Social	2.99	.03	2.95	.03	1.16	.283
Competencia Académica	2.64	.03	2.51	.03	9.09	.003
Apariencia Física	2.73	.04	2.38	.04	47.68	.000
Competencia Deportiva	2.81	.03	2.43	.03	85.19	.000
Autovalía Global	3.05	.03	2.93	.03	7.75	.005

Los test univariados mostraron la existencia de diferencias significativas por curso en las subescalas comportamiento/conducta, competencia académica, apariencia física, competencia deportiva y autovalía global (Tabla 4). Se realizaron pruebas a posteriori con el estadístico de Studet-Newman-Keuls para saber entre qué cursos se daban esas diferencias. Estas pruebas indicaron que existían diferencias significativas entre el grupo de 11 años y el resto de grupos respecto a todas las subescalas de SPPC mencionadas. En todos los casos, a los 11 años se obtenían puntuaciones más elevadas en dichas subescalas del SPPC (Tablas 5 a 9).

TABLA 4. Efecto univariado del curso en las dimensiones del autoconcepto y en la autovalía global

	Media 6º EGB	DT	Media 8º EGB/ 2º ESO	DT	Media 2º BUP/ 4º ESO	DT	Media 2º FP-I	DT	F	p
	11 años		13 años		15 años		15 años			
Comportamiento/Conducta	3.00	.04	2.87	.04	2.81	.04	2.81	.04	6.09	.000
Aceptación Social	3.03	.04	2.97	.04	2.92	.04	2.97	.04	1.42	.237
Competencia Académica	2.82	.04	2.55	.04	2.48	.04	2.46	.05	17.32	.000
Apariencia Física	2.83	.05	2.50	.05	2.41	.05	2.47	.06	15.37	.000
Competencia Deportiva	2.75	.04	2.60	.04	2.58	.04	2.54	.05	4.93	.002
Autovalía Global	3.15	.04	2.95	.04	2.88	.04	3.00	.05	8.42	.000

TABLA 5. Prueba de SNK para la subescala **comportamiento/conducta** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	5.43	3	1.81	6.09	.000
En el Grupo	261.50	880	.30		
Total	269.19	887			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	Grupos	1	2	3	4
3.00	1				
2.87	2	*			
2.81	3	*			
2.81	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 6. Prueba de SNK para la subescala **competencia académica** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	18.58	3	6.19	17.32	.000
En el Grupo	314.73	880	.36		
Total	338.05	887			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	Grupos	1	2	3	4
2.82	1				
2.55	2	*			
2.47	3	*			
2.45	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 7. Prueba de SNK para la subescala **apariencia física** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	25.06	3	8.35	15.37	.000
En el Grupo	478.33	880	.54		
Total	539.22	887			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	Grupos	1	2	3	4
2.83	1				
2.49	2	*			
2.40	3	*			
2.46	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 8. Prueba de SNK para la subescala **competencia deportiva** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	5.22	3	1.74	4.93	.002
En el Grupo	310.36	880	.35		
Total	350.75	887			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>					
Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	Grupos	1	2	3	4
2.75	1				
2.59	2	*			
2.57	3	*			
2.53	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 9. Prueba de SNK para la subescala **autovalía global** entre los cuatro cursos de la muestra

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	9.62	3	3.21	8.42	.000
En el Grupo	335	880	.38		
Total	349.35	887			

<u>PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS</u>					
Grupos:	1: 6º EGB (11 años)	2: 8º EGB/2º ESO (13 años)	3: 2º BUP/4º ESO (15 años)	4: 2º FP-I (15 años)	
Media	Grupos	1	2	3	4
3.15	1				
2.95	2	*			
2.87	3	*			
3.00	4	*			

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

2. INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO SOBRE EL AUTOCONCEPTO MULTIDIMENSIONAL

En este apartado se analiza el efecto que tienen las distintas variables socioeconómicas, utilizadas en nuestro trabajo, sobre las dimensiones del autoconcepto y la autovalía global de los adolescentes. Para ello se realizaron análisis de varianza para cada una de las variables socioeconómicas tomadas como variable independiente. Los resultados de dichos análisis revelan que, únicamente en el caso de los chicos, algunas variables socioeconómicas tienen efecto sobre algunas de las dimensiones del autoconcepto. Estas variables socioeconómicas son el tipo de centro y la profesión del padre. Los resultados de los análisis de varianza se detallan a continuación.

Influencia del tipo de centro. Como se observa en la Tabla 10, el tipo de centro en el que estudian los adolescentes ejerce una influencia significativa sobre la aceptación social

de los chicos. Sin embargo, los análisis realizados a posteriori utilizando la prueba de Student-Newman-Keuls no revelan diferencias entre los distintos grupos.

TABLA 10. ANOVA para la variable **aceptación social** por el **tipo de centro**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	2.70	2	1.35	4.49	.012
En el Grupo	136.15	452	.30		
Total	138.85	454			

Influencia de la profesión del padre. Como puede observarse en las Tablas 11, 12 y 13, la profesión del padre influye significativamente sobre la aceptación social, la apariencia física y la autovalía global de los chicos. La prueba a posteriori de Student-Newman-Keuls no detecta diferencias entre los distintos grupos para la aceptación social, pero sí para la apariencia física y para la autovalía global. En concreto, esta prueba informa que existen diferencias significativas entre los hijos de padres con una profesión no cualificada y los hijos de padres con una profesión de técnico medio, siendo los hijos de padres no cualificados los que presentan una mejor percepción de su apariencia física y una mayor autovalía global (Tablas 12 y 13).

TABLA 11. ANOVA para la variable **aceptación social** por la **profesión del padre**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	2.65	3	.88	2.95	.032
En el Grupo	122.15	409	.30		
Total	124.80	412			

TABLA 12. ANOVA y prueba de SNK para la variable **apariciencia física** por la **profesión del padre**. CHICOS

<u>ANALISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	4.07	3	1.36	2.89	.035
En el Grupo	192.85	410	.470		
Total	196.92	413			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos:	1: No cualificado	2: Cualificado	3: Técnico medio	4: Técnico superior	
Media	Grupos	1	2	3	4
2.86	1				
2.77	2				
2.51	3	*			
2.70	4				

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

TABLA 13. ANOVA y prueba de SNK para la variable **autovalía global** por la **profesión del padre. CHICOS**

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA</u>					
Fuentes	SC	GL	MC	F	p
Entre Grupos	2.82	3	.94	2.75	.043
En el Grupo	140.56	411	.342		
Total	143.38	414			

PRUEBA A POSTERIORI: STUDENT-NEWMAN-KEULS

Grupos:	1: No cualificado	2: Cualificado	3: Técnico medio	4: Técnico superior	
Media	Grupos	1	2	3	4
3.18	1				
3.02	2				
2.91	3	*			
3.08	4				

(*) INDICA PARES DE GRUPOS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES AL NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE .05

3. CORRELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS DEL SPPC

Todas las subescalas de SPPC están positivamente relacionadas entre sí, tanto para los chicos como para las chicas. Además, los resultados del análisis correlacional nos permiten observar que las correlaciones más altas se dan entre la subescala autovalía global y las subescalas comportamiento/conducta, apariencia física y aceptación social. Las correlaciones más bajas se dan entre la subescala comportamiento/conducta y las subescalas aceptación social y competencia deportiva (Tabla 14).

TABLA 14. Correlación de Pearson entre las subescalas del SPPC

		CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	DEPORTE
SOCIAL	Chicos	.18**				
	Chicas	.18**				
ESCUELA	Chicos	.32**	.17**			
	Chicas	.36**	.22**			
APARIENCIA	Chicos	.22**	.34**	.20**		
	Chicas	.23**	.31**	.20**		
DEPORTE	Chicos	.12*	.40**	.21**	.40**	
	Chicas	.14**	.35**	.24**	.28**	
AUTOVALÍA	Chicos	.51**	.41**	.30**	.43**	.30**
	Chicas	.52**	.45**	.39**	.54**	.30**

4. PREDICCIÓN DE LA AUTOVALÍA GLOBAL

Los dominios del autoconcepto que actúan como predictores de la autovalía global, en el caso de los chicos, son el comportamiento/conducta, la apariencia física, la aceptación social y la competencia académica. Estos cuatro dominios explican, en su conjunto, el 44% de la varianza, siendo la subescala comportamiento/conducta la que explica el mayor porcentaje de dicha varianza (Tabla 15).

TABLA 15. Análisis de regresión stepwise de los dominios del SPPC sobre la autovalía global. CHICOS.

	Paso	R ² Cambio	Beta	T	p
CONDUCTA	1	.26	.51	12.16	.000
APARIENCIA	2	.11	.34	8.73	.000
SOCIAL	3	.06	.26	6.63	.000
ESCUELA	4	.01	.08	2.11	.035
R Múltiple = .66		R ² = .44	F = 81.60 p < .001		

Los mismos dominios actúan como predictores de la autovalía global en el caso de las chicas (apariencia física, comportamiento/conducta, aceptación social y competencia académica). En su conjunto explican el 54% de la varianza. En este caso, la apariencia física es la subescala que explica el mayor porcentaje de varianza (Tabla 16).

TABLA 16. Análisis de regresión stepwise de los dominios del SPPC sobre la autovalía global. CHICAS.

	Paso	R ² Cambio	Beta	T	p
APARIENCIA	1	.29	.54	13.80	.000
CONDUCTA	2	.17	.42	11.78	.000
SOCIAL	3	.06	.26	7.47	.000
ESCUELA	4	.02	.16	4.48	.000
R Múltiple = .73		R ² = .54	F = 132.28p < .001		

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este capítulo, en respuesta a los objetivos generales 3 y 4, se han realizado los análisis pertinentes para estudiar las características del autoconcepto en la adolescencia temprana y las relaciones que se establecen entre las distintas dimensiones del autoconcepto. A continuación pasaremos a presentar los principales resultados obtenidos.

Los resultados nos permiten concluir que existe un marcado efecto de género sobre el autoconcepto en esta etapa del ciclo vital. Así pues, los chicos tienen percepciones más positivas de su competencia en la escuela y en los deportes, de su apariencia física y de su sentido global de autovalía. Las chicas, sin embargo, tienen percepciones más positivas respecto a su comportamiento. La percepción de aceptación social no difiere significativamente entre chicos y chicas.

Por otra parte, se observa que las percepciones que los sujetos tienen de su competencia académica y deportiva, de su apariencia física, de su comportamiento y también de su autovalía global son menos positivas conforme aumenta la edad. Únicamente permanece estable con la edad la percepción de su aceptación social.

El nivel socioeconómico, tal y como se ha evaluado en el presente trabajo –esto es, a través de los indicadores: tipo de centro, profesión del padre, profesión de la madre, nivel de estudios del padre y nivel de estudios de la madre–, no parece tener un papel determinante en la formación del autoconcepto a estas edades. Únicamente el tipo de centro y la profesión del padre influyen sobre algunas de las dimensiones del autoconcepto en los chicos. No obstante, las únicas diferencias significativas entre grupos se dan entre los hijos de padres que desempeñan trabajos no cualificados y los hijos de padres que desempeñan un puesto de técnico medio, respecto a la percepción de la apariencia física y de la autovalía global, siendo los hijos de los trabajadores no cualificados los que presentan puntuaciones más altas en estas dimensiones.

Por otro lado, todas las dimensiones del autoconcepto están relacionadas entre sí; siendo la autovalía global la que presenta las correlaciones más elevadas con el resto de dimensiones, sobre todo con comportamiento/conducta, apariencia física y aceptación social. Esto ocurre del mismo modo tanto en los chicos como en las chicas. La correlación más baja de la autovalía global se da con la competencia deportiva. Por tanto, no es de extrañar que todos los dominios del autoconcepto, excepto el deportivo, actúen como predictores de la autovalía global. El dominio que predice en mayor medida la autovalía global en los chicos es el comportamiento/conducta, seguido de la apariencia física, la aceptación social y la competencia académica. En las chicas el dominio con mayor poder predictivo es la apariencia física, seguido del comportamiento/conducta, la aceptación social y la competencia académica.

Capítulo 7

RESULTADOS (III). RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONCEPTO MULTIDIMENSIONAL Y EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE

En este capítulo se presentan los resultados que dan respuesta al último de los objetivos generales de este trabajo: analizar la influencia del autoconcepto sobre el estilo de vida saludable de los adolescentes. La información se presenta en tres apartados, cada uno de los cuales responde a las relaciones que se establecen en cada uno de los grupos de edad estudiados (11, 13 y 15 años). A los 11 y a los 13 años únicamente se presentan los resultados que hacen referencia a la relación entre el autoconcepto multidimensional y el ejercicio físico (deporte y actividad física). En estas edades no se presentan datos relativos a la relación entre el autoconcepto y el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*) debido a la escasa incidencia de estas conductas a dichas edades.

1. RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONCEPTO Y EL EJERCICIO A LOS 11 AÑOS

El análisis de las correlaciones entre los distintos dominios del autoconcepto y la práctica de deporte y actividad física, revela que, tanto en los chicos como en las chicas de 11 años, la única relación significativa se da entre la competencia deportiva y la práctica de deporte, de forma que a mayor competencia deportiva mayor es la práctica de deporte, o viceversa (Tablas 1 y 2).

Los análisis de regresión señalan que, tanto en los chicos como en las chicas, el único predictor significativo de la práctica deportiva es la competencia deportiva (Tablas 3 y 4). En el caso de la actividad física, los resultados indican que en los chicos la aceptación social actúa como un predictor significativo de esta variable de estilo de vida (Tabla 5); mientras que en las chicas ninguno de los dominios del autoconcepto actúa como un predictor significativo.

TABLA 1. Correlaciones Rho de Spearman entre las dimensiones del autoconcepto y el ejercicio a los 11 años. CHICOS

	CONDUCTA	SOCIAL	ESCOLAR	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	GLOBAL
DEPORTE	.07	.16	.06	.16	.20*	.14
ACTIVIDAD FÍSICA	-.06	.05	.04	.02	.08	.03

* p <.05; ** p <.01

TABLA 2. Correlaciones Rho de Spearman entre las dimensiones del autoconcepto y el ejercicio a los 11 años. CHICAS

	CONDUCTA	SOCIAL	ESCOLAR	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	GLOBAL
DEPORTE	-.09	.11	.02	-.01	.23*	-.03
ACTIVIDAD FÍSICA	-.05	.12	.1.	.07	.08	.05

* p <.05; ** p <.01

TABLA 3. Análisis de Regresión. V.I.: **Conducta, Social, Escolar, Apariencia, Competencia Deportiva, Autovalía Global**. V.D. **Deporte**. CHICOS (11 años).

R: .20
R²: .04
R² ajustada: .03
Error típico: 1.47
F = 5.03; p<.05

VARIABLE EN LA ECUACIÓN

	B (Coeficiente de regresión)	Error estandarizado de B	Beta (Coeficiente estandarizado)	T	p
COMPETENCIA DEPORTIVA	.56	.25	.20	2.24	<.05
(Constante)	2.21	.73		3.04	<.01

TABLA 4. Análisis de Regresión. V.I.: **Conducta, Social, Escolar, Apariencia, Competencia Deportiva, Autovalía Global**. V.D. **Deporte**. CHICAS (11 años).

R: .36
R²: .13
R² ajustada: .12
Error típico: 1.32
F = 15.73; p<.01

VARIABLE EN LA ECUACIÓN

	B (Coeficiente de regresión)	Error estandarizado de B	Beta (Coeficiente estandarizado)	T	p
COMPETENCIA DEPORTIVA	.88	.22	.36	3.97	<.01
(Constante)	.82	.60		1.36	n.s.

TABLA 5. Análisis de Regresión. V.I.: **Conducta, Social, Escolar, Apariencia, Competencia Deportiva, Autovalía Global**. V.D. **Actividad Física**. CHICOS (11 años).

<u>VARIABLE EN LA ECUACIÓN</u>					
	B (Coeficiente de regresión)	Error estandarizado de B	Beta (Coeficiente estandarizado)	T	p
ACEPTACIÓN SOCIAL (Constante)	.52 2.63	.24 .74	.20	2.16 3.56	<.05 <.01

2. RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONCEPTO Y EL EJERCICIO A LOS 13 AÑOS

Los resultados de las correlaciones Rho de Spearman entre los dominios del autoconcepto y los índices de deporte y de actividad física indican que, para los chicos de 13 años existe una relación positiva y significativa entre la competencia deportiva y la práctica tanto de deporte como de actividad física. En el caso de las chicas aparecen relaciones positivas y significativas entre la práctica deportiva y los dominios de aceptación social y competencia deportiva, y también entre la práctica de actividad física y los dominios de aceptación social y competencia académica (Tablas 6 y 7).

TABLA 6. Correlaciones Rho de Spearman entre las dimensiones del autoconcepto y el ejercicio a los 13 años. CHICOS

	CONDUCTA	SOCIAL	ESCOLAR	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	GLOBAL
DEPORTE	-.10	.11	-.08	.06	.31**	-.00
ACTIVIDAD FÍSICA	-.12	.14	-.05	.08	.20*	-.04

* p <.05; ** p <.01

TABLA 7. Correlaciones Rho de Spearman entre las dimensiones del autoconcepto y el ejercicio a los 13 años. CHICAS

	CONDUCTA	SOCIAL	ESCOLAR	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	GLOBAL
DEPORTE	.10	.22*	.08	.03	.25**	.08
ACTIVIDAD FÍSICA	.16	.19*	.23	-.01	.14	.10

* p <.05; ** p <.01

Los resultados de los análisis de regresión realizados, en los cuales las variables independientes eran los dominios del autoconcepto y la variable dependiente era el índice de práctica de deporte o de actividad física, revelan que la competencia deportiva es un predictor significativo tanto de la práctica de deporte como de la actividad física en los chicos de 13 años (Tablas 8 y 9). En las chicas de esta edad, la competencia deportiva actúa

como un predictor significativo de la práctica deportiva, mientras que la aceptación social predice significativamente la práctica de actividad física (Tablas 10 y 11).

TABLA 8. Análisis de Regresión. V.I.: **Conducta, Social, Escolar, Apariencia, Competencia Deportiva, Autovalía Global**. V.D. **Deporte**. CHICOS (13 años).

R: .42
R²: .18
R² ajustada: .17
Error típico: 1.28
F = 23.01; p<.01

VARIABLE EN LA ECUACIÓN

	B (Coeficiente de regresión)	Error estandarizado de B	Beta (Coeficiente estandarizado)	T	p
COMPETENCIA DEPORTIVA	.98	.20	.42	4.80	<.001
(Constante)	.98	.58		1.68	n.s.

TABLA 9. Análisis de Regresión. V.I.: **Conducta, Social, Escolar, Apariencia, Competencia Deportiva, Autovalía Global**. V.D. **Actividad Física** CHICOS (13 años).

R: .26
R²: .07
R² ajustada: .06
Error típico: 1.34
F = 7.48; p<.01

VARIABLE EN LA ECUACIÓN

	B (Coeficiente de regresión)	Error estandarizado de B	Beta (Coeficiente estandarizado)	T	p
COMPETENCIA DEPORTIVA	.60	.22	.26	2.74	<.001
(Constante)	2.07	.63		3.29	<.01

TABLA 10. Análisis de Regresión. V.I.: **Conducta, Social, Escolar, Apariencia, Competencia Deportiva, Autovalía Global**. V.D. **Deporte** CHICAS (13 años).

R: .25
R²: .06
R² ajustada: .06
Error típico: .1.46
F = 8.17; p<.01

VARIABLE EN LA ECUACIÓN

	B (Coeficiente de regresión)	Error estandarizado de B	Beta (Coeficiente estandarizado)	T	p
COMPETENCIA DEPORTIVA	.59	.21	.25	2.86	<.001
(Constante)	1.18	.52		2.28	<.05

TABLA 11. Análisis de Regresión. V.I.: **Conducta, Social, Escolar, Apariencia, Competencia Deportiva, Autovalía Global**. V.D. **Actividad Física CHICAS (13 años)**.

R: .21
R²: .05
R² ajustada: .04
Error típico: .1.48
F = 5.10; p<.05

VARIABLE EN LA ECUACIÓN

	B (Coeficiente de regresión)	Error estandarizado de B	Beta (Coeficiente estandarizado)	T	p
ACEPTACIÓN SOCIAL	.52	.23	.21	2.26	<.05
(Constante)	1.66	.69		2.39	<.05

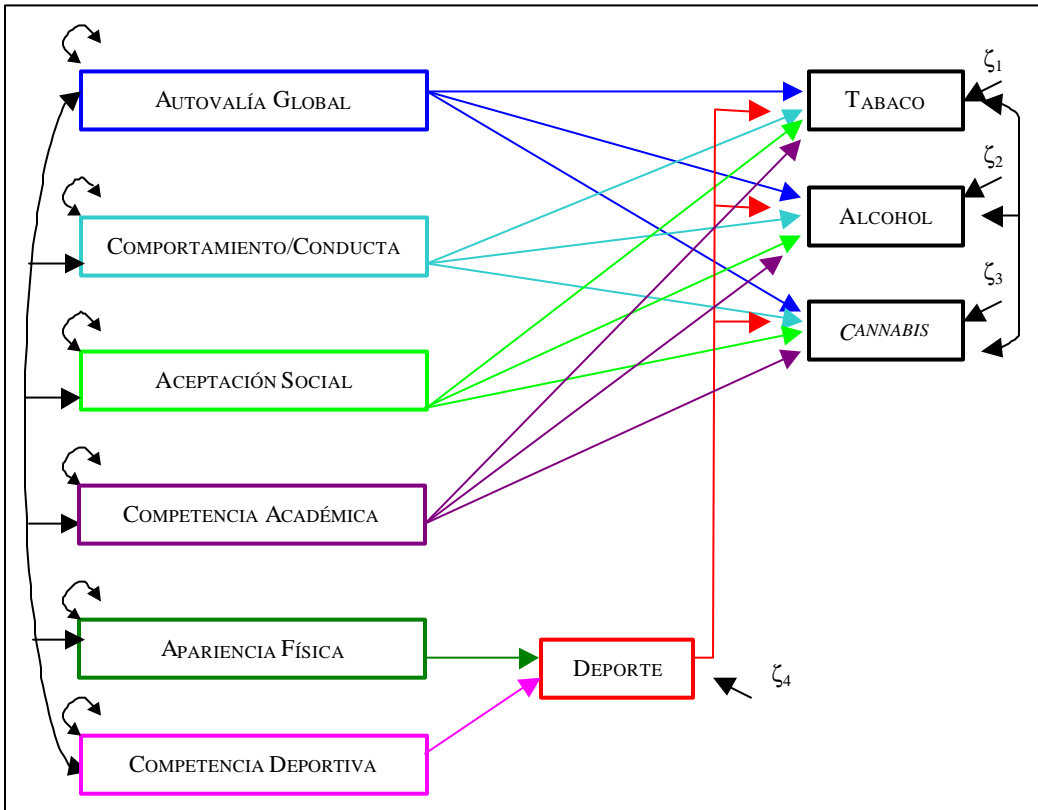
3. INFLUENCIA DEL AUTOCONCEPTO SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y EL EJERCICIO A LOS 15 AÑOS

En este apartado se exponen los resultados de los “path analysis” realizados para poner a prueba los modelos propuestos en el capítulo 3 acerca de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida relacionado con la salud. Como se comenta en dicho capítulo, uno de los modelos examina el papel mediador de la práctica de deporte (Modelo A) y el otro examina el papel mediador de la práctica de actividad física (Modelo B). Estos modelos se ponen a prueba independientemente en cada género para examinar las diferencias que aparecen en los diferentes parámetros del modelo en función del género. En el caso del Modelo A, cuando es puesto a prueba en el grupo de las chicas, los análisis realizados sugieren unas modificaciones. Así pues, también se exponen los resultados de dicho modelo modificado.

3.1. RESULTADOS DEL MODELO A

A continuación se exponen los resultados del modelo que propone que sobre el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*) influyen directamente la autovalía global, el comportamiento/conducta, la aceptación social y la competencia académica, e indirectamente y a través de la práctica de deporte, los dominios del autoconcepto apariencia física y competencia deportiva (Figura 1).

FIGURA 1. Representación estadística del MODELO A



3.1.1. Resultados del MODELO A en los chicos

El estadístico χ^2 , así como el cociente χ^2/gf indican que el modelo presenta un buen ajuste a los datos de los chicos de 15 años. También los residuales estandarizados ofrecen apoyo al modelo ($RMRS=.02$), por lo que las diferencias entre la matriz de varianzas-covarianzas observada y la matriz de varianzas-covarianzas reproducida por el modelo son bajas. Tanto el índice de ajuste absoluto (GFI) como el índice de ajuste absoluto ajustado (AGFI) adoptan valores superiores a .90, indicando un buen ajuste. El valor más bajo del AGFI frente al GFI indica que algunos parámetros del modelo son triviales. Respecto a los índices de ajuste relativo, todos ellos muestran valores por encima de .90 (NFI, NNFI, CFI, IFI, RFI). Atendiendo a la totalidad de los índices de ajuste, el Modelo A presenta un buen ajuste en el grupo de los chicos de 15 años, con lo que podemos decir que es un modelo plausible en este grupo (Tabla 12).

TABLA 12. Índices de bondad de ajuste del MODELO A. CHICOS

<u>ÍNDICES DE AJUSTE ABSOLUTO</u>		<u>Criterio de buen ajuste</u>
χ^2	10.32; gl =10; p >.05	No significativa
χ^2 /gl	1.03	Inferior a 3
RMSR	.02	Igual o inferior a .10
GFI	.99	Próximo a 1
AGFI	.95	Próximo a 1
CN	473.32	Superior a 200
<u>ÍNDICES DE AJUSTE RELATIVO</u>		
NFI	.98	Próximo a 1
NNFI	1.00	Próximo a 1
CFI	1.00	Próximo a 1
IFI	1.00	Próximo a 1
RFI	.93	Próximo a 1

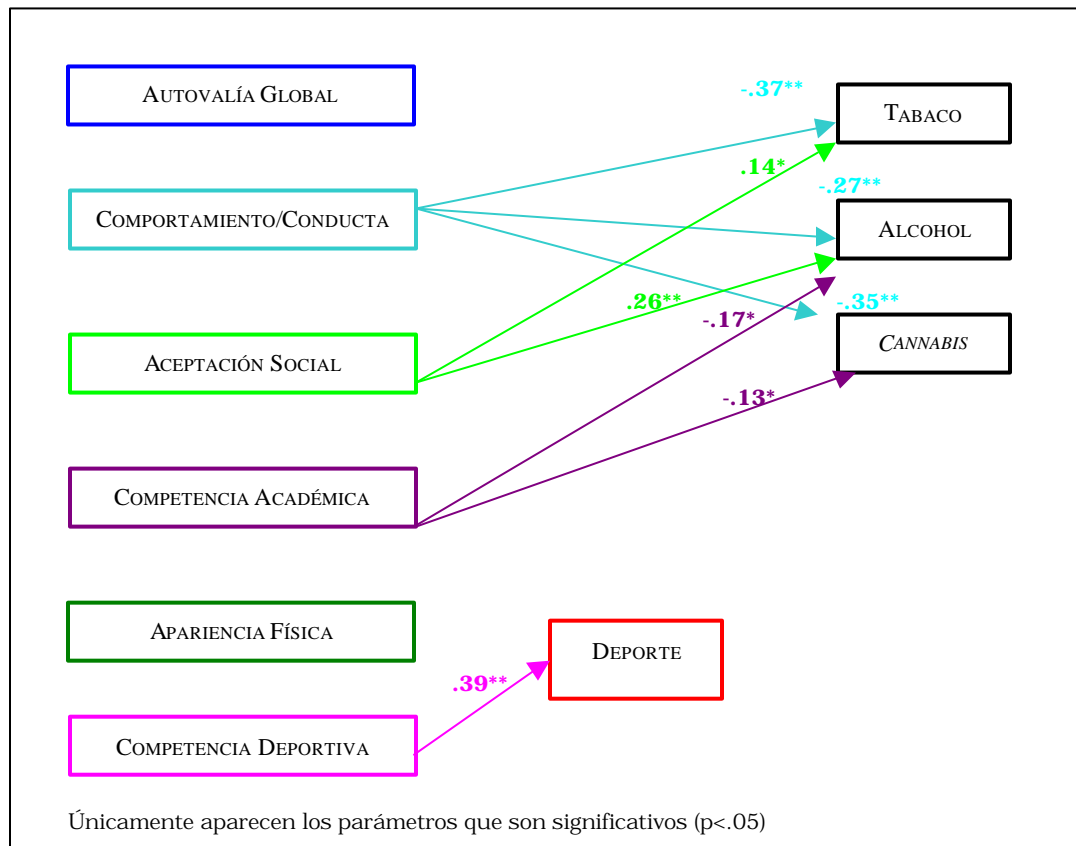
La Tabla 13 y la Figura 2 muestran la solución estandarizada de los parámetros estructurales del Modelo A en el grupo de los chicos de 15 años. Los resultados muestran que el comportamiento/conducta predice significativamente el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, de tal modo que cuanto mayor es la puntuación en la escala comportamiento/conducta menor es el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. La aceptación social y la competencia académica predicen significativamente el consumo de alcohol y de *cannabis*; mientras la primera lo hace en sentido positivo, la segunda lo hace en sentido negativo. Por último, la competencia deportiva predice significativamente y en sentido positivo la práctica de deporte.

TABLA 13. Parámetros estructurales estimados del MODELO A - CHICOS (Solución estandarizada)

MATRIZ GAMMA (relaciones Var. Exógena → Var. Endógena)						
Índices Estilo de Vida	Dimensiones Autoconcepto					
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
TABACO	-.37**	.13	-.12			.08
ALCOHOL	-.27**	.14*	-.17*			.05
CANNABIS	-.35**	.26**	-.13*			.10
DEPORTE				.07	.39**	
MATRIZ BETA (relaciones Var. Endógena → Var. Endógena)						
				DEPORTE		
		TABACO		-.10		
		ALCOHOL		.03		
		CANNABIS		.04		

* p <.05; ** p <.01

FIGURA 2. Parámetros estructurales del MODELO A. CHICOS



Como puede observarse en la Tabla 14 y en la Figura 2, ni la apariencia física ni la competencia deportiva tienen ningún efecto indirecto sobre el consumo de tabaco, de alcohol y de *cannabis* a través de la práctica de deporte.

TABLA 14. Efectos totales e indirectos del MODELO A - CHICOS

	APARIENCIA FÍSICA		COMPETENCIA DEPORTIVA	
	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto
TABACO	-.01	-.01	-.04	-.04
ALCOHOL	.00	.00	.01	.01
CANNABIS	.00	.00	-.02	-.02

La mayoría de las relaciones entre los subdominios del autoconcepto (incluida la autovalía global) fueron positivas y significativas. El comportamiento/conducta se relaciona positivamente con la competencia académica, la apariencia física, la competencia deportiva y la autovalía global; la aceptación social está significativamente relacionada con la apariencia física, la competencia deportiva y la autovalía global; la competencia académica

y la apariencia física se relacionan significativamente con la competencia deportiva y la autovalía global; por último, la competencia deportiva se relaciona significativamente con la autovalía global (Tabla 15).

La varianza residual de las diferentes variables endógenas del Modelo A oscila entre .76 y .85 en el grupo de los chicos de 15 años. La variable que presenta la variable más baja es el consumo de *cannabis*, siendo ésta, por tanto, la variable mejor explicada del modelo. Los errores entre tabaco, alcohol y *cannabis* mostraron una relación positiva y significativa, con lo que la correlación entre estas variables no está totalmente explicada por el modelo (Tabla 15).

El Modelo A en el grupo de los chicos de 15 años explica el 20% del consumo de tabaco, el 15% del consumo de alcohol, el 24% del consumo de *cannabis* y el 18% de la práctica de deporte (Tabla 16).

TABLA 15. Parámetros no estructurales del MODELO A – CHICOS (Solución Estandarizada)

MATRIZ PHI (varianza y covarianza de las Var. Exógenas)						
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
CONDUCTA	1.00**					
SOCIAL	-.07	1.00**				
ESCUELA	.31**	-.02	1.00**			
APARIENCIA	.15*	.25**	.07	1.00**		
COMP. DEPORTIVA	.16*	.34**	.15*	.37**	1.00**	
AUTOVALÍA GLOBAL	.43**	.27**	.25**	.39**	.28**	1.00**

MATRIZ PSI (varianza y covarianza del error de las Var. Endógenas)				
	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	DEPORTE
Varianza Residual	.81**	.85**	.76**	.82**
Covarianza de los errores	TABACO – ALCOHOL .38**	TABACO – CANNABIS .58**	ALCOHOL – CANNABIS .49**	

* p <.05; ** p <.01

TABLA 16. Correlación al cuadrado de las ecuaciones estructurales
MODELO A – CHICOS

TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	DEPORTE
.20	.15	.24	.18

3.1.2. Resultados del Modelo A en las chicas

Todos los índices de bondad de ajuste del Modelo A en las chicas de 15 años indican que tiene un buen ajuste y que es un modelo plausible en este grupo. El estadístico χ^2 se puede considerar no significativo ($p=.05$) y el cociente χ^2/gl presenta un valor inferior a 3, apoyando estos datos el buen ajuste del modelo. El resto de los índices de ajuste absoluto también ofrecen apoyo al modelo (RMSR=.03; GFI=.98; AGFI=.91; CN=289.70). Asimismo, los índices de ajuste relativo indican que el Modelo A es un buen modelo, situándose la mayoría por encima de .90 (NFI, NNFI, CFI, IFI, RFI) (Tabla 17).

TABLA 17. Índices de bondad de ajuste del MODELO A. CHICAS

<u>ÍNDICES DE AJUSTE ABSOLUTO</u>		<u>Criterio de buen ajuste</u>
χ^2	18.33; gl =10; p=.05	No significativa
χ^2/gl	1.83	Inferior a 3
RMSR	.03	Igual o inferior a .10
GFI	.98	Próximo a 1
AGFI	.91	Próximo a 1
CN	289.70	Superior a 200
<u>ÍNDICES DE AJUSTE RELATIVO</u>		
NFI	.97	Próximo a 1
NNFI	.94	Próximo a 1
CFI	.99	Próximo a 1
IFI	.99	Próximo a 1
RFI	.89	Próximo a 1

Los resultados obtenidos con el Modelo A en las chicas de 15 años muestran que los dominios del autoconcepto comportamiento/ conducta y aceptación social, y la práctica de deporte predicen significativamente el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. De tal modo que cuanto mayor es el comportamiento/conducta y la Práctica de deporte menor es el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*; y, por el contrario, cuanto mayor es la aceptación social, mayor es también el consumo de estas sustancias. Por otra parte, la autovalía global predice significativamente y en sentido negativo el consumo de alcohol y de *cannabis*. Por último, la apariencia física y la competencia deportiva predicen significativamente la práctica de deporte; la primera lo hace en sentido negativo y la segunda en sentido positivo (Tabla 18 y Figura 3).

La apariencia física posee un efecto indirecto positivo sobre el consumo de tabaco y el consumo de *cannabis*, a través de la práctica de deporte. Por tanto a mayores puntuaciones en el subdominio apariencia física menor es la práctica de deporte y mayor el consumo de tabaco y *cannabis*. Por otra parte, la competencia deportiva tiene un efecto indirecto y negativo, a través de la práctica de deporte, sobre el consumo de tabaco, de alcohol y de *cannabis*. Es decir, a mayor competencia deportiva mayor es la práctica de deporte y a mayor práctica deportiva menor es el consumo de sustancias en las chicas de 15 años (Tabla 19).

TABLA 18. Parámetros estructurales estimados del MODELO A - CHICAS (Solución estandarizada)

MATRIZ GAMMA (relaciones Var. Exógena → Var. Endógena)						
Índices Estilo de Vida	Dimensiones Autoconcepto					
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
TABACO	-.37**	.18**	.00			-.04
ALCOHOL	-.15*	.26**	.05			-.24**
CANNABIS	-.39**	.39**	.05			-.14*
DEPORTE				-.18**	.47**	

MATRIZ BETA (relaciones Var. Endógena → Var. Endógena)	
	DEPORTE
TABACO	-.20**
ALCOHOL	-.16*
CANNABIS	-.23**

* p <.05; ** p <.01

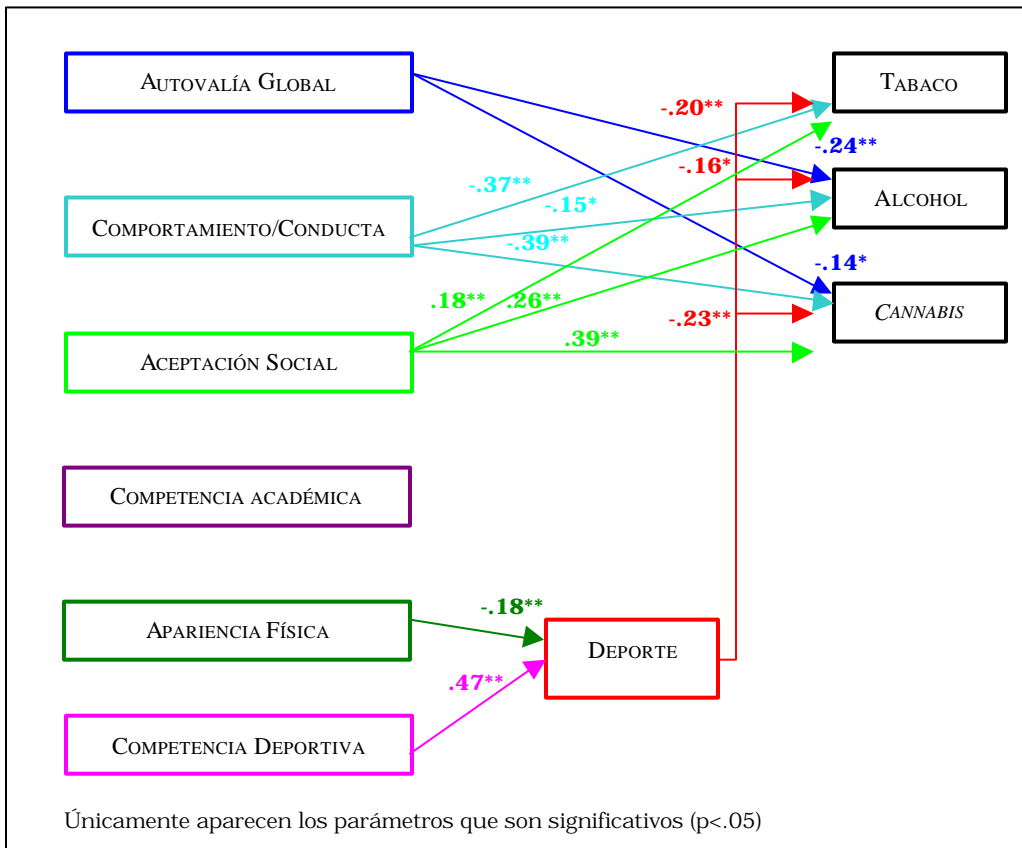
TABLA 19. Efectos totales e indirectos del MODELO A - CHICAS

	APARIENCIA FÍSICA		COMPETENCIA DEPORTIVA	
	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto
TABACO	.04*	.04*	-.09**	-.09**
ALCOHOL	.03	.03	-.07**	-.07**
CANNABIS	.04*	.04*	-.11**	-.11**

En la Matriz Phi del Modelo A estimada para el grupo de las chicas de 15 años, encontramos que aparecen relaciones positivas entre los dominios del autoconcepto (incluida la autovalía global) aunque no todas ellas fueron significativas. El comportamiento/conducta se relaciona significativamente con la competencia académica, la apariencia física y la autovalía global; la aceptación social se relaciona significativamente con la apariencia física, la competencia deportiva y la autovalía global; la competencia académica se relaciona significativamente con la autovalía global; la apariencia física se relaciona significativamente con la competencia deportiva y la autovalía global; y la competencia deportiva se relaciona significativamente con la autovalía global (Tabla 20).

El Modelo A en el grupo de las chicas de 15 años explica el 20% del consumo de tabaco, el 14% del consumo de alcohol, el 33% del consumo de *cannabis* y el 20% de la práctica de deporte (Tabla 21).

FIGURA 3. Parámetros estructurales del MODELO A. CHICAS



Cabe destacar que los índices de modificación obtenidos en el Modelo A sugieren que se plantee la relación entre la aceptación social y la práctica de deporte (con un cambio esperado estandarizado de $-.14$), y también entre la competencia académica y la práctica de deporte (con un cambio esperado estandarizado de $.12$). En la Tabla 22 se observan los índices de modificación y el cambio esperado estandarizado para cada uno de los parámetros de la Matriz Gamma no hipotetizados en el Modelo A. Se puede ver que el cambio esperado mayor es para las relaciones mencionadas.

Debido a esto se decidió poner a prueba un modelo revisado en el que se añaden estas relaciones (aceptación social \rightarrow deporte y competencia académica \rightarrow deporte) y se eliminan las relaciones hipotetizadas entre la competencia académica y el consumo de sustancias, ya que en el Modelo A no muestran un efecto significativo sobre dicho consumo.

TABLA 20. Parámetros no estructurales del MODELO A – CHICAS (Solución Estandarizada)

MATRIZ PHI (varianza y covarianza de las Var. Exógenas)						
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
CONDUCTA	1.00**					
SOCIAL	.10	1.00**				
ESCUELA	.32**	.13	1.00**			
APARIENCIA	.15*	.28**	.09	1.00**		
COMP. DEPORTIVA	.12	.29**	.05	.32**	1.00**	
AUTOVALÍA GLOBAL	.44**	.42**	.30**	.53**	.28**	1.00**

MATRIZ PSI (varianza y covarianza del error de las Var. Endógenas)				
	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	DEPORTE
Varianza Residual	.79**	.86**	.66**	.80**
Covarianza de los errores	TABACO – ALCOHOL .40**	TABACO – CANNABIS .50**	ALCOHOL – CANNABIS .36**	

* p <.05; ** p <.01

TABLA 21. Correlación al cuadrado de las ecuaciones estructurales
MODELO A – CHICAS

TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	DEPORTE
.20	.14	.33	.20

TABLA 22. Índices de Modificación y Cambio Esperado para la Matriz Gamma del MODELO A. CHICAS

PARÁMETROS	ÍNDICES DE MODIFICACIÓN	CAMBIO ESPERADO ESTANDARIZADO
COMPORTAMIENTO/CONDUCTA → DEPORTE	.09	-.02
ACEPTACIÓN SOCIAL → DEPORTE	5.02	-.14
COMPETENCIA ACADÉMICA → DEPORTE	3.78	.12
AUTOVALÍA GLOBAL → DEPORTE	1.04	-.07
APARIENCIA FÍSICA → TABACO	1.73	.0
APARIENCIA FÍSICA → ALCOHOL	.16	-.03
APARIENCIA FÍSICA → CANNABIS	.40	.03
COMPETENCIA DEPORTIVA → TABACO	.23	.04
COMPETENCIA DEPORTIVA → ALCOHOL	.69	-.05
COMPETENCIA DEPORTIVA → CANNABIS	.19	.02

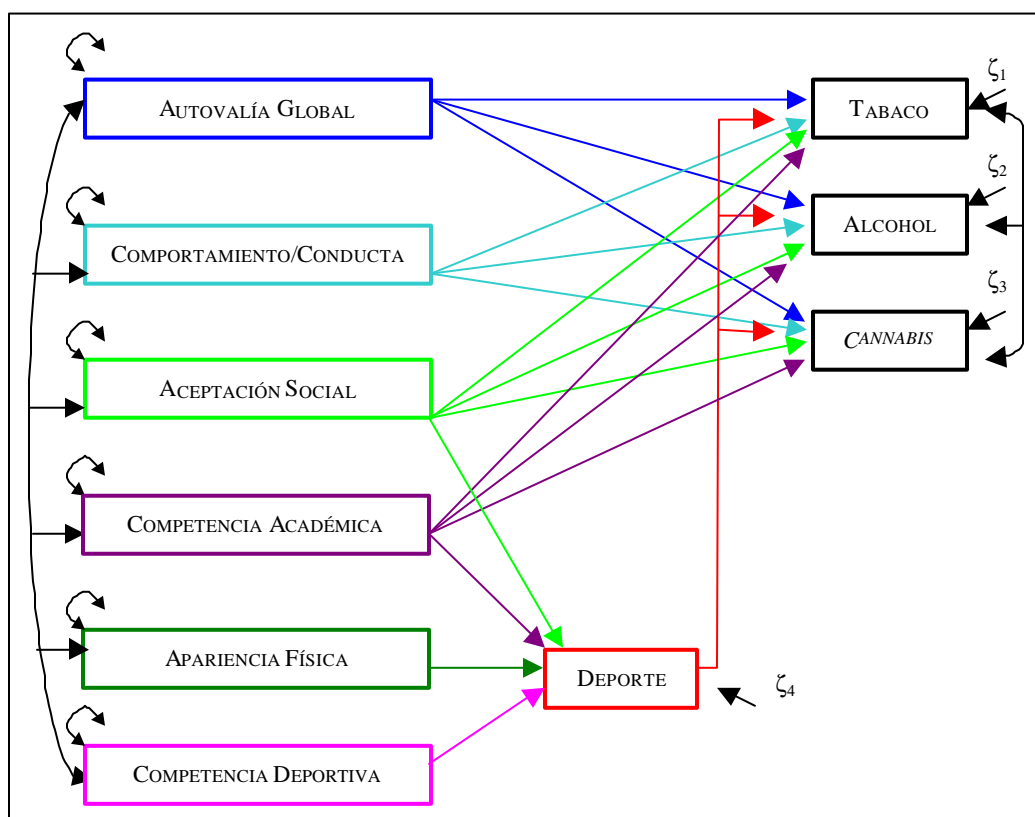
Resultados del Modelo A Revisado en las chicas

El Modelo A Revisado presenta a los 5 subdominios específicos del autoconcepto, junto con la autovalía global, como variables exógenas, y como variables endógenas a las 3 variables de consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*) y la práctica de deporte, la cual actúa como variable mediadora entre los subdominios aceptación social, competencia

académica, apariencia física y competencia deportiva, y el consumo de sustancias. La representación gráfica de este modelo, en la que se incluyen todos los parámetros libres a estimar aparece en la Figura 4.

La matriz Gamma de dicho modelo consta de 13 elementos, la Matriz Beta posee 3 elementos, la Matriz Phi tiene 21 elementos (6 varianzas y 15 covarianzas de las variables exógenas) y la Matriz Psi está formada por 7 elementos (4 varianzas residuales y 3 covarianzas entre los errores); que suman un total de 44 parámetros libres a estimar. Dado que disponemos de 10 variables, la matriz de varianzas y covarianzas a analizar consta de 45 puntos muestrales ($10 \times 11 / 2 = 55$) y el modelo posee 11 grados de libertad ($55 - 44 = 11$).

FIGURA 4. Representación estadística del MODELO A REVISADO



En la Tabla 23 se puede observar que todos los índices de bondad de ajuste del Modelo A Revisado ofrecen apoyo al modelo. Además, los índices de ajuste de la parsimonia presentan valores superiores en el Modelo A Revisado que en el Modelo A, por lo que el modelo revisado es más parsimonioso, y no sólo eso sino que presentan menor discrepancia con los datos observados, como muestran los valores inferiores en los índices comparativos de ajuste.

TABLA 23. Índices de bondad de ajuste del MODELO A y del MODELO A REVISADO. CHICAS

	MODELO B1	MODELO B1 REVISADO
<u>ÍNDICES DE AJUSTE</u>		
<u>ABSOLUTO</u>		
χ^2	18.33; gl=10; p=.05	9.82; gl=11; p>.05
χ^2 /gl	1.83	.89
RMSR	.03	.03
GFI	.98	.99
AGFI	.91	.96
CN	289.70	575.01
<u>ÍNDICES DE AJUSTE</u>		
<u>RELATIVO</u>		
NFI	.97	.99
NNFI	.94	1.00
CFI	.99	1.00
IFI	.99	1.00
RFI	.89	.94
<u>ÍNDICES DE AJUSTE DE</u>		
<u>LA PARSIMONIA</u>		
PGFI	.18	.20
PNFI	.22	.24
<u>ÍNDICES</u>		
<u>COMPARATIVOS DE</u>		
<u>AJUSTE</u>		
ECVI	.49	.44
AIC	108.33	97.82
CAIC	307.85	292.91

Los resultados del modelo indican que el comportamiento/ conducta y la aceptación social predicen significativamente el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, de manera que a mayor comportamiento/conducta menor es el consumo de sustancias y a mayor aceptación social mayor es el consumo de sustancias. La autovalía global predice en sentido negativo el consumo de alcohol. La aceptación social, la competencia académica, la apariencia física y la competencia deportiva predicen significativamente la práctica de deporte, de manera que cuanto mayor es la competencia académica y la deportiva mayor es la práctica de deporte, y a mayor aceptación social y apariencia física menor es la práctica deportiva. Por último, el deporte predice significativamente y en sentido negativo el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* (Tabla 24 y Figura 5).

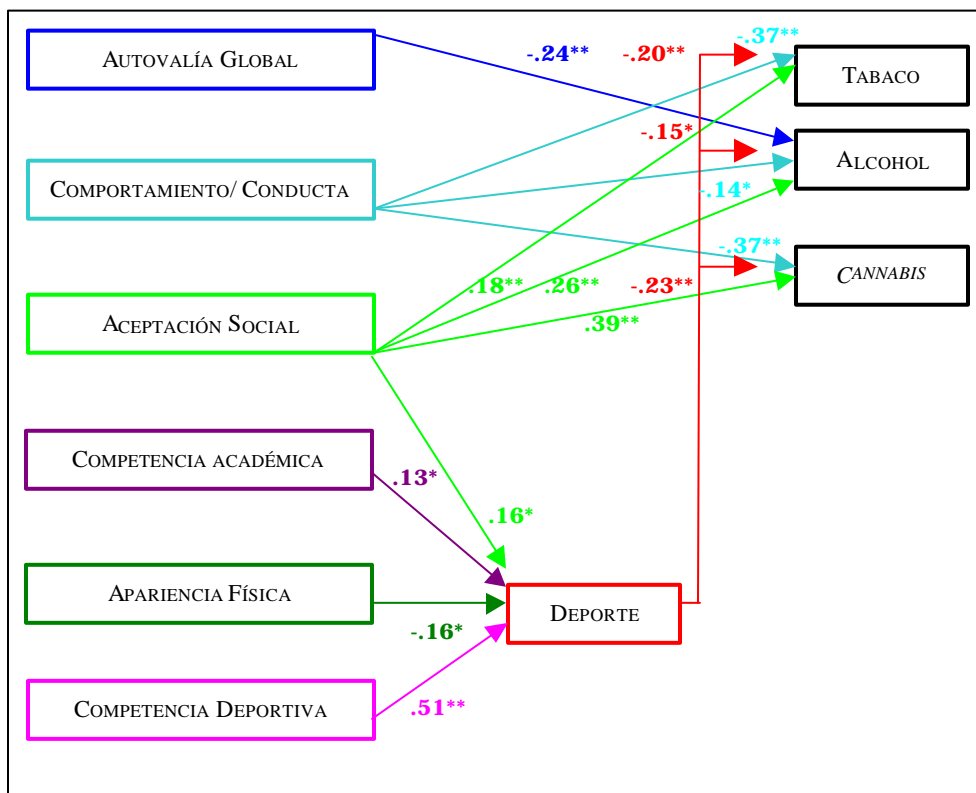
TABLA 24. Parámetros estructurales estimados del MODELO A REVISADO- CHICAS (Solución estandarizada)

MATRIZ GAMMA (relaciones Var. Exógena → Var. Endógena)						
Índices Estilo de Vida	Dimensiones Autoconcepto					
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
TABACO	-.37**	.18**				-.04
ALCOHOL	-.14*	.26**				-.24**
CANNABIS	-.37**	.39**				-.13
DEPORTE		-.16*	.13*	-.16*	.51**	

MATRIZ BETA (relaciones Var. Endógena → Var. Endógena)	
	DEPORTE
TABACO	-.20**
ALCOHOL	-.15*
CANNABIS	-.23**

* p <.05; ** p <.01

FIGURA 5. Parámetros estructurales del MODELO A REVISADO. CHICAS



La aceptación social tiene un efecto indirecto positivo sobre el consumo de tabaco y de *cannabis* a través del deporte, de forma que cuanto mayor es la aceptación social, menor es la práctica de deporte y mayor el consumo de tabaco y de *cannabis*. La competencia

académica tiene un efecto indirecto negativo, a través del deporte, sobre el consumo de *cannabis*. La apariencia física tiene un efecto indirecto positivo sobre el consumo de tabaco y de *cannabis*. Por último, la competencia deportiva tiene un efecto indirecto negativo sobre el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* (Tabla 25).

TABLA 25. Efectos totales e indirectos del MODELO A REVISADO – CHICAS

	ACEPTACIÓN SOCIAL		COMPETENCIA ACADÉMICA		APARIENCIA FÍSICA		COMPETENCIA DEPORTIVA	
	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto
TABACO	.21**	.03*	-.03	-.03	.03*	.03*	-.10**	-.10**
ALCOHOL	.29**	.02	-.02	-.02	.02	.02	-.08*	-.08*
CANNABIS	.43**	.04*	-.03*	-.03*	.04*	.04*	-.11**	-.11**

* p <.05; ** p <.01

La única variación en los parámetros no estructurales del Modelo A Revisado respecto al Modelo A se encuentra en la varianza residual del deporte. En el modelo revisado ésta es menor (.76**), por lo tanto es menor la cantidad de varianza no explicada de esta variable (Tabla 26).

En la Tabla 27 se observa que el Modelo A Revisado explica el 21% del consumo de tabaco, el 14% del alcohol, el 35% del *cannabis* y el 24% del deporte.

TABLA 26. Parámetros no estructurales del MODELO A REVISADO – CHICAS (Solución Estandarizada)

MATRIZ PHI (varianza y covarianza de las Var. Exógenas)						
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
CONDUCTA	1.00**					
SOCIAL	.10	1.00**				
ESCUELA	.32**	.13	1.00**			
APARIENCIA	.15*	.28**	.09	1.00**		
COMP. DEPORTIVA	.12	.29**	.05	.32**	1.00**	
AUTOVALÍA GLOBAL	.44**	.42**	.30**	.53**	.28**	1.00**

MATRIZ PSI (varianza y covarianza del error de las Var. Endógenas)				
	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	DEPORTE
Varianza Residual	.79**	.86**	.66**	.76**
Covarianza de los errores	TABACO – ALCOHOL .40**	TABACO – CANNABIS .50**	ALCOHOL – CANNABIS .36**	

* p <.05; ** p <.01

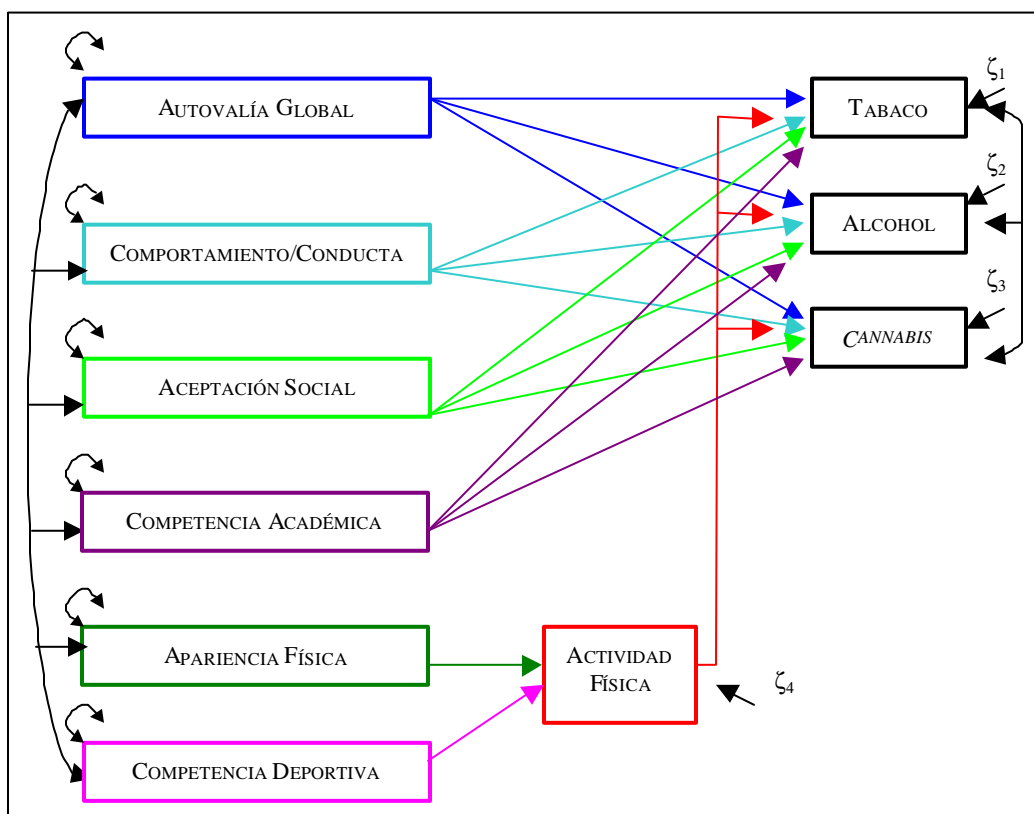
TABLA 27. Correlación al cuadrado de las ecuaciones estructurales
 MODELO A REVISADO- CHICAS

TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	DEPORTE
.20	.14	.33	.20

3.2. RESULTADO DEL MODELO B

A continuación se exponen los resultados obtenidos con el modelo que propone a la actividad física como mediadora entre dos de los dominios del autoconcepto (apariencia física y competencia deportiva) y el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* (Figura 6).

FIGURA 6. Representación estadística del MODELO B



3.2.1. Resultados del Modelo B en los chicos

El estadístico χ^2 para el Modelo B en los chicos de 15 años no es significativo, y el cociente χ^2/gf presenta un valor inferior a 3, lo cual indica que el modelo presenta un buen ajuste a los datos. Los residuales estandarizados (RMSR=.04), así como otros índices de ajuste absoluto (GFI, AGFI, CN) también proporcionan apoyo al modelo. Respecto a los índices de ajuste relativo, cuatro de ellos adoptan valores superiores a .90 (NFI, NNFI, CFI,

IFI), ofreciendo apoyo al modelo; y RFI presenta un valor próximo a .90 (.88). Atendiendo al conjunto de los índices de ajuste, el Modelo B2 presenta un buen ajuste a los datos. Por lo tanto, podemos decir que el Modelo B2 es un modelo plausible para este grupo (Tabla 28).

TABLA 28. Índices de bondad de ajuste del MODELO B. CHICOS

<u>ÍNDICES DE AJUSTE ABSOLUTO</u>		<u>Criterio de buen ajuste</u>
χ^2	16.25; gl =10; p<.05	No significativa
χ^2 /gl	1.63	Inferior a 3
RMSR	.04	Igual o inferior a .10
GFI	.98	Próximo a 1
AGFI	.92	Próximo a 1
CN	300.93	Superior a 200
<u>ÍNDICES DE AJUSTE RELATIVO</u>		
NFI	.97	Próximo a 1
NNFI	.95	Próximo a 1
CFI	.99	Próximo a 1
IFI	.99	Próximo a 1
RFI	.88	Próximo a 1

Los resultados obtenidos con el Modelo B muestran que el comportamiento/conducta predice significativamente el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* en sentido negativo. La aceptación social y la competencia académica predicen significativamente el consumo de alcohol y de *cannabis*, de forma que a mayor aceptación social mayor es el consumo de alcohol y de *cannabis*, y a mayor competencia académica menor es el consumo de estas sustancias. La competencia deportiva predice significativamente la práctica de actividad física, de tal modo que cuanto mayor es la competencia deportiva mayor es la actividad física. Por último, la actividad física predice significativamente y en sentido negativo el consumo de *cannabis* (Tabla 29 y Figura 7).

En la Tabla 30 podemos observar que la actividad física no actúa como mediador entre los subdominios de la apariencia física y la competencia deportiva y las variables de consumo de sustancias, ya que ninguna de estas variables exógenas tiene un efecto significativo indirecto sobre el consumo de sustancias a través de la actividad física.

En general, los dominios del autoconcepto se relacionan entre sí positivamente. Así pues, el comportamiento/conducta se relaciona significativamente con la competencia académica, la apariencia física, la competencia deportiva y la autovalía global. La aceptación social se relaciona significativamente con la apariencia física, la competencia deportiva y la autovalía global. La competencia académica está significativamente relacionada con la competencia deportiva y la autovalía global. La apariencia física está significativamente relacionada con la competencia deportiva y la autovalía global. Y, la competencia deportiva está significativamente relacionada con la autovalía global. Respecto a la proporción de variabilidad de las variables endógenas que no es explicada por el modelo, se observa en la Matriz Psi que, la variable con menor variabilidad no explicada es el consumo de *cannabis*, con .74 de varianza residual, y que la variable explicada en menor medida por el modelo, o lo que es lo mismo, con mayor cantidad de varianza residual (.96),

es la actividad física. La covarianza de los errores de tabaco, alcohol y *cannabis* fue positiva y significativa. Esto indica que el modelo hipotetizado no da cuenta de la correlación total de estas variables, y que, por tanto el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* tienen en común muchos otros determinantes que no han sido medidos (Tabla 31).

Las correlaciones al cuadrado de cada ecuación estructural nos indica que el modelo explica el 20% del consumo de tabaco, el 16% del consumo de alcohol, el 26% del consumo de *cannabis* y el 4% de la práctica de actividad física (Tabla 32).

TABLA 29. Parámetros estructurales estimados del MODELO B- CHICOS (Solución estandarizada)

MATRIZ GAMMA (relaciones Var. Exógena → Var. Endógena)						
Índices Estilo de Vida	Dimensiones Autoconcepto					
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
TABACO	-.37**	.13	-.12			.09
ALCOHOL	-.27**	.16*	-.17*			.06
CANNABIS	-.35**	.27**	-.13*			.11
ACTIVIDAD FÍSICA				-.01	.20**	

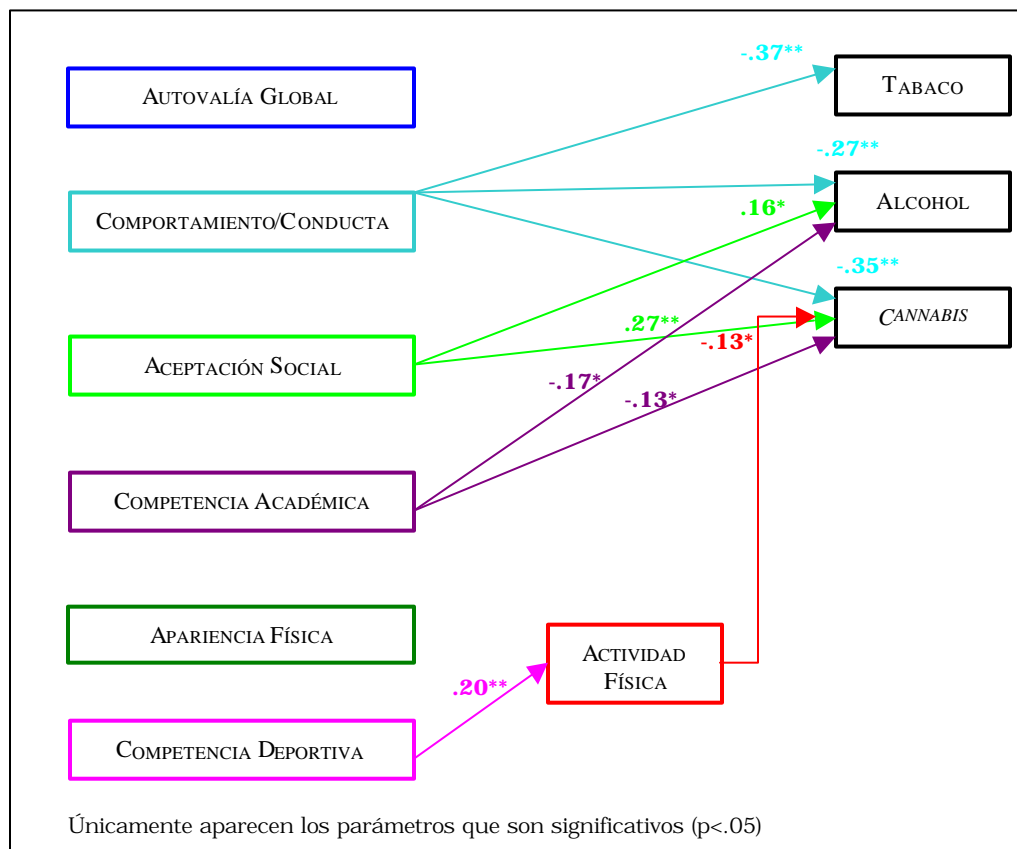
MATRIZ BETA (relaciones Var. Endógena → Var. Endógena)	
	ACTIVIDAD FÍSICA
TABACO	-.09
ALCOHOL	-.09
CANNABIS	-.13*

* p <.05; ** p <.01

TABLA 30. Efectos totales e indirectos del MODELO B - CHICOS

	APARIENCIA FÍSICA		COMPETENCIA DEPORTIVA	
	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto
TABACO	.00	.00	-.02	-.02
ALCOHOL	.00	.00	-.02	-.02
CANNABIS	.00	.00	-.03	-.03

FIGURA 7. Parámetros estructurales del MODELO B. CHICOS



Atendiendo a los índices de modificación obtenidos en el Modelo B se observa que las relaciones entre la aceptación social y la actividad física (con un cambio esperado estandarizado de $.19$) y entre la autovalía global y la actividad física (con un cambio esperado estandarizado de $.12$) pueden aumentar el ajuste del modelo a los datos. En la Tabla 33 se observan los índices de modificación y el cambio esperado estandarizado para cada uno de los parámetros de la Matriz Gamma no hipotetizados en el Modelo B. Se puede ver que el cambio esperado mayor es para las relaciones mencionadas.

Debido a esto se decidió poner a prueba un modelo revisado en el que se añaden estas relaciones (aceptación social \rightarrow actividad física y autovalía global \rightarrow actividad física).

TABLA 31. Parámetros no estructurales del MODELO B– CHICOS (Solución Estandarizada)

MATRIZ PHI (varianza y covarianza de las Var. Exógenas)						
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
CONDUCTA	1.00**					
SOCIAL	-.07	1.00**				
ESCUELA	.31**	-.02	1.00**			
APARIENCIA	.15*	.25**	.07	1.00**		
COMP. DEPORTIVA	.16*	.34**	.15*	.37**	1.00**	
AUTOVALÍA GLOBAL	.43**	.27**	.25**	.39**	.28**	1.00**

MATRIZ PSI (varianza y covarianza del error de las Var. Endógenas)				
	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	ACTIVIDAD FÍSICA
Varianza Residual	.80**	.84**	.74**	.96**
Covarianza de los errores	TABACO – ALCOHOL .37**	TABACO – CANNABIS .57**	ALCOHOL – CANNABIS .48**	

* p <.05; ** p <.01

TABLA 32. Correlación al cuadrado de las ecuaciones estructurales MODELO B– CHICOS

TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	ACTIVIDAD FÍSICA
.20	.16	.26	.04

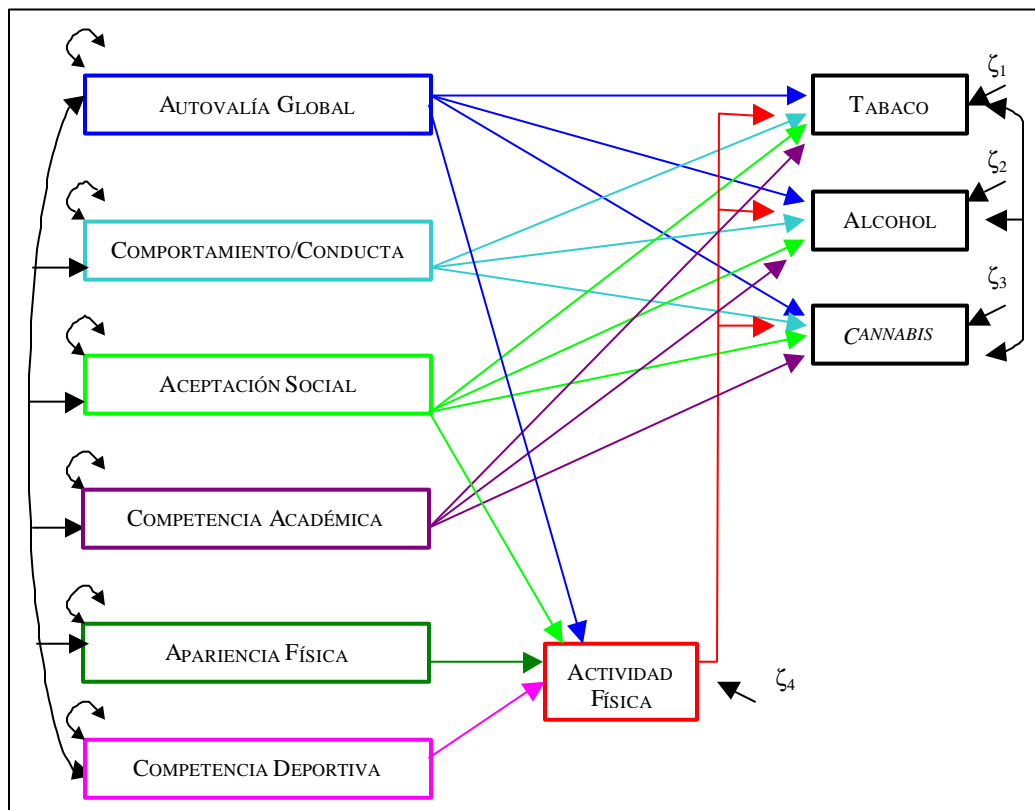
TABLA 33. Índices de Modificación y Cambio Esperado para la Matriz Gamma del MODELO B. CHICOS

PARÁMETROS	ÍNDICES DE MODIFICACIÓN	CAMBIO ESPERADO ESTANDARIZADO
COMPORTAMIENTO/CONDUCTA → ACTIVIDAD FÍSICA	.14	.03
ACEPTACIÓN SOCIAL → ACTIVIDAD FÍSICA	6.31	.19
COMPETENCIA ACADÉMICA → ACTIVIDAD FÍSICA	.00	.00
AUTOVALÍA GLOBAL → ACTIVIDAD FÍSICA	2.59	.12
APARIENCIA FÍSICA → TABACO	3.85	-.09
APARIENCIA FÍSICA → ALCOHOL	.28	-.03
APARIENCIA FÍSICA → CANNABIS	3.57	.08
COMPETENCIA DEPORTIVA → TABACO	1.46	-.06
COMPETENCIA DEPORTIVA → ALCOHOL	.21	-.03
COMPETENCIA DEPORTIVA → CANNABIS	.02	.01

Resultados del Modelo B Revisado en los chicos

El Modelo B Revisado se diferencia únicamente del Modelo B en que añade dos parámetros estructurales a estimar que hipotetizan la influencia de la aceptación social y de la autovalía global sobre la actividad física. En la Figura 8 aparece la representación gráfica de este modelo.

FIGURA 8. Representación estadística del MODELO B REVISADO



La matriz Gamma de dicho modelo consta de 16 elementos, la Matriz Beta posee 3 elementos, la Matriz Phi tiene 21 elementos (6 varianzas y 15 covarianzas de las variables exógenas) y la Matriz Psi está formada por 7 elementos (4 varianzas residuales y 3 covarianzas entre los errores); que suman un total de 47 parámetros libres a estimar. Dado que disponemos de 10 variables, la matriz de varianzas y covarianzas a analizar consta de 55 puntos muestrales ($10 \times 11 / 2 = 55$) y 8 grados de libertad ($55 - 47 = 8$).

Tanto los índices de ajuste absoluto como los índices de ajuste relativo proporcionan apoyo al Modelo B2 Revisado en el grupo de los chicos de 15 años. Los índices de ajuste de la parsimonia son menores en el Modelo B Revisado que en el Modelo B, siendo, por tanto, el modelo revisado menos parsimonioso. Sin embargo, dos de los

índices comparativos de ajuste (ECVI y AIC) indican que el modelo revisado es mejor que el Modelo B ya que presenta valores inferiores en estos índices (Tabla 34).

TABLA 34. Índices de bondad de ajuste del MODELO B y del MODELO B REVISADO. CHICOS

	MODELO B2	MODELO B2 REVISADO
ÍNDICES DE AJUSTE		
ABSOLUTO		
χ^2	16.25; gl =10; p>.05	8.09; gl =8; p>.05
χ^2 /gl	1.63	1.01
RMSR	.04	.02
GFI	.98	.99
AGFI	.92	.95
CN	300.93	522.77
ÍNDICES DE AJUSTE		
RELATIVO		
NFI	.97	.99
NNFI	.95	1.00
CFI	.99	1.00
IFI	.99	1.00
RFI	.88	.93
ÍNDICES DE AJUSTE DE		
LA PARSIMONIA		
PGFI	.18	.14
PNFI	.22	.18
ÍNDICES		
COMPARATIVOS DE		
AJUSTE		
ECVI	.52	.50
AIC	106.25	102.09
CAIC	302.08	306.62

Los resultados del Modelo B Revisado indican que el comportamiento/conducta predice negativa y significativamente el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. La competencia académica predice negativa y significativamente el consumo de alcohol y de *cannabis*. La aceptación social predice positiva y significativamente el consumo de alcohol, el consumo de *cannabis* y la actividad física. Por último, la actividad física predice negativa y significativamente el consumo de *cannabis* (Tabla 35 y Figura 9).

El Modelo B Revisado hipotetiza la influencia indirecta de la aceptación social, la autovalía global, la apariencia física y la competencia deportiva sobre el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* a través de la actividad física. Sin embargo, los resultados indican que no existe tal efecto indirecto (Tabla 36).

FIGURA 9. Parámetros estructurales del MODELO B REVISADO. CHICOS

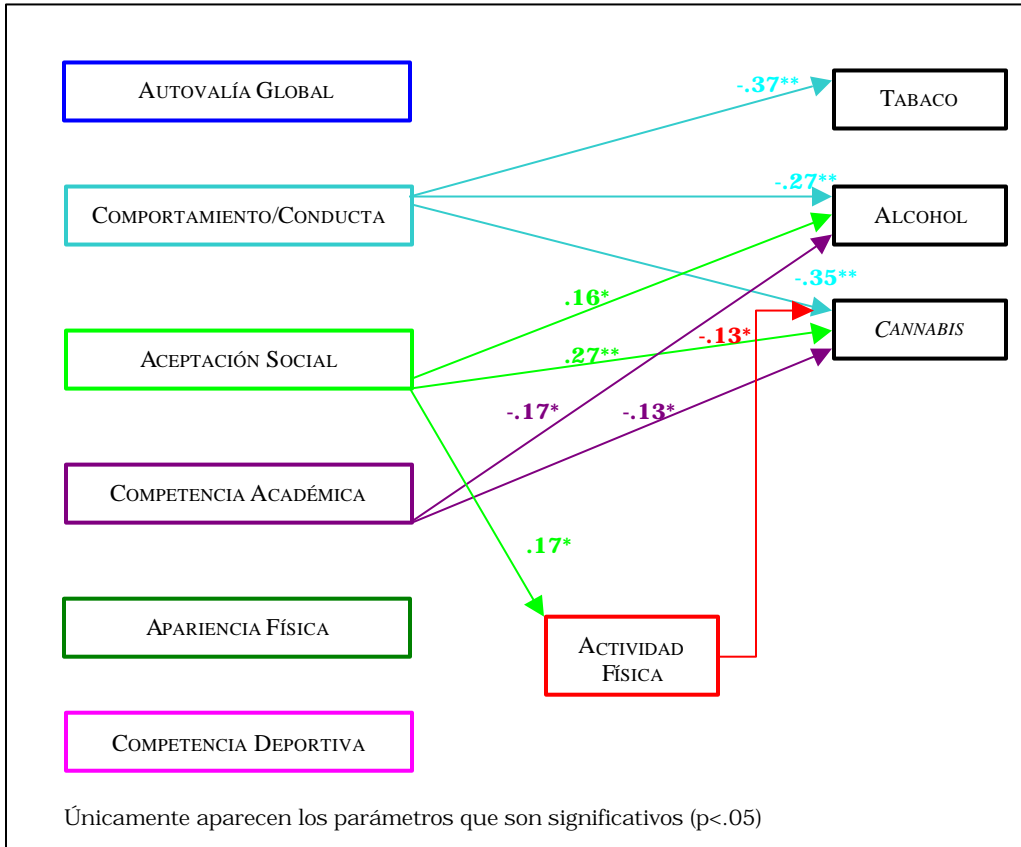


TABLA 35. Parámetros estructurales estimados del MODELO B REVISADO- CHICOS (Solución estandarizada)

MATRIZ GAMMA (relaciones Var. Exógena → Var. Endógena)						
Índices Estilo de Vida	Dimensiones Autoconcepto					
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
TABACO	-.37**	.13	-.12			.09
ALCOHOL	-.27**	.16*	-.17*			.06
CANNABIS	-.35**	.27**	-.13*			.11
ACTIVIDAD FÍSICA		.17*		-.06	.14	.09

MATRIZ BETA (relaciones Var. Endógena → Var. Endógena)	
	ACTIVIDAD FÍSICA
TABACO	-.09
ALCOHOL	-.09
CANNABIS	-.13*

* p < .05; ** p < .01

En cuanto a los parámetros no estructurales, el Modelo B Revisado difiere del Modelo B en la varianza residual de las variables tabaco, *cannabis* y actividad física. La varianza residual del consumo de tabaco aumenta ligeramente, pasando de ser .80 en el Modelo B a .81 en el modelo revisado. También aumenta ligeramente la varianza residual del consumo de *cannabis*, pasando de .74, en el Modelo B, a .75 en el Modelo B Revisado. Por último, la varianza residual de la actividad física disminuye, pasando de .96 en el Modelo B a .92 en el Modelo B Revisado (Tabla 37).

TABLA 36. Efectos totales e indirectos del MODELO B REVISADO – CHICOS

	ACEPTACIÓN SOCIAL		APARIENCIA FÍSICA		COMPETENCIA DEPORTIVA		AUTOVALÍA GLOBAL	
	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto
TABACO	.11	-.02	.01	.01	-.01	-.01	.08	-.01
ALCOHOL	.15*	-.02	.01	.01	-.01	-.01	.05	-.01
CANNABIS	.25**	-.02	.01	.01	-.02	-.02	.10	-.01

* p <.05; ** p <.01

TABLA 37. Parámetros no estructurales del MODELO B REVISADO– CHICOS (Solución Estandarizada)

MATRIZ PHI (varianza y covarianza de las Var. Exógenas)						
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
CONDUCTA	1.00**					
SOCIAL	-.07	1.00**				
ESCUELA	.31**	-.02	1.00**			
APARIENCIA	.15*	.25**	.07	1.00**		
COMP. DEPORTIVA	.16*	.34**	.15*	.37**	1.00**	
AUTOVALÍA GLOBAL	.43**	.27**	.25**	.39**	.28**	1.00**

MATRIZ PSI (varianza y covarianza del error de las Var. Endógenas)				
	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	ACTIVIDAD FÍSICA
Varianza Residual	.81**	.84**	.75**	.92**
Covarianza de los errores	TABACO – ALCOHOL .37**	TABACO – CANNABIS .57**	ALCOHOL – CANNABIS .48**	

* p <.05; ** p <.01

El Modelo B Revisado explica el 19% de la varianza del consumo de tabaco, el 16% de la varianza del consumo de alcohol, el 25% de la varianza del consumo de *cannabis* y el 8% de la varianza de la actividad física (Tabla 38).

TABLA 38. Correlación al cuadrado de las ecuaciones estructurales
 MODELO B REVISADO – CHICOS

TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	ACTIVIDAD FÍSICA
.19	.16	.25	.08

3.2.2. Resultados del Modelo B en las chicas

Todos los índices de bondad de ajuste considerados indican que el Modelo B en las chicas presenta un buen ajuste a los datos, Concretamente, el estadístico χ^2 no es significativo y el cociente χ^2/gl es inferior a 3. GFI y AGFI presentan valores próximos a 1, siendo AGFI inferior a GFI, por lo que podemos decir que algunos de los parámetros del modelo son triviales. Por último, respecto a los índices de ajuste absoluto, el valor de CN es superior a 200, por lo que, al igual que el resto de índices, proporciona apoyo al ajuste del modelo. Por otra parte, todos los índices de ajuste relativo considerados (NFI, NNFI, CFI, IFI, RFI) presentan valores superiores a .90, ofreciendo así apoyo al Modelo B en el grupo de las chicas de 15 años (Tabla 39).

TABLA 39. Índices de bondad de ajuste del MODELO B2. CHICAS

<u>ÍNDICES DE AJUSTE ABSOLUTO</u>		<u>Criterio de buen ajuste</u>
χ^2	11.31; gl =10; p<.05	No significativa
χ^2/gl	1.13	Inferior a 3
RMSR	.03	Igual o inferior a .10
GFI	.99	Próximo a 1
AGFI	.95	Próximo a 1
CN	468.89	Superior a 200
<u>ÍNDICES DE AJUSTE RELATIVO</u>		
NFI	.98	Próximo a 1
NNFI	.99	Próximo a 1
CFI	1.00	Próximo a 1
IFI	1.00	Próximo a 1
RFI	.92	Próximo a 1

Los resultados obtenidos con el “path analysis” muestran que el comportamiento/conducta y la aceptación social predicen significativamente el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, de tal modo que a mayor puntuación en la escala comportamiento/conducta menor es el consumo de estas sustancias, mientras que cuanto mayor es la aceptación social mayor es también el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. La autovalía global predice significativamente y en sentido negativo el consumo de alcohol. La competencia deportiva predice significativamente la práctica de actividad física, de modo que a mayor competencia deportiva se practica más actividad física. Por último, la actividad física predice negativa y significativamente el consumo de *cannabis* (Tabla 40 y Figura 10).

En la Tabla 41 podemos observar que ni la apariencia física ni la competencia deportiva influyen sobre el consumo de sustancias a través de la práctica de actividad física.

Atendiendo a los parámetros no-estructurales del Modelo B, encontramos que, en general, los dominios del autoconcepto están positivamente relacionados entre sí, teniendo lugar las relaciones más fuertes entre cada uno de los dominios específicos del autoconcepto y la autovalía global. El comportamiento/conducta se relaciona significativamente con la competencia académica, la apariencia física y la autovalía global, la aceptación social se relaciona significativamente con la apariencia física, la competencia deportiva y la autovalía global, la competencia académica se relaciona significativamente con la autovalía global. La apariencia física está positivamente relacionada con la competencia deportiva y la autovalía global. Y, la competencia deportiva se relaciona significativamente con la autovalía global. La varianza residual de las variables endógenas del modelo oscila entre .69 y .97, correspondiendo el menor valor al consumo de *cannabis* y el mayor valor a la actividad física. Por tanto, la varianza no explicada de la variable consumo de *cannabis* es del 69%, y la varianza no explicada de la actividad física es del 97%. La covarianza de los errores de tabaco, alcohol y *cannabis* es positiva y significativa; por tanto, el modelo hipotetizado no da cuenta de la correlación total entre estas variables (Tabla 42).

El porcentaje de varianza explicada de las distintas variables endógenas del Modelo B2 aparecen reflejado en la Tabla 43. Las relaciones hipotetizadas explican el 17% de la varianza del consumo de tabaco, el 12% del consumo de alcohol, el 31% del consumo de *cannabis* y el 3% de la actividad física.

TABLA 40. Parámetros estructurales estimados del MODELO B- CHICAS (Solución estandarizada)

MATRIZ GAMMA (relaciones Var. Exógena → Var. Endógena)						
Índices Estilo de Vida	Dimensiones Autoconcepto					
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
TABACO	-.37**	.19**	-.03			-.03
ALCOHOL	-.15*	.27**	.02			-.24**
CANNABIS	-.39**	.41**	.03			-.14
ACTIVIDAD FÍSICA				-.13	.15*	

MATRIZ BETA (relaciones Var. Endógena → Var. Endógena)	
	ACTIVIDAD FÍSICA
TABACO	-.01
ALCOHOL	-.01
CANNABIS	-.13*

* p <.05; ** p <.01

TABLA 41. Efectos totales e indirectos del MODELO B - CHICAS

	APARIENCIA FÍSICA		COMPETENCIA DEPORTIVA	
	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto
TABACO	.00	.00	.00	.00
ALCOHOL	.00	.00	.00	.00
CANNABIS	.02	.02	-.02	-.02

FIGURA 10. Parámetros estructurales del MODELO B. CHICAS

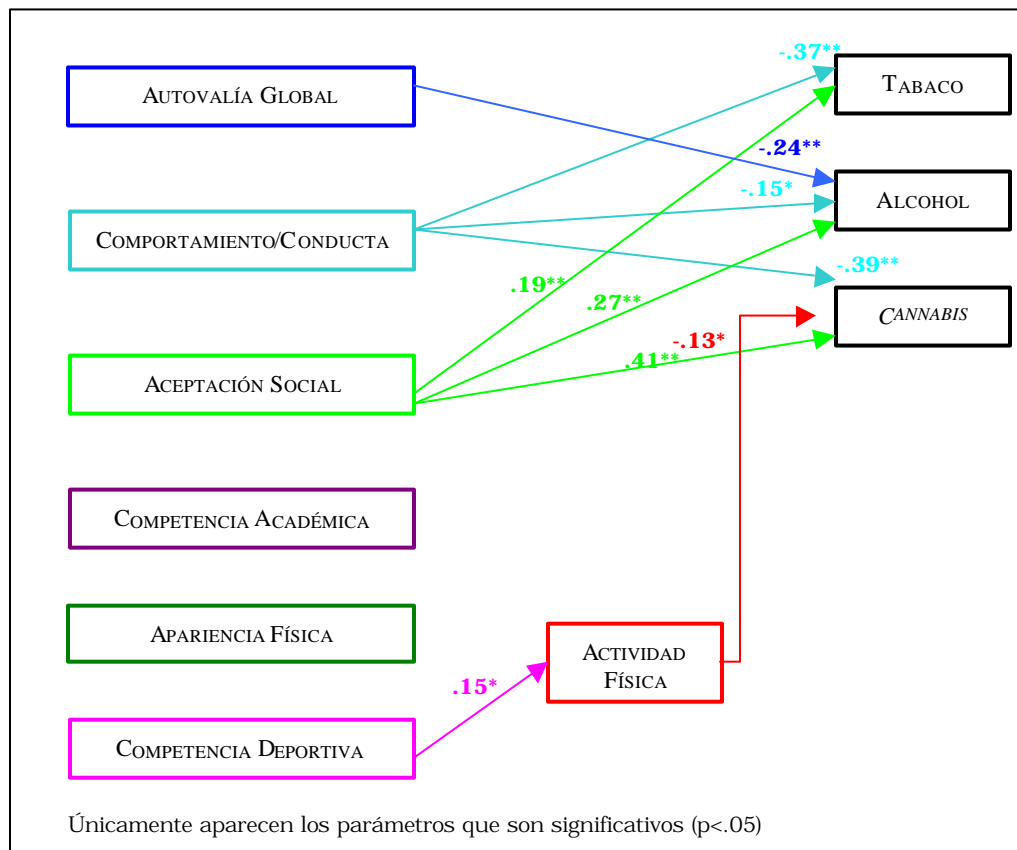


TABLA 42. Parámetros no estructurales del MODELO B– CHICAS (Solución Estandarizada)

MATRIZ PHI (varianza y covarianza de las Var. Exógenas)						
	CONDUCTA	SOCIAL	ESCUELA	APARIENCIA	COMP. DEPORTIVA	AUTOVALÍA GLOBAL
CONDUCTA	1.00**					
SOCIAL	.10	1.00**				
ESCUELA	.32**	.13	1.00**			
APARIENCIA	.15*	.28**	.09	1.00**		
COMP. DEPORTIVA	.12	.29**	.05	.32**	1.00**	
AUTOVALÍA GLOBAL	.44**	.42**	.30**	.53**	.28**	1.00**

MATRIZ PSI (varianza y covarianza del error de las Var. Endógenas)				
	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	ACTIVIDAD FÍSICA
Varianza Residual	.83**	.88**	.69**	.97**
Covarianza de los errores	TABACO – ALCOHOL .44**	TABACO – CANNABIS .54**	ALCOHOL – CANNABIS .40**	

* p <.05; ** p <.01

TABLA 43 Correlación al cuadrado de las ecuaciones estructurales
MODELO B– CHICAS

TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	ACTIVIDAD FÍSICA
.17	.12	.31	.03

4. RESUMEN Y CONCLUSIONES

A continuación se exponen brevemente las conclusiones a las que nos permiten llegar los análisis realizados para la consecución del quinto objetivo general –esto es, analizar la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida relacionado con la salud. Estos análisis se ven mediatizados por la distribución de algunas de las variables del estilo de vida –en concreto de las variables de consumo de sustancias: tabaco, alcohol y *cannabis*. Dicha distribución en las edades inferiores (11 y 13 años) dista mucho de ser normal; es más, la frecuencia de consumo es casi inexistente. Es por esto, que a estas edades los análisis sólo nos permiten extraer conclusiones respecto a la relación entre las dimensiones del autoconcepto y las variables del estilo de vida que hace referencia a la práctica de deporte y de actividad física. A los 15 años aumenta la frecuencia de consumo de sustancias, lo cual nos permite analizar la influencia que el autoconcepto/autoestima y la práctica de deporte/actividad física tienen sobre estas variables.

Los resultados de los análisis reflejan el vínculo existente entre la competencia deportiva y la práctica de deporte en todas las edades estudiadas y en ambos géneros; de

forma que, a mayor competencia deportiva mayor práctica de deporte. La competencia deportiva también aparece positivamente relacionada con la actividad física en los chicos de 13 años y en los chicos y chicas de 15.

Otra de las dimensiones del autoconcepto que aparece relacionada con la práctica de deporte y de actividad física es la aceptación social. A los 11 años, esta dimensión del autoconcepto predice positiva y significativamente la práctica de actividad física en los chicos. A los 13 años, esta relación entre la aceptación social y la actividad física se da en las chicas. Además, en éstas también tiene lugar una relación positiva entre este dominio del autoconcepto y la práctica de deporte. Por último, a los 15 años, la aceptación social influye negativa y significativamente sobre la práctica de deporte en las chicas, y positivamente sobre la práctica de actividad física en los chicos.

En las chicas de 15 años, la práctica de deporte también se ve influida por los dominios del autoconcepto apariencia física y competencia académica. En el caso de la apariencia física la influencia es negativa, de forma que cuánto más negativa es la percepción de la apariencia física mayor es la frecuencia de práctica deportiva. Por el contrario, la competencia académica influye positivamente sobre la práctica de deporte, de forma que a mayor competencia académica mayor es la práctica de deporte.

Respecto al consumo de sustancias, los análisis realizados con la muestra de 15 años permiten concluir que el dominio del autoconcepto que influye e mayor medida sobre el consumo de sustancias, tanto en los chicos como en las chicas, es el comportamiento/conducta. Dicha influencia tiene lugar en sentido negativo, de manera que cuánto mejor es la percepción del propio comportamiento menor es la frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. Otro dominio que influye significativamente sobre el consumo de sustancias a los 15 años es la aceptación social. Los chicos y chicas que se perciben en mayor medida socialmente aceptados, consumen más alcohol y *cannabis*; además, las chicas también consumen más tabaco. La competencia académica influye negativamente sobre el consumo de sustancias (alcohol y *cannabis*) en los chicos de 15 años, pero no en las chicas. Y por último, la autovalía global influye negativamente sobre el consumo de alcohol y *cannabis* en las chicas de 15 años.

Respecto al papel mediador del deporte y de la actividad física entre el autoconcepto multidimensional y el consumo de sustancias, podemos decir que únicamente el deporte desempeña esta función mediadora en el caso de las chicas de 15 años. Así pues, para éstas, el deporte actúa como mediador entre la aceptación social y el consumo de tabaco y *cannabis*, entre la competencia académica y el consumo de *cannabis*, entre la apariencia física y el consumo de tabaco y *cannabis*, y entre la competencia deportiva y el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*.

Capítulo 8

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La adolescencia constituye el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Esta transición lleva implícitos importantes cambios cognitivos, sociales y físicos que han sido bien documentados por la literatura (Coleman y Hendry, 1999; Grabber, Brooks-Gunn y Petersen, 1996; Johnson, Roberts y Worrell, 1999; Lerner, 1993; Montemayor, Adams y Gullotta, 1990; Schulenberg, Maggs y Hurrelmann, 1997), cambios que pueden llevar al individuo hacia una mayor libertad y responsabilidad en muchos dominios de la vida. Este periodo evolutivo se caracteriza por una lucha por la independencia y por la separación del control adulto, en el que ciertas conductas pueden adoptarse como una forma de expresar un estatus parecido al de los adultos o una rebelión contra los valores adultos. Además, el desarrollo de la identidad y las relaciones con los pares cobran especial importancia en esta etapa, por lo que los adolescentes pueden llevar a cabo determinadas conductas para ensalzar la imagen que tienen de sí mismos y para transmitir una imagen social que reciba la aceptación de sus iguales (Chassin, Presson y Sherman, 1987). Estas características de la adolescencia la convierten en una etapa crítica para el desarrollo del autoconcepto (Adams, Gullotta y Montemayor, 1992; DuBois y Hirsch, 2000; Erikson, 1968; Harter, 1999; Lipka y Brinthaup, 1992; Rosenberg, 1979; 1986) y para el ensayo y aprendizaje de conductas relacionadas con la salud, tanto de aquellas que suponen un riesgo para la salud –por ejemplo, el consumo de tabaco y de alcohol–, como de aquellas que realzan la salud –por ejemplo, la alimentación equilibrada y la práctica de ejercicio físico (Bertrand y Abernathy, 1993; Jessor, 1984).

Las prácticas que favorecen la salud y aquellas que la ponen en riesgo no son conductas aisladas, ni aparecen sin orden ni concierto. Conforman patrones conductuales relativamente estables y duraderos, determinados por factores socioculturales y personales (Costa y López, 1996; WHO, 1986). Muchas de estas conductas se inician en la adolescencia y una vez adquiridas son difíciles de modificar. El estudio de las conductas de salud en la adolescencia temprana arroja luz sobre el momento en el que se inician determinadas prácticas de riesgo o se abandonan prácticas saludables, y sobre cómo evolucionan tales conductas con la edad.

Las conductas relacionadas con la salud a las que hacemos referencia en este trabajo son el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*), la alimentación (saludable y no saludable) y la actividad física (actividad física y deporte); esto es, aquellas que constituyen los factores de prevención y de riesgo de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países industrializados: las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Algunos autores consideran que la búsqueda de identidad personal que caracteriza el periodo adolescente va acompañada de la experimentación con nuevas conductas, como el consumo de sustancias (Brunswik, 1991). Muchos de los jóvenes experimentan en algún momento de sus años adolescentes con sustancias tales como el alcohol y el tabaco; siendo considerado este consumo de sustancias como parte del proceso de desarrollo adolescente (Barnes, 1977; Baumrind, 1986; Brannen *et al.*, 1994; Heaven, 1996; Irvin y Millstein, 1991; Rice, 1992; Sharp y Lowe, 1989). Las tasas de consumo de sustancias aumentan a lo largo de la adolescencia (Balaguer, 1999a; Balaguer, Pastor y Moreno, 1999; Castillo, 1995; Elliot, 1993; Mendoza *et al.*, 1994, 1998, Pastor, 1999), alcanzando su punto álgido en la adolescencia tardía (Balaguer *et al.*, 1999) y descendiendo en los jóvenes adultos (Kandel y Logan, 1984; Halperin, Bass, Mehta y Betts, 1983). Algunos autores defienden que, conforme aumenta la edad, se produce una progresión desde el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco), al consumo de *cannabis* y posteriormente al consumo de otras drogas ilegales (Hendry *et al.*, 1993; Kandel y Logan, 1984; Kandel y Yamaguchi, 1993). Otros autores cuestionan esta progresión en etapas, considerando que más bien tiene lugar una expansión en el repertorio de drogas al que se incorporan nuevas sustancias (Mills y Noyes, 1984). No obstante, no siempre tiene lugar esta progresión o expansión en el consumo de sustancias. Probar una sustancia determinada no es condición suficiente para consumir otra (Elliot, 1993).

Las conductas que realzan la salud, como la alimentación sana y la actividad física, siguen un patrón diferente al de las conductas de riesgo. Mientras que las conductas de riesgo se inician durante la adolescencia temprana, las conductas saludables son iniciadas durante la infancia bajo la supervisión adulta y abandonadas, en muchas ocasiones, a medida que disminuye el control paterno y aumenta la independencia y la variedad de intereses del adolescente. Así pues, durante la adolescencia la alimentación de los jóvenes deja de estar totalmente supervisada por los padres y llega a ser mucho más irregular que en la infancia, produciéndose, entre otras cosas, una reducción en el número de comidas que realizan al día (Balaguer *et al.*, 1999; Brannen *et al.*, 1994; Castillo, 1995; Mendoza *et al.*, 1994). Por otra parte, la práctica de actividad física y deporte disminuye a medida que avanza la adolescencia (Anderssen, Klepp, Aas y Jacobsen, 1994; Castillo y Balaguer, 1998; Cervelló, 1996; Hendry *et al.*, 1993; Mendoza *et al.*, 1994; Sallis, 1993; Sallis *et al.*, 1992; Wold, 1989).

La investigación realizada hasta el momento ha analizado los predictores de las conductas de salud de los jóvenes atendiendo a variables sociodemográficas tales como el género, la edad y variables socioeconómicas; sin embargo, los resultados han sido inconsistentes (Belloc y Breslow, 1972; Blair, Jacobs y Powell, 1985; Cockerham,

Lueschen, Kunz y Spaeth, 1986; Hollis *et al.*, 1984; Hunter, Baugh, Webber, Sklor y Berenson, 1982; Hunter, Webb y Berenson, 1980; Lamme y Lamme, 1980; O'Brien, Walley, Anderson-Smith y Drabman, 1982; Perry, Griffin y Murria, 1985; Rakowski, 1988; Stern, Rosenthal, Haffner, Hazuda y Franco, 1984). Así pues, en la búsqueda de factores que influyan sobre las conductas de salud durante este importante periodo evolutivo, algunos teóricos han sugerido un vínculo entre el autoconcepto y las conductas relacionadas con la salud (Burns, 1979; Coopersmith, 1967; Orem, 1985, 1991; Piers, 1984; Sharp y Getz, 1996).

Como hemos señalado anteriormente, los cambios sociales y cognitivos que tienen lugar durante la adolescencia temprana están íntimamente vinculados al desarrollo del autoconcepto. Durante la adolescencia el individuo se enfrenta a nuevos roles sociales ante los cuales se forma una percepción sobre su desempeño. Esto conduce al individuo a una diversificación de percepciones sobre sí mismo. Además, las habilidades cognitivas que el individuo adquiere durante la adolescencia temprana le permiten construir generalizaciones sobre el *self* que integran descripciones de sí mismo más concretas (Harter, 1999).

El autoconcepto/autoestima, esto es, las percepciones que los adolescentes tienen respecto a los diferentes dominios de competencia y respecto a su valía como personas, disminuye durante los años de la adolescencia temprana y empieza a ascender durante la adolescencia media (Bolognini *et al.*, 1996; O'Malley y Bachmann, 1983; Marsh, 1989, 1991; Rosenberg, 1986; Van der Berg y Marcoen, 1999). Además, durante este periodo se hacen patentes marcadas diferencias de género respecto a dichas percepciones; diferencias que generalmente favorecen a los chicos (Balaguer, 1998; Block y Robins, 1993; Brack *et al.*, 1988; Burns, 1979; Hagborg, 1993a; Harter, 1985, 1988a; Kawash, 1982; Marsh, 1989; Rosenberg y Simmons, 1975; Skaalvik, 1986; Trent *et al.*, 1994).

Aunque en el inicio del estudio de las relaciones entre el autoconcepto/autoestima y las conductas relacionadas con la salud, se consideraba que existían relaciones positivas entre con las conductas promotoras de salud y negativas con las conductas de riesgo para la salud, actualmente la situación ha cambiado. Diversas teorías consideran el autoconcepto/autoestima como el elemento esencial en la motivación de los individuos tanto para la promoción de conductas saludables como para el desarrollo de conductas perjudiciales para la salud. Así pues, teorías como la Teoría de la Motivación hacia la competencia (Harter, 1978) y la Teoría de la Inversión Personal (Maerh y Braskman, 1986) sugieren que el individuo llevará a cabo con más probabilidad actividades que ensalcen el *self*. Por tanto, los adolescentes realizarán actividades saludables tales como la práctica de deporte o actividad física en la medida en la que eso les haga sentir competentes. El mismo motivo de ensalzar el *self* es el que diversos autores sugieren para la realización de conductas no saludables, como el consumo de sustancias. Teorías como la de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977), la Teoría General de la Conducta Desviada (Kaplan, 1980) y la Teoría de la Influencia Social (Sharp y Getz, 1996; Tedeschi y Norman, 1985) proponen que el deseo de ensalzar el *self* y de generar la aprobación de los pares es lo que conduce al adolescente a adoptar patrones de conducta desviados, como pueda ser el

consumo de sustancias; sobre todo si en los contextos en los que se mueven los jóvenes está bien visto que se actúe de esta manera.

Dentro de este marco de referencia, en nuestra investigación se plantearon tres objetivos generales que marcaron la estructura de este trabajo: en primer lugar, se estudió el estilo de vida relacionado con la salud en una muestra representativa de los adolescentes valencianos de 11, 13 y 15 años; en segundo lugar, se estudió el autoconcepto/autoestima, evaluado a través del Perfil de Autopercepciones para Niños de Harter (1985); y, por último, se analizó la influencia del autoconcepto/autoestima sobre las cuatro conductas clásicas de salud (consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación y actividad física), y también sobre el consumo de *cannabis*.

Las conclusiones a las que nos han permitido llegar nuestros resultados, así como la discusión sobre los mismos se presenta a continuación en tres apartados que corresponden a cada uno de los objetivos generales mencionados.

1. EL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

De nuestros resultados, al igual que de los obtenidos en diversos estudios transculturales realizados con adolescentes tanto españoles como de otros países (Balaguer *et al.*, 1994; Castillo, 1995; Gabhain y François, 2000; Generalitat Valenciana y FAD, 1999; King *et al.*, 1996; Mendoza *et al.*, 1994, 1998; Zubrick *et al.*, 1995) se desprende que, durante el periodo de la adolescencia temprana se inicia el consumo de sustancias y este consumo aumenta con la edad. En concreto, nuestros resultados indican que el consumo de sustancias se inicia fundamentalmente entre los 13 y los 15 años, siendo a los 11 años prácticamente inexistente.

El alcohol es la primera sustancia que prueban los adolescentes, ya que a los 11 años cerca de un 20% de los jóvenes han probado la cerveza o el vino. Sin embargo, a esta edad su consumo es tan esporádico que hace pensar que tenga lugar en el contexto familiar y bajo la supervisión paterna. No obstante, no podemos decir que el alcohol sea la sustancia más popular en los primeros años de la adolescencia. Comparte protagonismo con el tabaco. Es más, a los 13 años –aunque las diferencias son pequeñas– son más los adolescentes que fuman que los que beben regularmente (al menos todas las semanas). A los 15 años ocurre lo mismo entre las chicas, aunque no entre los chicos. En el caso del tabaco, nuestros datos reflejan las etapas propuestas por Leventhal y Cleary (1980). A los 11 y 13 años la mayoría de los chicos y chicas han probado el tabaco pero no fuman –encontrándose en lo que dichos autores denominan “etapa de aproximación”. Un pequeño porcentaje a estas edades reconoce que fuma, pero no todas las semanas; estos jóvenes según Leventhal y Cleary estarían en la etapa de “experimentación”, caracterizada por un consumo repetido pero irregular. A los 13 años aparecen los primeros fumadores “regulares” (consumo semanal o diario), aunque representan un porcentaje muy pequeño. A los 15 años se produce un

incremento importante en el consumo diario de tabaco, lo cual refleja una “adicción”. A estas edades la *cannabis* no es tan popular como el tabaco o el alcohol; sin embargo a los 15 años se produce un fuerte aumento en la experimentación y consumo de esta sustancia.

Así pues, a los 13 años aparecen los primeros consumidores de sustancias, sobre todo tabaco y alcohol, y el número de consumidores se incrementa notablemente a los 15 años, confirmándose de esta forma la **Hipótesis 1.1** en la que defendíamos que “el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* se inicia en la adolescencia temprana y se incrementa con la edad”.

El hecho de que aproximadamente el 80% de los adolescentes hayan experimentado con el alcohol y el tabaco a los 15 años, puede considerarse un indicador de que, como otros autores ya han señalado (Baumrind, 1986; Brannen *et al.*, 1994; Heaven, 1996; Jessor, 1984; Silbereisen y Noack, 1988), el consumo de sustancias forma parte del proceso de crecimiento y desarrollo adolescente. Es decir, es un porcentaje demasiado elevado como para estar determinado por factores específicos. Pero, de esa gran mayoría que experimenta, ¿quién se convierte en consumidor y quién no?, ¿qué factores están implicados en el proceso de consumo?, ¿qué influencia tienen factores que podríamos denominar contextuales, como el tipo de centro de estudios o la profesión de los padres?, o ¿son factores personales como el autoconcepto los que determinan en mayor medida el consumo?. A todas estas preguntas hemos querido dar respuesta con el presente trabajo, y a continuación se irán presentando las conclusiones a las que nuestros resultados nos han permitido llegar.

Los datos de nuestro estudio respecto al consumo de tabaco y de alcohol podemos compararlos con los de los países participantes en el último estudio internacional de la OMS (Gabhain y François, 2000) (En el Anexo 4 se presentan las gráficas correspondientes a los datos comparados). Fruto de dicha comparación observamos que las chicas valencianas de 15 años se encuentran entre las más bebedoras y las más fumadoras. Más de un tercio de las chicas de 15 años de nuestra muestra consumen alcohol semanalmente, igualando a las británicas y a las danesas. Respecto al consumo diario de tabaco, nuestras adolescentes sólo son superadas por las de Groenlandia. Los chicos de 15 años de nuestro estudio también se encuentran entre los jóvenes más bebedores; sin embargo, están por debajo de países como Gran Bretaña, Dinamarca, Bélgica y Austria. Respecto al consumo de tabaco existen marcadas diferencias entre los chicos de BUP/ESO y los de formación profesional. Mientras que éstos últimos se encuentran entre los más fumadores, sólo superados por los groenlandeses, los alumnos de BUP/ESO se encuentran entre los menos fumadores.

Entre el 25% y el 45% de los adolescentes de 15 años de nuestro estudio se han emborrachado dos o más veces, y los porcentajes más elevados se encuentran entre las chicas. Si comparamos nuestros datos con los presentados en el informe internacional de la OMS, se observa que las chicas de nuestro país están entre las que más se emborrachan, sólo superadas por las británicas, finlandesas, danesas y groenlandesas. No ocurre lo mismo con los chicos de 15 años de nuestro estudio, ya que, comparados con los de los países del estudio internacional, están entre los que presentan las tasas más bajas de embriaguez.

Por otra parte, si comparamos nuestros datos con los del Estudio Español sobre las Conductas Escolares Relacionadas con la Salud (ECERS) realizado en 1990 (Mendoza *et al.*, 1994), se observa una tendencia al alza en el consumo de sustancias de los jóvenes de 15 años (En el Anexo 5 se presentan las gráficas de los datos comparados). Los datos de 1990 señalan que a los 15 años el 11% y el 15% de chicos y chicas, respectivamente, fuman a diario. En nuestros datos se alcanzan valores superiores al 30% (excepto en el caso de los chicos de BUP/ESO, de los cuales fuma a diario un 13%).

Con el alcohol se observa que, respecto a los datos de 1990, disminuye el consumo regular de cerveza (al menos semanal) entre los chicos y chicas de 15 años, mientras que aumenta el consumo de licores y combinados sobre todo entre las chicas. Según los datos del ECERS, en 1990 bebía cerveza regularmente el 31% de los chicos de 15 años y el 18% de las chicas de esta edad. En nuestro trabajo estos porcentajes son del 20% en los chicos y del 13% en las chicas de 15 años. El aumento que se produce en el consumo regular de licores y combinados es más destacado. De hecho, los porcentajes de jóvenes de 15 años que consumen al menos semanalmente estas bebidas ascienden del 18% de chicos y del 13% de chicas en 1990 al, aproximadamente, 25% de chicos y 33% de chicas respectivamente. Estos porcentajes indican también que los licores y combinados han desbancado a la cerveza de ser la bebida más consumida por los jóvenes. En los datos de investigaciones realizadas tanto dentro como fuera de nuestro país la cerveza ha aparecido siempre como la bebida más popular entre los jóvenes, seguida de los licores y combinados (Gabhain y François, 2000; Mendoza *et al.*, 1994, 1998). En relación con los datos de 1990, también se observa un incremento en las tasas de embriaguez de los jóvenes de 15 años. Así pues en 1990 se habían emborrachado dos o más veces el 27% de los chicos. Entre los chicos de nuestra muestra este porcentaje permanece estable para los estudiantes de BUP/ESO, pero aumenta a un 39% para los estudiantes de FP. Respecto a las chicas el aumento es más pronunciado y pasan de ser el 18% las que se han emborrachado dos o más veces en 1990, a ser más del 43% en nuestro estudio.

El consumo de *cannabis* a los 15 años experimenta un crecimiento espectacular entre los datos de 1990 y los de nuestro trabajo, sobre todo entre las chicas. En 1990 habían consumido *cannabis* el mes previo a la encuesta el 9% de los chicos. Este porcentaje permanece estable entre los chicos de BUP/ESO de nuestra muestra, sin embargo asciende al 25% para los chicos de nuestra muestra que cursan estudios de formación profesional. De las chicas de 15 años encuestadas en 1990, había consumido *cannabis* el mes previo a la encuesta el 4%. De las chicas de 15 años de nuestro estudio, aproximadamente el 17% había consumido *cannabis*.

Mientras que, durante la infancia la conducta alimentaria es supervisada por los padres, en la adolescencia esta supervisión disminuye. Es en este momento, en el que los adolescentes ganan poder de decisión sobre qué comer y qué no comer –dentro y fuera de casa–, y también en el que pueden adquirir y consumir otros alimentos con independencia de sus padres, cuando la alimentación puede convertirse en un factor de riesgo para la salud, tanto por su exceso, como por su carencia o irregularidad. Las conductas relacionadas con la

alimentación de los adolescentes que hemos tenido en cuenta en el presente trabajo han sido la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos considerados sanos e insanos. Los alimentos sanos estudiados son las frutas, las verduras y hortalizas, el zumo natural, el queso, el yogur, el pescado y el pan integral. Los alimentos insanos considerados han sido: las bolsas de papas, las patatas fritas, los dulces y golosinas, las colas y refrescos con gas, las hamburguesas o salchichas y los frutos secos. Respeto a este último alimento, cabe decir que, si bien están probadas las múltiples propiedades beneficiosas para la salud de los frutos secos, hemos decidido considerarlo un alimento insano por su gran aporte calórico.

De los alimentos considerados en este trabajo, el más consumido por los adolescentes de nuestro estudio es la fruta. Es el alimento más consumido a diario y el que presenta los menores porcentajes de jóvenes que no lo consumen nunca o casi nunca. De los alimentos saludables, el menos consumido por los adolescentes de 11 a 15 años es el pan integral. Entre el 57% y el 87% de los adolescentes encuestados informa no consumirlo nunca o casi nunca. No tan elevados, pero también considerables, son los porcentajes de jóvenes que no consumen nunca o casi nunca alimentos como las verduras, el zumo natural o el yogur. Entre el 20% y el 30% de los adolescentes no come verduras y hortalizas nunca o casi nunca. Porcentajes similares son los que representan a los adolescentes que no toman zumos naturales o yogur. Por otra parte, los adolescentes consumen pescado mayoritariamente (aproximadamente el 60%) de 1 a 3 días a la semana, y en torno a un 20% lo consumen de 4 a 6 días a la semana.

De los alimentos considerados insanos, los más consumidos son los dulces y golosinas, sobre todo por las chicas ya que entre un 15% y un 25% los toma a diario. La frecuencia mayoritaria con la que los adolescentes consumen el resto de alimentos insanos considerados en el presente trabajo es de 1 a 3 días a la semana, aunque también es elevado el porcentaje de jóvenes que no consumen estos alimentos nunca o casi nunca.

Los datos que proporcionan estudios previos realizados con adolescentes, tanto de nuestro país como de otros países, indican que durante este periodo aumenta el consumo de grasas y productos ricos en energía, azúcar, sal y pobres en fibra –como hamburguesas y perritos calientes, patatas fritas y bolsas de papas (Brannen et al, 1994; Castillo, 1995; Chapman y Macleam, 1993; Heaven, 1996; King *et al.*, 1996; Mendoza *et al.*, 1994; Vereecken y Maes, 2000), y disminuye el consumo de determinados alimentos saludables como las frutas y verduras, y la leche (Castillo, 1995; King *et al.*, 1996; Vereecken y Maes, 2000).

Los hábitos alimentarios de los adolescentes de nuestra muestra se caracterizan por su estabilidad. Únicamente se observa un ligero descenso con la edad en el consumo de determinados alimentos saludables como son la fruta, el zumo natural, el yogur y el pan integral. Sin embargo, permanece bastante estable el consumo de verduras y hortalizas, de queso y de pescado. El consumo de alimentos considerados no saludables permanece estable a lo largo de esa etapa evolutiva. Por tanto, nuestros datos no van en la línea de los aportados por la literatura ya que no se observa ninguna tendencia hacia una alimentación más insana conforme aumenta la edad. Así pues, no se confirma la Hipótesis 1.2 según la

cual “con la edad disminuye el consumo de alimentos sanos y aumenta el consumo de alimentos insanos”. Posiblemente, esto se deba a que en nuestra comunidad permanece todavía muy vigente la denominada “dieta mediterránea”, caracterizada por ser variada y equilibrada. Además, probablemente, aunque a esta edad los adolescentes pueden consumir alimentos fuera de casa, las comidas familiares siguen siendo muy frecuentes, y las madres siguen invirtiendo bastante tiempo en la preparación de las comidas y prestan especial atención a la dieta equilibrada. En general, nuestros datos parecen reflejar unos hábitos alimenticios bastante sanos, aunque son insuficientes para definir la alimentación de nuestros adolescentes como saludable o no, ya que dicha condición de la alimentación vendría definida tanto por la frecuencia de los alimentos consumidos como por la cantidad consumida.

El hecho de que la adolescencia temprana sea un momento clave en el abandono deportivo (Railo y Ommundsen, 1983; Silvennoinen, 1987; Wold y Aaro, 1985), unido a las potenciales consecuencias negativas de un estilo de vida sedentario (Baranovski *et al.*, 1992; Bouchard *et al.*, 1988), hacen que el estudio de la actividad física y deportiva en la adolescencia temprana sea de gran relevancia.

En nuestro trabajo hemos tenido en cuenta el estudio tanto de la actividad física como del deporte, entendiendo la actividad física como cualquier movimiento de los músculos esqueléticos que aumentan el gasto energético por encima del nivel basal (US Department of Health and Human Service, 1996), y el deporte como una actividad tanto física como intelectual, de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionalizadas (García-Ferrando, 1990).

En torno al 70% de los chicos encuestados practica deporte al menos dos veces a la semana y esto permanece estable durante los años estudiados; aunque bien es verdad que los porcentajes más elevados se dan a los 11 y 13 años. Sin embargo, en las chicas los porcentajes no sólo son más bajos, sino que disminuyen con la edad, de forma que a los 15 años sólo un 27% de las estudiantes de formación profesional practica deporte al menos dos veces a la semana. Respecto a la práctica de actividad física se observa una notable disminución con la edad; y esto ocurre tanto en los chicos como en las chicas. Estos datos permiten confirmar la **Hipótesis 1.3** según la cual “la práctica de actividad física y deportiva disminuye con la edad durante el periodo de la adolescencia temprana”.

Diferencias de género

En el estudio de las conductas relacionadas con la salud se hacen patentes marcadas diferencias de género entre los adolescentes. Si bien desde hace una década se viene observando que, en los últimos años de la adolescencia temprana e inicio de la adolescencia media, el consumo de tabaco es superior en las chicas que en los chicos (Gabhain y Fraçois, 2000; Mendoza *et al.*, 1994; US Department of Health and Human Service, 1994; Warren *et al.*, 2000), esta diferencia se hace aun más amplia en nuestro estudio. A los 11 años, el porcentaje de chicos y chicas que ha experimentado con el tabaco es similar (8% aproximadamente); sin embargo, a los 13 y a los 15 años el porcentaje de chicas que ha

probado el tabaco es muy superior al de los chicos. Por tanto, no se confirma la **Hipótesis 2.1**, según la cual “los chicos experimentan con el tabaco antes que las chicas, pero sí la **Hipótesis 2.2**, según la cual “a los 15 años las chicas consumen más tabaco que los chicos”.

Hasta hace poco tiempo el consumo de alcohol había sido superior entre los chicos (Balaguer *et al.*, 1994; Gabhain y François, 2000; King *et al.*, 1996; Mendoza *et al.*, 1994, 1998), aunque en las investigaciones realizadas en la última década se observa una tendencia a la homogeneización del consumo de chicos y chicas (Mendoza *et al.*, 1998; Windle *et al.*, 1996). Pues bien, nuestros datos no sólo reflejan tal homogeneización sino que reflejan un mayor consumo de bebidas de alta graduación (licores y combinados) y una mayor frecuencia de embriaguez entre las chicas que entre los chicos. Únicamente el consumo de cerveza sigue siendo de dominio masculino. Respecto al consumo de *cannabis* se mantiene la tendencia predominante hasta el momento y los chicos de 15 años siguen siendo mayores consumidores de esta sustancia que las chicas, aunque esta diferencia sólo se da entre los alumnos y alumnas de formación profesional. Por tanto la **Hipótesis 2.3**, según la cual “los chicos consumen alcohol y *cannabis* en mayor medida que las chicas”, podemos confirmarla parcialmente en lo que respecta al mayor consumo de *cannabis* por parte de los chicos.

Las causas que los investigadores dan para el mayor consumo de tabaco entre las chicas, podemos hacerlas extensivas al mayor consumo de alcohol de alta graduación que también se ha observado en éstas. Estas causas hacen referencia a la fuerte presión social y publicitaria para el consumo de tabaco y alcohol por parte de todos (hombres, mujeres, jóvenes y adultos), así como al hecho de que la búsqueda de la igualdad de género en los países industrializados conlleva que las mujeres adquieran unas conductas que, hasta hace unas décadas, eran típicamente masculinas; así pues, el consumo de tabaco, de alcohol y de otros productos tradicionalmente masculinos se integra en los patrones de conducta predominantes en las mujeres. Incluso el hecho de fumar o beber puede ser visto por las chicas como un signo de rebelión, de independencia y de autonomía (Heaven, 1996; Mendoza *et al.*, 1994).

Las diferencias de género respecto a la alimentación de los adolescentes se hacen patentes respecto al consumo de alimentos insanos, pero no existen diferencias respecto al consumo de alimentos sanos. Así pues, en general los chicos consumen más alimentos insanos que las chicas. Concretamente, los chicos consumen bebidas con gas, frutos secos, patatas fritas y bolsas de papas con más frecuencia que las chicas. Aunque éstas consumen dulces más frecuentemente que los chicos. Esto permite confirmar sólo parcialmente la **Hipótesis 2.4**, según la cual “las chicas consumen alimentos sanos en mayor medida que los chicos y alimentos insanos en menor medida que éstos”.

El hecho de que las chicas consuman menos alimentos insanos que los chicos puede deberse a la mayor preocupación que tienen éstas por su imagen y su peso (Davis, 1997; Toro, 1996). Preocupación motivada por el deseo de ajustarse a los cánones de belleza dictados por la sociedad de los países industrializados, la cual asocia la delgadez a la belleza, la salud, la felicidad y el éxito personal.

Nuestros datos también permiten concluir que los chicos son físicamente más activos que las chicas ya que, aunque no practican más actividad física que éstas, sí que practican más deporte que las chicas. Así pues, se confirma la **Hipótesis 2.5**, según la cual “las chicas son menos activas físicamente que los chicos”. Al igual que en el consumo de sustancias y en la alimentación, la explicación a las diferencias de género encontradas en la práctica deportiva habría que buscarla en la socialización de dichas conductas. Si bien, desde sus inicios, el deporte ha sido de dominio prácticamente masculino; en la sociedad occidental actual se han incrementado enormemente las oportunidades de participación femenina. Sin embargo, la práctica deportiva entre las chicas de nuestro país sigue siendo muy inferior a la de los chicos. Esto podría deberse a los estereotipos de masculinidad que tradicionalmente se han asignado a las mujeres deportistas, y también al conflicto de roles que provoca la disonancia cognitiva que generan las concepciones convencionales de lo deportivo y de lo femenino (Cagigal, 1975; García-Ferrando, 1990). Tales estereotipos han llevado a que la participación de las chicas se haya visto tradicionalmente limitada a la práctica de deportes “femeninos” como la gimnasia. Actualmente, si bien las oportunidades de práctica son mayores y más diversas, todavía prevalecen ciertos estereotipos que pueden hacer que la imagen social de la mujer deportista no resulte muy atractiva para las mujeres (Vázquez, 1993) y que la “presión” o expectativa de práctica generada por los agentes de socialización (padres, amigos y escuela) sea menor para las chicas.

Diferencias socioeconómicas

Además de la influencia de la edad y del género sobre las conductas relacionadas con la salud, en nuestro trabajo también hemos explorado el efecto que desempeñan determinadas variables socioeconómicas, como el tipo de centro de estudios, el nivel académico de los padres y su profesión. Respecto al consumo de sustancias, se observa que, el tipo de centro es la variable que permite establecer más diferencias. En general, los chicos y chicas que estudian en centros privados consumen menos sustancias que los que estudian en centros concertados o públicos. Así pues, los chicos que cursan sus estudios en centros privados fuman menos cigarros a la semana, consumen menos licores o combinados y han probado la *cannabis* en menor medida que los alumnos de centros concertados. Los alumnos de centros privados también consumen menos licores o combinados que los alumnos de centros públicos. Y los alumnos de centros concertados han experimentado con la *cannabis* más que los alumnos de centros públicos. Por otra parte, las chicas que estudian en centros privados fuman menos cigarros a la semana, han probado menos la *cannabis*, consumen menos cerveza y licores o combinados, y se han emborrachado menos que las alumnas de centros concertados. Además, las alumnas de centros privados también consumen menos cerveza y licores o combinados que las alumnas de centros públicos. El hecho de que en los centros de estudios privados los alumnos consuman menos sustancias que en centros públicos, podría atribuirse a la posibilidad de que en estos centros se preste una mayor atención a aspectos extracurriculares, como la transmisión de valores que fomenten el desarrollo de conductas saludables.

La profesión del padre también aparece como una variable que marca diferencias respecto al consumo de sustancias. En concreto, los chicos cuyos padres desempeñan trabajos no cualificados han experimentado con la *cannabis* y la consumen en mayor medida que los hijos de técnicos medio. Y las chicas cuyos padres son técnicos superiores fuman con mayor frecuencia que las hijas de técnicos medios. Otra variable socioeconómica que influye en el consumo de sustancias de los adolescentes es el nivel de estudios del padre y de la madre. En el caso de los chicos, aquellos cuyos padres no tienen estudios consumen menos cerveza que el resto de los chicos; y, en el caso de las chicas, aquellas cuyas madres tienen un nivel de estudios de bachiller o de formación profesional consumen más *cannabis* que las hijas de madres sin estudios. Aunque los resultados que obtenemos en relación a la profesión y el nivel de estudios de los padres y las conductas de salud de los jóvenes no son clarificadoras, hay que tenerlas en cuenta para seguir profundizando en estas relaciones en el futuro.

Algunos de estos datos contrastan con los proporcionados por la literatura. Así, por ejemplo, en general, los estudios coinciden en que el mayor consumo de alcohol en la adolescencia se da en las clases media y alta (Brannen *et al.*, 1994; Butler, 1982; Combs *et al.*, 1980; Hendry *et al.*, 1993; Leahy *et al.*, 1971; Schonfeld, 1967). Sin embargo, en nuestro estudio, los adolescentes que estudian en centros privados –lo cual es representativo de un nivel socioeconómico elevado– son los que consumen alcohol en menor medida. Aunque, por otra parte, el hecho de que los chicos cuyos padres no tienen estudios beban menos cerveza iría en la misma línea que los estudios precedentes. Con el consumo de tabaco pasa lo contrario. La literatura en general coincide al afirmar que los adolescentes de menor nivel socioeconómico fuman más (Hendry *et al.*, 1993). El hecho de que en nuestra muestra los alumnos y alumnas de centros privados fumen menos cantidad de cigarrillos a la semana iría en la misma línea; sin embargo, lo que ya no va en la misma línea es el hecho de que las hijas de padres técnicos superiores fumen más frecuentemente que las de técnicos medio. Por lo que respecta al consumo de *cannabis*, los estudios previos que analizan la influencia del nivel socioeconómico son escasos y, mientras unos asocian dicho consumo con un nivel socioeconómico elevado (Hendry *et al.*, 1993), otros no encuentran ninguna relación (Generalitat Valenciana y FAD, 1999). Nuestros datos parecen reflejar un mayor consumo en chicos de nivel socioeconómico bajo y en chicas de nivel socioeconómico elevado.

Cabe preguntarse si cada una de las variables socioeconómicas tenidas en cuenta en nuestro trabajo actúa por sí sola como un indicador del nivel socioeconómico. Quizá la respuesta nos ayudara a entender estas discrepancias con los datos aportados por la literatura. De cualquier forma, los datos no permiten confirmar la **Hipótesis 3.1**, según la cual “un nivel socioeconómico bajo se asocia con un mayor consumo de tabaco y un nivel socioeconómico medio o alto se asocia con un mayor consumo de alcohol y *cannabis*”.

El nivel socioeconómico no parece influir sobre el consumo de alimentos sanos. Cabe decir que los resultados que hemos obtenido no ayudan a ofrecer una imagen clara de la situación. Nuestros datos informan que el nivel socioeconómico únicamente está

relacionado, en el caso de las chicas, con el consumo de dos de los alimentos insanos considerados en el presente trabajo: los dulces y golosinas, y las hamburguesas o salchichas. Las variables socioeconómicas que están relacionadas con el consumo de estos alimentos son la profesión y el nivel de estudios de la madre. Así pues, las chicas cuyas madres desempeñan profesiones de técnicos medio consumen más dulces que aquellas cuyas madres desempeñan una profesión cualificada. Las hijas de madres que son técnicos superiores consumen menos hamburguesas o salchichas que el resto de las chicas. Por otra parte, las hijas de madres con estudios primarios y con estudios de bachiller o de formación profesional consumen más dulces que las chicas con madres sin estudios. Por tanto, no podemos confirmar la **Hipótesis 3.2**, según la cual “los adolescentes de nivel socioeconómico elevado consumen alimentos sanos en mayor medida”.

La práctica de deporte y de actividad física no están relacionadas con las variables socioeconómicas estudiadas, por tanto no podemos confirmar la **Hipótesis 3.3**, según la cual “los adolescentes de un nivel socioeconómico más elevado practican actividad física y deporte en mayor medida”.

Esta ausencia de diferencias en la alimentación y la actividad física de nuestros adolescentes en función del nivel socioeconómico se puede deber a las características de la sociedad en la que vivimos, en la cual la mayoría de la población tiene acceso a una alimentación suficiente y equilibrada, y a una amplia oferta de actividades deportivas. Por tanto, la alimentación y la práctica de deporte y de actividad física no depende de condiciones socioeconómicas. Sin embargo, nuestros datos contrastan por los ofrecidos por la literatura; ya que, si bien, son escasos los trabajos que se han encargado de relacionar el nivel socioeconómico con la alimentación y con actividad física y el deporte, en la adolescencia, aquellos que lo han hecho han encontrado que un nivel socioeconómico más elevado está asociado a un mayor consumo de alimentos saludables (Mendoza *et al.*, 1994; Vereecken y Maes, 2000) y a una mayor práctica de actividades físicas y/o deportivas (Ferron *et al.*, 1999; Mendoza *et al.*, 1994).

Relación entre las conductas relacionadas con la salud

Con respecto a las relaciones que se establecen entre las conductas relacionadas con la salud en los chicos, podemos observar que, el consumo de tabaco, de alcohol y de *cannabis* está positivamente relacionado entre sí. Además, el consumo de estos tres tipos de sustancias se relaciona negativamente con la práctica de actividad física. Por su parte, el consumo de alcohol se relaciona positivamente con la alimentación insana. La alimentación sana y la alimentación insana están positivamente relacionadas. La práctica de deporte se relaciona positivamente con la alimentación sana, mientras que la práctica de actividad física se relaciona de manera positiva tanto con la alimentación insana como con la alimentación sana. Por último, el deporte y la actividad física correlacionan positivamente. En las chicas, las relaciones entre el consumo de tabaco, de alcohol y de *cannabis* son altas y positivas. El deporte se relaciona negativamente con el consumo de estas tres sustancias, y la alimentación insana se relaciona positivamente con el consumo de tabaco y de alcohol.

Entre el deporte y la actividad física se establece una relación positiva. Estos resultados permiten confirmar prácticamente en su totalidad la **Hipótesis 4.1**, según la cual “las conductas saludables se relacionan positivamente entre sí, las conductas de riesgo también se relacionan positivamente entre sí, y las conductas saludables y las de riesgo se relacionan negativamente entre sí”.

La relación positiva que se establece entre el consumo de las distintas sustancias concuerda con los datos ofrecidos por la tradición unidimensional de la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977), desde la que se defiende que las conductas problema (p.e., consumo de sustancias) se relacionan formando una dimensión, dado que constituyen una propensión general hacia la desviación o hacia la no-convencionalidad. Sin embargo, las relaciones entre las conductas de consumo de sustancias son demasiado fuertes como para que ésta sea la única causa de su asociación. Deben existir, pues, múltiples y variadas causas que den cuenta de esta covariación (Elliot, 1993). Otros determinantes comunes del consumo de sustancias citados por los investigadores son la presión de los pares (Sharp y Getz, 1996; Tedeschi y Norman, 1985), una imagen social del adolescente consumidor valorada y reforzada positivamente entre los jóvenes (Chassin *et al.*, 1987), los contextos comunes de su consumo (bares, pubs, etc.) (Hendry *et al.*, 1993), los valores sociales hedonistas predominantes en la sociedad actual –los jóvenes valoran en extremo la diversión y ven el consumo de sustancias como un medio para conseguirlo–, e incluso unas conductas de consumo de sustancias podrían ser causa de otras, dado que en la adolescencia se produce una progresión en el consumo de drogas legales e ilegales (Kandel, 1975).

Por otra parte, la relación positiva que se da entre la actividad física y la alimentación tanto sana como insana en los chicos, podría explicarse por el hecho de que a mayor práctica de actividad física el consumo de energía es mayor y por tanto es mayor la ingesta de calorías. Además, a esto se le puede unir el hecho de que quizá los chicos más activos se preocupen menos por su peso, dado que con la actividad pueden controlarlo, o bien de que en los contextos en los que se practican estas actividades se facilite el consumo de alimentos ricos en grasa o azúcares.

2. EL AUTOCONCEPTO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

En los resultados obtenidos con nuestra muestra de adolescentes de la Comunidad Valenciana de 11 a 15 años, se observa que con la edad disminuyen las puntuaciones de los jóvenes, tanto en la autovalía global como en la mayoría de los dominios del autoconcepto, en concreto competencia académica, comportamiento/conducta, apariencia física y competencia deportiva. Por tanto, únicamente la aceptación social permanece estable en este periodo. Así pues, en general, podemos aceptar la **Hipótesis 5**, según la cual “en la adolescencia temprana las puntuaciones de los jóvenes en autovalía global y en las dimensiones del autoconcepto disminuyen ligeramente”. Nuestros resultados apoyan los planteamientos de Rosenberg (1986) que defienden una disminución en la autoestima entre

los 11 y los 13 años. La evidencia empírica también apoya la disminución de las puntuaciones en los dominios del autoconcepto durante este periodo de edad (Bolognini *et al.*, 1996; Harter, 1985; Marsh, 1989, 1991; O'Malley y Bachman, 1983).

Diferencias de género

Los chicos de nuestra muestra obtienen puntuaciones superiores a las chicas en los autovalía global, competencia deportiva, apariencia física y competencia académica; mientras que las chicas puntúan más alto que los chicos en comportamiento/conducta. El único dominio en el que no se presentan diferencias significativas es la aceptación social.

Las puntuaciones más elevadas de los chicos en autovalía global, competencia deportiva y apariencia física, van en la misma línea que los resultados de gran cantidad de estudios precedentes, y confirman la **Hipótesis 6.1**, según la cual “los chicos poseen puntuaciones más altas que las chicas en autoestima o autovalía global y en las dimensiones del autoconcepto relacionadas con el *self* físico; esto es, la apariencia física y la competencia deportiva”. Además, los chicos también puntúan más alto en competencia académica. Respecto a este dominio del autoconcepto, los estudios previos no presentan datos tan concluyentes, puesto que en algunos trabajos las chicas presentan puntuaciones más elevadas, mientras que en otros trabajos en los que la competencia académica se desglosa en distintas competencias, se observa que las chicas se perciben más competentes en el dominio verbal y de lectura, y los chicos lo hacen en el dominio de las matemáticas (Marsh, 1989; Meece *et al.*, 1982; Stevenson y Newman, 1986). El único dominio del autoconcepto en el que las chicas de nuestro trabajo puntúan más que los chicos es en el comportamiento/conducta. En otros trabajos también se han obtenido resultados en esta dirección (Eiser *et al.*, 1995; Faria, 2001; Harter, 1985). Así pues, podemos aceptar parcialmente la **Hipótesis 6.2**, según la cual “las chicas poseen puntuaciones más altas que los chicos en competencia académica y en el comportamiento/conducta”.

En todos los grupos de edad estudiados, las puntuaciones de las chicas en los dominios del autoconcepto de apariencia física, competencia deportiva y competencia académica son más bajas que las de los chicos; pero, además, a los 15 años estas puntuaciones se sitúan por debajo del punto medio de la escala, indicando así problemas con este tipo de autopercepciones por parte de las chicas adolescentes. En el caso de la apariencia física, la explicación a las bajas puntuaciones puede encontrarse en la presión social y la excesiva importancia que se otorga en nuestra sociedad al atractivo físico, unido a la dificultad de ajustarse al ideal de belleza femenina imperante y que corresponde a un cuerpo extremadamente delgado. Por otra parte, la baja participación de las chicas en actividades físicas y deportivas puede ser la causa de las bajas puntuaciones en la competencia deportiva, puesto que a mayor práctica mayor competencia. Lo que es más difícil de explicar es la percepción más positiva de competencia académica que encontramos en los chicos de nuestra muestra. Quizá los resultados obtenidos nos informan que una medición general de la competencia académica puede estar enmascarando diferencias importantes en las distintas habilidades académicas y que en un futuro habría

que medir distintos aspectos de dicha competencia académica, como por ejemplo, habilidades verbales y numéricas.

La mayor valoración de las chicas en la subescala comportamiento/conducta puede deberse al efecto de la socialización diferencial que, desde la infancia, reciben chicos y chicas, y a través de la cual se transmiten unas normas, valores y roles diferentes para cada género. Normas, valores y roles que promueven con mayor énfasis la buena conducta en las niñas. Conforme los jóvenes se adentran en la adolescencia media y adquieren mayor autonomía e independencia paterna, estas diferencias se disipan (Pastor, 1999). Esto vendría a reforzar que las diferencias encontradas sean fruto de la educación diferente que reciben las niñas.

Por último, la mayor autoestima o autovalía global de los chicos podría explicarse siguiendo las aportaciones de Susan Harter (1993). Según esta autora los dominios del autoconcepto influyen en la autovalía global en la medida en la que son importantes para el sujeto (por ejemplo, si una persona concede gran importancia al éxito escolar, la percepción de competencia influirá en gran medida en su autoestima); mientras que, la baja autoestima será el resultado de la discrepancia entre la importancia dada a los dominios y la competencia percibida en los mismos. Así, la menor autoestima de las chicas puede deberse a que le conceden gran importancia a la apariencia física pero se perciben poco atractivas. Estas discrepancias entre lo deseado y la competencia percibida habría que seguir explorándola en el futuro. No obstante deben existir otros factores que estén influyendo y que sería interesante estudiar.

Diferencias socioeconómicas

En nuestro trabajo también analizamos la relación entre el nivel socioeconómico y el autoconcepto/autoestima; resultando que, en general, el nivel socioeconómico no es un factor influyente sobre el autoconcepto/autoestima de los adolescentes de nuestra muestra. En las chicas ninguna de las variables socioeconómicas estudiadas están relacionadas con el autoconcepto/autoestima, y en el caso de los chicos aparecen relaciones significativas entre la profesión del padre y la autovalía global y también la apariencia física. Sin embargo, en contra de lo que cabría esperar, los chicos cuyos padres desempeñan trabajos no cualificados eran los que presentaban las puntuaciones más elevadas en ambas subescalas, diferenciándose significativamente de los hijos de técnicos medio que eran los que presentaban las puntuaciones más bajas, tanto en apariencia física como en autovalía global. Quizá esto se deba a que los hijos de obreros no cualificados perciban menos exigencias previas y expectativas, y eso contribuya a una mayor aceptación y aprecio de sí mismo en las áreas del autoconcepto mencionadas. La ausencia de relaciones entre el autoconcepto/autoestima y el nivel socioeconómico podría deberse a que, a estas edades, independientemente del nivel socioeconómico de sus padres, los jóvenes no tienen poder adquisitivo, y la mayoría se desenvuelven en los mismos contextos (familiar y escolar). Esto puede hacer que no perciban las diferencias socioeconómicas. Además, al contrario de lo que ocurre en los adultos, el nivel socioeconómico no es una consecuencia de logro, por

tanto es razonable pensar que no haya diferencias en cuanto a percepciones de competencia en función de dicho nivel. De cualquier modo, nuestros resultados no nos permiten aceptar las hipótesis 7.1 y 7.2, según las cuales “los adolescentes con un nivel socioeconómico más elevado presentan una autoestima más positiva (**Hipótesis 7.1**) y una competencia académica también más positiva, siendo este dominio del autoconcepto el que en mayor medida refleja la influencia del nivel socioeconómico” (**Hipótesis 7.2**).

Relación entre los dominios del autoconcepto

La autovalía global y todos los dominios del autoconcepto están positivamente relacionados entre sí en los adolescentes de nuestra muestra. Las relaciones más fuertes se dan entre la autovalía global y las dimensiones comportamiento/conducta, apariencia física y competencia social. Estos resultados permiten confirmar la **Hipótesis 8.1**, según la cual “los diferentes dominios del autoconcepto se relacionan positivamente entre sí y con la autoestima o autovalía global”. Además, en nuestros adolescentes el comportamiento/conducta, la apariencia física, la aceptación social y la competencia académica actúan como predictores de la autovalía global. El único dominio del autoconcepto que no predice la autovalía global es la competencia deportiva. Los dominios del autoconcepto con mayor poder predictivo son el comportamiento/conducta y la apariencia física. En el caso de los chicos tiene mayor poder predictivo el comportamiento/conducta y en el caso de las chicas la apariencia física. Les siguen por orden de importancia la aceptación social y por último la competencia académica. Estos datos permiten confirmar parcialmente la **Hipótesis 8.2** según la cual “los dominios del autoconcepto que poseen una mayor influencia en la autovalía global son, por orden de importancia, la apariencia física, la aceptación social, la competencia deportiva y el comportamiento/conducta”.

La importancia que se le otorga al atractivo físico y, por tanto, la influencia de la apariencia física sobre la autoestima ha sido ampliamente documentada (Hagborg, 1993b; Harter, 1985, 1987, 1990a, 1993), lo cual explica que sea uno de los principales predictores de la autoestima de nuestros adolescentes. El hecho de que el comportamiento/conducta actúe también como uno de los principales predictores puede deberse fundamentalmente a la edad de los sujetos de nuestra muestra. Probablemente a esta edad, sobre todo a los 11 y 13 años, los otros significativos más importantes sean todavía los padres y profesores, quienes le valorarán y recompensarán por su buena conducta en casa y en la escuela. Sin embargo, en trabajos realizados con adolescentes más mayores se observa que el comportamiento/conducta pierde protagonismo para cedérselo a la aceptación social. A partir de la adolescencia media cobra gran importancia el percibirse aceptado por los pares, ser popular y tener muchos amigos, y por tanto, esta percepción de aceptación social tiene un gran impacto sobre la autovalía global (Harter, 1987, 1988a, 1990a, 1993; Hagborg, 1993b; Pastor, 1995, 1999).

3. RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONCEPTO Y EL ESTILO DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Una vez estudiado el estilo de vida relacionado con la salud y el autoconcepto/autoestima en los adolescentes de nuestra muestra, decidimos analizar la relación existente entre ambos conjuntos de variables. Cabe decir que, en el análisis de dicha relación, dejamos de lado a las variables de alimentación debido a que no existe base teórica ni empírica que fundamentara su relación con las dimensiones del autoconcepto.

En la Tabla 1 se presentan las relaciones significativas entre las dimensiones del autoconcepto y las conductas relacionadas con la salud que han aparecido en nuestro estudio. En primer lugar, pasamos a comentar las conclusiones que hemos extraído de nuestro estudio respecto a la **relación entre el autoconcepto multidimensional y las variables de estilo de vidas relacionadas con la actividad física** (esto es, práctica de deporte y práctica de actividad física).

Nuestros resultados revelan que las dos dimensiones del autoconcepto que en mayor medida están relacionadas con la práctica de deporte y de actividad física en la adolescencia temprana son la competencia deportiva y la aceptación social. La competencia deportiva es la dimensión del autoconcepto que más relaciones significativas presenta con la práctica de deporte entre los distintos grupos de análisis de nuestro estudio. Respecto a la práctica de actividad física, la competencia deportiva comparte protagonismo con la aceptación social, ya que ambas dimensiones del autoconcepto presentan el mismo número de relaciones significativas (Véase Tabla 1).

En concreto, y en la misma línea que lo observado en diversos estudios (Asci *et al.*, 2001; Colchico *et al.*, 2000), la **competencia deportiva** está asociada a la **práctica deportiva** en los adolescentes de nuestra muestra de todas las edades y de ambos géneros. Así pues, los adolescentes que se perciben más competentes en la práctica de actividades deportivas son los que en mayor medida practican deporte. Por otra parte, en el caso de los chicos de 13 y 15 años, también ocurre que a mayor percepción de competencia deportiva mayor es la **práctica de actividad física**. En el caso de las chicas, esta asociación positiva entre competencia deportiva y actividad física se da únicamente a los 15 años.

La **aceptación social** únicamente se asocia con la **práctica deportiva** en las chicas de 13 y 15 años. Sin embargo, mientras que a los 13 años esta relación es positiva y las chicas que practican más deporte se sienten en mayor medida populares, aceptadas por sus pares y con muchos amigos, a los 15 años ocurre lo contrario, y las chicas que practican más deporte son las que en menor medida se sienten aceptadas por sus iguales. Esta dimensión del autoconcepto se relaciona positivamente con la **práctica de actividad física** en los chicos de 11 y 15 años y en las chicas de 13 años.

TABLA 1. Relaciones significativas entre las dimensiones del autoconcepto y las conductas relacionadas con la salud en los adolescentes de la Comunidad Valenciana de 11, 13 y 15 años.

Conductas relacionadas con la salud	Dimensiones del autoconcepto	Género	Edad	Signo de la relación
Deporte	Competencia Deportiva	Chicos	11	+
			13	+
			15	+
		Chicas	11	+
			13	+
			15	+
	Aceptación Social	Chicas	13	+
			15	-
Apariencia Física	Chicas	15	-	
Competencia Académica	Chicas	15	+	
Actividad Física	Competencia Deportiva	Chicos	13	+
			15	+
		Chicas	15	+
	Aceptación Social	Chicos	11	+
			15	+
		Chicas	13	+
Tabaco	Comportamiento/Conducta	Chicos	15	-
		Chicas	15	-
	Competencia Académica	Chicos	15	-
	Aceptación Social	Chicas	15	+
Alcohol	Comportamiento/Conducta	Chicos	15	-
		Chicas	15	-
	Competencia Académica	Chicos	15	-
	Aceptación Social	Chicos	15	+
		Chicas	15	+
Cannabis	Comportamiento/Conducta	Chicos	15	-
		Chicas	15	-
	Aceptación Social	Chicos	15	+
		Chicas	15	+
	Autovalía Global	Chicas	15	-

La apariencia física y la competencia académica son otras de las dimensiones del autoconcepto que se hallan relacionadas con la práctica de deporte, aunque únicamente en el caso de las chicas de 15 años. En concreto la **apariencia física** se encuentra negativamente relacionada con la práctica deportiva, de forma que aquellas que tienen una peor percepción de su apariencia son las que practican más deporte, o viceversa; mientras que la **competencia académica** se relaciona positivamente con la práctica deportiva.

Basándonos en la teoría y en los trabajos empíricos previos, en el capítulo 4 únicamente hipotetizamos una “relación positiva entre los dominios del autoconcepto competencia deportiva y apariencia física, y la práctica deportiva” (**Hipótesis 9.1**). Por tanto, nuestra hipótesis se confirma únicamente en lo que respecta a la relación entre competencia deportiva y práctica de deporte, ya que los resultados presentan una clara relación entre estas dos variables. Sin embargo, la relación entre la apariencia física y la

práctica de deporte no aparece en la mayoría de los grupos de análisis, y cuando aparece (en las chicas de 15 años) lo hace en sentido contrario al que se hipotetiza.

La relación entre la competencia deportiva y la práctica de deporte o actividad física queda avalada por múltiples aportaciones teóricas y empíricas. Teorías como el Modelo de Selección (Lintunen, 1995), la Teoría de la Motivación hacia la Competencia (Harter, 1978) y la Teoría de la Inversión Personal (Maerh y Braskman, 1986) sugieren que es más probable que los sujetos realicen actividades en las que pueden experimentar sensaciones de competencia. Así pues, realizarán más actividad física y practicarán más deporte aquellas personas que se sientan competentes en dichas actividades. Otras aportaciones como las del Modelo de Cambio (Lintunen, 1995) y las de los modelos propuestos por Sonstroem y colaboradores –Modelo Psicológico para la Actividad Física (Sonstroem, 1978), Modelos de Ejercicio y Autoestima (Sonstroem y Morgan, 1989) y Modelo Ampliado de Ejercicio y Autoestima (Sonstroem *et al.*, 1994)– sugieren que la práctica de actividad física o deportiva produce cambios en el autoconcepto de las personas.

Las aportaciones empíricas dejan ver claramente una fuerte relación entre la competencia deportiva y la práctica de actividad física o deporte en la adolescencia temprana (Asci *et al.*, 2001; Atienza *et al.*, 1997; Balaguer, Atienza y Duda, en revisión; Biddle *et al.*, 1993; Colchico *et al.*, 2000; Lintunen, 1995; Marsh, 1996, 1997; Moreno, 1997), independientemente de si es la alta competencia percibida la que fomenta la práctica, o de si es la práctica la que favorece la percepción de competencia. Es decir, las investigaciones previas proporcionan evidencia empírica respecto a la relación pero no respecto a las direcciones de causalidad que planteaban las teorías, puesto que la mayoría de los trabajos, o bien no analizaban dicha causalidad, o bien la analizaban sin el rigor metodológico suficiente (Fox, 2000).

La explicación a la relación positiva que se establece entre la actividad física y la aceptación social quizá pueda encontrarse en la propia naturaleza de la actividad física. Posiblemente el principal motivo que lleve a los adolescentes a practicar actividad física sea el contexto social en el que se desarrolla. Probablemente la actividad física sea compartida con amigos, y el hecho de compartir actividades implica una aceptación por parte de esos amigos. Así pues, bailar los fines de semana, ir a patinar, ir a la piscina, montar en bicicleta, etc., son actividades físicas que se suelen compartir con amigos. Por tanto, aquellos adolescentes que realicen más actividad física serán los que compartan más actividades y eso haga que aumente su percepción de aceptación social. Hasta el momento son muy escasos los trabajos que analizan la relación entre actividad física y aceptación social, y no es posible observar una tendencia clara de los resultados de la investigación respecto a dicha relación. No obstante, nuestros resultados van en la línea de los hallados por Colchico y colaboradores (2000), quienes, utilizando el SPPC, encuentran una relación positiva entre la aceptación social y la participación en actividades físicas en chicas afroamericanas e hispanas de 11 a 14 años.

Por otra parte, la relación que se establece en las chicas de nuestra muestra entre la aceptación social y la práctica de deporte, quizá se pueda explicar a partir del abandono

deportivo que se produce con la edad durante la adolescencia temprana. El hecho de que a los 13 años las chicas que en mayor medida se sienten aceptadas por sus pares sean las que en mayor medida practican deporte, y que a los 15 años pase lo contrario, puede deberse a que a los 13 años la práctica de deporte es algo socialmente aceptado por sus pares ya que más del 40% de las chicas a esta edad practica deporte al menos dos veces a la semana; actividad que comparten con unos pares y que no les impide realizar otras actividades con otros pares puesto que probablemente a esta edad no se compartan muchas más actividades. Sin embargo, a los 15 años muchas chicas abandonan el deporte y las que no lo hacen representan una minoría. Además, a esta edad las chicas gozan de más libertad y por tanto de más oportunidades de compartir otras actividades con sus iguales; actividades que las chicas que practican deporte no podrán realizar porque la práctica deportiva ocupa su tiempo. De cualquier modo, sería necesaria más investigación acerca de la relación entre la aceptación social y la práctica de deporte o de actividad física para entender los procesos que subyacen a esta relación, especialmente en el caso de las chicas.

La relación negativa que se establece entre la apariencia física y la práctica de deporte entre las chicas de 15 años nos lleva a pensar que, probablemente, el cuerpo que se asocia a la práctica de deporte no es el cuerpo que socialmente se espera de las chicas, y eso lleve a que las chicas que practican deporte se perciban con peor apariencia física. Otra forma de interpretar los resultados obtenidos sería que las chicas que se perciban con peor apariencia serán las que tengan más motivo para practicar deporte y así cambiar su cuerpo, mientras que las que estén satisfechas con su apariencia no verán tan necesaria la práctica de deporte. La literatura proporciona gran cantidad de evidencia de que las mujeres hacen ejercicio más por motivos de apariencia que por los beneficios relacionados con la salud (Mishkind *et al.*, 1986; Silberstein, Striegel-Moore, Timko y Rodin, 1988). En un futuro habría que matizar en qué deportes se perciben las chicas con mejor o peor apariencia física. En general, los resultados de la investigación a este respecto indican que, en la adolescencia temprana no aparecen relaciones significativas entre la apariencia física y la práctica de deporte o actividad física (Biddle *et al.*, 1993; Colchico *et al.*, 2000; Walters y Martin, 2000).

La literatura tampoco proporciona un marco teórico ni empírico que apoye la relación que surge entre la competencia académica y la práctica de deporte en las chicas de 15 años de nuestra muestra. Una posible explicación a esta relación sería que las chicas a los 15 años practican deporte sólo cuando esta práctica no suponga un perjuicio para su competencia académica. Aquellas que no se perciban muy competentes en la escuela y que vean la práctica de deporte como algo que les quita tiempo de estudio practicarán menos deporte.

La **relación entre el autoconcepto/autoestima y el consumo de sustancias** la hemos estudiado únicamente a los 15 años, debido a que a los 11 y 13 años la incidencia de consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* es muy escasa. En el capítulo 4 hipotizamos que “la competencia académica y el comportamiento/conducta influyen negativamente sobre el consumo de sustancias” (**Hipótesis 9.2**). Pues bien, en el caso de los chicos de 15 años de

nuestra muestra, los resultados permiten confirmar tal hipótesis puesto que, el **comportamiento/conducta** se relaciona negativamente con el consumo de las tres sustancias estudiadas (tabaco, alcohol y *cannabis*) y la **competencia académica** se relaciona negativamente con el consumo de tabaco y alcohol. En el caso de las chicas, podemos aceptar sólo parcialmente dicha hipótesis ya que si bien el comportamiento/conducta influye negativamente sobre el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, la competencia académica no muestra ninguna influencia sobre el consumo de sustancias. Por tanto, aquellos chicos y chicas que perciban su conducta como problemática, menos conformista o desobediente, consumirán sustancias en mayor medida que los que perciben que su conducta es adecuada y que hacen lo que se espera de ellos. Además, es más probable que los chicos con peor competencia académica, y por tanto peor rendimiento, consuman más tabaco y alcohol; mientras que en las chicas la competencia académica no actúa como determinante del consumo de sustancias.

Los resultados encontrados ofrecen apoyo a diversas aportaciones teóricas, como la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977), en la que se defiende que los adolescentes que se evalúan positivamente no llevarán a cabo comportamientos desviados o inconformistas para continuar manteniendo esas evaluaciones positivas sobre sí mismos. Por el contrario, el adolescente que percibe que su conducta se rige en menor medida por las normas impuestas, tiende a elegir comportamientos menos saludables. Nuestros resultados también ofrecen apoyo a la Teoría General de la Conducta Desviada (Kaplan, 1980) y en las aportaciones de Gold (1982). Desde la Teoría General de la Conducta Desviada se postula que los adolescentes que se evalúan negativamente en los contextos de socialización convencionales son más propensos a adoptar patrones de conducta desviados. Gold (1982) destaca la importancia del rol escolar en la adolescencia y sugiere que los jóvenes se dirigen hacia comportamientos desviados, como el abuso de sustancias, en respuesta al fracaso escolar.

También existen varias investigaciones que obtienen resultados que van en la línea de los nuestros. Dolcini y Adler (1994) y Lifrak y colaboradores (1997) utilizando el SPPC (Harter, 1985) proporcionan evidencia a favor de una relación negativa entre el comportamiento/conducta y el consumo de sustancias. Otros trabajos realizados con otros instrumentos de autoconcepto, como el TSCS de Fitts (1965) o el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967), también ofrecen resultados que defienden esta relación (Butler, 1982; Penny y Robinson, 1986). También encontramos apoyo en la literatura empírica para la relación negativa que se da entre la competencia académica y el consumo de sustancias en los chicos de 15 años de nuestra muestra. Trabajos realizados tanto con el SPPC (Lifrak *et al.*, 1997) como con otros instrumentos de evaluación (Dielman *et al.*, 1984; Emery *et al.*, 1993; McInman y Grove, 1991; Penny y Robinson, 1986; Yanish y Battle, 1985; Young *et al.*, 1989) informan de relaciones negativas entre el autoconcepto en el dominio escolar y el consumo de sustancias.

Por otra parte, los resultados obtenidos en nuestro estudio, tanto de los chicos como de las chicas de 15 años, nos permiten aceptar la **Hipótesis 9.3**, según la cual “la

aceptación social influye positivamente sobre el consumo de sustancias”. En los chicos esta dimensión del autoconcepto influye positivamente sobre el consumo de alcohol y *cannabis*, y en las chicas influye positivamente sobre el consumo de las tres sustancias estudiadas. Por tanto, los jóvenes de 15 años de nuestra muestra que se sienten populares, tienen muchos amigos y sienten que son fáciles de querer, suelen consumir tabaco, alcohol y *cannabis* con mayor frecuencia.

Nuestros resultados encuentran apoyo en la Teoría de la Influencia Social (Tedeschi y Norman, 1985) adaptada por Sharp y Getz (1996) al consumo de sustancias. Según estos autores, el consumo de sustancias es utilizado por los adolescentes como un instrumento para manejar las impresiones que causan a sus pares, a través del cual consiguen amistad y popularidad. En general, el consumo de sustancias es aprobado socialmente en la subcultura de los adolescentes, por lo que aquellos adolescentes que tienen mayor protagonismo dentro de los grupos de pares y son más populares, se inician en el consumo de sustancias para conservar ese protagonismo (Chassin *et al.*, 1987). Otras investigaciones ya comentadas anteriormente también van en la misma línea y apoyan la influencia positiva de la aceptación social sobre el consumo de sustancias durante la adolescencia temprana (Dolcini y Adler, 1994; Lifrak *et al.*, 1997).

Una relación que estudiamos, pero sobre la que no formulamos ninguna hipótesis debido a la incongruencia de resultados en investigaciones previas, es la que hace referencia a la **autovalía global** y el consumo de sustancias. Los resultados obtenidos en nuestra investigación muestran que la autovalía global únicamente influye negativamente sobre el consumo de *cannabis* en las chicas de 15 años. Esta es la única relación que aparece entre la autovalía global y las variables del estilo de vida. Como vimos anteriormente, tampoco se observan relaciones significativas entre la autovalía global y la práctica de deporte o actividad física. Esta ausencia de relación puede deberse, como ya argumentaron Dolcini y Adler (1994) al encontrar resultados similares a los nuestros, a que la generalidad de la autoestima impide la predicción o el establecimiento de relaciones significativas con conductas específicas; mientras que las percepciones de los sujetos en los dominios específicos del comportamiento pueden tener importantes implicaciones para el comportamiento relacionado con la salud.

Por otra parte, respecto al papel que puede ejercer la **práctica de deporte o de actividad física sobre el consumo de sustancias**, hipotetizamos que “la práctica de deporte y de actividad física influye negativamente sobre el consumo de sustancias” (**Hipótesis 9.4**) y que “la práctica deportiva y de actividad física actúa como mediador en la relación entre la competencia deportiva y el consumo de sustancias” (**Hipótesis 9.5**). Nuestros resultados nos indican que la práctica de deporte está relacionada negativamente con el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* en las chicas de 15 años, pero no en los chicos; y que la práctica de actividad física está relacionada negativamente con el consumo de *cannabis* tanto en los chicos como en las chicas (Véase Tabla 2). Así pues, la Hipótesis 9.4 podemos confirmarla en el caso de las chicas pero no en el de los chicos; mientras que la Hipótesis 9.5 se cumple,

tanto en los chicos como en las chicas, únicamente en lo que respecta al consumo de una única sustancia: la *cannabis*.

TABLA 2. Relaciones significativas entre la práctica de deporte y actividad física y el consumo de sustancias en los adolescentes de la Comunidad Valenciana de 15 años.

Actividad física/Deporte	Consumo de sustancias	Género	Signo de la relación
Deporte	Tabaco	Chicas	-
	Alcohol	Chicas	-
	<i>Cannabis</i>	Chicas	-
Actividad física	<i>Cannabis</i>	Chicos	-
		Chicas	-

La literatura empírica no aporta resultados consistentes respecto a las relaciones entre la práctica de deporte o actividad física y las conductas de riesgo para la salud; sino que ofrece resultados que varían de un estudio a otro y que reflejan diferencias culturales y de género. En general, los estudios precedentes presentan relaciones modestas entre la práctica de deporte o actividad física y el consumo de sustancias (Pate *et al.*, 1996; Wold, 1989). Las relaciones que presentan resultados más consistentes tratan sobre el consumo de tabaco. Durante la adolescencia temprana, estar más activo físicamente se asocia a un menor consumo de tabaco (Abel *et al.*, 1992; Castillo, Tomás, Balaguer y García-Merita, 2003; Ferron *et al.*, 1999; Ilmarinen *et al.*, 1988; Pate *et al.*, 1996; Rothlisberger, 1994; Wold, 1989). Menos consistentes son los resultados sobre el consumo de alcohol y de *cannabis*. En algunos estudios, la práctica deportiva se asocia negativamente con el consumo de alcohol (Thorlindson *et al.*, 1990) y en otros incluso llega a asociarse positivamente (Abel *et al.*, 1992; Pate *et al.*, 1996). El consumo de *cannabis* a veces se asocia negativamente a la práctica de actividad física o deporte, y en otros casos no aparece una relación significativa (Ferron *et al.*, 1999; Pate *et al.*, 1996). En nuestro caso, como hemos comentado anteriormente, el consumo de *cannabis* se asocia negativamente a la práctica de actividad física.

Quizá el hecho de que en nuestra muestra la relación negativa y significativa entre el deporte y el consumo de las tres sustancias estudiadas se de únicamente entre las chicas pueda explicarse a partir de los motivos que llevan a éstas a practicar deporte. Las chicas –según afirma García Ferrando (1997) en su estudio sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores de los españoles sobre el deporte– se acercan al deporte con una mayor preocupación por la salud y por tratar de mejorar el aspecto físico, en tanto que entre los chicos son más dominantes los motivos lúdicos, de recreación y de relación social. Por tanto, la práctica de deporte en las chicas sería incompatible con otras conductas de riesgo para la salud, mientras que en el caso de los chicos no ocurriría lo mismo.

Respecto al papel de la **práctica de deporte o de actividad física como mediadores entre el autoconcepto y el consumo de sustancias**, nuestros resultados señalan que dicho efecto mediador sólo se da con la práctica de deporte en el caso de las chicas. Así pues, las variables entre las que media la práctica de deporte son: a) la aceptación social y el consumo de tabaco y *cannabis*, de forma que a mayor aceptación social menor práctica de deporte y mayor consumo de tabaco y *cannabis*; b) la competencia académica y el consumo de *cannabis*, de forma que a mayor competencia académica mayor práctica deportiva y menor consumo de *cannabis*; c) la apariencia física y el consumo de tabaco y *cannabis*, de manera que a mejor percepción de la apariencia física menor práctica de deporte y mayor consumo de tabaco y *cannabis*; y d) la competencia deportiva y el consumo de las tres sustancias estudiadas, de forma que a mayor competencia deportiva mayor práctica de deporte y menor consumo de sustancias. Así pues, la **Hipótesis 9.5** según la cual “la competencia deportiva influye de forma indirecta sobre el consumo de sustancias, siendo las variables mediadoras de esta relación la práctica de deporte y de actividad física”, podemos aceptarla únicamente en el caso de las chicas y con la práctica de deporte como mediadora de la relación.

Para finalizar nuestro trabajo, vamos a destacar las principales conclusiones que se extraen del mismo.

Respecto al estilo de vida relacionado con la salud podemos concluir que:

En la adolescencia temprana se produce el inicio en la experimentación y consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*. Este consumo aumenta progresivamente con la edad durante esta etapa y está marcado por diferencias de género y de tipo de centro de estudios. Así pues, las chicas consumen alcohol de alta graduación y tabaco en mayor medida que los chicos, mientras que éstos consumen más cerveza y *cannabis*. El tipo de centro de estudios es la variable socioeconómica que en mayor medida refleja diferencias respecto al consumo de sustancias de los adolescentes. En general, los estudiantes de centros privados consumen sustancias en menor medida que los estudiantes de centros públicos y concertados.

Los hábitos alimentarios son bastante estables durante este periodo y los chicos suelen consumir más alimentos insanos que las chicas.

La práctica de actividad física y deporte disminuye con la edad, y esta disminución es más pronunciada entre las chicas en el caso del deporte. Los chicos son más activos físicamente que las chicas.

Las conductas relacionadas con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*) mantienen una fuerte relación positiva. La práctica de deporte y de actividad física también se relacionan positivamente. En el caso de los chicos, la práctica de actividad física se relaciona negativamente con el consumo de sustancias; mientras que en el caso de las chicas es la práctica de deporte la que se relaciona negativamente con el consumo de sustancias.

Respecto al estudio del autoconcepto nuestros resultados nos permiten concluir que:

Durante la adolescencia temprana, las percepciones que los jóvenes tienen en los diferentes dominios del autoconcepto y en la autovalía global disminuyen. Únicamente la percepción de la aceptación social permanece estable durante este periodo.

Los chicos tienen percepciones más positivas que las chicas en autovalía global, competencia deportiva, apariencia física y competencia académica. Las chicas tienen percepciones más positivas de su comportamiento/conducta.

El nivel socioeconómico no constituye un determinante importante del autoconcepto/autoestima en la adolescencia temprana.

Los dominios que contribuyen en mayor medida en la autoestima o autovalía global son el comportamiento/conducta y la apariencia física. Les siguen, por orden de importancia, la aceptación social y la competencia académica.

Respecto a la influencia del autoconcepto/autoestima sobre el estilo de vida saludable, podemos concluir que:

Las dimensiones del autoconcepto que tienen mayor influencia sobre la práctica de deporte y de actividad física son la competencia deportiva y la aceptación social. Ambas influyen en sentido positivo, excepto en el caso de la relación que se establece entre la aceptación social y la práctica de deporte en las chicas de 15 años, ya que en este caso la relación es negativa.

La dimensión del autoconcepto que tiene mayor influencia sobre el consumo de sustancias es el comportamiento/conducta, seguida por la aceptación social. El comportamiento/conducta influye en sentido negativo sobre el consumo de sustancias, mientras que la aceptación social influye positivamente. La competencia académica influye negativamente sobre el consumo de sustancias en los chicos pero no en las chicas.

La autovalía global apenas influye sobre el estilo de vida relacionado con la salud. Únicamente muestra una relación negativa con el consumo de *cannabis* en las chicas.

La práctica de deporte posee una influencia negativa sobre el consumo de sustancias en las chicas, pero no en los chicos. Asimismo, el deporte actúa como variable mediadora entre diversos dominios del autoconcepto y el consumo de sustancias entre las chicas. Estos dominios del autoconcepto, que tienen una influencia indirecta sobre el consumo de las distintas sustancias son: la aceptación social, la competencia académica, la apariencia física y la competencia deportiva. La aceptación social tiene un efecto directo negativo sobre la práctica deportiva de las chicas de 15 años, y un efecto indirecto positivo sobre el consumo de sustancias. El resto de dominios del autoconcepto (competencia académica, apariencia física y competencia deportiva) tienen un efecto indirecto negativo sobre el consumo de sustancias.

Por último, la práctica de actividad física influye negativamente sobre el consumo de *cannabis*, pero no actúa como mediador entre las dimensiones del autoconcepto y el consumo de sustancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarø, L.E., Laberg, J.C., & Wold, B. (1995). Health behaviours among adolescents: Towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research, 10*(1), 83-93.
- Aarø, L.E., Wold, B., & Kannas, L. (1986). Health behaviour in schoolchildren: A WHO Cross national Survey. *Health Promotion, 1*, 17-33.
- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine, 32* (8), 899-908.
- Abel, T., Broer, M., & Siegrist, J. (1992). Gesundheitsverhalten bei jungen Erwachsenen: Empirische Analysen komplexer erhaltensmuster und ihrer Determinanten. *Sozial und Präventivmedizin, 37*, 293-300.
- Abel, T., Cockerham, C., Lüeschen, G., & Kunz, G. (1989). Health lifestyles and self-direction in employment among American men: A test of the spillover effect. *Social Science and Medicine, 28* (12), 1269-1274.
- Abernathy, T. J., Massad, L., & Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence, 30*, 899-907.
- Adams, G.R., Gullotta, T.P., & Montemayor, R. (1992). *Adolescent identity formation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Adler, A. (1929/1973). *El sentido de la vida*. Barcelona: Luis Miracle.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Khul y J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 249-288). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden, B. (1986). Goal directed behaviour: attitudes, intentions and behavioral perceived control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 453-474.
- Amengual, M., Calafat, A., & Palmer, A. (1993). Alcohol, tabaco y drogas en enseñanza media. 1981-1988-1992. Adicciones. *Revista de socidrogal-cohol, 5* (2), 141-161.
- Anderssen, N., Klepp, K.I., Aas, H., & Jakobsen, R. (1994). Stability in physical activity levels in young adolescents. *European Journal of Public Health, 4* (3), 175-180.
- Andrews, F.M., Klem, L., Davidson, T.N., O'Malley, P.M., & Rodgers, W.L. (1981). *A guide for selecting statistical techniques for analyzing social science data*. Michigan: Institute for Social Research.
- Ansbacher, H.L. (1967). Lifestyle: A Historical and systematic review. *Journal of Individual Psychology, 23*, 191-212.
- Aranceta, J., & Pérez, C. (1996). *Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar en Bilbao*. Área de Salud y Consumo, Ayuntamiento de Bilbao.
- Asçi, F.H., Kosar, S .N., & Isler, A.K. (2001). The relationship of self-concept and perceived athletic competence to physical activity level and gender among turkish early adolescents. *Adolescence, 36*(143), 499-507.

- Atienza, F., Balaguer, I., García-Merita, M.L., & Moreno, Y. (1997). Análisis de las diferencias entre chicos y chicas adolescentes en la práctica regular de actividad física en función de la autopercepción física. *VI Congreso Nacional de Psicología del Deporte*. Las Palmas de Gran Canaria.
- Atienza, F., Balaguer, I., & Moreno, Y. (2002). El Perfil de Autopercepciones para Niños: Análisis de la validez factorial y la fiabilidad en la versión castellana. *Psicothema*, *14*(3), 659-664.
- Bachman, J.G. (1970). *Youth in transition. Vol. 2: The impact of family background and intelligence on tenth-grade boys*. Ann Arbor, Mich.: Survey Research Center, Institute for Social Research.
- Badura, B. (1982). Estilos de vida y salud: La perspectiva socio-ecológica. En J.I. Ruiz Olabuenaga (Ed.), *Estilos de vida e investigación social* (pp. 219-235). Bilbao: Mensajero.
- Bakker, F.C., Whiting, H.T.A., & Van Der Brug, H. (1990). *Sport psychology, concepts and applications*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Balaguer, I. (1995). Aspecto psicosocial de la conciencia: El autoconcepto. En M. Rojo. *En torno a la conciencia Humana. Aspectos psicológicos, psicofisiológicos, psicopatológicos, ónticos y metafísicos*. (pp. 213-244) Valencia. Promolibro.
- Balaguer, I. (1998). Self-concept, physical activity and health among adolescents. Comunicación presentada en el *24th International Congress of Applied Psychology*, San Francisco, USA.
- Balaguer, I. (1999a). *Estilo de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana: Un estudio de la socialización para estilos de vida saludables*. DGICYT (PB94-1555).
- Balaguer, I. (1999b). *Un análisis de los factores determinantes de los estilos de vida saludables de los adolescentes valencianos de BUP, COU y FP*. Direcció General d'Ensenyaments Universitaris i Investigació. Generalitat Valenciana (AE99-49).
- Balaguer, I. (2000). *Un estudio sobre los predictores de los estilos de vida saludables de los adolescentes valencianos*. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (IVESP 99/011).
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Balaguer, I., Atienza, F.L., y Duda, J.L. (en revisión). Self-perceptions, self-worth and sport participation in adolescents.
- Balaguer, I., Castillo, I., Pastor, Y., Atienza, F.L., & Lloréns, A. (1997). Healthy lifestyles and physical activity in Spanish adolescents. En R. Lidor, & M. Bar-Eli (Eds.), *Innovation in Sport Psychology: Linking Theory and Practice. Proceedings of the IX World Congress of Sport Psychology, Part I* (pp. 91-93). Netanya, Israel: Wingate Institute.
- Balaguer, I., Castillo, I., Tomás, I., & Duda, J.L. (1997). Las orientaciones de metas de logro como predictoras de las conductas de salud en los adolescentes. *Iberpsicología*, *2*, 2:10. URL:<http://fs-morente.filol.ucm.es/Publicaciones/Iberpsicologia/Balaguer/Balaguer.htm>.

- Balaguer, I., & García-Merita, M. (1994). Exercisi físic i benestar psicològic. *Anuari de Psicologia, 1*, 3-26.
- Balaguer, I., Pastor, Y., & Moreno, Y. (1999). Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Valenciana d'Estudis Autonòmics, 26*, 33-56.
- Balaguer, I., Tomás, I., Castillo, I., Martínez, V., Blasco, M.P., & Arango, C. (1994). Healthy lifestyles and physical activity. Pòster presentado en *The 8th Conference of the European Health Psychology Society*, Alicante.
- Balaguer, I., Valcárcel, P., Atienza, F.L., Pastor, Y., Castillo, I., & Pons, D. (1998). Health behaviors in Spanish older adolescents. Comunicación presentada en el *12th Conference of the European Health Psychology Society: Prevention and Intervention*, Viena.
- Baldwin, J.M. (1895). *Mental development of the child and the race: Methods and processes*. New York: Macmillan.
- Baldwin, J.M. (1897). *Social and ethical interpretations in mental development: A study in social psychology*. New York: Macmillan.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social* (pp. 57-85). Barcelona: Hora – Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: WH Freeman and Company.
- Bannister, D., & Agnew, J. (1977). The child's construing of self. En J. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 38, pp. 79-94). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Baranovski, T., Bouchard, C., Bar-Or, O., Bricker, T., Heath, G., Kimez, S.Y., Melina, R., Obarzanek, E., Pate, R., & Strong, W.B. (1992). Assessment, prevalence and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth. *Medicine and Science in Sport and Exercise, 24*, S237-247.
- Barnes, G. (1977). The development of adolescent drinking behaviour: an evaluative review of the impact of the socialisation process within the family. *Adolescence, 12*, 571-591.
- Barron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Battle, J. (1981). *The Culture-Free Self-Esteem Inventories for children and adults*. Seattle, WA: Special Child Publication.
- Baumeister, R.F. (1987). How the self became a problem: A psychological review of historical research. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 163-176.

- Baumeister, R.F. (1998). The self. En D.T. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology, Vol. 1* (4th ed.), (pp- 680-740). New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Baumrind, D. (1986). A developmental perspective on adolescent risk-taking in contemporary America. Comunicación presentada en la *National Invitational Conference, Health Futures of Adolescents, Society for Adolescent Medicine*, Daytona Beach, Fla.
- Belloc, .B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine, 13*, 409-421.
- Bem, D.J. (1965). An experimental analysis of self-persuasion. *Journal of Experimental Social Psychology, 1*(3): 199-218.
- Bem, D.J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review, 74*(3), 183-200.
- Benson, J., & Rentsch, J. (1988). Testing the dimensionality of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. *Educational and Psychological Measurement, 48*, 615-626.
- Berger, B.G., Owen, D.R., & Man, F. (1993). A brief review of literature and examination of acute mood benefits of exercises in Czechoslovakian and United States swimmers. *International Journal of Sport Psychology, 24*, 2, 130-150.
- Bertrand, L., & Abernathy, T.J. (1993). Predicting cigarette smoking among adolescents using cross-sectional and longitudinal approaches. *Journal of School Health, 63*(2): 98-103.
- Biddle, S. (1997). Cognitive theories of motivation and the physical self. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 59-82). Champaign, Human Kinetics.
- Biddle, S., Page, A., Ashford, B., Jennings, D., Brooke, R., & Fox, K. (1993). Assessment of children's physical self-perceptions. *International Journal of Adolescence and Youth, 4*, 93-109.
- Bisquerra, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariante*. Barcelona: Promociones y publicaciones Universitarias.
- Blackman, L., Hunter, G.R., Hilyer, J., & Harrison, P. (1988). The effects of dance team participation on female adolescent physical fitness and self-concept. *Adolescence, 23*(90), 437-448.
- Blair, S.N., Jacobs, D.R. & Powell, K.E. (1985). Relationships between exercise or physical exercise and other health behaviours. *Public Health Reports, 100*, 2, 172-180.
- Blasco, P., Fuentes, I., & Pons, D. (2002). Hábitos alimentarios en la adolescencia temprana. En I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 65-89). Valencia: Promolibro.
- Blasco, T. (1994). *Actividad física y salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. En J.P. Robinson, P.R. Shaver & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychology attitudes* (pp. 115-160). London: Academic Press.

- Bledsoe, J.C. (1981). Is self-concept a reliable predictor of economic status? *Psychological Reports*, 49, 883-886.
- Block, J.H., & Robins, R.W. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child Development*, 64, 909-923.
- Boersma, F.J., & Chapman, J.W. (1992). *Perception of Ability Scale for Students: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Boivin, M., Vitaro, F., & Gagnon, C. (1992). A reassessment of the Self-Perception Profile for Children: Factor structure, reliability, and convergent validity of a French version among second through sixth grade children. *International Journal of Behavioral Development*, 15(2), 275-290.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley and Sons.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W., & Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences. *Journal of Adolescence*, 19, 233-245.
- Bouchard, C., Shephard, R.J., & Stephens, T., *et al.*, (1988). Exercise, fitness and health: the consensus statement. En C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, *et al.*, (Eds.), *Exercise, Fitness and Health*. Human kinetics, Chicago, IL.
- Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, R. Sutton, J.R., & McPherson, B.D. (Eds.) (1990). *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics.
- Bozdogan, H. (1987). Model selection and Akaike's Information Criterion. *Psychometrika*, 52, 345-370.
- Brack, C.J., Orr, D.P., & Ingersoll, G. (1988). Pubertal maturation and adolescent self-esteem. *Journal of Adolescent Health Care*, 9(4), 280-285.
- Bracken, B.A. (1992). *Multidimensional Self-Concept Scale*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Bracken, B.A. (1993). *Assessment of Interpersonal Relations*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Bracken, B.A. (1996). Clinical applications of a context-dependent multi-dimensional model of self-concept. En B. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept. Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 463-505). New York: Wiley.
- Bracken, B.A., Bunch, S., Keith, T.Z., & Keith, P.B. (1992, August). *Multidimensional self-concept: A five instrument factor analysis*. Paper presented at the annual conference of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Brannen, J., Dood, K., Oakley, A., & Storey, P. (1994). *Young people, health and family life*. Philadelphia, Open University Press.
- Breslow, L. (1990). Lifestyle, fitness, and health. En C. Bouchard. *Exercise, fitness and health: the consensus statement* (pp. 155-163). Human Kinetic. Champaign.
- Bretherton, I. (1991). Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. En M.R. Gunnar & L.A. Sroufe (Eds.), *Self processes and development: The*

- Minnesota Symposia on Child Development* (Vol. 23, pp. 1-41). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brinthaup, T.M., & Erwin, L.J. (1992). Reporting about the self: Issues and implementations. En T.M. Brinthaup & R.P. Lipka (Eds.), *The self: Definitional and methodological issues* (pp. 137-171). Albany: State University of New York Press.
- Brissett, D. (1972). Toward a clarification of self-esteem. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 35(3), 255-263.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, J. (1993). Motivational conflict and the self. The double-blind of low self-esteem. En R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 117-130). Plenum Press, New York, 1993.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brunswik, A. (1991). Health and substance use in adolescence: Ethnic and gender perspectives. In R. Lerner, A. Petersen and J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence, Vol 1*, New York: Garland Press.
- Burns, R.B. (1979). *The self-concept: Theory, measurement, development and behavior*. London: Longman.
- Butcher, J.E. (1989). Adolescent girls' sex role development: Relationship with sports participation, self-esteem, and age at menarche. *Sex Roles*, 20, 575-593.
- Butler, J.T. (1982). Early adolescent alcohol consumption and self-concept, social class and knowledge of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 43(5), 603-607.
- Byrne, B.M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 427-456.
- Byrne, B.M. (1996). *Measuring self-concept across the life-span. Issues and instrumentation*. Washington: APA
- Byrne, B.M., & Schneider, B.H. (1988). Perceived Competence Scale for Children: Testing for factorial validity and invariance across age and ability. *Applied Measurement in Education*, 1, 171-187.
- Byrne, B.M., & Shavelson, R.J. (1986). On the structure of adolescent self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 78, 474-481.
- Cagigal, J.M. (1975). *El deporte en la sociedad actual*. Madrid, Editora Nacional.
- Cairns, E., McWhirter, L., Duffy, U., & Barry, R. (1990). The stability of self-concept in late adolescence: Gender and situational effects. *Personality and Individual Differences*, 11, 937-944.
- Cale, L.A. (1992). Physical activity levels of secondary-aged children: a review. *Health Educational Journal*, 51, 192-197.
- Campbell, D.T., & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.

- Carmines, E.G., & McIver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables: analysis of covariance structures. En G.W. Bornstedt & E.F. Borgatta (Eds.), *Social measurement: current issues* (pp. 112-133). Beverly Hills: Sage.
- Carroll, J.J., & Steward, M.S. (1984). The role of cognitive development in children's understandings of their own feelings. *Child Development*, 55, 1486-1492.
- Case, R. (1985). *Intellectual development: Birth to adulthood*. New York: Academic Press.
- Case, R. (1992). *The mind's staircase*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cash, T.F., Novy, P.L., & Grant, J.R. (1994). Why do women exercise? Factor analysis and further validation of the Reasons for Exercise Inventory. *Perceptual and Motor skills*, 78(2), 539-544.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.
- Castillo, I. (1995). *Socialización de los estilos de vida y de la actividad física: Un estudio piloto con jóvenes valencianos*. Tesis de Licenciatura. Universitat de València, Facultat de Psicologia.
- Castillo, I. (2000). *Un estudio de las relaciones entre las perspectivas de meta y otras variables motivacionales con el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana*. Valencia: Servicio de Publicaciones de la Universitat de València.
- Castillo, I., & Balaguer, I. (1998). Patrones de actividades físicas en niños y adolescentes. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 54, 22-29.
- Castillo, I., & Balaguer, I. (2002). Relaciones entre las conductas del estilo de vida en la adolescencia temprana. En I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (209-227). Valencia: Promolibro.
- Castillo, I., Balaguer, I., Pastor, Y., & Atienza, F.L. (1997). Un estudio de la estructura factorial de los estilos de vida. *VI Congreso Nacional de Psicología Social*. San Sebastian.
- Castillo, I., Fuentes, I., Pastor, Y., & Tomás, I. (1996). Ejercicio físico como determinante del consumo de tabaco y alcohol. Esplugues de Llobregat: *XIII Jornades de Psicologia de L'Activitat Física i de l'Esport*.
- Castillo, I., Tomás, I., García-Merita, M.L., & Balaguer, I. (en prensa). Participación en deporte y salud percibida en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada*.
- Castillo, I., Tomás, I., & Pastor, Y. (1999). Participación en competiciones deportivas, motivos de práctica deportiva y conductas de salud. En F. Guillén (Ed.), *La psicología del deporte en España al final del milenio* (pp. 471-477). Gran Canaria: Servicio de Publicaciones y Producción Documental de la U.L.P.G.C.
- Cervelló, E. (1996). *La motivación y el abandono deportivo desde la perspectiva de las metas de logro*. Tesis doctoral no publicada. Universitat de València.
- Chapman, G., & Maclean, H. (1993). Junk food and healthy food: Meanings of food in adolescent women's culture. *Journal of Nutrition Education*, 25, 108-113.

- Chassin, L., Presson, C.C., & Sherman, S.J. (1987). Applications of social developmental psychology to health behaviors. En N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 353-373). New York: John Wiley & Sons.
- Clough, P.J., Shepherd, J., & Maughan, R. (1989). Motives for participation in recreational running. *Journal of Leisure Research*, 21(4), 297-309.
- Cockerham, W. C., Abel, T., & Lueschen, G. (1993). Max Weber, Formal Rationality and Health Lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 34, 3, 413-425.
- Cockerham, W., Lueschen, G., Kunz, G., & Spaeth, J. (1986). Social stratification and self management of health. *Journal of Health and Social Behaviors*, 27, 1-14.
- Colchico, K., Zyberty, P., & Basch, C.E. (2000). Effects of after-school physical activity on fitness, fatness, and cognitive self-perceptions: A pilot study among urban, minority adolescent girls. *American Journal of Public Health*, 90, 977-978.
- Cole, D., & Maxwell, S.E. (1985). Multitrait-multimethod comparisons across populations: A confirmatory factor analysis approach. *Multivariate Behavioral Research*, 18, 147-167.
- Coleman, J.S., & Hendry, L.B. (1999). *The nature of adolescence*. London: Routledge.
- Combs, B.J., Hales, D.R., & Williams, B.K. (1980). *An invitation to health; your personal responsibility*. Menlo Park, Calif.: Benjamin-Cummings.
- Conner, M., & Sparks, P. (1995). The Theory of Planned Behaviour and Health Behaviours. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 121-162). Buckingham: Open University Press.
- Conrad, K.M., Flay, F.I., & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addictions*, 21(8), 897-913.
- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Coombs, R.H. (1978). *Self-Concept Scale*. Unpublished scale.
- Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 87-94.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Coopersmith, S. (1987). *Self-esteem inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Coreil, J., Levin, J.S., & Jaco, G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3 (3), 221-231.
- Costa, M., & López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Craig, S.B., Bandini, L.G., Lichtenstein, A.H., Schaefer, E.J., & Dietz, W.H. (1996). The impact of physical activity on lipids, lipoproteins and blood pressure in preadolescent girls. *Pediatrics*, 98, 389-395.
- Crain, R.M., & Bracken, B.A. (1994). Age, race, and gender differences in child and adolescent self-concept: Evidence from behavioral-acquisition, context-dependent model. *School Psychology Review*, 23, 496-511.

- Craty, B.J. (1989). *Psychology in contemporary sport. Third Edition*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Cresanta, J.L., Burke, G.L., Downey, A.M., Freedman, D.S., & Berenson, G.S. (1986). Prevention of atherosclerosis in childhood. *Pediatric Clinics of North America*, 33(4), 835-858.
- Culhane, J.C. (1979). Physical fitness and self-concept: An investigation of self-concept modification by aerobic conditioning. (Doctoral dissertation, George Washington University).
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W. Smith, R., & Todd, J, (2000), *Health and Health Behaviour among Young People*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescent Issue 1. International Report.
- Damon, W., & Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, 53, 841-864.
- Damon, W., & Hart, D. (1988). *Self-understanding in childhood and adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Demo, D., & Savin-Williams, R. (1983). Early adolescent self-esteem as a function of social class: Rosenberg and Pearlin revisited. *American Journal of Sociology*, 88(4), 763-774.
- Demo, D.H., & Savin-Williams, R.C. (1992). Self-concept stability and change during adolescence. En R.P. Lipka & T.M. Brinthaupt (Eds.), *Self-perspectives across the life span* (Vol. 4, pp. 116-150). Albany: State University of New York Press.
- Dielman, T.E., Leech, S.L., Lorenger, A.T., & Horvath, W.J. (1984). Health locus of control and self-esteem as related to adolescent health behavior and intentions. *Adolescence*, 19 (76), 935-950.
- Dolcini, M.M., & Adler, N.E. (1994). Perceived competences, peer group affiliation and risk behavior among early adolescents. *Health Psychology*, 13 (6), 496-506.
- Doll, R., & Peto, R. (1978). Cigarette smoking and bronchial carcinoma: Dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 303-313.
- Donaldson, S.K., & Westerman, M.A. (1986). Development of children's understanding of ambivalence and casual theories of emotion. *Developmental Psychology*, 22, 655-662.
- Donovan, J.E., Jessor, R., & Costa, F.M. (1993). Structure of health-enhancing behavior in adolescence: A latent-variable approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 346-362.
- Douthitt, V.L. (1994). Psychological determinants of adolescent exercise adherence. *Adolescence*, 29 (115), 711-722.
- Douvan, E., & Adelson, J. (1966). *The adolescent experience*. New York: Wiley.
- DuBois, D.L., Felner, R.D., Brand, S., Phillips, R.S.C., & Lease, A.M. (1996). Early adolescent self-esteem: A developmental-ecological framework and assessment strategy. *Journal of Research on Adolescence*, 6(4), 543-579.

- DuBois, D.L., & Hirsch, B.J. (2000). Self-esteem in early adolescence: From stock character to marquee attraction. *Journal of Early Adolescence*, 20(1), 5-11.
- Dusek, J.B., & Flaherty, J.F. (1981). The development of the self-concept during the adolescent years. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46(4, Serial No. 191).
- Eccles, J.S., Wigfield, A., Flanagan, C.A., Miller, C., Reuman, D.A., & Yee, D. (1989). Self-concepts, domain values, and self-esteem: relations and changes at early adolescence. *Journal of Personality*, 57, 283-310.
- Eiser, C., Eiser, R., & Havermans, T. (1995). The measurement of self-esteem: practical theoretical considerations. *Personality and Individual Differences*, 18 (3), 429-433.
- Elliot, D.S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S.G. Millstein, A.C. Petersen, y E.O. Nightingale (Ed.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-145). Oxford, Oxford University Press.
- Elzo, J. (1999). Papel del alcohol en la facilitación y construcción de patrones juveniles de policonsumo de drogas. Ponencia presentada al *IV Congreso Europeo sobre Política de Drogas*. Marbella.
- Emery, M.E., McDermott, R.J., Holcomb, D.R., & Marty, P.J. (1993). The relationship between youth, substance use and area specific self-esteem. *Journal of School Health*, 63(5), 224-228.
- Epps, E.G. (1969). Correlates of academic achievement among Northern and Southern urban negro students. *Journal of Social Issues*, 25(3), 55-70.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 405-416.
- Epstein, S. (1981). The unity principle versus the reality and pleasure principles, or the tale of the scorpion and the frog. En M.D. Lynch, A.A. Norem-Hebeisen & K. Gergen (Eds.), *Self-concept: Advances in theory and research* (pp. 82-110). Cambridge, MA: Ballinger.
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Escobedo, L.G., Marcus, S.E., Holtzman, E., & Giovino, G.A. (1993). Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *JAMA*, 269, 1391-1395.
- España, Ministerio del Interior (1997). *Plan Nacional sobre Drogas: Memoria 1996*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Faria, L. (2001). Harter's Self-Perception Profile for Children adapted for use with young Portuguese Students. *Perceptual and Motor Skills*, 92, 711-720.
- Farr, R.M. (1987). The science of mental life: A social psychology perspective. *Bulletin of the British Psychological Society*, 40, 1-17.
- Feldman, D.H. (1994). *Beyond universals in cognitive development* (2nd ed.). Norwood, NJ: Ablex.

- Feltz, D.L., & Petlichkoff, L. (1983). Perceived competence among interscholastic sport participants and dropouts. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 8, 231-235.
- Ferron, C., Narring, F., Cauderay, M., & Michaud, P.A. (1999). Sport activity in adolescence: associations with health perceptions and experimental behaviours. *Health Education Research*, 14(2), 225-233.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- Filsinger, E.E., & Anderson, C.C. (1982). Social class and self-esteem in late adolescence: dissonant context or self-efficacy? *Developmental Psychology*, 18, 380-384.
- Fischer, K.W. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*, 87, 477-531.
- Fischer, K.W., & Ayoub, C. (1994). Affective splitting and dissociation in normal and maltreated children: Development pathways for self in relationships. En D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Disorders and dysfunctions of the self* (Vol. 5, pp. 149-222). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Fischer, K.W., & Canfield, R. (1986). The ambiguity of stage and structure in behavior: Person and environment in the development of psychological structure. En I. Lewin (Ed.), *Stage and structure: Reopening the debate* (pp. 246-267). Norwood: Ablex Publishing
- Fischer, K.W., Hand, H.H., Watson, M.W., Van Parys, M., & Tucker, J. (1984). Putting the child into socialization: The development of social categories in preschool children, in L. Katz (Ed.), *Current topics in early childhood education* (Vol. 5, pp. 27-72). Norwood, NJ: Ablex.
- Fischer, K.W., Shaver, P., & Carnochan, P. (1990). How emotions develop and how they organize development. *Cognition and Emotion*, 4, 81-127.
- Fitts, W.H. (1965). *Tennessee Self-Concept Scale: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Fitts, W.H. (1972). The self-concept and behavior: Overview and supplement. *Studies on Self Concept. Mono 7*, 58.
- Flavell, J.H. (1985). *Cognitive development* (2nd ed.), Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Flavell, J.H., Miller, P.H., & Miller, S.A. (1993). *Cognitive development* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Fox, C.L., & Forbing, S.E. (1991). Overlapping symptoms of substance abuse and learning handicaps: Implications for educators. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 24-31.
- Fox, K.R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness, *Quest*, 40, 230-246.
- Fox, K.R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. En S. Biddle, K.R. Fox & S.H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 88-117). NY.: Routledge.
- Fox, K.R., & Corbin, C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 408-430.

- Francis, L.J., & Jones, S.H. (1996). Social class and self-esteem. *The Journal of Social Psychology, 136*(3), 405-406.
- Franks, D.D., & Marolla, J.A. (1976). Efficacious action and social approval as interacting dimensions of self-esteem: A tentative formulation through construct validation. *Sociometry, 39*, 324-341.
- Frederick, C.M., & Ryan, R.M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior, 16*, 124-126.
- Frey, K.S., & Ruble, D.N. (1985). What children say when the teacher is not around: Conflicting goals in social comparison and performance assessment in the classroom. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 550-562.
- Friday, W.W. (1987). Physiological, psychological, and behavioral effects of aerobic exercise and cognitive experiential therapy on juvenile delinquent males (Doctoral dissertation, Ohio State University, 1987). *Dissertation Abstracts International, 48*, 1707A.
- Gabhainn, S.N., & François, Y. (2000). Substance use. En C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith & Todd, J. (Eds.), *Health and health behaviour among young people: International report* (pp. 97-114). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- García-Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza Editorial.
- García Ferrando, M. (1997). *Los españoles y el deporte, 1980-1995. Un estudio sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- García-Merita, M.L., & Fuentes, I. (1998). *Un estudio de los estilos de vida de los estudiantes valencianos de B.U.P., C.O.U. y F.P.* Generalitat Valenciana (GV94-2424).
- García-Merita, M.L., Fuentes, I., Pons, D., Atienza, F.L., Blasco, P., & Pastor, Y. (1999). Evaluación de los estilos de vida y variables psicológicas relacionadas en adolescentes. Comunicación presentada en las *Jornadas de la Investigación en Psicología en la Universitat de València*. Enero, Valencia.
- García-Torres, B. (1983). *Análisis y delimitación del constructo autoestima*. Tesis doctoral. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- Gecas, V. (1972). Parental behavior and contextual variations in adolescent self-esteem. *Sociometry, 36*, 332-345.
- Generalitat Valenciana y FAD (1999). *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana II*. Madrid: Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social, Direcció General de Drogodependències y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Gill, D.L., Williams, L., Dowd, D.A., Beudoin, C.M., *et al.* (1996). Competitive orientations and motives of adult sport and exercise participants. *Journal of Sport Behavior, 19*(4), 307-318.

- Gill, K., & Overdorf, V. (1994). Incentives for exercise in younger and older women. *Journal of Sport Behavior, 17*(2), 87-97.
- Glendinning, A., & Inglis, D. (1999). Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? *Journal of Adolescence, 22*, 673-682.
- Gnepp, J., McKee, E., & Domanic, J.A. (1987). Children's use of situational information to infer emotion: Understanding emotionally equivocal situations. *Developmental Psychology, 23*, 114-123.
- Gofton, L. (1990). On the town: Drink and the "new lawlessness". *Youth and Policy, 29*, 33-39.
- Gold, M. (1982) Scholastic experiences, self-esteem, and delinquent behavior: A theory for alternative schools. En M. Rosenberg and H.B. Kaplan (ed), *Social psychology of the self concept* (pp. 440-451). Illinois, Harlan Davidson.
- González-Romá, V., & Lloret, S. (1992). *Evaluación de modelos causales mediante "path-analysis"*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Gordon, C. (1968). Self-conceptions: Configurations of content. En C. Gordon & K.J. Gergen (Eds.), *The self is social interaction* (pp. 115-136). New York: Wylei.
- Gordon, C. (1976). Development of evaluated role identities. *Annual Review of Sociology, 2*, 405-433.
- Gordon, C. (1978). *Gordon Personal Profile and Gordon personal Inventory*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Grabber, J.A., Brooks-Gunn, J., & Petersen, A.C. (1996). *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Granleese, J., & Joseph, S. (1993). Factor analysis of the Self-Perception Profile for Children. *Personality and Individual Differences, 15*, 343-345.
- Granleese, J., & Joseph, S. (1994). Further psychometric validation of the Self-Perception Profile for Children. *Personality and Individual Differences, 16*, 649-651.
- Green, L., & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Greenwald, A.G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist, 7*, 603-618.
- Greenwald, A.G., Bellezza, F.S., & Banaji, M.R. (1988). Is self-esteem a central ingredient of the self-concept? *Personality and Social Psychology Bulletin, 14*, 34-45.
- Greenwald, A.G., & Pratkanis, A.R. (1984). The self. En R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.). *Handbook of Social Cognition* (Vol. 3, pp. 129-178). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Griffin, N., Chassin, L., & Young, R.D. (1981). Measurement of global self-concept versus multiple role-specific self-concepts in adolescents. *Adolescence, 16*, 49-56.
- Grotevant, H.D., & Cooper, C.R. (1986). Individuation in family relationships. *Human Development, 29*, 83-100.
- Guardo, C.J., & Bohan, J.B. (1971). Development of a sense of self-identity in children. *Child Development, 42*, 1909-1921.

- Gugliermo, R., Polak, R., & Sullivan, A.P. (1985). Development of self-esteem as a function of familial reception. *Journal of Drug Education, 15*(3), 277-284.
- Guilford, J.P. (1969). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Gussis, L. (1971). The influence of selected sport skills-oriented programs on the self-concept of body-image of boys in grade ten (Doctoral dissertation, Boston University, 1971). *Dissertation Abstracts International, 32*, 1902A.
- Hagborg, W. J. (1993a). The Rosenberg Self-Esteem Scale and Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: a concurrent validity study. *Psychology in the Schools, 30*, 132-136.
- Hagborg, W. J. (1993b). Gender differences on Harter's Self-Perception Profile for Adolescents. *Journal of Social Behavior and Personality, 8*(1), 141-148.
- Halperin, S.H., Bass, J.L., Mehta, K.A., & Betts, K.D. (1983). Unintentional injuries among adolescents and young adults. A review and analysis. *Journal of Adolescent Health Care, 4*, 275-281.
- Haltiwanger, J. (1989, April). *Behavioral referents of presented self-esteem in your children*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.
- Hansford, B.C., & Hattie, J.A. (1982). Self-measures and achievement: Comparing a traditional review of the literature with a meta-analysis. *Australian Journal of Education, 26*, 71-75.
- Hare, B.R. (1975). *The relationship of social background to the dimensions of self-concept*. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.
- Harlow, L.L. (1985). *Behavior of some elliptical theory estimators with non-normal data in a covariance structures framework: A Monte Carlo study*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los Angeles.
- Harris, P.L. (1983a). What children know about the situations that provoke emotion. En M. Lewis & C. Saarni (Eds.), *The socialization of affect* (pp. 162-185). New York: Plenum.
- Harris, P.L. (1983b). Children's understanding of the link between situation and emotion. *Journal of Experimental Child Psychology and Psychiatry, 45*, 247-261.
- Harris, P.L., Olthof, T., & Meerum-Terwogt, M. (1981). Children's knowledge of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 247-261.
- Hart, D. (1988). The adolescent self-concept in social context. En D.K. Lapsley & F.C. Power (Eds.), *Self, ego, and identity* (pp.71-90). New York: Springer Verlag.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered. Toward a developmental model. *Human Development, 21*, 34-64.
- Harter, S. (1979). *Manual: Perceived Competence Scale for Children*. Denver: University of Denver.
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development, 53*, 87-97.

- Harter, S. (1983). Development perspectives on the self-system. En E.M. Hetherington (Ed.), P.H. Mussen (Series Ed.), *Handbook of child psychology (Vol. 4): Socialization, personality, and social development* (pp. 275-385). New York: Wiley.
- Harter, S. (1985). *Manual of the Self-Perception Profile for Children*. University of Denver, CO.
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. En J. Suls & A.G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 3, pp. 137-181). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. En N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary issues in developmental psychology* (pp. 219-242). New York: Wiley.
- Harter, S. (1988a). *Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver, CO: University of Denver.
- Harter, S. (1988b). Developmental and dynamic changes in the nature of the self-concept: Implications for child psychotherapy. En S. Shirk (Ed.), *Cognitive development and child psychotherapy* (pp. 119-160). New York: Plenum.
- Harter, S. (1990a). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. En A.M. Greca (Ed.), *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents* (pp. 292-325). Boston: Allyn & Bacon.
- Harter, S. (1990b). Self and identity development. En S. Feldman & G. Elliot (Eds.), *At the threshold: the developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harter, S. (1990c). Processes underlying adolescent self-concept formation. En R. Montemayor, G.R. Adams & T.P. Gullota (Eds.), *From Childhood to adolescence: A transitional period?* (pp. 205-239). Newbury Park, CA: Sage.
- Harter, S. (1990d). Adolescent self and identity development. En S. Feldman & G. Elliot (Eds.), *At the threshold: the developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harter, S. (1993). Self and identity development. In S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold. The developing adolescent* (pp. 54-89). Cambridge: Harvard University Press.
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept. En B. Bracken. *Handbook of self-concept. Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 1-37). New York: Wiley.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York, NY: The Guilford Press.
- Harter, S., & Buddin, B.J. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: A five-stage developmental acquisition sequence. *Developmental Psychology*, 23, 388-399.

- Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H.A., & Whitesell, N.R. (1997). The development of multiple role-related selves during adolescence. *Development and Psychopathology*, 9(4), 835-853.
- Harter, S., & Monsour, A. (1992). Developmental analysis of conflict caused by opposing attributes in the adolescent self-portrait. *Developmental Psychology*, 28, 251-260.
- Harter, S., Stocker, C., & Robinson, N. (1996). The perceived directionality of the link between approval and self-worth: The liabilities of a looking glass self orientation among young adolescents. *Journal of Adolescence*, 6, 285-308.
- Harter, S., Waters, P., & Whitesell, N.R. (1998). Relational self-worth: Differences in perceived worth as a person across interpersonal contexts. *Child Development*, 69, 756-766.
- Hatfield, B.D., Vaccaro, P., & Banedict, G.J. (1985). Self-concept responses of children to participation in an eight-week precision jump-rope program. *Perceptual and Motor Skills*, 61(3 Pt 2), 1275-1279.
- Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heath, G.W., Pratt, M.W., Warren, C.W., & Kan, L. (1994). Physical activity patterns in American high school students. *Arch Pediatric Adolescence Medicine*, 148, 1136.
- Heatherton, T.F., & Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 895-910.
- Heaven, P.C.L. (1996). *Adolescent health: The role of individual differences*. London: Routledge.
- Hendry, L.B., Shucksmith, J., Love, J.G., & Glendinning, A. (1993). *Young people's leisure and lifestyles*. London: Routledge.
- Hickman, M., Roberts, C., & De Matos (2000). Exercise and leisure-time activities. En C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith & Todd, J, (Eds.), *Health and health behaviour among young people: International report* (pp. 73-82). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Higgins, E.T. (1991). Development of self-regulatory and self-evaluative processes: Costs, benefits, and tradeoffs. En M.R. Gunnar & L.A. Sroufe (Eds.), *Self processes and development: The Minnesota Symposia on Child Development* (Vol. 23, pp. 125-166). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Higgins, E.T. (1996). The "self-digest": Self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1062-1083.
- Hill, J.P., & Holmbeck, G.N. (1986). Attachment and autonomy during adolescence. En G.J. Whitehurst (Ed.), *Annals of child development* (Vol. 3, pp. 145-189). Greenwich, CT: JAI Press.
- Hirsch, B.J., & Rapkin, B.D. (1987). The transition to junior school: A longitudinal study of self-esteem, psychological symptomatology, school life, and social support. *Child Development*, 58, 1235-1243.

- Hoare, P., Elton, R., Greer, A., & Kerley, S. (1993). The modification and standardisation of the Harter Self-Esteem Questionnaire with Scottish School Children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2(1), 19-33.
- Hoelter, J.W. (1983). The analysis of covariance structures: Goodness of fit indices. *Sociological Methods and Research*, 11, 325-344.
- Hollis, J., Sexton, G., Connor, S., Calvin, L., Pereiva, C., & Matarazzo, J. (1984). The family health dietary intervention program: Community responses and characteristics of joining and nonjoining families. *Preventive Medicine*, 13, 276-285.
- Hong, S. (1982). Self-concepts of Korean high school students as related to socioeconomic status. *Psychological Reports*, 50, 15-18.
- Housley, K., Martin, S., McCoy, H., Greenhouse, P., Stigger, F., & Chopin, L. (1987). Self-esteem of adolescent females as related to race, economic status, and area of residence. *Perceptual and Motor Skills*, 64, 559-566.
- Hoyle, R.H., & Panter, A.T. (1995). Writing about structural equation models. En R.H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling. Concepts, issues and applications* (pp. 158-176). California: Sage Publications.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1995). Evaluating model fit. En R.H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling. concepts, issues and applications* (pp. 76-99). California: Sage Publications.
- Huba, G.J., & Bentler, P.M. (1982). A developmental theory of drug use: Derivation and assessment of a causal modeling approach. En B.P. Baltes & O.G.J. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior. Vol. 4* (pp. 147-203). New York: Academic Press.
- Huba, G.J., & Harlow, L.L. (1987). Robust structural equation models: Implications for developmental psychology. *Child Development*, 58, 147-166.
- Hughes, H.M. (1984). Measures of self-concept and self-esteem for children ages 3-12 years: A review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 4, 657-692.
- Hunter, S., Baugh, J., Webber, L., Sklor, M., & Berenson, G. (1982). Social learning effects on trial and adoption of cigarette smoking in children: The Bogalusa heart study. *Preventive Medicine*, 11, 29-42.
- Hunter, S., Webber, L., & Berenson, G. (1980). Cigarette smoking and tobacco usage behavior in children and adolescents: Bogalusa heart study. *Preventive Medicine*, 9, 707-712.
- Hymel, S., LeMare, L., Ditner, E., & Woody, E.Z. (1999). Assessing self-concept in children: Variations across self-concept domains. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45(4), 602-623.
- Ilmarinen, J., Rutenfranz, J., Kylian, H., *et al.* (1988). Daily physical activity and some health indicators in young workers. En R.H. Malina (Ed.), *Educational Perspectives*. Human kinetics, Champaign, IL.

- Irvin, C., & Millstein, S. (1991). Risk-taking behaviors during adolescence. In R. Lerner, A. Petersen & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence, Vol. 2*, New York: Garland Press.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. Chicago: Encyclopedia Britannica.
- James, W. (1892). *Psychology: The briefer course*. New York: Henry Holt.
- Jensen, G.F. (1972). Delinquency and adolescent self-conceptions: A study of the personal relevance of infraction. *Social Problems*, 20(1), 84-103.
- Jeor, T.S., Sutnick, M.R., & Scott, B.J. (1988). Nutrición. En E.A. Blechman & K.D. Brownell (Eds.), *Medicina Conductual de la Mujer* (pp. 253-272). Barcelona: Martínez Roca.
- Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioral health. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 69-90). New York: John Wiley & Sons.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D.E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), *Adolescents at risk: medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.
- Jessor, R., & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Johnson, R., Johnson, D., Wang, M., Smiciklas-Wright, H., & Guthrie, H. (1994). Characterizing nutrient intakes of adolescents by sociodemographic factors. *Journal of Adolescent Health*, 15, 149-154.
- Johnson, N.G., Roberts, M.C., & Worrell, J. (1999). *Beyond appearance: A new look at adolescent girls*. Washington, DC: American Psychological Association
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1994). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1993* (Vol. 1). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse .
- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (1981). *Analysis of linear structural relationships by maximum likelihood and least squares methods* (Research report 81-8). Uppsala, Sweden: University of Uppsala.
- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8. Structural equation modeling with the Simplis command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Kalanek, C.B. (1997). Self-esteem in relation to gender, socioeconomic status, ethnic/cultural origin, family characteristics, and academic achievement in middle school students. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57(8-A), 3391.
- Kandel, D. (1975): Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D. B., & Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.

- Kandel, D., & Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: Developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83, 851-855.
- Kaplan, H.B. (1980). Toward a general theory of deviant behavior. En H.B. Kaplan. *Deviant behavior in defense of self*. New York, Academic Press.
- Kaplan, H.B. (1982a). Self-attitudes and deviant response. En M. Rosenberg and H.B. Kaplan (Eds.), *Social psychology of the self concept* (pp. 452-465). Illinois, Harlan Davidson.
- Kaplan, H.B. (1982b). Deviant behavior and self-enhancement in adolescence. En M. Rosenberg and H.B. Kaplan (Eds.), *Social psychology of the self concept* (pp. 466-482). Illinois, Harlan Davidson.
- Kawash, G.F. (1982). A structural analysis of self-esteem from pre-adolescence through young adulthood: Anxiety and extraversion as agents in the development of self-esteem. *Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 301-311.
- Keating, D.P. (1990). Adolescent thinking. En S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold. The developing adolescent* (pp. 54-89). Cambridge: Harvard University Press.
- Keith, L.K., & Bracken, B.A. (1996). Self-concept instrumentation: A historical and evaluative review. En B. Bracken. *Handbook of self-concept. Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 1-37). New York: Wiley.
- Kelloway, E.K. (1998). *Using LISREL for structural equation modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kenyon, G.S., & McPherson, B.D. (1973). Becoming involved in physical activity and sport: A process of socialization. En G. Rarick (Ed.). *Physical activity: Human growth and development*. New York: Academic Press.
- Kernis, M.H. (1993). The roles of stability and level of self-esteem in psychological functioning. En R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 167-180). New York: Plenum.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., & Harel, Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO Regional office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69). Canada.
- Klem, L. (1995). Path Analysis. En L.G. Grimm, & P.R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 65-98). Washington: American Psychological Association.
- Kuhn, M.H., & McPartland, T. (1954). An empirical investigation of self-attitudes. *American Sociological Review*, 19(1), 68-76.
- Kwok, D.C. (1995). The self-perception of competence by Canadian and Chinese children. *Psychologia*, 38, 9-16.
- Lamme, A., & Lamme, L. (1980). Children's food preferences. *The Journal of School Health*, 50, 397-402.

- Langsner, S.J., & Anderson, S.C. (1987). Outdoor challenge education and self-esteem and locus of control of children with behavior disorders. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 4, 237-246.
- Leahy, P.J., Steffenhagen, R.A., & Levine, B.L. (1971). A study of drug use patterns in high school students in the state of Vermont. En P.F. Healy & J.P. Manak (Eds.), *Drug dependence and abuse resource book* (pp. 275-280). Chicago: National District Attorneys Association.
- Leary, M.R., & Downs, D.L. (1995). Interpersonal functions of the self-esteem motive: The self-esteem system as a sociometer. En M.H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (Vol. 6, 99. 123-140). New York: Plenum.
- Leith, L.M. (1994). Exercise and self-concept/self-esteem. En L.M. Leith (Ed.), *Foundations of exercise and mental health* (pp. 79-105). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Lerner, R.M. (1993). *Early adolescence: Perspectives on research, policy and intervention*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Leventhal, H., & Cleary, P.D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88(2), 370-405.
- Lewin, K. (1963). *Field theory in social science*. London: Tavistock Publication Ltd.
- Lifrak, P.D., McKay, J.R., Rostain, A., Alterman, A.I., & O'Brien, C.P. (1997). Relationship of perceived competencies, perceived social support, and gender to substance use in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 933-940.
- Lintunen, T. (1995). Self-perceptions, fitness and exercise in early adolescence: A four-year follow-up study. *Studies in sport, physical education and health*, 41. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
- Lipka, R.P., & Brinthaup, T.M. (1992). *Self-perspectives across the life span*. Albany: State University of New York Press.
- Lipsitt, L.P. (1958). A self-concept scale for children and its relationship to the children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 29, 463-472.
- Maag, J.W., Irvin, D.M., Reid, R., & Vasa, S.F. (1994). Prevalence and predictors of substance use: a comparison between adolescents with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 27(4), 223-234.
- Maerh, M.L., & Braskamp, L.A. (1986). *The Motivation Factor: A Theory of Personal Investment*. Lexington, MA: Lexington press.
- Maisto, S.A., & Carey, K.B. (1985). Origins of alcohol abuse in children and adolescents. En B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8, pp. 149-198). New York: Plenum.
- Marella, M., Colli, R., & Faina, M. (1992). *Evaluation de l'aptitude physique: Eurofit, batterie experimentale*. Rome: Scuola Dello Sport.

- Markland, D., & Hardy, L. (1993). The Exercise Motivations Inventory: Preliminary development and validity of a measure of individuals' reasons for participation in regular physical exercise. *Personality and Individual Differences*, *15*(3), 289-296.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*, 63-78.
- Markus, H. (1980). The self in thought and memory. En D.M. Wegner & R.R. Vallacher (Eds.), *The self in social psychology* (pp. 42-69). New York: Oxford University Press.
- Markus, H., & Herzog, A.R. (1991). The role of the self-concept in aging. En K.W. Schaie (Ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics*, Vol. *11*, (pp. 110-143). New York: Springer.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. En M.R. Rosenweig & L.W. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology*, *38*, 299-337.
- Marsh, H.W. (1986a). Global self-esteem: Its relation to weighted averages of specific facets of self-concept and their importance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1224-1236.
- Marsh, H.W. (1986b). Verbal and math self-concepts: An internal/external frame of reference model. *American Educational Research Journal*, *23*, 129-149.
- Marsh, H.W. (1987) The hierarchical structure of self-concept and the application of confirmatory hierarchical factors analysis. *Journal of Educational Measurement*, *24*, 17-39.
- Marsh, H.W. (1988). *Self-Description Questionnaire, I*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Marsh, H.W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: Preadolescence to adulthood. *Journal of Educational Psychology*, *81*, 417-430.
- Marsh, H.W. (1990a). The structure of academic-self-concept: The Marsh/Shavelson model. *Journal of Educational Psychology*, *82*, 623-636.
- Marsh, H.W. (1990b). Confirmatory factor analysis of multitrait-multimethod data: The construct validation of multidimensional self-concept responses. *Journal of Personality*, *58*, 661-692.
- Marsh, H.W. (1991). *Self-Description Questionnaire, II: Manual and research monograph*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Marsh, H.W. (1992a). *Self Description Questionnaire (SDQ) I: A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of preadolescent self-concept. A test manual and research monograph*. Macarthur, New South Wales, Australia: University of Western Sydney, Faculty of Education.
- Marsh, H.W. (1992b). *Self Description Questionnaire (SDQ) II: A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of adolescent self-concept. An interim test manual and research monograph*. Macarthur, New South Wales, Australia: University of Western Sydney, Faculty of Education.

- Marsh, H.W. (1992c). *Self Description Questionnaire (SDQ) III: A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of late adolescent self-concept. An interim test manual and research monograph*. Macarthur, New South Wales, Australia: University of Western Sydney, Faculty of Education.
- Marsh, H.W. (1993). Academic self-concept: Theory measurement and research. En J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 4, pp. 59-98). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Marsh, H.W. (1996). Physical Self-Description Questionnaire: Stability and discriminant validity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, Vol. 67, N° 3, pp. 249-264.
- Marsh, H.W. (1997). The measurement of Physical Self-Concept: A construct validation approach. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 27-58). Champaign: Human Kinetics.
- Marsh, H.W., Barnes, J., Cairns, L., & Tidman, M. (1984). Self-Description Questionnaire: Age and sex effects in the structure and level of self-concept for preadolescents children. *Journal of Educational Psychology*, 76, 940-956.
- Marsh, H.W., Byrne, B.M., & Shavelson, R. (1988). A multi-faceted academic self-concept: Its hierarchical structure and its relation to academic achievement. *Journal of Educational Psychology*, 80, 366-380.
- Marsh, H.W., & Gouvernet, P. (1989). Multidimensional self-concepts and perceptions of control: Construct validation of responses by children. *Educational Psychology*, 81, 57-69.
- Marsh, H.W., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self-concept. En B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of Self-Concept: Developmental, social and clinical considerations* (pp. 38-90). New York: Wiley.
- Marsh, H.W., & Holmes, I.W.M. (1990). Multidimensional self-concepts: Construct validation of responses by children. *American Educational Research Journal*, 27, 89-117.
- Marsh, H.W., Parker, J., & Barnes, J. (1985). Multidimensional adolescent self-concept. The relationship to age, sex, and academic measures. *American Educational Research Journal*, 22, 422-444.
- Marsh, H.W., & Richards, G.E. (1988). The Tennessee Self-Concept Scales: reliability, internal structure, and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 612-624.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 270-305.
- Marsh, H.W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multi-faceted hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-123.

- Marsh, H.W., Smith, I.D., Marsh, M.R., & Owens, L. (1988). The transition from single-sex to coeducational high schools: Effects on multiple dimensions of self-concept and on academic achievement. *American Educational Research Journal*, 25, 237-269.
- Marsh, H.W., Walker, R., & Debus, R. (1991). Subject-specific components of academic self-concept and self-efficacy. *Contemporary Educational Psychology*, 16, 331-345.
- Marteau, T.M. (1989). Health beliefs and attributions. En A.K. Broome (Ed.), *Health Psychology: Processes and Applications* (pp. 1-23). London: Chapman Hall.
- Marx, K. (1867/1952). Capital. En F. Engels (Ed.): *Encyclopaedia Britannica*. Chicago.
- Marx, R.W., & Wynne, P.H. (1978). Construct interpretations of three self-concept inventories. *American Educational Research Journal*, 15, 99-108.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Mboya, M.M. (1994). Cross-cultural study of the structure and level of multidimensional self-concepts in secondary school students. *School Psychology International*, 15, 163-171.
- McDonald, R.L. (1968). Effects of sex, race, and class on self, ideal-self and parental ratings in Southern adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 27, 15-25.
- McGowan, R.W., Jarman, B.O., & Pedersen, D.M. (1974). Effects of a competitive endurance training program on self-concept and peer approval. *Journal of Psychology*, 86, 57-60.
- McGuire, W. (1981). The spontaneous self-concept as affected by personal distinctiveness. En A.A. Norem-Hebeisen & M. Lynch (Eds.), *Self-concept* (pp. 211-239). Cambridge, MA: Ballinger.
- McInman, A.D., & Grove, J.R. (1991). Multidimensional self-concept, cigarette smoking, and intentions to smoke in adolescents. *Australian Psychologist*, 26(3), 192-196.
- McNamara, J.J., Molot, M.A., Stremple, J.F., & Cutting, R.T. (1971). Coronary artery disease in combat casualties in Vietnam. *Journal of the American Medical Association*, 216(7), 1185-1187.
- Mead, G.H. (1922). A behavioristic account of the significant symbol. *Journal of Philosophy*, 19, 57-63.
- Mead, G.H. (1925). The genesis of self and social control. *International Journal of Ethics*, 35, 251-273.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Measham, F., Newcombe, R., & Parker, H. (1994). The normalisation of recreational drug use among young people in North West England. *British Journal of Sociology*, 45, 287-313.
- Meece, J.L., Parsons, J.E., Kaczala, C.M., Goff, S.B., & Futterman, R. (1982). Sex differences in math achievement: Toward a model of academic choice. *Psychological Bulletin*, 91, 324-348.
- Mendoza, R. (1990). *Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes*. Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud. Varsovia, 7-9 Junio 1990.

- Mendoza, R., Batista, J.M., Sánchez, M., & Carrasco, A.M. (1998). El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gaceta Sanitaria*, 12 (6), 263-271.
- Mendoza, R., Segrera M. R., & Batista J. M. (1994) *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: C.S.I.C.
- Meredith, W.H., Abbott, D.A., & Ming, Z.F. (1992). Self-concept and sociometric outcomes: a comparison of only children and sibling children from urban and rural areas in the people's Republic of China. *The Journal of Psychology*, 126(4), 411-419.
- Messick, S. (1980). Test validity and the ethics of assessment. *American Psychology*, 35, 1012-1027.
- Miller, H.M. (1998). Perceived competence, social support, and global self-worth: A cross-cultural study at the Finnish elementary school level. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (4-A), 1069.
- Mills, C., & Noyes, H. (1984). Patterns and correlates of initial and subsequent drug use among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 231-243.
- Mishkind, M.E., Rodin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1986). The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 545-562.
- Mitic, W. R. (1980). Alcohol use and self-esteem of adolescents. *Journal of Drug Education*, 10, 197-208.
- Miyamoto, R.H., Hishinuma, E.S., Nishimura, S.T., Nahulu, L.B., Andrade, N.N., & Goebert, D.A. (2000). Variation in self-esteem among adolescents in an Asian/Pacific-Islander sample. *Personality and Individual Differences*, 29, 13-25.
- Montemayor, R., Adams, G.R., & Gullota, T.P. (1990). *From Childhood to adolescence: A transitional period?*. Newbury Park, CA: Sage.
- Montemayor, R., & Eisen, M. (1977). The development of self-conceptions from childhood to adolescence. *Developmental Psychology*, 13, 314-319.
- Moore, S., Laflin, M.T., & Weis, D.L. (1996). The role of cultural norms in the self-esteem and drug use relationship. *Adolescence*, 31(123), 523-542.
- Moreno, Y. (1997). *Propiedades psicométricas del Perfil de Autopercepción Física (PSPP)*. Tesis de Licenciatura. Universitat de València.
- Moreno, Y., Atienza, F., & Balaguer, I. (1997). *La actividad física como predictora de la autoestima global y la autopercepción física*. Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Psicología Social. San Sebastian. 29-30 Septiembre y 1 Octubre.
- Mueller, R.O. (1996). *Basic principles of structural equation modeling*. New York: Springer-Verlag.
- Mullaik, S.A., James, L.R., Van Alstine, J., Bennet, N., Lind, S., & Stillwell, C.D. (1989). An evaluation of goodness of fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105, 430-445.

- Mullener, N., & Laird, J.D. (1971). Some developmental changes in the organization of self-evaluations. *Developmental Psychology*, 5, 233-236.
- Mullis, A.K., Mullis, R.L., & Normandin, D. (1992). Cross-sectional and longitudinal comparisons of adolescent self-esteem. *Adolescence*, 27(105), 51-61.
- Musitu, G., Pastor, E., & Román, J.M. (1980). *Aprendizaje Social*. Valencia, NAU llibres.
- Neal, R. (1977). Effect of group counseling and physical fitness programs on self-esteem and cardiovascular fitness (Doctoral dissertation, Boston University, 1977). *Dissertation Abstracts International*, 38, 1911A-1912A.
- Neale, D.C., Somstroem, R.J., & Metz, K.F. (1969). Physical fitness, self-esteem and attitudes toward physical activity. *Research Quarterly*, 40, 743-749.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman.
- Nelson, J.E., Pearson, H.W., Sayers, M., Glynn, T.J. (1982). *Guide to drug abuse research terminology, research issues 26*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Norman, P., & Bennet, P. (1995). Health Locus of Control. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 62-94). Buckingham: Open University Press.
- Nottelmann, E.D. (1987). Competence and self-esteem during transition from childhood to adolescence. *Development Psychology*, 23(3), 441-450.
- Novick, N., Cauce, A.M., & Grove, K. (1996). Competence self-concept. En B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept. Developmental, social and clinical considerations*. (pp. 210-258) New York: John Wiley & Sons.
- Nutbeam, D., Aaro, L., & Catford, J. (1989). Understanding children's health behaviour: The implication for health promotion for young people. *Social Science & Medicine*, 29 (3), 317-325.
- Nutbeam, D., Aaro, L.E., & Wold, B. (1991). The lifestyle concept and health education with young people: results from a WHO International Study. *World Health Statistics Quarterly*, 44, 55-61.
- O'Brien, T., Walley, P., Anderson-Smith, S., & Drabman, R. (1982). Naturalistic observation of the snack selection behavior of obese and nonobese children. *Addictive Behaviors*, 7, 75-77.
- O'Donell, J.A., Voss, H.L., Clayton, R.R., Slatin, G.T., & Room, G.W. (1976). *Young men and drugs – A nationwide survey*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- O'Malley, P.M., & Bachman, J.G. (1983). Self-esteem: Change and stability between ages 13 and 23. *Developmental Psychology*, 19, 257-268.
- Oliver, A., & Tomás, J.M. (1995). Índices de ajuste absolutos e incrementales: Comportamiento en Análisis Factorial Confirmatorio en pequeñas muestras. *Psicológica*, 16, 49-63.
- Oñate, M.P. (1989). *El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid: Narcea.

- Oosterwegel, A., & Oppenheimer, L. (1993). *The self-system: Developmental changes between and within self-concepts*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of practice (3d ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice (4th ed.)*. St Louis: Mosby.
- Osborne, W.L., & LeGette, H.R. (1982). Sex, race, grade level and social class differences in self-concept. *Measurement and Evaluation in Guidance, 14*, 195-203.
- Oyserman, D., & Markus, H.R. (1993). The sociocultural self. IN J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self: The self in social perspective* (pp. 187-220). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Pajares, F., & Miller, M.D. (1994). Role of self-efficacy and self-concept beliefs in mathematical problem solving: a path analysis. *Journal of Educational Psychology, 86*, 193-203.
- Pandina, R.J., & Schuele, J.A. (1983). Psychosocial correlates of alcohol and drug use of adolescent students and adolescents in treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 44*, 950-973.
- Parker, H., Aldridge, J., & Measham, F. (1998). *Illegal leisure: the normalisation of adolescent recreational drug use*. Routledge. London.
- Pascual-Leone, J. (1988). Organismic processes for neo-Piagetian theories: A dialectical causal account of cognitive development. En A. Demetrious (Ed.), *The neo-Piagetian theories of cognitive development: Toward an integration* (pp. 25-65). Amsterdam: North Holland: Elsevier.
- Pastor, Y. (1995). *Estilos de vida y salud: una revisión*. Tesis de licenciatura. Universitat de València.
- Pastor, Y. (1999). *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media*. Tesis doctoral no publicada. Universitat de València.
- Pastor, Y., Balaguer, I., Castillo, I., & González, C. (1997). *Dimensiones de los estilos de vida*. Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Psicología Social. San Sebastian, España.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M.L. (1998a). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludable. *Revista de Psicología de la Salud, 10*, 1, 15-52.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M.L. (1998b). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de Psicología General y Aplicada, 51* (3-4), 469-483.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M.L. (1999). *Estilo de vida y salud*. Valencia: Albatros Educación.
- Pastor, Y., & Pons, D. (en prensa). Actividad física y salud. En A. Hernández (Coor.), *Psicología del Deporte. Fundamentos y Aplicaciones*. Sevilla: Penta.
- Pate, R.R., Heath, G.W., Dowda, M., & Trost, S.G. (1996). Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health, 86* (11), 1577-1581.

- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice. 2nd edn.* Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice.* Stanford: Appleton & Lange.
- Penny, G., & Robinson, J.O. (1986). Psychological resources and cigarette smoking in adolescents. *British Journal of Psychology*, 77(3), 351-357.
- Percy, L.E., Dzuiban, C.D., & Martin, J.B. (1981). Analysis of the effects of distance running on self-concepts of elementary students. *Perceptual and Motor Skills*, 52, 42.
- Perez, R., Padilla, A., Ramirez, A., Ramirez, R., & Rodriguez, M. (1980). Correlates and changes over time in drug and alcohol use within a barrio population. *American Journal of Community Psychology*, 8(6), 621-636.
- Perry, C., Griffin, G., & Murray, D. (1985). Assessing needs for youth health promotion. *Preventive Medicine*, 14, 379-393.
- Perry, C.L., Murray, D.M., & Klepp, K.I. (1987). Predictors of adolescent smoking and implications for prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36(4S), 41S-47S.
- Petratis, J., Flan, B.R., & Miller, T.D. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.
- Piers, E. (1984). *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale.* Nashville: Counselor Recordings and Test.
- Piers, E.V., & Harris, D. (1964). Age and other correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology*, 55, 91-95.
- Railo, W., & Ommundsen, Y. (1983). Status og utviklingstrekk i barne- og ungdomsidretten. *The Journal of the Norwegian Medical Association*, 48, 438-444.
- Rakowski, W. (1988). Predictors of health practices within age-sex groups: National survey of personal health practices and consequences, 1979. *Public Health Reports*, 103, 376-386.
- Regis, D. (1988). Conformity, consistency, and control. *Education and Health*, 6(1), 4-9.
- Reissland, N. (1985). The development of concepts of simultaneity in children's understanding of emotions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 811-824.
- Rice, F. (1992). *The adolescent: Development, relationships, and culture (7th edn.)*, Boston: Allyn and Bacon.
- Ridley, K.B.T. (2001). Predicting children's self-esteem from parental self-esteem, race, social class status and racial preference. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, Vol. 61(12-B), 6719.
- Roberts, G.C., Kleiber, D.A., & Duda, J.L. (1981). An analysis of motivation in children's sport: The role of perceived competence in participation. *Journal of Sport Psychology*, 3, 206-216.
- Rodríguez Marín, J. (1992). Estilos de vida y salud. *Clínica y salud*, 3 (3), 233-237.

- Rodríguez Marín, J., & García, J.A. (1995). Estilo de vida y salud. En J.M. Latorre (Ed.) *Ciencias Psicosociales Aplicadas II* (pp. 25-34). Madrid: síntesis.
- Rodríguez-Tomé, H., Bariaud, F., Cohen-Zardi, M.F., Delmas, C., Jeanvoine, & Szylagi (1993). The effects of pubertal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in adolescence. *Journal of Adolescence*, *16*(4), 421-438.
- Roid, G.H., & Fitts, W.H. (1988). *Tennessee Self-Concept Scale* [revised manual]. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Romero, E., Luengo, M.A., & Otero-López, J.M. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, *10*(2), 149-159.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1976). *Beyond self-esteem: Some neglected aspects of the self-concept*. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, New York City, September 3.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. En J. Suls & A.G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspective on the self* (Vol. 3, pp. 107-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rosenberg, M., & Pearlin, L.I. (1978). Social class and self-esteem among children and adults. *American Journal of Sociology*, *84*(1), 53-77.
- Rosenberg, M., & Simmons, R.G. (1975). *Black and White Self-Esteem: The Urban School Child*. Arnold M. And Caroline Rose Monograph Series. Washington, D.C.: American Sociological Association.
- Rosentock, I.M. (1969). What research in motivation suggest for public health. *American Journal of Public Health*, *50*, 295-301.
- Rosentock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, *2*, 328-335.
- Rosentock, I.M., & Kischt, J. (1979). Why people use health services. En A. Cohen y N.E. Adler (Eds.), *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ross, J.G., Dotson, C.O., Gilbert, G.C., & Katz, S.J. (1985). What are kids doing in school physical education? *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, *56*(1), 73-76.
- Rothlisberger, C. (1994). *Sport, Alltagsbewältigung und Seelische Gesundheit von Adoleszenten*. Sportwissen-schaftliches Institut, Magglingen.
- Rowland, T.W., & Freedson, P.S. (1994). Physical activity, fitness and health in children: a close look. *Pediatrics*, *93*, 669-672.
- Rutter, D.R., Quine, L., & Chesham, D.J. (1993). *Social psychology approaches to health*. London: Harvester-Wheatsheaf.
- Sallis, J.F. (1993). Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, *33*, (4/5), 404-408.

- Sallis, J.F., & Faucette, N. (1992). Physical Activity. En H.M. Wallace *et al.*, (Ed.), *Principle and practices of student health*. Oakland, CA, Third Party Publishing.
- Sallis, J.F., Simons-Morton, B.G., Stone, E.J., Corbin, C.B., Epstein, L.H., Faucette, N., Iannotti, R.J., Killen, J.D., Klesges, R.C., Petray, C.K., Rowland, T.W., & Taylor, W.C. (1992). Determinants of physical activity and interventions in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24 (6), 248-257.
- Salokun, S.O. (1990). Comparison of Nigerian high school male athletes and nonathletes on self-concept. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 865-866.
- Sander, R.L. (1981). Coaching style and the athlete's self-concept. *Athletic Journal*, 61, 66-67.
- Schoenfeldt, L.F. (1984). The status of test validation research. En B.S. Plake (Ed.), *Social and technical issues in testing (Vol. 1)*, Hillsdale, New Jersey: LEA
- Schonfeld, W.A. (1967). A socioeconomic affluence as a factor. *New York State Journal of Medicine*. 67(14), 1981-1990.
- Schroeder D.S., Laflin, M.T., & Weis D.L. (1993). Is there a relationship between self-esteem and drug use? Methodological and statistical limitations of the research. *The Journal of Drug Issues*, 23 (4), 645-655.
- Schulenberg, J., Maags, J.L., & Hurrelmann, K. (1997), *Health risk and developmental transitions during adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schumann, B.C., Striegel-Moore, R.H., McMahon, R.P., Waclawiw, M.A., Morrison, J.A., & Schreiber, G.B. (1999). Psychometric properties of the Self-Perception Profile for Children in a biracial cohort of adolescent girls: The NHLBI Growth and Health Study. *Journal of Personality Assessment*, 73 (2), 260-275.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and Health Behaviours. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 163-196). Buckingham: Open University Press.
- Selman, J. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Developmental and clinical analysis*. New York: Academic Press.
- Settertobulte, W., Jensen, B.B., & Hurrelmann, K. (2001). Drinking among young Europeans. *WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol*. Stockholm, 19-21 February, 2001.
- Sharp, D., & Lowe, G. (1989). Adolescents and alcohol: A review of the recent British research. *Journal of Adolescence*, 12, 295-307.
- Sharp, M.J., & Getz, J.G. (1996). Substance use as impression management. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(1), 60-67.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J., & Stanton, G.C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Shavelson, R.J., & Marsh, H.W. (1986). On the structure of self-concept. En R. Schwarzer (Ed.), *Anxiety and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Sheeran, P., & Abraham, C. (1995). The Health Belief Model. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 23-61). Buckingham: Open University Press.
- Shepard, L.A. (1979). Self-acceptance: the evaluative component of the self-concept construct. *American Educational Research Journal*, 16, 139-169.
- Shilts, L. (1991). The relationship of early adolescent substance use to extracurricular activities, peer influence, and personal attitudes. *Adolescence*, 26, 613-617.
- Shoemaker, A.L. (1980). Construct validity of area specific self-esteem: the Hare Self-Esteem Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 40 (2), 495-501.
- Siegler, R.S. (1991). *Children's thinking* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Silbereisen, R.K., & Noack, P. (1988). On the constructive role of problem behavior in adolescence. En N. Bolger, A. Caspi, G. Downey, & M. Moorehouse (Eds.), *Person and context: Developmental processes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silberstein, L.R., Striegel-Moore, R.H., Timko, C., & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ? *Sex Roles*, 19, 219-232.
- Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos*. Madrid: Pirámide.
- Silvennoinen, M. (1987). Schoolchildren and physically active interests: the changes in interests in and motives for physical exercise related to age in Finnish comprehensive and upper secondary schools. (In Finish, summary in English). University of Jyväskylä, Finland. *Studies in Sport, Education and Health*, 22, 158-190.
- Simmons, R.G., & Blyth, D.A. (1987). *Moving into adolescence: The impact of pubertal change and school context*. New York: Aldine de Gruyter.
- Simmons, R.G., Rosenberg, F., & Rosenberg, M. (1973). Disturbance in the self-image at adolescence. *American Sociological Review*, 38, 553-568.
- Simons-Morton, B.G., O'Hara, N.M., Simons-Morton, D., & Parcel, G.S. (1987). Children and fitness: a public health perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 58, 295-302.
- Single, D., Kandel, D., & Faust, R. (1974). Patterns of multiple drug use in high school. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 344-357.
- Skaalvik, E.M. (1986). Sex differences in global self-esteem: A research review. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 30(4), 167-179.
- Smollar, J., & Youniss, J. (1985). Adolescent self-concept development. En R.L. Leahy (Ed.), *The development of self* (pp. 247-266). New York: Academic Press.
- Soares, A.T., & Soares, L.M (1972). The self-concept differential in disadvantaged and advantaged students. En *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, Vol. 6, Pt.1 (pp. 195-196).
- Soares, A.T., & Soares, L.M. (1979). *The Affective Perception Inventory*. Trumbell, CT: Soares Associates.

- Soares, A.T., & Soares, L.M. (1980). *Test manual: The Affective Perception Inventory*. Trumbull, CT: Soares Associates.
- Soares, L.M., & Soares, A.T. (1977). *The self-concept: Mini, maxi, multi*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New York.
- Soares, L.M., & Soares, A.T. (1983). *Components of students' self-related cognitions*. Paper presented at the American Educational Research Association Annual Meeting, Montreal. (ERIC Document Reproduction Service N°. ED 228 317).
- Sonstroem, R.J. (1978). Physical estimation and attraction scales: Rationale and research. *Medicine and Science in Sports*, 10, 97-102.
- Sonstroem, R.J. (1982). Exercise and self-esteem: Recommendations for expository research. *Quest*, 33, 124-139.
- Sonstroem, R.J. (1997). The physical self-system: A mediator of exercise and self-esteem. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 3-26). Champaign: Human Kinetics.
- Sonstroem, R.J., Harlow, L.L., & Josephs, L. (1994). Exercise and self-esteem: Validity of model expansion and exercise associations. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16, 29-42.
- Sonstroem, R.J., & Morgan, W.P. (1989). Exercise and self-esteem: Rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 329-337.
- Stacey, B., & Davies, J. (1970). Drinking behaviour in childhood and adolescence: an evaluative review. *British Journal of Addiction*, 65, 203-212.
- Stacy, A.W., Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D., & Flay, B.R. (1992). Moderators of peer social influence in adolescent smoking. *PSPB*, 18(2), 163-172.
- Steffenhagen, L.A., & Steffenhagen, R.A. (1985). Self-esteem and primary demographic characteristics of alcoholics in a rural state. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 30(2), 51-59.
- Stern, M., Rosenthal, M., Haffner, S., Hazuda, H., & Franco, L. (1984). Sex differences in the effects of sociocultural status on diabetes and cardiovascular risk factors in Mexican Americans: The San Antonio heart study. *American Journal of Epidemiology*, 120, 834-841.
- Stevenson, H.W., & Newman, R.S. (1986). Long-term prediction of achievement and attitudes in mathematics and reading. *Child Development*, 57, 646-659.
- Stratton, J.R., & Spitzer, S.P. (1967). Sexual permissiveness and self-evaluation: a question of substance and a question of method. *Journal of the Marriage and the Family*, 29(3), 434-441.
- Strein, W. (1993). Advances in research on academic self-concept: Implications for school psychology. *School Psychology Review*, 22, 273-284.
- Strong, J.P. (1986). Coronary atherosclerosis in soldiers. A clue to the natural history of atherosclerosis in the young. *Journal of the American Medical Association*, 256(20), 2863-2866.
- Sullivan, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.

- Sullivan, T., & Thompson, K. (1994). *Introduction to social problems* (3^a ed.). New York: MacMillan.
- Tanaka, J.S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En K.A. Bollen & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, Ca.: Sage Publications.
- Tashakkori, A., Thompson, V.D., Wade, J., & Valente, E. (1990). Structure and stability of self-esteem in late teens. *Personality and Individual Differences*, *11*, 885-893.
- Taylor, D.N., & Del Pilar, J. (1992). Self-esteem, anxiety and drug use. *Psychological Reports*, *71*, 896-898.
- Tedeschi, J.T., & Norman, N.M. (1985). Social power, self-presentation and the self. En B.R. Schlenker (Ed.), *The self and social life* (pp.293-322). New York:McGraw-Hill.
- Thorlindsson, T., Vilhjalmsson, R., & Valgeirsson, G. (1990). Sports participation and perceived health status. A study of adolescents. *Soc. Sci. Med.*, *31*, 551-556.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Torres, R.M.R., Fernández, F., & Maceira, D. (1995). Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*, *30*(118), 403-412.
- Trent, L.M.Y., Rusell, G., & Cooney, G. (1994). Assessment of self-concept in early adolescence. *Australian Journal of Psychology*, *46* (1), 21-28.
- Tuckman, B.W., & Hinkle, J.S. (1986). An experimental study of the physical and psychological effects of aerobic exercise on schoolchildren. *Health Psychology*, *5*(3), 197-207.
- Tuinstra, J., Groothoff, J.W., Van Den Heuvel, W.J.A., & Post, D. (1998). Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: do they exist? *Social Science and Medicine*, *47*(1), 67-74.
- U.S. Department of Health and Human Services (1982). *The health consequences of smoking: Cancer*. A report of the Surgeon General U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (PHS) 82-50179.
- U.S. Department of Health and Human Services (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction*. A report of the Surgeon General U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.
- U.S. Department of Health and Human Services (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress*. A report of the Surgeon General U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411.

- U.S. Department of Health and Human Services (1990). *The health benefits of smoking cessation*. A report of the Surgeon General U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
- U.S. Department of Health and Human Services (1994). *Preventing tobacco use among young people*. A report of the Surgeon General U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: a report of the surgeon general*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Van den Bergh, B.R.H., & Marcoen, A. (1999). Harter's Self-Perception Profile for Children: factor structure, reliability, and convergent validity in a Dutch-speaking Belgian sample of fourth, fifth and sixth graders. *Psychologica Belgica*, 39(1), 29-47.
- Van den Bergh, B.R.H., & Van Ranst, N. (1998). Self-concept in children: equivalence of measurement and structures across gender and grade of Harter's Self-Perception Profile for Children. *Journal of Personality Assessment*, 70(3), 564-582.
- Van den Putte, H. (1993). *On the theory of reasoned action*. Unpublished doctoral dissertation, University of Amsterdam.
- Van Dongen-Melman, J.E.W.M., Koot, H.M., & Verhulst, F.C. (1993). Cross-cultural validation of Harter's Self-Perception Profile for Children in a Dutch sample. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 739-753.
- Vázquez, B. (1993). *Actitudes de la mujer hacia la práctica deportiva*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Veblen, T. (1899). *The theory of the leisure class*. New York: MacMillan.
- Veerman, J.W., Ten Brink, L.T., Straathof, M.A.E., & Treffers, P.D.A. (1995). Measuring children's self-concept with a Dutch version of the "Self-Perception Profile for Children": Factorial validity and invariance across a nonclinic and a clinic group. *Journal of Personality Assessment*, 67(1), 142-54.
- Vereecken, C., & Maes, L. (2000). Eating habits, dental care and dieting. En C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith & Todd, J, (Eds.), *Health and health behaviour among young people: International report* (pp. 83-95). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Villamarín, F. (1990). Un análisis conceptual de la Teoría de la Autoeficacia y otros constructos psicológicos actuales. *Psicologemas*, 4(7), 107-125.
- Villamarín, F., & Álvarez, M. (1998) Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: Un análisis conceptual. *Psicologemas*, 12, 161-204.

- Vispoel, W.P. (1995). Self-concept in artistic domains: An extension of the Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) model. *Journal of Educational Psychology*, 87, 134-153.
- Wade, T.J., Thompson, V., Tashakkori, A., & Valente, E. (1989). A longitudinal analysis of sex by race differences in predictors of adolescent self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 10, 717-729.
- Wallston, K., Wallston, B., & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-171.
- Walters, S.T., & Martin, J.E. (2000). Does aerobic exercise really enhance self-esteem in children? A prospective evaluation in 3rd - 5th graders. *Journal of Sport Behavior*, 23(1), 51-60.
- Wang, A., Meredith, W.H., & Tsai, R. (1996). Comparison in three Chinese cultures of scores on the Self-Perception Profile for Children. *Perceptual and Motor Skills*, 82, 1087-1095.
- Warren, C.W., Riley, L., Asma, S., Eriksen, M.P., Green, L., Blanton, C., Loo, C., Batchelor, S., & Yach, D. (2000). Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(7), 868-876.
- Weber, M. (1922/1946). Economy and society. En H. Gerth (Ed.) *From Max Weber: Essays in sociology*. New York: Oxford University Press.
- Weinfurt, K.P. (1995). Multivariate Analysis of Variance. En L.G. Grimm, & P.R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 245-276). Washington: American Psychological Association.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12(4), 324-333.
- Weller, L., & Levi, S. (1981). Social class, IQ, self-concept and teachers' evaluations in Israel. *Adolescence*, 16, 569-576.
- Wells, L.E., & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: Its conceptualization and measurement*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Werry, J.S. (1986). Organic and substance use disorders. En H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3rd ed., pp. 211-231). New York: Wiley.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- White, R.W. (1963). Ego and reality in psychoanalytic theory. A proposal independent ego energies. *Psychological Issues*, 3, 3.
- WHO (1986). Life styles and health. *Social Science and Medicine*, 22, 2, 117-124.
- Windle, M., Shope, J.T., & Bukstein, O. (1996). Alcohol use. En R.F. DiClemente, W.B. Hansen & L.E. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 115-160). New York: Plenum Press.

- Wold, B. (1989). *Lifestyles and physical activity*. Thesis for the degree. Norway: University of Bergen.
- Wold, B. (1995). *Health behavior in schoolchildren: A WHO cross-national survey. Resource Package Questions 1993-1994*. Norway: University of Bergen.
- Wold, B., & Aarø, L.E. (1985). Fysisk aktivitet, kjønnsroller og indikatorer på sosial ulikhet. *Psykologisk Rapportserie, Universitetet i Bergen*, 6(6).
- Worth Gavin, D.A., & Herry, Y. (1996). The French Self-Perception Profile for Children: Score validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 56 (4), 678-700.
- Wylie, R. (1979). *The self-concept; Volume 2: Theory and research on selected topics*. Lincoln: University of Nebraska.
- Wylie, R.C. (1989). *Measures of self-concept*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Yanish, D.L., & Battle, J. (1985). Relationship between self-esteem, depression and alcohol consumption among adolescents. *Psychological Reports*, 57, 331-334.
- Young, M., Werch, C.E., Bakema, D. (1989). Area specific self-esteem scales and substance use among elementary and middle school children. *Journal of School Health*, 59(6), 251-254.
- Zirkel, P.A. (1971). Self-Concept and the disadvantage of ethnic group membership and mixture. *Review of Educational Research*, 41, 211-225.
- Zubrick, S., Silburn, S., Garton, A., Burton, P., Dalby, R., carlton, J., Shepherd, C., & Lawrence, D. (1995). *Western Australian child health survey: Developing health and well-being in the nineties*. Perth, Western Australia: Australian Bureau of Statistics and the Institute for Child Health Research.

ANEXOS

Anexo 1

Instrumentos

INVENTARIO DE CONDUCTAS DE SALUD EN ESCOLARES

(Wold, 1995)

Código

Fecha



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSITAT DE VALENCIA

Respondiendo estas preguntas nos ayudarás a saber más sobre el estilo de vida de la gente joven. Este cuestionario ha sido administrado también a estudiantes de diferentes países europeos. No escribas tu nombre, tus respuestas permanecerán en secreto. Nadie de la escuela podrá ver tu cuestionario.

Contesta las preguntas por orden.
Por favor, sé lo más sincero posible.
Gracias por tu ayuda.

1. ¿Cuál es tu sexo? (Por favor, marca con una “X” la casilla correspondiente)
 - chico
 - chica

2. ¿En qué mes has nacido?

3. ¿En qué año has nacido?

4. ¿En qué curso estás? (Por favor, marca con una “X” la casilla correspondiente)
 - 6º E.G.B.
 - 8º E.G.B. o 2º E.S.O.
 - 2º B.U.P. o 4º E.S.O.
 - 2º F.P.-I

5. Escribe el nombre de la localidad en la que vives

6. ¿Cuál es el trabajo de tu padre? Por favor, escribe exactamente lo que hace, por ejemplo: mecánico, abogado, obrero, médico, etc. Si no lo sabes, o no vives con tu padre, no contestes a esta pregunta.

.....

7. ¿Cuál es el trabajo de tu madre? Por favor, escribe exactamente lo que hace, por ejemplo: ama de casa, secretaria, dentista, enfermera, etc.

.....

8. ¿Cuál es el nivel de estudios de tu padre?
 - sin estudios
 - estudios primarios
 - graduado escolar
 - bachiller o F.P.
 - carrera universitaria

9. ¿Cuál es el nivel de estudios de tu madre?
 - sin estudios
 - estudios primarios
 - graduado escolar
 - bachiller o F.P.
 - carrera universitaria

10. Actualmente, cómo sueles ir a la escuela? (Por favor, marca sólo una casilla)
 - a pie
 - en bici
 - en autobús
 - en coche
 - otros medios de transporte

11. ¿Cuánto tardas en ir de tu casa a la escuela?

un cuarto de hora o menos

1/4 - 1/2

1/2 - 1 hora

más de 1 hora

12. Fuera del horario escolar, ¿participas en **deportes** como fútbol, futbito, baloncesto, voleibol, frontón, tenis, balonmano, atletismo, artes marciales, aerobio, natación, ballet, etc.?

FRECUENCIA (Cuántas veces)	INTENSIDAD (Con cuánta intensidad)	DURACIÓN (de cada sesión)
<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> muy intenso	<input type="checkbox"/> más de 45 minutos
<input type="checkbox"/> menos de 1 vez a la semana	<input type="checkbox"/> intenso	<input type="checkbox"/> 35-45 minutos
<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> 25-35 minutos
<input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana	<input type="checkbox"/> ligero	<input type="checkbox"/> 15-25 minutos
<input type="checkbox"/> 4-5 veces por semana		<input type="checkbox"/> 5-15 minutos
<input type="checkbox"/> 6-7 veces por semana		<input type="checkbox"/> menos de 5 minutos

13. Fuera del horario escolar, ¿realizas **actividades físicas** que requieran esfuerzo físico como montar en bici, correr, jugar a pillar, bailar, saltar a la comba, senderismo, etc?

FRECUENCIA (Cuántas veces)	INTENSIDAD (Con cuánta intensidad)	DURACIÓN (de cada sesión)
<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> muy intenso	<input type="checkbox"/> más de 45 minutos
<input type="checkbox"/> menos de 1 vez a la semana	<input type="checkbox"/> intenso	<input type="checkbox"/> 35-45 minutos
<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> 25-35 minutos
<input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana	<input type="checkbox"/> ligero	<input type="checkbox"/> 15-25 minutos
<input type="checkbox"/> 4-5 veces por semana		<input type="checkbox"/> 5-15 minutos
<input type="checkbox"/> 6-7 veces por semana		<input type="checkbox"/> menos de 5 minutos

14. Fuera del horario escolar, ¿cuántas **veces** a la semana generalmente haces ejercicio en tu tiempo libre, de tal forma que llegas a sudar o te quedas extenuado (casi sin respiración)?

todos los días

4-6 veces a la semana

2-3 veces a la semana

una vez a la semana

una vez al mes

menos de una vez al mes

nunca

15. Fuera del horario escolar, ¿cuántas **horas** a la semana generalmente haces ejercicio en tu tiempo libre, de tal forma que llegas a sudar o te quedas extenuado (casi sin respiración)?
- nunca
 - alrededor de 1/2 hora
 - alrededor de 1 hora
 - alrededor de 2-3 horas
 - alrededor de 4-6 horas
 - 7 horas o más
16. ¿Eres miembro de algún club deportivo?
- no
 - sí, estoy entrenando en un equipo de deportes
 - sí, pero no participo
17. ¿Eres miembro de algún equipo de deportes de la escuela?
- no
 - sí, estoy entrenando en un equipo de deportes
 - sí, pero no participo
18. ¿Tomas parte en competiciones deportivas? (Por ejemplo: atletismo, partidos de fútbol, etc.)
- sí
 - no
 - lo hacía, pero ya no lo hago
19. ¿Generalmente, haces ejercicio solo o con otros?
- solo
 - con otros
 - a veces solo y a veces con otros
20. Fuera del colegio, ¿en qué tipo de deportes y/o actividades físicas tomas parte normalmente (puedes señalar más de una casilla)?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fútbol o futbito | <input type="checkbox"/> jugar al escondite o a coger |
| <input type="checkbox"/> carreras o correr | <input type="checkbox"/> bailar |
| <input type="checkbox"/> baloncesto | <input type="checkbox"/> montañismo o escalar |
| <input type="checkbox"/> balonmano | <input type="checkbox"/> patines o monopatín |
| <input type="checkbox"/> montar en bicicleta | <input type="checkbox"/> esquí |
| <input type="checkbox"/> atletismo | <input type="checkbox"/> correr |
| <input type="checkbox"/> gimnasia | <input type="checkbox"/> otros, indicar |
| <input type="checkbox"/> aerobio | |
| <input type="checkbox"/> natación | |
| <input type="checkbox"/> artes marciales (karate, judo, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> deportes de raqueta (tenis, frontón, badminton, pin-pon, etc.) | |

21. A continuación, aparece una lista de personas que tú conoces. ¿Alguna de ellas toma parte en deportes en su tiempo libre? (Por favor, marca una sola respuesta para cada línea).

	todas las semanas	menos de una vez a la semana	nunca	no lo sé	no tengo
padre					
madre					
hermano mayor					
hermana mayor					
mejor amigo					

22. A continuación, aparece una lista de personas que tú conoces. ¿Alguna de ellas te anima para que practiques deporte en tu tiempo libre? (Por favor, marca una sola respuesta para cada línea).

	muy a menudo	algunas veces	nunca	no lo sé	no tengo
padre					
madre					
hermano mayor					
hermana mayor					
mejor amigo					

23. ¿Crees que cuando tengas 20 años practicarás algún deporte o tomarás parte en actividades físicas?

seguro que sí

probablemente sí

probablemente no

seguro que no

24. Aquí hay una lista de razones que algunos chicos han dado por las que les gusta el deporte. Por favor, lee cada una y señala qué importancia les das **tú**.

	muy importante	bastante importante	nada importante
divertirme			
ser bueno en el deporte			
ganar			
hacer nuevos amigos			
mejorar mi salud			
ver a mis amigos			
estar en buena forma			
tener buen aspecto			
ser como una estrella del deporte			
agradar a mis padres			

25. ¿Cómo te consideras de bueno en el deporte, comparado con otros de tu edad?

- entre los mejores
- bueno
- mediano
- por debajo de la media

26. ¿Cómo consideras tu forma física?

- muy buena
- buena
- normal
- regular

27. ¿Qué piensas de tus clases de educación física en la escuela?

- me gustan mucho
- me gustan
- ni me gustan ni me disgustan
- me gustan poco
- no me gustan nada
- no asisto

28. ¿Has fumado alguna vez? (al menos un cigarrillo, un puro ...)

- sí
- no

29. ¿Con cuánta frecuencia fumas actualmente?

- a diario
- al menos una vez a la semana, pero no todos los días
- menos de una vez a la semana
- no fumo

30. ¿Cuántos cigarrillos fumas a la semana normalmente?

..... cigarrillos a la semana

31. ¿Fuman alguna de las siguientes personas? (Por favor, marca una sola vez en cada línea)

	fuma	no fuma	no lo sé	no tengo
padre				
madre				
hermano mayor				
hermana mayor				
mejor amigo				

32. ¿Has tomado alguna vez alguna de las siguientes bebidas alcohólicas? (Al menos un vaso entero o una copa, no sólo un sorbito)

	SI	NO
cerveza		
vino		
licores o combinados		
cava		

33. Actualmente, con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas? Intenta también incluir las veces en las que sólo bebes una pequeña cantidad. (Por favor, marca una sola vez en cada línea)

	todos los días	todas las semanas	todos los meses	menos de una vez al mes	nunca
cerveza					
vino					
licores o combinados					
cava					

34. ¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has emborrachado?

Š nunca

Š sí, una vez

Š sí, 2-3 veces

Š sí, 4-10 veces

Š sí más de 10 veces

35. ¿Has tomado alguna de estas drogas alguna vez?

	tres veces o más	1 ó 2 veces	nunca
hachís/porros, marihuana			
colas o disolventes			
cocaína			
heroína, morfina, opio			
estimulantes (anfetaminas)			
LSD			
medicinas o pastillas para drogarte			

36. ¿Cuál de estas drogas has tomado en los últimos 30 días?

	tres veces o más	1 ó 2 veces	nunca
hachís/porros, marihuana			
colas o disolventes			
Cocaína			
heroína, morfina, opio			
estimulantes (anfetaminas)			
LSD			
medicinas o pastillas para drogarte			

37. ¿Cada cuánto tiempo visitas al dentista?

- Š cada 6 meses o menos
- Š una vez al año
- Š una vez cada dos años o más
- Š no suelo ir a no ser que lo necesite
- Š nunca voy al dentista

38. ¿Con qué frecuencia te lavas los dientes?

- Š más de una vez al día
- Š una vez al día
- Š al menos una vez a la semana, pero no diariamente
- Š menos de una vez a la semana

39. ¿Con qué frecuencia utilizas alguna de las siguientes cosas? (Por favor, marca una vez por cada línea)

	diariamente	semanalmente	casi nunca o nunca
enjuague bucal con flúor			
pastillas con flúor			
hilo dental			

40. Durante una semana normal, ¿con qué frecuencia tomas las siguientes comidas? (por favor, presta atención en los apartados comida y cena)

	todos los días	4-6 días por semana	1-3 días por semana	nunca o casi nunca
desayuno con cereales, tostadas, bollos, etc.				
Almuerzo				
comida con sandwich o bocadillo				
comida caliente				
merienda				
cena con sandwich o bocadillo				
cena caliente				

41. ¿Con qué frecuencia bebes o comes alguna de las siguientes cosas? (Por favor, marca una vez por cada línea)

	todos los días	4-6 días por semana	1-3 días por semana	nunca o casi nunca
café/té				
frutas				
coca-cola u otras bebidas con gas				
dulces y golosinas				
verduras y hortalizas				
frutos secos (cacahuets, avellanas)				
patatas fritas caseras				
bolsas de papas				
hamburguesas o salchichas				
pan integral o de centeno				
zumos naturales				
embutidos				
legumbres (garbanzos, lentejas...)				
margarina				
mantequilla				
yogur				
queso				
carne (ternera, cerdo)				
carne de ave (pollo, pavo)				
pescado				
huevos				

42. Cuando piensas en el tipo de alimentación que tienes, ¿cómo crees que son tus costumbres alimenticias comparadas con los jóvenes de tu edad?

- más sanas
- un poco más sanas
- igual de sanas
- algo menos sanas
- bastante peores

43. Durante el pasado mes, ¿has tomado vitaminas o pastillas de hierro?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| si | no | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vitaminas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pastillas con hierro |

44. ¿Con qué frecuencia usas el cinturón de seguridad cuando vas sentado delante en el coche?

- siempre
- muchas veces
- algunas veces
- casi nunca o nunca

45. Cuando vas en moto como conductor, ¿con qué frecuencia utilizas el casco?
- Š siempre
 - Š a veces
 - Š casi nunca o nunca
 - Š no voy nunca como conductor en moto
46. Cuando vas en moto como pasajero, ¿con qué frecuencia utilizas el casco?
- Š siempre
 - Š a veces
 - Š casi nunca o nunca
 - Š no voy nunca como pasajero en moto
47. Cuando vas en bici, en moto o como peatón, ¿respetas las señales y normas de tráfico?
- Š siempre
 - Š algunas veces
 - Š casi nunca o nunca
48. ¿Cuántas veces has hecho cosas peligrosas sólo por la emoción de probarlas?
- Š muchas veces
 - Š algunas veces
 - Š casi nunca
 - Š nunca
49. ¿A qué hora te vas a la cama normalmente si tienes que levantarte para ir al colegio al día siguiente?
- Š alrededor de las 9 o antes
 - Š alrededor de las 9.30
 - Š alrededor de las 10
 - Š alrededor de las 10.30
 - Š alrededor de las 11 o más tarde
50. ¿A qué hora te levantas normalmente los días de colegio?
- Š alrededor de las 6.30 o antes
 - Š alrededor de las 7
 - Š alrededor de las 7.30
 - Š alrededor de las 8 o más tarde
51. ¿Con qué frecuencia te sientes cansado cuando sales para el colegio por la mañana?
- Š casi nunca o nunca
 - Š ocasionalmente
 - Š 1-3 veces a la semana
 - Š 4 veces o más a la semana

52. ¿Cómo crees que estás de sano?

Š muy sano

Š bastante sano

Š no muy sano

53. ¿De qué crees que depende el tener una buena salud? (Señala sólo una casilla)

Š es sólo una cuestión de suerte

Š es en parte una cuestión de suerte, y en parte, una cuestión de lo que hagas por ti mismo

Š es una cuestión de lo que hagas por ti mismo, pero también depende un poco de la suerte

Š depende únicamente de lo que hagas por ti mismo, y de cómo te comportes

54. ¿Con qué frecuencia te ocurre lo siguiente? (Por favor, señala sólo una casilla por línea).

	Casi todos los días	más de una vez a la semana	casi todas las semanas	casi todos los meses	casi nunca o nunca
dolor de cabeza					
dolor de estómago o barriga					
dolor de espalda					
sentirte deprimido					
estar irritado o enfadado					
estar nervioso					
dificultades para dormirte					
sentirte mareado					
dolor de muelas					

55. Durante el pasado mes, ¿has tomado algún medicamento o pastillas que te haya recetado el médico para lo siguiente? (Por favor, señala una sola por línea).

	sí, varias veces	sí, una vez	no nunca
tos			
resfriado			
dolor de cabeza			
dolor de estómago o barriga			
dificultades para dormir			
nerviosismo			
cansancio			
estreñimiento (laxante)			
para adelgazar			

56. Durante el pasado mes, ¿has tomado algún medicamento o pastillas SIN que te las haya recetado el médico para lo siguiente? (Por favor, señala una sola por línea).

	sí, varias veces	sí, una vez	no nunca
tos			
resfriado			
dolor de cabeza			
dolor de estómago o barriga			
dificultades para dormir			
nerviosismo			
cansancio			
estreñimiento (laxante)			
para adelgazar			

57. En general, ¿cómo te sientes en tu vida actual?

me siento muy feliz

me siento bien

no me siento muy feliz

no soy nada feliz

58. ¿Qué facilidad tienes para hablar con las siguientes personas sobre temas que realmente te preocupan? (Por favor, marca una sola línea)

	muy fácil	fácil	difícil	muy difícil	no tengo a esta persona
padre					
madre					
otros adultos					
hermanos					
hermanas					
amigos					

59. ¿Te gusta la escuela o el instituto?

me gusta mucho

me gusta

no me gusta mucho

no me gusta nada

60. En tu opinión, comparándote con tus compañeros de clase, ¿cómo es tu rendimiento escolar?

muy bueno

bueno

medio

por debajo de la media

61. Después del colegio, a menudo, tienes que hacer deberes o estudiar. Por término medio, ¿cuánto tiempo dedicas cada día a estas tareas?
- nunca hago deberes
 - menos de 15 minutos
 - entre 15 y 30 minutos
 - entre 30 y 60 minutos
 - entre 1 y 2 horas
 - más de 2 horas
62. ¿Qué crees que harás cuando termines los estudios que estás realizando? (EGB, ESO, BUP, FP)
- continuar estudiando
 - conseguir un trabajo
 - estar en el paro
 - no lo sé
 - otra cosa, indicar
63. ¿Con qué frecuencia estás con tus amigos fuera del colegio?
- todos los días, incluidos los fines de semana
 - 4-5 días a la semana
 - 2-3 días a la semana
 - una vez a la semana o menos
 - no tengo amigos ahora
64. ¿Cuántas tardes a la semana pasas fuera de casa con tus amigos?
- ninguna
 - 1-2 tardes a la semana
 - 3-5 tardes a la semana
 - 6-7 tardes a la semana
65. ¿Dónde te reúnes normalmente con tus amigos? (Por favor marca una sola casilla por línea)
- | | |
|--------------------------|---|
| si | no |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en casa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en casa de mis amigos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en un parque |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en unos recreativos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en una cafetería, bar o pub |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en unos grandes almacenes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en la Parroquia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en un centro juvenil |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en las pistas de deporte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en la calle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en el colegio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> en otro sitio, indicar |

66. ¿Te sientes alguna vez solo?
Š a menudo
Š a veces
Š nunca
67. Actualmente, ¿tienes algún buen amigo?
Š sí
Š no
68. ¿Te resulta fácil hacer nuevos amigos?
Š siempre fácil
Š generalmente fácil
Š generalmente difícil
Š siempre difícil
69. Si tuvieras hoy la tarde libre, ¿sabrías cómo emplear el tiempo?
Š sí, siempre tengo algo que hacer
Š sí, podría pensar en algo que hacer
Š no, probablemente no sabría que hacer
70. ¿Cuántas horas al día sueles ver la T.V.?
Š ninguna
Š menos de 1/2 hora al día
Š 1/2- 1 hora al día
Š 2-3 horas
Š 4 horas
Š más de 4 horas
71. ¿Cuántas horas a la semana sueles ver el vídeo?
Š ninguna
Š menos de 1 hora a la semana
Š 1-3 horas
Š 4-6 horas
Š 7-9 horas
Š más de 10 horas
72. ¿Cuántas horas a la semana sueles jugar con juegos de ordenador o vídeo? (en tu casa, en casa de los amigos o en algún salón recreativo)
Š ninguna
Š menos de 1 hora a la semana
Š 1-3 horas
Š 4-6 horas
Š 7-9 horas
Š más de 10 horas

73. Cuando piensas sobre tu vida y sobre el futuro en general, ¿Cuáles son las tres cosas que más deseas del futuro?

- 1
- 2
- 3

74. ¿Cuáles son las tres cosas que más temes del futuro?

- 1
- 2
- 3

PERFIL DE AUTOPERCEPCIONES PARA ADOLESCENTES

(Harter, 1985)

Nos gustaría que respondieras a las siguientes afirmaciones con mucho interés. Por favor, contesta sinceramente expresando realmente cómo te sientes. Para cada contestación, primero tienes que decidir si te pareces más a lo que piensan los chicos de un grupo (en la parte izquierda de la hoja) o lo que piensan los chicos del otro grupo (en la parte derecha de la hoja). Una vez que decidas a qué grupo te pareces más, debes pensar si te pareces mucho o sólo un poco a ese grupo. Después debes marcar el recuadro elegido que indica cómo te sientes. Sólo debe haber una marca por cada ítem.

EJEMPLO:

Realmente como yo	Parcialmente como yo				Parcialmente como yo	Realmente como yo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algunos chicos prefieren jugar al aire libre en su tiempo libre	SIN EMBARGO	Otros chicos prefieren ver la T.V.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si consideras que en tu tiempo libre prefieres más jugar al aire libre que ver la televisión, te parecerás más al grupo de la izquierda. Si además ese grupo es muy parecido a ti = realmente como tu, pondrías la marca tal y como figura en el recuadro; y así sucesivamente.

Las contestaciones son: Muy parecidos a mi = **Realmente como yo**
 Un poco parecidos a mi = **Parcialmente como yo**

RECUERDA, SÓLO DEBE HABER UNA MARCA POR CADA ÍTEM.

Realmente como yo	Parcialmente como yo			Parcialmente como yo	Realmente como yo	
☹	☹	1. Algunos chicos creen que son muy buenos haciendo los deberes	SIN EMBARGO	Otros chicos se preocupan sobre si ellos podrán realizar los deberes que se les han asignado.	☹	☹
☹	☹	2. Algunos chicos encuentran difícil hacer nuevos amigos	SIN EMBARGO	Para otros chicos es bastante fácil.	☹	☹
☹	☹	3. Algunos chicos creen que son muy buenos haciendo todo tipo de deportes	SIN EMBARGO	Otros creen que no son buenos cuando se trata de deporte.	☹	☹
☹	☹	4. Algunos chicos están contentos con su aspecto físico	SIN EMBARGO	Otros chicos no están contentos con su aspecto físico.	☹	☹
☹	☹	5. A algunos chicos a menudo no les gusta la forma en que se comportan	SIN EMBARGO	A otros chicos les gusta su comportamiento.	☹	☹
☹	☹	6. Algunos chicos con frecuencia se enfadan con ellos mismos	SIN EMBARGO	Otros chicos están bastante contentos con ellos mismos.	☹	☹
☹	☹	7. Algunos chicos se sienten tan inteligentes como los demás	SIN EMBARGO	Otros se preguntan si son tan inteligentes como los demás.	☹	☹
☹	☹	8. Algunos chicos tienen muchos amigos	SIN EMBARGO	Otros no tienen muchos amigos.	☹	☹
☹	☹	9. Algunos chicos desean ser mejores en los deportes	SIN EMBARGO	Otros chicos creen que son lo suficientemente buenos en los deportes.	☹	☹
☹	☹	10. Algunos chicos están contentos con su altura y su peso	SIN EMBARGO	Otros desearían que su altura y su peso fuesen diferentes.	☹	☹
☹	☹	11. Algunos chicos normalmente hacen lo correcto	SIN EMBARGO	Otros chicos no hacen a menudo lo correcto.	☹	☹

Realmente como yo	Parcialmente como yo				Parcialmente como yo	Realmente como yo
☹	☹	12. A algunos chicos no les gusta la forma en que están llevando su vida	SIN EMBARGO	A otros chicos sí que les gusta la forma en que llevan su vida.	☹	☹
☹	☹	13. Algunos chicos son bastante lentos en terminar sus deberes	SIN EMBARGO	Otros chicos pueden hacer los deberes rápidamente.	☹	☹
☹	☹	14. Algunos chicos son un poco difíciles de querer	SIN EMBARGO	Otros chicos son fáciles de querer.	☹	☹
☹	☹	15. Algunos chicos creen que podrían hacer bien casi cualquier nueva actividad al aire libre que no hayan realizado anteriormente	SIN EMBARGO	Otros chicos tienen miedo de no poder hacer bien actividades al aire libre que no hayan realizado anteriormente.	☹	☹
☹	☹	16. A algunos chicos les gustaría que sus cuerpos fueran diferentes	SIN EMBARGO	A otros chicos les gusta su cuerpo tal y como es.	☹	☹
☹	☹	17. Algunos chicos normalmente hacen lo que se espera de ellos	SIN EMBARGO	Otros chico a menudo no hacen lo que se espera de ellos.	☹	☹
☹	☹	18. Algunos chicos están contentos con ellos mismos la mayor parte del tiempo	SIN EMBARGO	Otros chicos a menudo no están contentos con ellos mismos.	☹	☹
☹	☹	19. Algunos chicos a menudo olvidan lo que han aprendido	SIN EMBARGO	Otros chicos pueden recordar las cosas fácilmente.	☹	☹
☹	☹	20. Algunos chicos siempre están realizando actividades con muchos otros chicos	SIN EMBARGO	Otros chicos casi siempre realizan actividades solos.	☹	☹
☹	☹	21. Algunos chicos creen que son mejores que otros chicos de su edad en lo referente al deporte	SIN EMBARGO	Otros chicos creen que en la práctica deportiva no pueden hacerlo tan bien como otros chicos de su edad.	☹	☹
☹	☹	22. Algunos chicos desearían que su apariencia física fuera diferente	SIN EMBARGO	A otros chicos les gusta su apariencia física tal y como es.	☹	☹

Realmente como yo	Parcialmente como yo				Parcialmente como yo	Realmente como yo
☞	☞	23. Algunos chicos normalmente se meten en líos por cosas que hacen	SIN EMBARGO	Otros chicos normalmente no hacen cosas que les comprometan.	☞	☞
☞	☞	24. A algunos chicos les gusta la clase de persona que son	SIN EMBARGO	Otros chicos a menudo querrían ser otra persona.	☞	☞
☞	☞	25. Algunos chicos hacen sus tareas de clase muy bien	SIN EMBARGO	Otros chicos no hacen bien el trabajo de clase.	☞	☞
☞	☞	26. Algunos chicos desearían ser queridos por más chicos	SIN EMBARGO	Otros chicos sienten que la mayoría de los chicos sí que les quieren.	☞	☞
☞	☞	27. En juegos y deportes, algunos chicos normalmente miran en lugar de participar	SIN EMBARGO	Otros chicos normalmente participan más que limitarse a mirar.	☞	☞
☞	☞	28. Algunos chicos desean que algunos rasgos de su cara o su cabello fuesen diferentes	SIN EMBARGO	A otros chicos les gusta su cara y su cabello tal cual.	☞	☞
☞	☞	29. Algunos chicos hacen cosas que saben que no deberían hacer	SIN EMBARGO	Otros chicos casi nunca hacen cosas que saben que no deben hacer.	☞	☞
☞	☞	30. Algunos chicos están contentos de ser como son	SIN EMBARGO	Otros chicos quisieran ser diferentes.	☞	☞
☞	☞	31. Algunos chicos tienen dificultades en deducir las respuestas del colegio	SIN EMBARGO	Otros chicos casi siempre encuentran las respuestas.	☞	☞
☞	☞	32. Algunos chicos son populares con otros de su edad	SIN EMBARGO	Otros chicos no son muy populares.	☞	☞
☞	☞	33. Algunos chicos no realizan bien los nuevos juegos o deportes al aire libre	SIN EMBARGO	Otros chicos realizan bien enseguida las nuevas actividades al aire libre.	☞	☞

Realmente como yo	Parcialmente como yo			Parcialmente como yo	Realmente como yo	
☞	☞	34. Algunos chicos creen que son atractivos	SIN EMBARGO	Otros chicos creen que no son atractivos.	☞	☞
☞	☞	35. Algunos chicos normalmente son muy amables o considerados con los demás	SIN EMBARGO	Otros chicos quisieran ser más amables o considerados con los demás.	☞	☞
☞	☞	36. Algunos chicos no están muy contentos con la forma en que hacen muchas cosas	SIN EMBARGO	Otros chicos creen que la forma en que hacen las cosas está bien.	☞	☞

Anexo 2

Índices de estilo de vida

ÍNDICES DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE

ÍNDICE DE CONSUMO DE TABACO:

(RANGO = 1 – 6)

- 1 = Nunca han probado el tabaco
- 2 = Lo han probado, pero no fuman
- 3 = Fuman, pero no todas las semanas
- 4 = Fuman todas las semanas
- 5 = Fuman todos los días y consumen 40 cigarros o menos por semana
- 6 = Fuman todos los días y consumen 40 cigarros o más por semana

ÍNDICE DE CONSUMO DE ALCOHOL:

(RANGO = 1 – 6)

- 1 = Nunca consumen las tres bebidas alcohólicas estudiadas (cerveza, vino y licores o combinados)
- 2 = Consumen al menos una de las bebidas menos de una vez al mes
- 3 = Consumen al menos una de las bebidas todos los meses
- 4 = Consumen al menos una de las bebidas todas las semanas o todos los días, pero no se han emborrachado nunca o sólo lo han hecho una vez
- 5 = Consumen al menos una de las bebidas todas las semanas o todos los días, y se han emborrachado entre 2 y 3 veces
- 6 = Consumen al menos una de las bebidas todas las semanas o todos los días, y se han emborrachado entre 4 y 10 veces o más

ÍNDICE DE CONSUMO DE *CANNABIS*

(RANGO = 1 – 6)

(MARIHUANA O HACHÍS):

- 1 = Nunca lo han probado
- 2 = Lo han probado 1 ó 2 veces pero no han consumido en el último mes
- 3 = Lo han probado 1 ó 2 veces y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces
- 4 = Lo han probado 3 veces o más y en el último mes no han consumido
- 5 = Lo han probado 3 veces o más y en el último mes han consumido 1 ó 2 veces
- 6 = Lo han probado 3 veces o más y en el último mes han consumido más de 3 veces

ÍNDICE DE CONSUMO DE ALIMENTOS SANOS :**(RANGO = 1 – 6)**

1° - Se recodifican las variables de consumo de frutas (CF), consumo de verduras y hortalizas (CVH), consumo de zumo natural (CZ), consumo de yogur (CY), consumo de queso (CQ) y consumo de pescado (CP) del siguiente modo:

0 = nunca o casi nunca

1 = 1-3 días/semana

2 = 4-6 días/semana y 7 días

2° - Creamos un índice $I = CF + CVH + CZ + CY + CQ + CP$, Rango = 0 – 12

3° - Se recodifica este índice del siguiente modo: 0-2 = 1; 3-4 = 2; 5-6 = 3; 7-8 = 4; 9-10 = 5; 11-12 = 6 Rango = 1-6

ÍNDICE DE CONSUMO DE ALIMENTOS INSANOS:**(RANGO = 1 – 6)**

1° - Se recodifican las variables de consumo de bolsas de papas (CBP), consumo de patatas fritas (CPF), consumo de frutos secos (CFS), consumo de dulces y golosinas (CD), consumo de bebidas con gas (CBG) y consumo de hamburguesas y salchichas (CHS) del siguiente modo:

0 = nunca o casi nunca

1 = 1-3 días/semana

2 = 4-6 días/semana y 7 días

2° - Creamos un índice $I = CBP + CPF + CFS + CD + CBG + CHS$, Rango = 0 – 12

3° - Se recodifica este índice del siguiente modo: 0-2 = 1; 3-4 = 2; 5-6 = 3; 7-8 = 4; 9-10 = 5; 11-12 = 6 Rango = 1-6

ÍNDICE DE PRÁCTICA DE DEPORTE:**(RANGO = 1 – 6)**

1 = Nunca practica deporte

2 = Practica deporte menos de una vez a la semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

3 = Practica deporte una vez a la semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

4 = Practica deporte 2-3 veces por semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

5 = Practica deporte 4-5 veces por semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

6 = Practica deporte 6-7 veces por semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

ÍNDICE DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA:

(RANGO = 1 – 6)

1 = Nunca practica actividad física

2 = Practica actividad física menos de una vez a la semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

3 = Practica actividad física una vez a la semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

4 = Practica actividad física 2-3 veces por semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

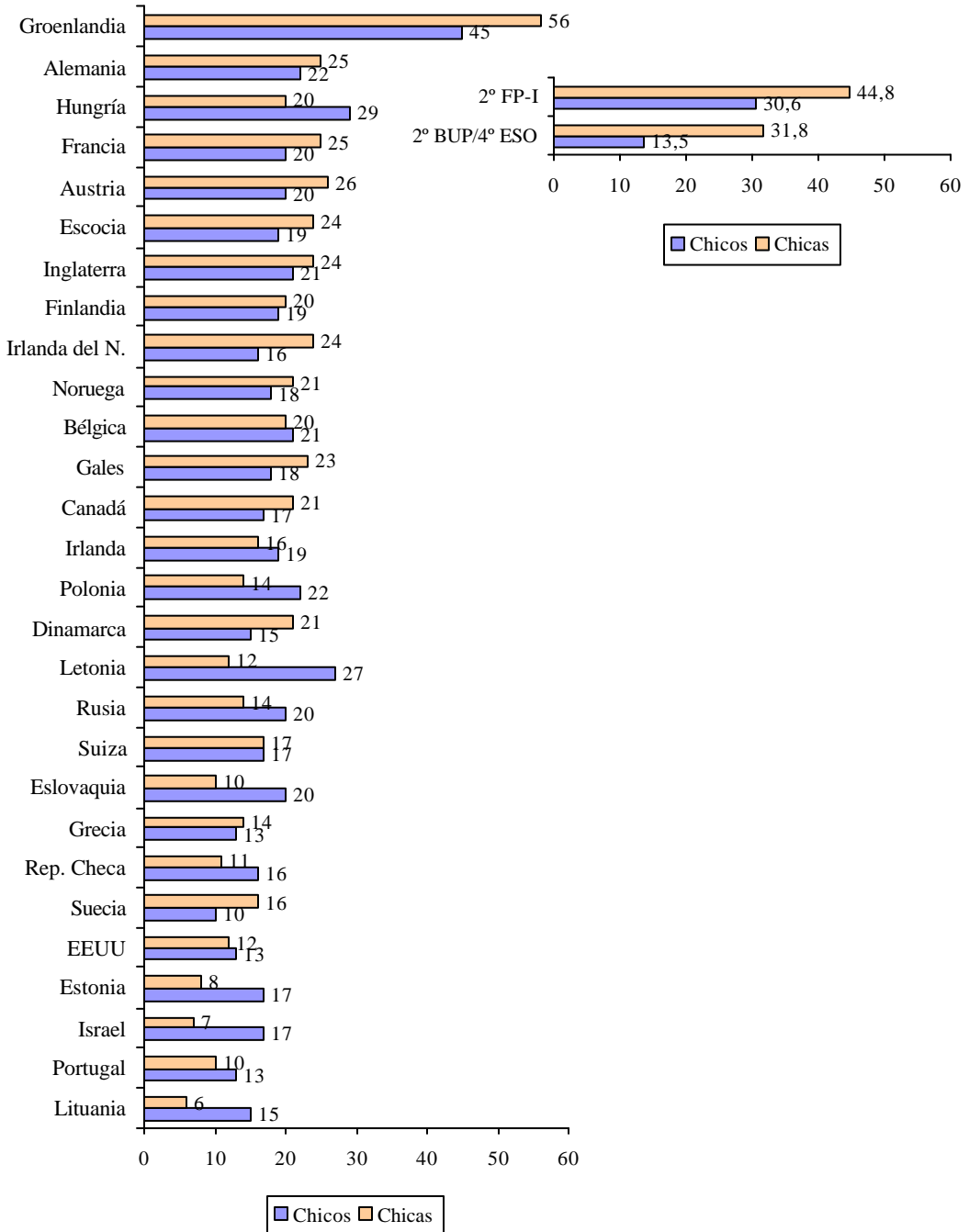
5 = Practica actividad física 4-5 veces por semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

6 = Practica actividad física 6-7 veces por semana en sesiones de duración mayor o igual a 15-25 minutos

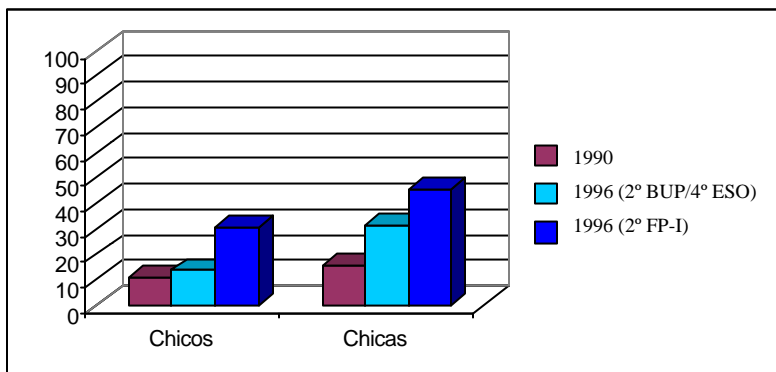
Anexo 3

Consumo de sustancias en diversas muestras de
adolescentes de 15 años

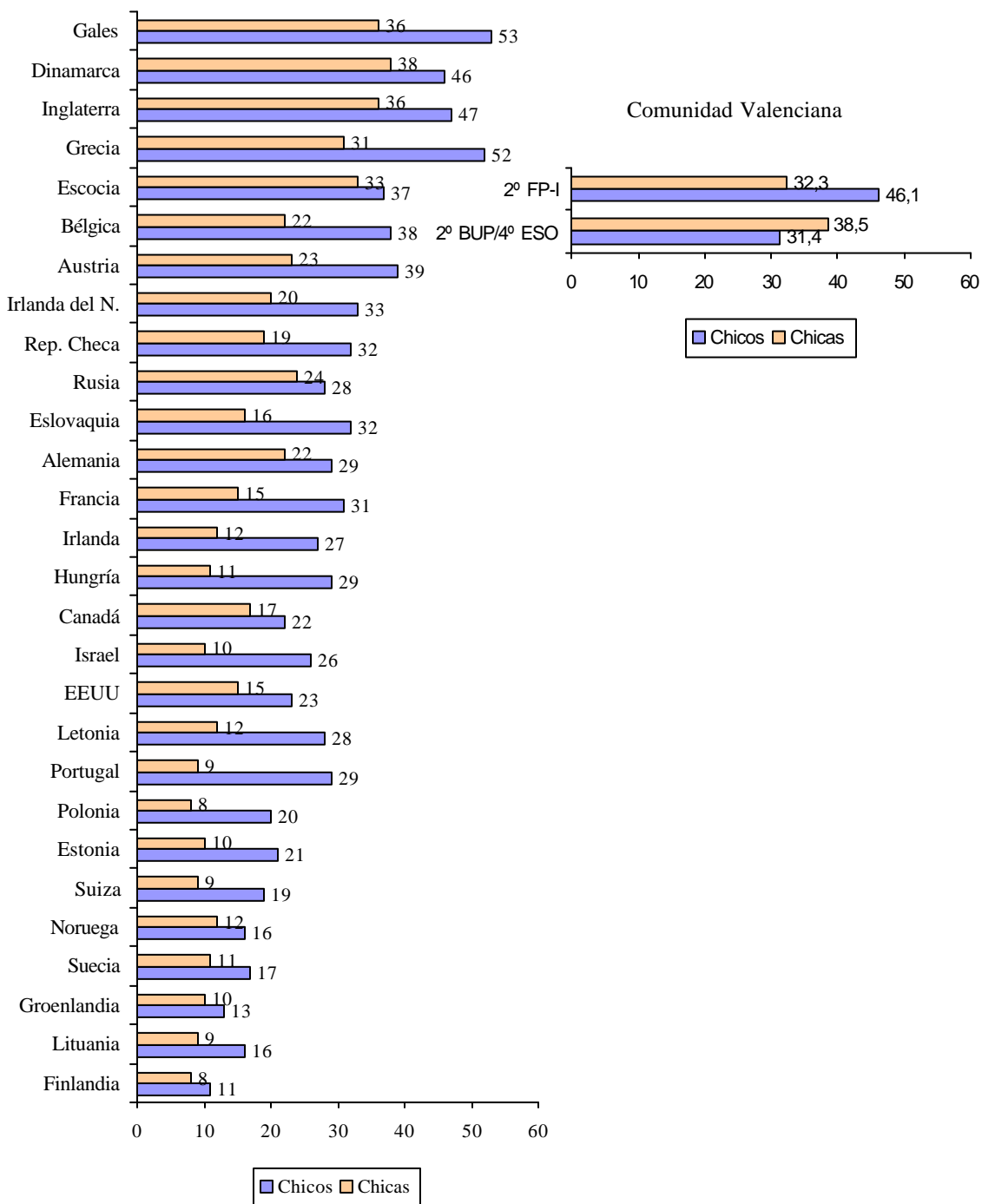
Porcentajes de adolescentes de 15 años que fuman diariamente en los países participantes en el último estudio internacional de la OMS (Gabhain y François, 2000) y en la Comunidad Valenciana



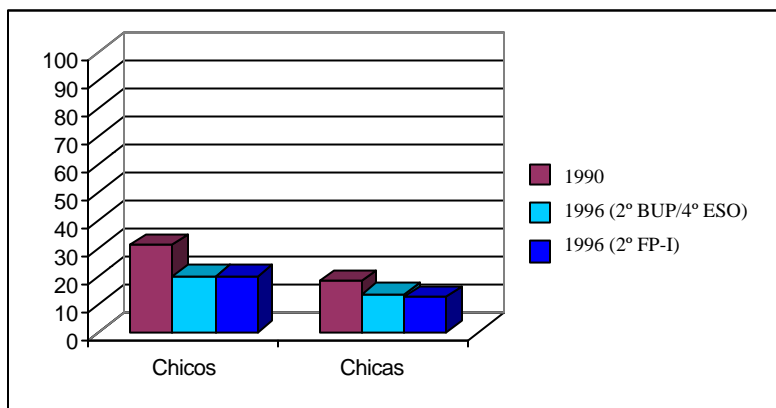
Consumo diario de tabaco de los jóvenes españoles de 15 años en 1990 (Mendoza et al., 1994) y de los jóvenes de la Comunidad Valenciana de 15 años en 1996 (fecha de recogida de la información del presente trabajo)



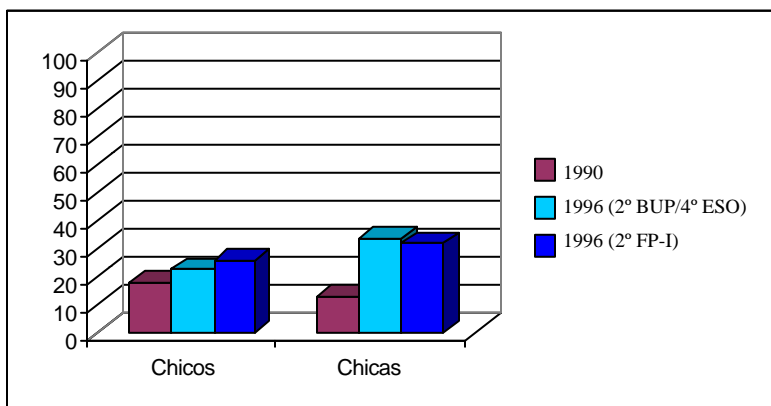
Consumo regular de alcohol (al menos semanal) a los 15 años en los países participantes en el último estudio internacional de la OMS (Gabhain y François, 2000) y en la Comunidad Valenciana



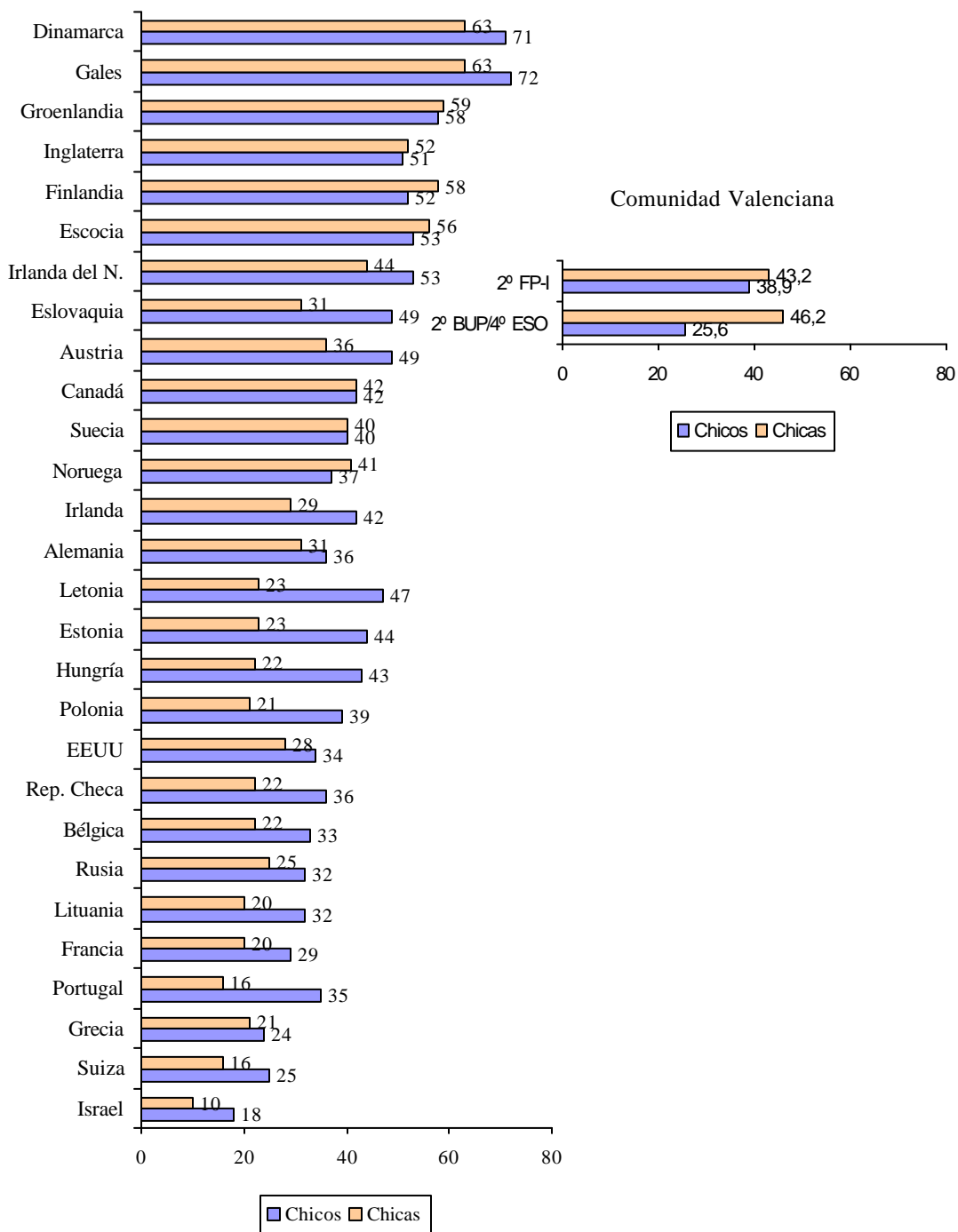
Consumo regular de cerveza (al menos semanalmente) de los jóvenes españoles de 15 años en 1990 (Mendoza et al., 1994) y de los jóvenes de la Comunidad Valenciana de 15 años en 1996 (fecha de recogida de la información del presente trabajo)



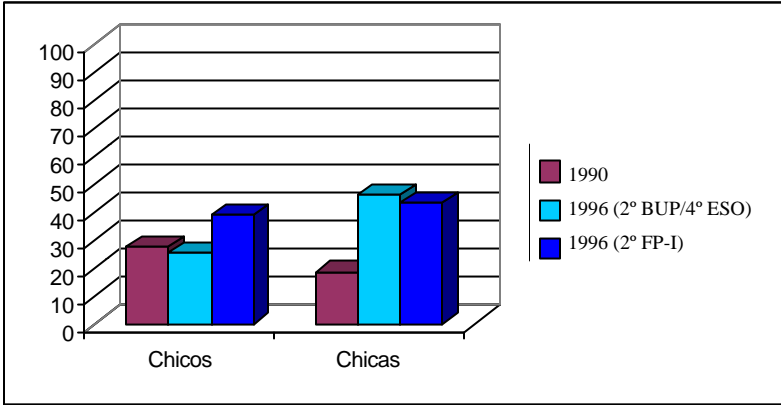
Consumo regular de licores y combinados a los 15 de los jóvenes españoles en 1990 (Mendoza et al., 1994) y de los jóvenes de la Comunidad Valenciana de 15 años en 1996 (fecha de recogida de la información del presente trabajo)



Embriguez dos o más veces a los 15 años en los países participantes en el último estudio internacional de la OMS (Gabhain y François, 2000) y en la Comunidad Valenciana



Embriaguez 2 o más veces de los jóvenes españoles de 15 años en 1990 (Mendoza et al., 1994) y de los jóvenes de la Comunidad Valenciana de 15 años en 1996 (fecha de recogida de la información del presente trabajo)



Consumo de cannabis el último mes a los 15 años de los jóvenes españoles en 1990 (Mendoza et al., 1994) y de los jóvenes de la Comunidad Valenciana de 15 años en 1996 (fecha de recogida de la información del presente trabajo)

