

Discusión de los resultados y principales conclusiones de la investigación

Capítulo 8

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo se va a reflexionar acerca de los principales resultados de esta investigación y se ofrecerán las conclusiones que se muestran más interesantes. Para mayor claridad, este capítulo se dividirá en diferentes apartados, de modo que exista una coherencia lógica en la presentación de las diferentes reflexiones. Así, en primer lugar, se presentará y discutirá la puntuación global de salud creada especialmente para este trabajo, así como su distribución en función de las variables sociodemográficas y socioeconómicas. En segundo lugar, se discutirán los resultados obtenidos en relación con cada uno de los contenidos de los estilos de vida de una manera independiente para, en el siguiente apartado, adentrarse en los detalles relacionados con las constelaciones de estilos de vida en la predicción de la salud. Posteriormente, se presentarán las principales implicaciones que se derivan de este trabajo para la intervención y la investigación. Por último, se cerrará el capítulo haciendo referencia a las limitaciones y fortalezas presentes en esta tesis doctoral.

8.1. Análisis integrador de la salud durante la adolescencia.

Tal como se comentó en la Introducción de este trabajo, la investigación realizada en torno a la etapa adolescente se ha caracterizado desde sus inicios por el estudio de los aspectos más negativos y disfuncionales de los jóvenes. A esta restricción se suma, además, la limitación que existe en las medidas de salud, tradicionalmente centradas, por un lado, en resultados de salud física o, por otro lado, en resultados de salud más relacionados con el ámbito psicológico o subjetivo, pero de nuevo entendidos desde una perspectiva negativa (por ejemplo, cuando se hace referencia a estados psicológicos, dos medidas muy habituales en los estudios son la ansiedad o la depresión). Por lo tanto, la mayor parte de las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre la salud de los adolescentes tienen la limitación de realizarse desde una visión muy restringida y negativa de esta etapa evolutiva.

En relación con el primer asunto, y a pesar de que han pasado ya más de seis décadas desde que la Organización Mundial de la Salud comenzara a defender una concepción amplia de salud, aún hoy no se terminan de asumir las implicaciones de esa conceptualización ni en el ámbito de la investigación ni en el de la gestión y práctica sanitarias. No es de extrañar que numerosos expertos hayan insistido en la conveniencia de analizar los elementos subyacentes al concepto amplio de salud, para poder así crear modelos complejos e integradores, que sean capaces de incluir tanto elementos positivos como disfuncionales y, en consecuencia, poder desarrollar medidas de calidad útiles para una evaluación correcta de la salud.

Dentro de la interdisciplinariedad que promueve este nuevo enfoque de la salud, la Psicología no solo puede aportar información valiosa desde el ámbito de la investigación, sino que además es

básica para la intervención orientada a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos. Desde esta perspectiva, esta tesis doctoral ha trabajado en el diseño de una puntuación global de salud que permita conocer el estado de bienestar de los adolescentes desde dos puntos de vista simultáneamente: el de las fortalezas y el de los malestares. La puntuación obtenida, que responde claramente a ese concepto integrador de salud, ha demostrado tener una serie de características que la postulan como una medida válida en la evaluación integradora de la salud. Esas características se comentan brevemente a continuación.

En primer lugar, a pesar de las exigencias aplicadas en los análisis de datos, que han tenido en cuenta los límites más rigurosos en los parámetros de validación del Análisis Factorial Confirmatorio, se ha conseguido demostrar la existencia de un único factor de salud latente. De esta forma, a partir de cuatro instrumentos que cuentan con el respaldo de un número importante de investigaciones (que fueron citadas en la Introducción), esta puntuación recoge la valoración que el mismo adolescente hace de su propia salud, usando indicadores fiables relacionados con satisfacción vital, bienestar emocional o calidad de vida, percepción de salud y malestar psicosomático. Por lo tanto, teniendo en cuenta estos resultados, así como la concepción más ampliamente aceptada de salud aportada por la OMS (el estado completo de bienestar físico, psicológico y social), a partir de este momento, en esta tesis doctoral se utilizarán de manera indiferente los términos salud y bienestar para hacer referencia a esta puntuación factorial obtenida.

En segundo lugar, como medida, esta puntuación cumple un requisito de bondad importante, el de la economía y la parsimonia. Se trata de una puntuación creada a partir de cuatro instrumentos validados, con un total de tan solo 20 ítems, que además son autoinformados y permiten la administración colectiva. Es, por lo tanto, una medida muy económica, que puede servir como herramienta de *screening* en estudios que pretendan detectar a individuos con características especiales (por ejemplo, chicos y chicas con puntuaciones de salud extremas), orientar mejor las intervenciones (conocer mejor las fortalezas y debilidades de los grupos), útil como instrumento de evaluación en programas de intervención para estas poblaciones y, en general, puede ser utilizada para cualquier trabajo que, con fines epidemiológicos, desee tener una medida simple y robusta del estado de salud de la población, y así evaluar y supervisar la evolución de los diferentes tipos de individuos a través del tiempo.

En tercer lugar, la puntuación integradora de salud ha detectado diferencias significativas en función del sexo y de la edad de los adolescentes, y en la dirección en la que suele hallarse en la investigación precedente. Estos resultados, teniendo en cuenta las características metodológicas del estudio (por un lado, las relacionadas con las características de la medida aplicada que acaban de comentarse y, por otro, con la muestra con la que se ha trabajado, muy amplia y representativa de los adolescentes españoles), pueden ser considerados un referente importante en la valoración del estado de bienestar de los adolescentes en España.

Los peores resultados de salud hallados en las chicas pueden tener causas muy diversas. Entre ellas: su mayor disposición a expresar sus sentimientos y emociones displacenteras (Maccoby, 1998); su mayor insatisfacción con su imagen corporal, lo que afecta especialmente a su autoestima, satisfacción vital y salud mental en general (Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon, 2002); su particular manera de entender las relaciones interpersonales, ya que, por un lado, suelen valorarlas más, pero al mismo tiempo, suelen ser muy exigentes con ellas, lo que a menudo les conduce a estar más insatisfechas (L. M. Brown & Gilligan, 1992); su mayor tendencia a la introspección y a la auto-revelación en las relaciones de intimidad, lo que a menudo puede conducir a “rumiar” en exceso las dificultades y a concluir una visión muy negativa de sus vidas (Rose, Carlson & Waller, 2007).

En cuanto a las diferencias asociadas a la edad, los resultados de este trabajo demuestran que la salud o el bienestar de los adolescentes desciende a lo largo de la adolescencia, un resultado que corroboran otros investigadores. Sin embargo, esa disminución sucede sobre todo al principio de la adolescencia, entre los 11 y los 13 años, haciéndose el decremento más suave a partir de esa edad.

Los cambios de diversa naturaleza (físicos, psicológicos y sociales) a los que chicos y chicas deben hacer frente en ese momento de sus vidas pueden ayudar a explicar tal decremento. Además, la disminución en el nivel de salud estudiado es más marcada en el caso de las chicas, quizás por las consecuencias que sobre ellas tiene la menarquia (Rutter, 1986).

En cuarto lugar, la medida ha detectado desigualdades en la salud de los adolescentes asociadas a la capacidad adquisitiva de sus familias, de modo que son los adolescentes de familias con nivel adquisitivo más alto los que muestran una mejor puntuación de salud, tal y como se demuestra también en otras investigaciones. Sin embargo, en consonancia con los resultados encontrados por Glendinning et al. (1992) y Rahkonen, et al. (1995), esas desigualdades en salud no se mantienen en el caso de las diferencias en el nivel ocupacional de padres y madres. Von Rueden et al. (2006) han comparado ambas medidas socioeconómicas (FAS e ISCO) en su relación con la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes y demuestran que lo que realmente influye en la salud de los adolescentes no es tanto la ocupación laboral que tengan sus padres y madres (ISCO) como las ventajas que implica el poder adquisitivo (FAS). No obstante, los resultados obtenidos en este trabajo en relación con la puntuación ISCO utilizada no deben ser tenidos en cuenta. Ciertamente que esta puntuación no ha dado lugar a diferencias significativas en muchas ocasiones, pero también lo es la sospecha de que la conversión realizada de cinco a tres niveles esté en el origen de que no haya dado lugar a diferencias, frente a lo que ha sucedido con las puntuaciones FAS.

En este punto merece la pena recordar los resultados de un trabajo reciente realizado en el grupo de investigación del que surge esta tesis utilizando la puntuación global de salud (Ramos, C. Moreno, Rivera & Pérez, en prensa). En ese trabajo se dio un paso más allá en la exploración de las variables que dan lugar a las desigualdades en salud, explorando la incidencia de variables económicas macrosistémicas. Así, se encontraron diferencias entre las comunidades autónomas que conforman el Estado español en las puntuaciones en salud que obtenían sus adolescentes, pero de igual manera se pudo demostrar que las diferencias no eran atribuibles a sus niveles económicos (medidos por los respectivos PIBs, Producto Interior Bruto). Los resultados mostraron que no existía una relación lineal entre el Producto Interior Bruto *per cápita* y la puntuación de salud de los adolescentes en las diferentes comunidades autónomas. La posición de algunas comunidades en dicha relación resultó ser especialmente reveladora, como fue el caso de Extremadura, Ceuta y Melilla, Andalucía o Castilla-La Mancha que, a pesar de tener un PIB bajo, sus adolescentes mostraban puntuaciones en salud relativamente altas, mientras que en otras comunidades, como Madrid, Cataluña o Baleares, sucedía lo contrario. Estos resultados invitan a pensar en la influencia de otras variables más relacionadas con las tradiciones culturales, que han ido configurando y dando sentido a prácticas de socialización, a maneras de entender las relaciones interpersonales y de construir la identidad personal, pero también a la influencia de los gobiernos de cada región, que son quienes gestionan los recursos comunitarios, tan importantes a la hora de definir la calidad de vida de sus ciudadanos. En cualquier caso, parece que esta puede ser una interesante línea de investigación futura y, en este momento de la discusión de los datos, una llamada de atención acerca de la conveniencia de explorar otros aspectos del nivel socioeconómico de las familias complementarios a la capacidad adquisitiva familiar. Precisamente uno de los proyectos para la siguiente recogida de datos del estudio HBSC (primavera de 2010) es el de evaluar el nivel educativo de los progenitores.

En resumen, esta puntuación global de salud proporciona información de utilidad e interés por sus implicaciones prácticas, ya que no solo aporta una buena y, a la vez, simple herramienta de medición, sino que además proporciona información sobre los estándares actuales de salud biopsicosocial en esta población. Aún más, algunos de los resultados de este trabajo pueden tener importantes implicaciones socio-sanitarias, ya que pueden servir de orientación a las intervenciones dirigidas a la prevención y a la promoción de la salud, así como al abordaje de las desigualdades de género y socioeconómicas en el bienestar físico, mental y social de los adolescentes.

8.2. Análisis de los estilos de vida en la adolescencia.

A pesar de que la definición de *estilo de vida saludable* aportada por Elliot (1993), uno de los autores más influyentes en la materia, insistía en tener en cuenta tanto los comportamientos que implican un riesgo para la salud como los que la realzan, sin embargo, la mayor parte de las investigaciones en estilos de vida continúan centrándose en aquellos estilos que ponen en riesgo la salud, dejando en un segundo plano el estudio de los estilos de vida que la promueven o protegen.

Existen varias razones que podrían explicar esta visión predominante de déficit en el estudio de los estilos de vida en la etapa adolescente. Para empezar, es necesario recordar que el estudio de los estilos de vida surgió para dar respuesta a los nuevos problemas de salud que se incrementaron con el desarrollo de las sociedades industrializadas (como ya se ha comentado, las enfermedades predominantes pasaron a estar muy relacionadas con los factores ambientales y con los estilos de vida de riesgo de los individuos; Matarazzo, 1994). De esta forma, la teoría de la conducta problema (Jessor & Jessor, 1979) destaca dentro de los modelos y teorías acerca del cambio de conducta con más tradición y mayores implicaciones en el estudio de los estilos de vida en la adolescencia. Su interés se centra en el estudio de las conductas de riesgo para la salud, en las conductas de inadaptación escolar y en la delincuencia juvenil. Por otro lado, tal y como se ha desarrollado en la Introducción, los recientes avances en la investigación neurobiológica del cerebro adolescente podrían convertirse igualmente en un factor más que refuerce esta visión de riesgo y déficit que ha caracterizado al estudio de la conducta adolescente (recuérdese que el patrón encontrado en el funcionamiento cerebral de los adolescentes muestra una mayor disposición hacia las conductas de riesgo que conllevan una recompensa, a pesar de los posibles peligros que puedan venir asociados; Ernst & Fudge, 2009).

En definitiva, todas estas razones han provocado que el perfil de adolescente que actualmente se destila de muchas de las políticas e intervenciones destinadas a esta etapa evolutiva no diste demasiado de la clásica conceptualización de Stanley Hall (1904), quien durante décadas ha sido responsable de la visión de la adolescencia como un momento tormentoso y estresante. Según esta visión, habría que invertir recursos en políticas que previnieran las conductas problemáticas comúnmente atribuidas a y esperables en los jóvenes.

Sin embargo, cada vez se va imponiendo más una lógica distinta a la hora de interpretar los grandes datos relacionados con la adolescencia. Sería conveniente insistir a la sociedad, en general (recuérdese el papel que juegan los medios de comunicación de masas a la hora de transmitir estos estereotipos; Casco, 2003), y a los organismos dedicados a las intervenciones en la población juvenil, en particular, que existe un alto porcentaje de adolescentes con estilos de vida que, lejos de poner en riesgo su salud, demuestran protegerla. Según las teorías más recientes, y también optimistas, sobre la etapa adolescente comentadas en la Introducción (como por ejemplo, los estudios del desarrollo juvenil positivo, las investigaciones sobre *resiliencia* o el análisis de los *assets* o activos), estar convencidos de este hecho es importante, ya que la estrategia que se considera eficaz es la que parte de los recursos que ya posee el adolescente para obtener cualquier mejora en su desarrollo. Como señala G. R. Adams (2005), únicamente alrededor de un 20% de los adolescentes de cada generación se puede considerar que tienen problemas y pueden ser clasificados como disfuncionales, por lo que uno de los mayores déficits de la investigación actual tiene que ver con el otro 80% de adolescentes que no tienen graves problemas y cuyo análisis podría aportar información muy útil en la promoción de la salud en esta etapa evolutiva.

Con el objetivo de dar respuesta a esta necesidad de investigación, esta tesis doctoral se propuso analizar la distribución real de los adolescentes españoles en siete de los contenidos de estilos de vida más importantes en esta etapa evolutiva: hábitos de alimentación, higiene dental, actividad física, consumo de sustancias, conducta sexual, lesiones y actividades de tiempo libre. Recuérdese lo dicho más arriba acerca de la fiabilidad de estos datos, ya que se obtienen a partir de una muestra de más de 21000 adolescentes, representativa de la población adolescente española y con un

error de precisión únicamente del 1,1%. Además, los requisitos utilizados en los análisis de datos de esta tesis doctoral son muy restrictivos, ya que las conclusiones finales no se obtienen únicamente a partir del valor de la significación estadística, sino que, además, se han calculado los tamaños de efecto de tales relaciones y se han desechado aquellos resultados con tamaños de efecto despreciables, es decir, aquellos resultados cuyos tamaños de efecto mostraban un valor por debajo del 0,1, para el caso de la *phi* y de la *V* de Crammer; por debajo de 0,2, para el caso de la *d* de Cohen; y por debajo de 0,01, para el valor de la eta-cuadrado.

Por lo tanto, esta tesis doctoral presenta una panorámica bastante completa, realista y actual de los estilos de vida que caracterizan a los adolescentes españoles, analizando no solo los ámbitos donde chicos y chicas muestran más riesgo, sino también aquellos otros que revelan la parte más positiva y protectora de los estilos de vida de esta población.

A continuación se dedican unas páginas a discutir los resultados obtenidos en relación con cada uno de los contenidos de los estilos de vida de una manera independiente, sin adentrarse aún en los detalles relacionados con las constelaciones de estilos de vida en la predicción de salud, algo que será tratado en el tercer apartado de esta sección.

• Hábitos de alimentación.

Para empezar, en lo que respecta a los hábitos de alimentación, casi la mitad de los adolescentes españoles (48,1%) consumen poca fruta y verdura, pero realizan un desayuno completo casi todos los días de la semana, a la vez que tienen bajo consumo de dulces y refrescos. Aparte de estos adolescentes, existe otro grupo menos numeroso (16,5%) que se caracteriza por tener mejores hábitos de alimentación, ya que se diferencian de los anteriores en que consumen con más frecuencia fruta y verdura. Los análisis encaminados a poner en relación los hábitos de alimentación y la puntuación global de salud muestran que este segundo grupo de adolescentes es el que obtiene mayor puntuación de bienestar físico, mental y social, en comparación con el 20,1% de los adolescentes que se caracterizan por consumir poca fruta y verdura pero muchos dulces y refrescos, y al 15,3% de los adolescentes, que a pesar de no consumir dulces y refrescos con alta frecuencia, consumen poca fruta y verdura y desayuna menos de dos días a la semana. Por lo tanto, los resultados de esta tesis doctoral muestran un porcentaje realmente bajo de adolescentes (16,5%) que llevan a cabo hábitos de alimentación saludables y que este trabajo también muestra como directamente relacionados con el bienestar físico, psicológico y social.

El Modelo Lineal General aplicado sobre la puntuación global de salud también demuestra que son los adolescentes que consumen poca fruta y verdura y desayunan menos de dos días a la semana (15,3% de la muestra), los que destacan por tener la peor puntuación de bienestar biopsicosocial. Este grupo de adolescentes se diferencia del primer grupo comentado al comienzo de este apartado (compuesto por el 48,1% de la muestra) únicamente en la frecuencia de desayuno, ya que ambos comparten el bajo consumo en fruta y verdura. Por lo tanto, la ausencia de desayuno demuestra ser el hábito de alimentación más dañino en lo que respecta al ajuste global del adolescente, en comparación con el bajo consumo de fruta y verdura o al alto consumo de dulces y refrescos.

Así, la panorámica general de los adolescentes españoles en función de sus hábitos de alimentación muestra un pequeño grupo de chicos y chicas que tiene hábitos realmente saludables (16,5%) y otro pequeño grupo con hábitos nada saludables (15,3%), mientras que el 68,2% restante de adolescentes se puede decir que tienen hábitos de alimentación medianamente saludables. Concretamente, alrededor dos terceras partes de esos adolescentes (48,1%) se caracterizan por su bajo consumo de fruta y verdura, mientras que una tercera parte (20,1%) lo hace por su alto consumo de dulces y refrescos.

De estos resultados se derivan al menos dos grandes líneas de intervención. Por un lado, la orientada a prevenir el bajo consumo de fruta y verdura, ya que es el déficit de alimentación más generali-

zado en la población adolescente y, por otra parte, la de promocionar el desayuno regular, que ha demostrado ser el hábito de alimentación que mejor se relaciona con el bienestar físico, psicológico y social en la etapa de la adolescencia. Ambas intervenciones tienen sentido en España ya que, como acaba de destacarse, tan solo el 16,5% de la población adolescente tiene hábitos de alimentación completamente saludables.

Haciendo referencia a la primera indicación, esta investigación coincide con otros estudios, expuestos en la Introducción de este trabajo, que avisan del bajo consumo de fruta y verdura durante la adolescencia. Así, solo el 7,7% de los chicos y chicas de 11 a 18 años en España consumen verduras (incluyendo legumbres) en la frecuencia óptima, es decir, más de una vez al día, todos los días. En el caso del consumo de fruta, el porcentaje de jóvenes que la consumen en la frecuencia óptima es del 13,7%, observándose una disminución con respecto al porcentaje obtenido en la edición HBSC 2002, que era del 19,3 (C. Moreno et al., 2005a). Por lo tanto, los resultados de este trabajo muestran que el porcentaje de adolescentes españoles que no cumple las recomendaciones de los expertos en relación con el consumo de fruta y verdura es incluso mayor que el aportado por otros estudios importantes en el ámbito, como por ejemplo el de Field et al. (2003).

Algunos de los cambios que ocurren en la adolescencia, tanto de tipo físico (como el incremento en las demandas de energía y nutrientes) como de carácter psicosocial (principalmente el aumento de independencia, la necesidad de explorar sensaciones y experiencias nuevas, el incremento de comidas fuera de casa o los horarios cada vez más exigentes), tienen efectos en los modos de alimentación y en la elección de los alimentos que se consumen, lo que aumenta el riesgo de hábitos de alimentación no saludables en esta etapa evolutiva (Story et al., 2002).

Sin embargo, existe también una importante influencia de agentes externos al individuo y más relacionados con factores estructurales, como el alto precio de los productos naturales (como son la fruta y la verdura) y su baja disponibilidad, en comparación con otros productos menos naturales y de elaboración rápida (French & Wechsler, 2004). De hecho, parece que el consumo de estos últimos productos se está generalizando cada vez más en una sociedad donde, por una parte, las familias tienen menos tiempo para realizar compras de productos naturales con la frecuencia que estos alimentos requieren y, por otra parte, las empresas invierten grandes cantidades de dinero en la publicidad de alimentos más industriales.

En este sentido, los datos de este trabajo demuestran una influencia clara de los factores socioeconómicos en los hábitos de alimentación durante la adolescencia. Los resultados han demostrado un mayor consumo de fruta y mayor regularidad del desayuno en los adolescentes que pertenecen a familias con un nivel socioeconómico más alto. Sin embargo, sucede lo contrario en el caso de los refrescos azucarados: son los adolescentes de familias con bajo poder adquisitivo los que más los consumen.

Como se decía unas líneas más arriba, una de las barreras más importantes en el consumo de frutas y verduras es su alto precio y su baja disponibilidad, de ahí que sea la población económicamente más desfavorecida la que se encuentra más perjudicada (Epstein et al., 2006; French & Wechsler, 2004; Knai, Pomerleau, Lock & McKee, 2006). En este sentido, en el informe *Los determinantes sociales de la salud (los hechos probados)* se describe este problema en los siguientes términos: “El acceso a alimentos buenos y asequibles marca más la diferencia de lo que come la gente que la educación para la salud que puedan recibir” (Wilkinson & Marmot, 2003, p. 26).

Por otro lado, una segunda implicación básica de los resultados de esta tesis doctoral, en lo referente a los hábitos de alimentación, es la necesidad de promocionar el cumplimiento regular del desayuno entre la población adolescente. En contra de las investigaciones expuestas en la Introducción, que muestran la omisión del desayuno como una práctica de alimentación relativamente frecuente en esta etapa evolutiva, el porcentaje de adolescentes españoles que ha mostrado en esta investigación una configuración de hábitos de alimentación caracterizada por el bajo consumo

de desayuno no es excesivamente alta, un 15,3%. De hecho, el informe de comparaciones de los datos HBSC 2002 y 2006 muestra un aumento del porcentaje de adolescentes que dice desayunar todos los días entre semana, del 69,2% en 2002 al 73,2% en 2006 (C. Moreno et al., 2008). Sin embargo, ese 15,3% de adolescentes que, además de no consumir fruta y verdura, no desayuna con regularidad, aún sigue siendo un porcentaje demasiado alto, teniendo en cuenta que su nivel de bienestar físico, mental y social se ve significativamente afectado por el ayuno excesivo que implica la irregularidad del hábito de desayunar por las mañanas.

Desde un punto de vista estrictamente biológico, la influencia del ayuno en la salud física, a través de la variabilidad del ritmo cardiaco y del incremento de la actividad parasimpática (Pivik et al., 2006), podría explicar la fuerte relación existente entre la baja frecuencia de desayuno y la peor puntuación de salud. Pero la sensibilidad del cuerpo humano a las variaciones en la disponibilidad de suministros de nutrientes no solo tiene consecuencias de carácter físico, sino también en el bienestar psicosocial, como demuestra esta tesis doctoral. Concretamente, la fatiga consecuente a estos cambios metabólicos interfiere en el rendimiento cognitivo, con las graves consecuencias que esto conlleva para el desarrollo del adolescente. En el mismo sentido, algunas investigaciones también muestran que saltarse el desayuno se relaciona con peores indicadores de salud positiva durante la adolescencia, como depresión (Afifi, Al Riyami, Morsi & Al Kharusil, 2006; Fulkerson, Sherwood, Perry, Neumark-Sztainer & Story, 2004) y bienestar emocional o calidad de vida relacionada con la salud (Chen et al., 2005). Así mismo, Goodwin, Knol, Eddy, Fitzhugh, Kendrick y Donahue (2006) encuentran mejor percepción del estado general de salud en aquellos adolescentes que consumen más verduras. Por lo tanto, parece coherente con estos precedentes que sea el grupo de adolescentes caracterizado por saltarse el desayuno y, además, consumir fruta y verdura con poca frecuencia, el grupo con peor puntuación global de salud (el 15,3% de los adolescentes españoles).

El problema de saltarse el desayuno se hace especialmente grave en el caso de las chicas adolescentes de más edad, concretamente a partir de los 15 años. Este resultado de nuevo es acorde con los hallados en otras investigaciones. Hay autores que han intentado explicar estas diferencias de género haciendo referencia a la mayor probabilidad de las chicas a llevar a cabo prácticas perjudiciales para su salud con la intención de perder peso (Flynn, 1997; Wu et al., 2006). De hecho, tal y como se ha demostrado en otro trabajo realizado con esta misma muestra, la intención de adelgazar es más marcada y comprometida para la salud en el caso de las chicas en comparación con los chicos (Ramos, Rivera & C. Moreno, 2010).

Los resultados de esta investigación apoyarían también en parte los datos aportados por el proyecto HELENA (*Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescents*), en el sentido de mostrar la relación entre la omisión del desayuno y los peores hábitos de alimentación durante la adolescencia (L. A. Moreno et al., 2005). Sin embargo, en el caso de los adolescentes españoles, esta relación tan solo se demuestra en lo referente al bajo consumo de fruta y verdura, pero no con el consumo de dulces y refrescos. De todo lo anterior se concluye que una implicación práctica de estos resultados es la conveniencia de poner en marcha iniciativas de prevención y promoción de hábitos de alimentación saludables, que promocionen el consumo de fruta y verdura, a la vez que insistan en la importancia del desayuno.

En cuanto al grupo de adolescentes caracterizado principalmente por su alto consumo de alimentos no saludables (dulces y refrescos) y representado por el 20,1% de los jóvenes españoles, es curioso que su nivel global de salud no llega a ser tan bajo como el observado en el grupo de adolescentes caracterizado principalmente por saltarse el desayuno. Teniendo en cuenta que la puntuación global de salud mide el ajuste del adolescente en el momento presente, es posible que las consecuencias del consumo de dulces y refrescos no se detecten aún en estos sujetos a corto plazo pero, desgraciadamente, es probable que sí ocurra a largo plazo. A pesar de esto, el porcentaje de adolescentes que consumen dulces y refrescos a diario en España no es excesivamente alto, en

comparación con los datos aportados por otros estudios reflejados en la Introducción. Sin embargo, en lo que atañe al consumo de dulces y refrescos, los adolescentes mayores deben ser considerados una población de mayor riesgo y, de hecho, según los resultados encontrados, son las chicas adolescentes mayores las que consumen dulces con más frecuencia, mientras que son los chicos de más edad los que beben refrescos azucarados más a menudo.

- **Higiene dental.**

La correcta higiene dental tiene una gran importancia en la calidad de vida de las personas, no solo desde un punto de vista biosanitario sino también por su impacto social, muy relacionado a su vez con el bienestar psicológico. Tal y como explica Sheiham (2005), las consecuencias psicosociales derivadas de un incorrecto cuidado bucodental se materializan a través de la restricción alimentaria, la limitación en la comunicación, el malestar o la insatisfacción estética. Además, estas repercusiones negativas toman aún más importancia en la etapa adolescente, ya que se trata de un momento vital especialmente vulnerable a los defectos de la apariencia física, ocasionados con frecuencia por los problemas derivados de la inadecuada higiene dental (Albino & Lawrence, 1993).

De entre todas las recomendaciones existentes para proteger la higiene dental, la más importante y universal es la referente a cepillarse los dientes con una frecuencia mínima de dos veces al día (Löe, 2000). Por esta razón, el presente estudio ha considerado oportuno elegir este ítem como un contenido representativo de la higiene dental en la etapa adolescente (Currie et al., 2008).

A partir de esta información, este trabajo ha conseguido demostrar la existencia de relación entre el cepillado dental y el nivel de bienestar físico, psicológico y social. A pesar de que se ha demostrado mayor higiene dental en las chicas, en comparación con los chicos, y sobre todo a partir de los 15-16 años, la relación entre higiene dental y puntuación global en bienestar permanece invariable en función del sexo, la edad o el nivel socioeconómico.

Por lo tanto, los resultados de esta tesis doctoral son acordes con los datos de otras investigaciones que muestran cómo la pobre salud dental limita las opciones personales y las oportunidades sociales en la adolescencia, y se asocia a una menor satisfacción vital (Honkala et al., 2007; Macgregor, Regis & Balding, 1997). Otros estudios relacionan la frecuencia del cepillado dental con una peor percepción de salud (Schou et al., 2006) y con peor bienestar emocional o calidad de vida relacionada con la salud (Gift, Atchison & Dayton, 1997). Koivusilta, Rimpelä y Vikat (2003) consideran que el estilo de vida relacionado con la higiene dental puede estar motivado durante la adolescencia por un deseo personal de aumentar el atractivo personal, por lo que no cepillarse los dientes puede entenderse como abandonar una posibilidad para lograr aceptación social y prestigio entre los iguales, lo que a su vez puede estar indicando la existencia de otros problemas como indiferencia, baja autoestima y subestimación de sus habilidades. Sin embargo, para aceptar esta hipótesis hay que dar por supuesto varios asuntos importantes, entre ellos que los adolescentes tengan grupalmente un *locus* de control interno en lo referente al atractivo de su boca, atribuyéndose a sí mismos la posibilidad de mejorar o empeorar ese atractivo, lo que está aún por demostrar.

Conscientes de la gran importancia de este contenido del estilo de vida para mantener el completo estado de bienestar, desde la Organización Mundial de la Salud se están potenciando cada vez más las políticas y estrategias dirigidas a la salud oral, así como su integración en programas de salud nacionales y comunitarios (Erik, 2008). Es especialmente importante que esta concienciación se generalice entre los expertos y políticos españoles, ya que nuestro país se caracteriza actualmente por ser uno de los países europeos más alejados de los estándares de salud dental en la población adolescente (Currie et al., 2008; Maes et al., 2006). Además, lejos de ser conscientes de las repercusiones que esto supone para nuestros jóvenes, en la actualidad existen pocos estudios nacionales que investiguen este comportamiento con la profundidad que se requiere, no solo en lo referente a su prevalencia, sino también en su repercusión sobre el desarrollo saludable, así como la influencia que pueden estar ejerciendo otras variables más estructurales e independientes de la voluntad del individuo.

Ahora bien, también es verdad que si se comparan los resultados obtenidos en este trabajo con los encontrados en la edición HBSC 2002 (es decir, cuatro años antes) (C. Moreno et al., 2005a), no todos los resultados son alarmantes, ya que el porcentaje de adolescentes españoles que se cepilla los dientes al menos dos veces al día ha aumentado desde la edición 2002 a la del 2006 en algo más de seis puntos porcentuales. Sin embargo, a pesar de este ligero aumento, el problema de la pobre higiene dental de los adolescentes españoles se encuentra aún lejos de estar erradicado. Teniendo en cuenta la gran importancia de la higiene dental para el desarrollo saludable en la adolescencia, el hecho de que casi la mitad de los adolescentes españoles no cumpla la recomendación sanitaria referente a cepillarse los dientes al menos dos veces al día (43,3%) obliga a ver el vaso *medio vacío*, sobre todo en el caso de los chicos a partir de los 13-14 años.

• **Actividad física.**

La importancia de un estilo de vida activo en la etapa adolescente viene avalada por la multitud de estudios que muestran su relación con una gran cantidad de enfermedades, no solo físicas, sino también mentales (Comisión Europea sobre Sanidad y Protección de los Consumidores, 2003; Murray & López, 2002; OMS, 2002; Strong et al., 2005).

A pesar de que el estudio intergeneracional realizado por Samdal et al. (2006) muestra una estabilización o, incluso, una pequeña mejora del nivel de Actividad Física Vigorosa en los adolescentes de siete países europeos, es necesario advertir que estos datos se midieron hasta el año 2000. Sin embargo, desde comienzos de siglo, las razones que explican el progresivo deterioro en la capacidad aeróbica de los adolescentes (como es el incremento del sedentarismo en las sociedades industrializadas o la falta de tiempo para dedicar a la práctica deportiva), lejos de disminuir, parecen haberse estabilizado o, incluso, incrementado (Suris et al., 2006; Tomkinson, et al., 2003).

Tras el largo debate acerca de las guías y recomendaciones para la actividad física en la etapa adolescente, actualmente no existe aún un consenso claro al respecto. Para la discusión de los resultados encontrados en esta tesis doctoral se ha optado por seguir las indicaciones propuestas por Pate et al. (2002), ya que se trata de las más actualizadas que existen hasta la fecha. Por lo tanto, para la Actividad Física Moderada a Vigorosa se toma como recomendación la de realizarla durante al menos 60 minutos al día (sin necesidad de que sean 60 minutos seguidos), al menos 5 días a la semana. En el caso de la Actividad Física Vigorosa, se opta por seleccionar el criterio de realizar algún tipo de actividad durante el tiempo libre que hace llegar a sudar o que falte el aliento, al menos dos o tres días a la semana.

Siguiendo a Macfarlane, Lee, Ho, Chan y Chan (2006), en los últimos años han comenzado a surgir algunas críticas a estas medidas. Concretamente, la Actividad Física Moderada a Vigorosa entraña la dificultad de contabilizar la actividad física ligera o moderada, ya que mucha actividad de esta intensidad es difícil de estimar. De hecho, los adolescentes pueden tener dificultades para recordar la cantidad total de este tipo de actividad ligera, mientras que los momentos o arranques vigorosos son más fáciles de recordar. Por su parte, la medida de Actividad Física Vigorosa también ha recibido algunas críticas relacionadas con su sobreestimación. Por las características del contexto donde se suelen realizar estas actividades (a menudo como una actividad estructurada), los adolescentes tienden a apuntar en el cuestionario más tiempo del real, ya que tienden a informar sobre el tiempo total de la actividad estructurada y no sobre el tiempo que realmente están sudando o sin aliento (Pate et al., 2002).

Teniendo en cuenta estos razonamientos, los resultados encontrados en esta tesis doctoral parecen tomar un sentido más claro. Por un lado, acorde con la posibilidad de que los datos de Actividad Física Moderada a Vigorosa estén infraestimados, se encuentra un porcentaje relativamente bajo de chicos y chicas que cumplen los requisitos para esta actividad; así, solo un 37% de jóvenes dice realizar esta actividad con la frecuencia recomendada. Sin embargo, en el caso de la Actividad Física Vigorosa, sucede lo contrario. Concretamente, los resultados muestran que alrededor del 60% de la

muestra dice realizar algún tipo de actividad física en su tiempo libre que les hace llegar a sudar o a quedarse sin aliento, al menos dos o tres días a la semana. Este alto porcentaje no tiene porqué invitar al optimismo si se tiene en cuenta el sesgo de sobreestimación que puede entrañar esta pregunta, tal y como se ha explicado más arriba.

En cuanto a la relación entre actividad física y edad, existen muchos resultados de investigación coincidentes con los encontrados en esta tesis (descenso del nivel de actividad con la edad; ver, por ejemplo, Olds et al., 2009). Así mismo, en cuanto a las diferencias de sexo, los resultados de este trabajo corroboran los encontrados por otros estudios, que muestran mayor nivel de actividad física en los adolescentes varones. De hecho, la disminución del nivel de actividad física con la edad es más marcada y comienza a una edad más temprana en el caso de las chicas en comparación con los chicos.

Teniendo en cuenta el importante papel que toman los valores y actitudes en la práctica de los estilos de vida saludables (según los modelos y teorías del cambio de conducta saludable, explicados en la Introducción), estas desigualdades de sexo en el nivel de actividad física podrían entenderse por la actitud diferencial que chicos y chicas tienen hacia esta actividad. Concretamente, los chicos consideran las actividades deportivas como congruentes con el rol masculino y adquieren prestigio a través de la competición, mientras que en el caso de las chicas es menos probable que relacionen la actividad deportiva con el proceso de ser mujer, por lo que podrían evitar participar en aquellas actividades que puedan percibir como amenazantes para su feminidad (Coakley & White, 1992). Así mismo, tal y como comentan Inchley y Currie (2004), siempre han existido menos normas que restrinjan las actividades de los chicos en comparación con las chicas, de hecho puede que en muchos contextos aún los chicos obtengan permiso para estar fuera de casa de manera no supervisada con más frecuencia que las chicas.

En definitiva, y de manera muy clara, estos datos ponen en evidencia la posición desfavorecedora en la que se encuentran las chicas adolescentes en este contenido del estilo de vida, no solo porque a corto plazo pierden la oportunidad de obtener los beneficios psicológicos y sociales asociados con la actividad física, sino porque se convierten además en una población más susceptible de ganar peso, lo que a su vez tiene repercusiones para su bienestar actual y futuro.

Además, este trabajo ha encontrado una relación clara entre capacidad adquisitiva familiar y nivel de actividad física en la etapa adolescente, una relación que no ha sido estudiada todavía con demasiada profundidad. Probablemente lo que estos resultados indican es que los recursos económicos de las familias son importantes desde el momento en que muchos deportes requieren el pago de cuotas y la adquisición de equipamientos, a menudo más costosos de lo que muchas familias pueden permitirse.

Por otro lado, y con relación a las conductas sedentarias más comunes en la adolescencia, se ha demostrado que son las actividades relacionadas con la pantalla (televisión, ordenador o videojuegos), las más habituales durante el tiempo libre (Hardy et al., 2007). Debido a la mayor tradición en el estudio de la conducta relacionada con ver televisión o vídeos, actualmente solo existen directrices para esas actividades, y la recomendación es de dos horas al día, como máximo (*American Academy of Pediatrics*, 2001).

Pues bien, en el caso de los adolescentes españoles, se debe advertir que el tiempo dedicado a ver televisión es excesivo, ya que pasan como media 2,37 horas. Estos datos son aún más preocupantes si se tiene en cuenta que, además de ese tiempo dedicado a ver televisión, los adolescentes españoles dedican como media 1,09 horas al día a jugar con el ordenador o la consola y 1,11 a usar el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar e-mails, hacer los deberes, etc. Por lo tanto, teniendo en cuenta que la indicación de las dos horas máximas para ver televisión se realizó a comienzos de siglo, momento en el que el tiempo que los adolescentes dedicaban al ordenador o la videoconsola era menor, actualmente dicha recomendación queda demasiado laxa y, por lo tanto, superarla es aún más preocupante.

Los resultados de este trabajo muestran, en parte, algunas contradicciones con otros estudios en relación con las diferencias de sexo en las conductas sedentarias durante la adolescencia. Concretamente, mientras otros investigadores como Ho y Lee (2001) o D. F. Roberts (2000) muestran mayor frecuencia de uso del ordenador en los chicos para jugar y en las chicas para hacer otras cosas como deberes, comunicarse o usar internet; en este trabajo no se obtienen diferencias claras entre chicos y chicas en lo que respecta al uso del ordenador para jugar y se observan más horas de uso del ordenador para esos otros menesteres en los chicos. Por lo tanto, podría parecer que, para bien o para mal, podrían estar desapareciendo las diferencias de género en lo que respecta al uso del ordenador en la adolescencia. Sin embargo, se obtiene una disminución del uso del ordenador para jugar en las chicas, a partir de los 15-16 años, mientras que en los chicos se observa un aumento. De cualquier modo, será necesario en futuras recogidas de datos profundizar en el análisis de estas diferencias, así como en su influencia sobre el desarrollo adolescente.

Cuando se utiliza como indicador el nivel adquisitivo familiar, se obtienen más horas de televisión en los adolescentes de familias con nivel adquisitivo bajo, pero más horas jugando al ordenador o la consola en los adolescentes de familias con nivel adquisitivo alto. Estos resultados parecen apoyar los de otros estudios, que ya fueron presentados en la Introducción de este trabajo, y que igualmente muestran más tiempo de conductas sedentarias en los adolescentes con mejor posición económica, lo que podría estar asociado a mayor disponibilidad de juegos por ordenador o consolas. Al hilo de este resultado, es necesario reflexionar acerca del riesgo que supone disponer de este tipo de recursos para el ocio sin un control adecuado del tiempo que se les dedica. Tal y como se ha explicado en la Introducción de este trabajo, en esta etapa evolutiva el desarrollo neurobiológico no garantiza totalmente el control propio sobre las tentaciones y refuerzos que conllevan este tipo de juegos (B. J. Casey et al., 2000; Goldberg, 2001).

Por otro lado, según la hipótesis del desplazamiento, que postula la anulación de las actividades físicamente activas como consecuencia del tiempo que ocupan las conductas sedentarias (e.g. Andersen et al., 1998), los resultados de esta tesis doctoral no terminan de apoyar esta hipótesis. Para empezar, hay que tener en cuenta que el análisis de clúster realizado sobre la población adolescente española proporciona tres grupos de adolescentes, en función de la frecuencia alta o baja de actividad física (tanto Actividad Física Moderada a Vigorosa como Actividad Física Vigorosa) y la frecuencia alta o baja de las conductas sedentarias (ver televisión, jugar al ordenador o la consola y usar el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar e-mails, hacer los deberes, etc.). Los resultados muestran un primer grupo, representado por el 25,4% de adolescentes, con un nivel alto de actividad física y bajo sedentarismo; un segundo grupo, 22,1% de adolescentes, con alto nivel de sedentarismo y bajo de actividad física; y, en tercer lugar, el 52,5% de adolescentes que aparecen con baja frecuencia en ambos tipos de actividades.

Por lo tanto, los resultados encontrados en esta tesis doctoral no apoyarían la hipótesis de desplazamiento toda vez que la proporción de adolescentes que tienen bajo nivel de actividad física y bajo sedentarismo es el doble (51,5%) en comparación con el grupo de chicos y chicas que tienen bajo nivel de actividad física unido al alto nivel de sedentarismo (22,1%). Por lo tanto, estos resultados parecerían apoyar las conclusiones en contra de la hipótesis de desplazamiento aportadas por Borraccino et al. (2009), dem Bulck y Hofman (2009), Robinson et al. (1993) y Samdal et al. (2006).

Sin embargo, el hecho de que no se haya obtenido ningún grupo de adolescentes que puntúe alto en ambos tipos de actividades (actividad física y actividades sedentarias) parece demostrar que, en cierto modo, ambas conductas podrían competir por el tiempo invertido en ellas. De esta forma, estos resultados no apoyarían completamente los datos aportados por Marshall, Biddle, Sallis, McKenzie y Conway (2002), quienes afirman que ambos tipos de actividades son perfectamente compatibles porque se producirían en diferentes momentos del día.

Tal y como señala Samdal et al. (2006), existen pocos estudios prospectivos que muestren la asociación entre actividad física y conductas sedentarias, por lo que no es posible aún afirmar que no

exista relación entre ambas conductas. También es necesaria más investigación que explore la relación entre la actividad física y las conductas sedentarias relacionadas con el ordenador según el uso que se haga de él. De hecho, Ho y Lee (2001) han demostrado que el uso del ordenador para jugar sí se relaciona con un nivel más bajo de actividad física, mientras que no sucede lo mismo con el uso del ordenador para comunicarse, navegar por internet o hacer las tareas escolares.

Por otro lado, según se ha analizado en la Introducción de este trabajo, existen evidencias claras de las implicaciones de la actividad física para la salud psicosocial, sin embargo, en el caso de las conductas sedentarias, las evidencias son más cuestionables. Los resultados encontrados en esta tesis doctoral aportan luz a este asunto al encontrar relación entre los tres clústeres de adolescentes anteriormente descritos y la puntuación global e integradora de salud. Así, estos resultados muestran que los adolescentes del primer grupo, caracterizados por su alto nivel de actividad física y su bajo índice de sedentarismo, son los que realmente muestran una puntuación alta en salud biopsicosocial. Estos resultados coinciden con diversos estudios recientes que demuestran la relación positiva entre un nivel alto de actividad física durante la adolescencia y otros indicadores importantes de salud positiva, como son la percepción de salud, el bienestar emocional y la satisfacción vital (Aarnio, Winter, Kujala & Kapio, 2002; Castillo, Tomás, García-Merita & Balaguer, 2003; Iannotti, Kogan, Janssen & Boyce, 2009; Shoup, Gattshall, Dandamundi & Estabrooks, 2008; Ussher, Owen, Cook & Whincup, 2007).

Ahora bien, los adolescentes del segundo y tercer grupo tienen ambos una puntuación baja en salud, sin registrarse diferencias realmente apreciables entre ellos. El hecho de que la diferencia entre el segundo y el tercer grupo sea el nivel de sedentarismo y la coincidencia sea el bajo nivel de actividad física, indica que es la actividad física la que realmente influye en la puntuación global de salud de los adolescentes y no su nivel de sedentarismo. Por lo tanto, estos resultados no apoyarían completamente las conclusiones de otros autores que afirman que un nivel alto de conductas sedentarias se relaciona con una percepción de salud pobre, menor bienestar emocional y baja satisfacción vital (Iannotti, Kogan et al., 2009; Ussher, et al., 2007). Sin embargo, los resultados encontrados por esta tesis doctoral, referidos a la ausencia de relación entre conductas sedentarias y puntuación global de salud, tienen la limitación de haberse realizado a través de un análisis de clúster, donde las conductas sedentarias aparecen agrupadas, por lo que no se han podido tener en cuenta el papel que puedan jugar las diferentes conductas sedentarias. De hecho, Iannotti, Kogan et al. (2009) explican que la relación encontrada por algunos estudios entre conductas sedentarias y peores indicadores de salud se puede deber a la naturaleza pasiva de algunas conductas sedentarias. Por ejemplo, el tiempo que los adolescentes pasan viendo la televisión es un tiempo que no pasan en interacción social, resolviendo problemas personales y sociales y afianzando el desarrollo de las capacidades cognitivas y físicas. Por lo tanto, es necesario profundizar en el estudio de las diferencias entre las conductas sedentarias y sus implicaciones para la salud.

Por otro lado, existen explicaciones psicológicas y biológicas al hecho de que la actividad física se relacione con la puntuación global de salud. Además de los beneficios psicológicos y sociales de la actividad física, comentados al comienzo de este trabajo, existen multitud de explicaciones biológicas que argumentan el aumento de bienestar en las personas físicamente activas, siendo la más conocida la que demuestra el aumento en la concentración de endorfinas en las personas cuyo esfuerzo físico supera una determinada intensidad (Plante & Rodin, 1990).

En definitiva, los resultados de esta tesis doctoral muestran que el nivel de actividad física de los adolescentes españoles se relaciona con la puntuación de salud, mientras que no sucede lo mismo con las actividades sedentarias. Esta diferenciación en la correlación entre salud y actividad física, por una parte, y actividades sedentarias, por otra parte, podría demostrar que ambas conductas (actividad física y conductas sedentarias) son independientes, es decir, que los adolescentes no sustituyen la actividad física con las conductas sedentarias (según plantea la hipótesis del desplazamiento), tal y como argumentan Iannotti, Janssen et al. (2009).

• Consumo de sustancias.

En lo que respecta al consumo de tabaco en la adolescencia, los datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) muestran una estabilización del consumo de tabaco entre los adolescentes de 14 a 18 años en el año 2008 respecto al 2006 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Sin embargo, estos resultados optimistas no deben hacernos olvidar que actualmente el tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo (WHO, 2007a), por lo que el objetivo en la población juvenil debe ir más allá de la estabilización en el consumo.

Los resultados de esta tesis doctoral, referidos al consumo de tabaco en los adolescentes de 11 a 18 años, muestran que un 9% consume tabaco a diario. La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) informa de un 14,8% entre los 14 y los 18 años. Si se restringe la muestra del HBSC a los 13-18 años para hacer más comparables sus datos con los de ESTUDES, se obtiene un porcentaje muy parecido, 12,6%.

Suele haber un amplio consenso en la investigación a la hora de presentar las diferencias de sexo en el consumo de tabaco, pero este trabajo añade algunas precisiones importantes. Así, aunque globalmente el consumo de tabaco es mayor entre las chicas que entre los chicos, cuando se comparan según los grupos de edad, se observa que las diferencias son realmente llamativas únicamente a los 13-14 años y a los 17-18 años, mientras que a los 11-12 años no existen diferencias y a los 15-16 años las diferencias son bajas. Esto podría deberse a que en el primer tramo de edad (11-12 años) el porcentaje de adolescentes fumadores es realmente muy bajo, mientras que el tercero (15-16 años) es el que se podría considerar como el momento crítico en el inicio del consumo habitual de esta sustancia. Es cierto que a los 13-14 años ya se han iniciado algunos (más chicas que chicos, aunque el porcentaje es aún muy bajo en ambos casos), pero es ahora cuando se produce la mayor incorporación de nuevos consumidores. En el caso del tabaco hay que tener en cuenta que lo que se está discutiendo aquí es el consumo diario, es decir, un consumo que ya no es experimental, sino que se ha convertido en hábito, lo que significa que ha necesitado un proceso, un tiempo. En el caso de los chicos parece que ese tiempo se estabiliza en este tramo de edad (15-16 años), pero lo que parece ocurrir en el caso de ellas es que una gran proporción de chicas se siguen incorporando al hábito de fumar a diario también a los 17-18 años, con lo que las diferencias con los varones aumentan significativamente en este tramo de edad (14,1% *versus* 22,3%). Mendoza y López (2007) encuentran también estas diferencias de sexo en el incremento de la proporción de fumadores diarios en función de la edad, siendo las chicas las que incrementan más este consumo a los 17 y 18 años.

Muchos autores han relacionado estas diferencias de género en el patrón de consumo de tabaco con varios factores psicosociales clave, como la mayor influencia de la conducta de fumar de padres, madres, iguales u otros adultos significativos en las chicas; la asociación del tabaquismo con el estereotipo de poder e independencia relacionado con la masculinidad y el deseo por parte de las chicas de conseguir dicho estatus, la apertura de las estrategias de marketing de las empresas tabaqueras para incluir a las chicas; o la creencia relacionada con el uso del tabaco como un método eficaz para reducir peso (Grunberg, Winders & Wewers, 1991; Mendoza, Batista & Rubio, 2005; Schiaffino et al., 2003).

Junto al tabaco, el alcohol es la droga más consumida en la etapa adolescente. Mientras que las comparaciones realizadas entre la edición ESTUDES 2006 y 2008 muestran una estabilización del consumo de alcohol, en el caso de los episodios de embriaguez se detecta un aumento. Las comparaciones de los datos de consumo de alcohol en los adolescentes españoles, encontrados por las ediciones del estudio HBSC 2002 y 2006, muestran un ligero aumento del consumo de alcohol, concretamente en los adolescentes de 11 a 14 años, y un aumento de los episodios de embriaguez entre los 13 y los 16 años (C. Moreno et al., 2008). A pesar de estas pequeñas variaciones, en general se considera que en España, como en la mayoría del resto de países del sur de Europa, se ha estabilizado el consumo de alcohol entre los adolescentes en los últimos diez años (Simons-Morton et al., 2009).

Los resultados de este trabajo muestran que un 1,3% de adolescentes de 11 a 18 años dice consumir en la actualidad algún tipo de alcohol a diario, mientras que el 45% de ellos no consumen alcohol en la actualidad. Cuando este último dato se mide únicamente en los adolescentes de 13 a 18 años, el porcentaje de abstemios disminuye al 29%, cifra aun mayor que la aportada para un rango de edad parecido (de 14 a 18 años) por la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), que la estima en un 14%.

Con respecto a los episodios de embriaguez, los datos de esta tesis muestran que alrededor del 10% de los adolescentes de 11-18 años dice haberse emborrachado cuatro veces o más en su vida. Por lo tanto, comparando estos resultados con los aportados por estudios internacionales como el de Simons-Morton et al. (2009), los datos podrían indicar que España parece encontrarse entre los países con un patrón de consumo de alcohol juvenil más moderado y frecuente, parecido al encontrado por Hibell et al. (2009) en Grecia y en contraposición al patrón característico de los países nórdicos, más esporádico pero intenso.

Los resultados de este trabajo, con relación a la ausencia de diferencias de sexo en el consumo de alcohol, se muestran acordes con los resultados de otros estudios que encuentran una progresiva desaparición de los factores sociales y culturales que tradicionalmente mantenían las diferencias de género en la frecuencia de este consumo. Ahora bien, este trabajo detecta mayor probabilidad de episodios de embriaguez en los adolescentes varones mayores, entre los 15 y 18 años; es decir, a partir de la edad en que realmente existe prevalencia significativa de este fenómeno. Por lo tanto, estos datos corroboran el hecho de que la diferenciación de sexo en el consumo de alcohol se sigue registrando en el patrón de consumo excesivo, es decir, el que provoca el estado de embriaguez y mayor riesgo de dependencia. Así, tal y como explican Wilsnack et al. (2000), los hombres consumen alcohol en grandes cantidades con más frecuencia que las mujeres, ya que esto les ayuda a ejercer su masculinidad a través de la demostración de resistencia, inconformidad y asunción de riesgos. Sin embargo, los episodios de embriaguez en las mujeres aún parecen estar asociados a la estigmatización y la desaprobación social (Kloos et al., 2009). Esto podría ser explicado por el diferente patrón de socialización entre hombres y mujeres. Así, mientras que para los hombres beber está habitualmente asociado con un propósito social, es decir, se utiliza para conseguir amistad y crear cercanía entre los individuos; las relaciones sociales de las mujeres se caracterizan por un mayor grado de intimidad, sin que el alcohol tenga un papel tan relevante (Capone, Wood, Borsari & Laird, 2007). De hecho, el consumo excesivo de sustancias en las chicas adolescentes está más asociado que en los chicos a factores ambientales de riesgo, como problemas en la relación con padres y madres o pertenencia a familias desestructuradas (Dakof, 2000). Esto explica que la contribución ambiental en la dependencia de alcohol sea mayor en mujeres que en hombres, mientras que la contribución de los factores hereditarios es igual en ambos sexos (Hicks et al., 2007).

En lo que respecta al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la sustancia ilegal cuyo consumo está más generalizado entre la población adolescente, a pesar de que en los últimos años está comenzando a estabilizarse en muchos países (OEDT, 2008b). Los datos de esta tesis doctoral muestran que el 14,8% de los adolescentes de 13-18 años han consumido cannabis alguna vez en los últimos 30 días, prácticamente el doble de proporción que la aportada desde el ámbito internacional por la Encuesta Escolar sobre Alcohol y otras Drogas, que la fija en 7,5% la media de los 35 países europeos que forman parte de este estudio (Hibell et al., 2009). Sin embargo, la cifra es algo inferior a la encontrada para el caso de los adolescentes españoles por la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, que ronda en torno al 20% (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). A pesar de que este mismo estudio ha demostrado una estabilización del consumo de cannabis en los adolescentes españoles desde comienzo de siglo, es prioritario seguir insistiendo en nuestro país en la prevención del consumo de esta sustancia; el objetivo debe ser conseguir la disminución que se está ya observando en la mayoría de países europeos y Canadá (Kuntsche et al., 2009).

En lo que respecta a las diferencias entre los sexos en el consumo de cannabis, los resultados encontrados apoyan los datos de otras investigaciones, al demostrar que existe mayor consumo de cannabis entre los chicos. Ahora bien, estas diferencias únicamente se aprecian a partir de los 15 años, ya que en el grupo de edad anterior la frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días realmente es muy baja y, por lo tanto, no se aprecian todavía diferencias entre chicos y chicas. No obstante, después de decir esto también hay que puntualizar que no existen diferencias de género en el consumo de cannabis a los 15 años, según los datos del HBSC para España publicados en el informe de comparaciones internacionales (Currie et al., 2008) -recuérdese que este informe internacional incluye 11, 13 y 15 años, pero este ítem en concreto únicamente se estudia a los 15 años-. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta información, los datos obtenidos en esta tesis doctoral y las últimas publicaciones de los estudios ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2009) y ESPAD (Hibell et al., 2009), se corrobora que las diferencias entre chicos y chicas en el consumo de cannabis se observan tan solo a partir de los 15 años. Es probable que detrás de este patrón esté la misma explicación que ha sido expuesta más arriba para el caso del tabaco, es decir, que es a partir de los 15 años cuando el consumo pasa de ser experimental a hacerse habitual.

Así mismo, comparando la evolución del consumo de tabaco y cannabis en chicos y chicas a lo largo de la adolescencia se observa que, a partir de los 15 años, se estabiliza el consumo de tabaco y aumenta el de cannabis en ellos, mientras que en ellas se registra únicamente un aumento del consumo de tabaco. Por lo tanto, se podría plantear la hipótesis relacionada con el cambio en la preferencia del consumo de sustancias en los chicos a partir de esa edad, de modo que podría existir un posible mecanismo que explicara el paso del consumo de tabaco al de cannabis en esta población. En esta línea, otros estudios muestran que, únicamente en el caso de los chicos, el consumo de tabaco conduce a mayor consumo de cannabis (Kashdan, Vetter & Collins, 2005).

Con respecto a la prevalencia del consumo de otras drogas ilegales, ya sean drogas de diseño, anfetaminas o *speed*, opiáceos, medicamentos para colocarse, cocaína o inhalantes, el porcentaje global de los adolescentes que han dicho probarlas, según los resultados en esta tesis doctoral, ronda en torno al 6%. El hecho de analizarlas globalmente tiene interés para conocer su relación con otras drogas legales y con el cannabis, así como la influencia que pueden ejercer globalmente sobre la salud y otros contenidos de estilos de vida durante la adolescencia, tal y como se va a discutir a continuación.

Si se revisan brevemente los resultados del análisis de clúster realizado en este trabajo a partir de las variables sobre consumo de sustancias en los chicos y chicas de 13-18 años, se recordará que se encontraron cuatro grandes grupos de adolescentes. En primer lugar, es de destacar que más de la mitad de los adolescentes (58,9%) se caracterizan por un grado prácticamente nulo en el consumo de cualquier tipo de sustancia (a excepción de un consumo bajo de alcohol); en segundo lugar, se encuentra el grupo con un consumo que se podría calificar como de grado medio (31,5%), ya que no muestran consumo ni de cannabis ni de las otras drogas ilegales, pero sí un consumo alto en alcohol y una frecuencia también alta de episodios de embriaguez; por su parte, el tercer grupo de adolescentes (7,9% de la muestra total), se caracteriza por un consumo alto de drogas, ya que consumen con alta frecuencia drogas legales así como cannabis, pero no otras drogas ilegales; y, por último, un pequeño grupo de adolescentes (1,7%) que presentan un consumo alto en todos los tipos de drogas, legales e ilegales. Estos datos podrían apoyar, en cierta medida, el modelo de puerta de entrada o *gateway* (Kandel, 1975), ya que el consumo de las drogas ilegales siempre viene acompañado (y precedido) del consumo de drogas legales. Además, si se tiene en cuenta la relación entre edad y clúster se advierte que, a medida que los clústeres se van caracterizando por mayor grado de consumo, se va incrementando la edad de los adolescentes. Sin embargo, afirmar con rotundidad que estos resultados apoyan el enfoque de puerta de entrada no sería del todo correcto, ya que estos datos tienen la limitación de estar extraídos de un diseño transversal (no longitudinal) que no permite valorar la cadena causal entre las diferentes drogas que plantea este modelo.

Dentro de estos grupos de adolescentes clasificados en función del consumo de sustancias no se encuentran diferencias de sexo en los cuatro clústeres. Pero, como se ha comentado en el párrafo anterior, el porcentaje de adolescentes con grado medio, alto y muy alto en consumo de sustancias es mayor en el grupo de edad de 15-16 años, respecto a los de 13-14, y en el grupo de 17-18 años, respecto a los de 15-16 años. Ahora bien, esta desproporción encontrada según la variable edad es mucho más marcada en el caso de las chicas, de modo que se observa en ellas mayor riesgo en consumo excesivo de sustancias a los 17-18 años.

Una de las hipótesis que se pueden plantear para explicar estos resultados es que las chicas son más vulnerables a los factores que tienen que ver con el consumo de sustancias durante la adolescencia y cuya influencia va aumentando progresivamente en esta etapa. Las investigaciones más recientes muestran que los factores responsables del consumo excesivo de drogas en los chicos varones tienen una gran carga hereditaria, sin embargo, en el caso de las chicas, además de estos factores existe una mayor influencia de factores ambientales, especialmente al final de la adolescencia y comienzo de la adultez (Hicks et al., 2007; Kloos et al., 2009). Así mismo, es sabida la mayor influencia negativa en las chicas de los indicadores positivos del desarrollo (bienestar emocional, autoestima, satisfacción vital, etc.) que en ellas van empeorando a lo largo de la adolescencia (e.g. Erhart et al., 2009; Goldbeck et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2009).

Así mismo, en lo que respecta a las diferencias en la frecuencia de consumo de sustancias en función del nivel socioeconómico de los adolescentes, esta tesis doctoral no encuentra diferencias realmente llamativas y con tamaños de efecto apreciables. Estos resultados aportan información a un ámbito que actualmente muestra resultados limitados, incoherentes y contradictorios. En concreto, como se ha explicado con detalle en la Introducción, mientras que en el caso de las drogas ilegales el estado de la cuestión está aún poco estudiado, los resultados referentes al consumo de drogas legales son abundantes pero no claros. Así, existen investigaciones que demuestran mayor consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes de nivel adquisitivo bajo (e.g. De Vries, 1995; Lintonen et al., 2000) mientras que otras no encuentran relación o solo las encuentran con una fuerza de asociación muy débil (e.g. Akhtar et al., 2007; A. Morgan et al., 2006; Richter & Leppin, 2007). Por lo tanto, con los resultados de este trabajo se puede afirmar que, a pesar de que los adolescentes con nivel socioeconómico bajo tienden a consumir sustancias en mayor grado que los adolescentes de nivel alto, esta tendencia no llega a mostrar diferencias realmente claras y concluyentes.

El trabajo que se hizo a continuación, al relacionar estos grupos de adolescentes (clasificados en función de las sustancias que consumen y de la intensidad con que lo hacen) con la puntuación global e integradora de salud, creada para este trabajo, ha aportado unos resultados muy claros y valiosos. Así, se encuentra que son los adolescentes con un grado alto o muy alto de consumo de sustancias los que presentan peor puntuación de salud biopsicosocial, en comparación con los adolescentes que únicamente tienen un consumo alto de alcohol con alta prevalencia de borracheras (grupo 2) y, sobre todo, en contraposición a los que tienen bajo consumo en todas las sustancias (grupo 1), que muestra ser el grupo con mejor puntuación de salud (recuérdese que el grupo de adolescentes más pequeño está eliminado de estos análisis).

Estos resultados apoyarían los de otras investigaciones que demuestran, en el caso del tabaco, cómo los adolescentes que no fuman tienen a su vez mejores puntuaciones en varios indicadores de salud más subjetiva, mejor percepción de salud (Suominen, Välimaa, Tynjälä & Kannas, 2000) o menos quejas psicósomáticas (Ghandour, Overpeck, Huang, Kogan & Scheidt, 2004; Simpson, Jansen, Boyce & Pickett, 2006).

En el caso del consumo de alcohol, se ha demostrado la existencia de un menor consumo de alcohol en aquellos adolescentes con mayor satisfacción vital (Desousa, Murphy, Roberts & Anderson, 2008), con mejores puntuaciones de bienestar emocional o calidad de vida relacionada con la salud (Chen & Storr, 2006), mejor percepción de salud (Piko & Keresztes, 2007) o menor malestar psicósomático (Simpson et al., 2006). Ahora bien, el hecho de que el grupo 1 de adolescentes (caracteri-

zados por un consumo prácticamente nulo en todas las sustancias, a excepción del consumo de alcohol, que muestra un consumo bajo) tenga una buena puntuación de salud, permitiría afirmar que el tipo de consumo de alcohol en estos adolescentes es un comportamiento experimental o exploratorio y muy moderado (el 50,1% de estos adolescentes no consumen alcohol nunca, el 40,9% lo hace rara vez y el 9% alguna vez al mes) y que, como tal, no solo no tendría efectos negativos, sino que en ocasiones podría hasta tener consecuencias evolutivas positivas (He, Kramer, Houser, Chomitz & Hacker, 2004; Michaud et al., 2006; Oliva et al., 2008). En resumen, los resultados de esta tesis doctoral apoyan la hipótesis de que, en el caso del consumo de alcohol durante la adolescencia, una experimentación moderada no tiene por qué ir acompañada de signos de problemas en la salud, tal y como documenta la Asociación Psicológica Americana (APA, 2002).

Teniendo en cuenta las implicaciones de los resultados de este trabajo para la intervención, tiene interés destacar la baja puntuación en la medida de salud obtenida por el segundo clúster de adolescentes, compuesto por casi un tercio de la población adolescente española (31,5%), y caracterizado por el alto consumo de alcohol y la alta prevalencia de borracheras. Este resultado complementa muy bien lo argumentado más arriba acerca de las bondades del no consumo de alcohol o del consumo experimental y con control, frente a las consecuencias negativas del consumo habitual, excesivo y sin control. Además, esta característica de los sujetos del clúster (puntuación baja en salud) la comparte con los clústeres de adolescentes que consumen sustancias en grado alto y muy alto, que son lo que muestran las peores puntuaciones de salud. Es evidente que estos resultados no hacen más que justificar la necesidad de seguir invirtiendo esfuerzos en el análisis de los factores asociados al consumo de alcohol y en sus consecuencias, así como de establecer buenas políticas y programas para limitarlo. Las lecciones aprendidas a partir de las políticas de intervención llevadas a cabo en los países que presentan índices más bajos de consumo de alcohol juvenil hacen pensar en la conveniencia, para empezar, de poner en marcha mayores y mejores medidas de regulación y control del acceso al alcohol por parte de la población juvenil, así como a una mayor extensión de los programas de prevención y promoción del consumo responsable (Simons-Morton et al., 2009).

De hecho, en el caso de España, esta necesidad se hace evidente tras el estudio realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (2009) con el objetivo de comprobar si se vende alcohol (cerveza y whisky) a menores de edad. Los investigadores de esta organización visitaron 123 establecimientos ubicados en zonas de gran afluencia juvenil en seis ciudades españolas: Barcelona, Bilbao, Granada, Madrid, Valencia y Valladolid. Entre las conclusiones del estudio destaca que, a pesar de la prohibición existente por la Ley 5/1990, de 19 de diciembre, los adolescentes pueden adquirir bebidas alcohólicas sin especiales dificultades. Estos datos podrían explicar que más del 90% de los adolescentes españoles consideran fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

• **Conducta sexual.**

El estudio de la conducta sexual realizado en este trabajo hace referencia únicamente a los adolescentes españoles de 15 a 18 años, ya que se ha centrado en el análisis de la sexualidad coital y las preguntas sobre este tema solo estaban incluidas en el cuestionario de los mayores de 15 años. Los datos obtenidos muestran que una tercera parte de estos adolescentes (33,8%) afirma haber mantenido al menos una relación sexual coital en su vida, de los cuales la gran mayoría (85,8%) dice haber utilizado en su última relación sexual algún método de control seguro. Teniendo en cuenta la etapa evolutiva analizada y el hecho de que no se preguntaba por las características concretas del coito (anal o vaginal) ni del tipo de vinculación existente entre la persona en cuestión y la pareja, se ha optado por considerar como métodos de protección seguros a aquellos métodos capaces de prevenir, en grado máximo, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Por lo tanto, únicamente se han incluido dentro del grupo calificado como método seguro, a aquellos adolescentes que han usado exclusivamente el preservativo o lo han utilizado en combinación con la píldora.

A pesar de que, en la mayoría de países desarrollados, se ha estabilizado el porcentaje de adolescentes que dice haber mantenido relaciones sexuales a los 15 años, esto no ha sucedido en el caso de España, que ha registrado, por el contrario, un aumento de dicho porcentaje entre 2002 y 2006 (Nic Gabhainn et al., 2009). Los datos comparativos de las ediciones 2002 y 2006 del estudio HBSC muestran un aumento importante (de más de 10 puntos porcentuales) del porcentaje de chicos y chicas de 15-16 años que afirma haber mantenido relaciones sexuales coitales (C. Moreno et al., 2008). Por su parte, los datos que aquí se han presentado referidos al año 2006, presentan cifras algo superiores a las halladas por Failde et al. (2008) para los adolescentes españoles de 15 años. Bajo la hipótesis de la influencia de los medios de comunicación sobre el comportamiento humano, Considine (2006) estima que una posible razón de este aumento podría encontrarse en la reacción que algunos jóvenes pueden tener de intentar ser consecuentes con la imagen sexualmente activa que se muestra en los medios de comunicación para esta etapa evolutiva. Según lo planteado por el modelo de las 7 esferas (Costa & López, 1996), este tipo de reacción, argumentada también por Considine, se podría explicar por la influencia de la esfera pensar-conocer (PC) sobre los estilos de vida. Es decir, a partir de las expectativas que los adolescentes perciben de las personas de su entorno o de los medios de comunicación en relación con sus propias conductas, los chicos y chicas construyen sus creencias y valores al respecto, las cuales, a su vez, cumplen un importante papel activador e inductor de los comportamientos y estilos de vida saludables o de riesgo, como podría ocurrir en este caso para la conducta sexual precoz.

Sin embargo, en relación con el uso de métodos de protección seguros, España se caracteriza por contar con el mayor porcentaje de adolescentes bien protegidos, concretamente un 85,8% de los que han mantenido relaciones coitales, dice haber utilizado el preservativo o la combinación del preservativo y la píldora en su última relación, según los datos aportados por este trabajo. Ahora bien, el éxito de la buena protección sexual de los adolescentes españoles es debida al uso del preservativo y no al de la píldora anticonceptiva, ya que España es el país con la prevalencia de uso de píldora más baja en comparación con otros países de Europa y Norteamérica (Nic Gabhainn et al., 2009).

A pesar de que existe un alto porcentaje de adolescentes españoles que manifiesta haber utilizado el preservativo, aún sería conveniente aclarar algunos detalles sobre su uso, ya que en estas edades existe cierto riesgo de no utilizar correctamente los métodos anticonceptivos (*Department of Child and Adolescent Health and Development*, 2003; Ornstein & Fisher, 2006).

Según los datos encontrados por este trabajo, las diferencias entre chicos y chicas en la prevalencia de conducta sexual coital en España no son significativas, algo que no ocurría en años anteriores, cuando se encontraba un porcentaje claramente superior de chicos que habían tenido relaciones sexuales coitales (ver C. Moreno et al., 2005a; Mendoza, Sagrera & Batista-Foguet, 1994). Estos resultados apoyarían aquellos estudios, comentados en la Introducción, que muestran la progresiva desaparición de las diferencias de género en este área, de manera que España estaría adoptando un patrón cada vez más cercano al registrado en los países del norte de Europa. Más adelante se volverá sobre ese asunto.

Con relación al debate acerca de la relación entre el nivel socioeconómico de las familias y la conducta sexual de los adolescentes, esta tesis doctoral demuestra que, en la actualidad y en el caso de España, dicha influencia es inexistente. Es decir, ni la capacidad adquisitiva ni el nivel sociolaboral de los padres y madres guarda relación con la conducta sexual de sus hijos e hijas. La sospecha de Teitler (2002), en cuanto a la cada vez menor influencia de la clase social sobre la conducta sexual adolescente, parece encajar bien con estos resultados.

Por otro lado, un asunto que es importante estudiar con más profundidad es el de las implicaciones de la conducta sexual en el desarrollo saludable de los adolescentes. Esta tesis doctoral demuestra la existencia de cierta relación entre la puntuación global de salud y la prevalencia de relaciones sexuales en los adolescentes españoles, sin embargo, el tamaño de efecto calculado

para esta relación demuestra que su intensidad es demasiado baja para poder conseguir información concluyente. Por lo tanto, estos resultados sugieren que la conducta sexual no sería un factor directo en la explicación del buen o mal estado de bienestar físico, psicológico y social durante la adolescencia, aunque podría jugar un papel moderador importante, como se comentará más adelante, cuando se discutan los resultados obtenidos a partir de las constelaciones analizadas con los árboles de decisión.

• **Lesiones.**

La razón de estudiar las lesiones en la etapa adolescente se justifica por el hecho de ser la principal causa de muerte durante la infancia y la adolescencia, además de por el gran impacto en la salud pública que supone este problema, por el alto índice de hospitalizaciones y por las visitas a los servicios de urgencias que ocasiona (Sethi et al., 2008; WHO, 2000).

A pesar de la importancia de considerar la tipología de estas lesiones, el instrumento utilizado en este estudio únicamente pregunta si se han tenido lesiones que han necesitado asistencia médica en el último año (y cuántas), por lo tanto, en este trabajo solo se dispone del dato de la prevalencia, sin llegar a tener en cuenta ni el tipo de lesión ni la cualidad intencionada o no de las lesiones. La pregunta acerca de los tipos de lesiones pertenece al paquete de preguntas optativas propuestas por el estudio internacional HBSC; sin embargo, en el caso del cuestionario HBSC español, esta pregunta no se incluyó por razones de espacio. Con el objetivo de reparar esta limitación, en el próximo cuestionario español del HBSC se intentará incluir la información acerca de los tipos de lesiones; de esta forma será posible identificar los factores de riesgo más importantes para la elaboración de políticas de prevención de lesiones durante la adolescencia.

Según los resultados encontrados por varios estudios internacionales, el problema de las lesiones se muestra particularmente preocupante en el caso de España, ya que se sitúa entre los países desarrollados con las cifras más altas de lesiones entre la población adolescente (Currie et al., 2008; WHO, 2008). Los resultados de esta tesis doctoral muestran que el 28,3% de los adolescentes españoles de 11 a 18 años dice haber sufrido dos o más lesiones que hayan requerido la asistencia de personal médico o de enfermería en los últimos 12 meses.

La mayor frecuencia de múltiples lesiones registrada en los chicos encajaría con el perfil masculino descrito por otros estudios sobre jóvenes accidentados por lesiones relacionadas con la conducción vial (Peden et al., 2008). En este sentido, una razón que podría explicar este alto índice de lesiones en los adolescentes españoles es que hasta mayo del 2008 (los datos se recogen en la primavera de 2006) estuvo vigente la normativa que permitía conducir ciclomotores a partir de los 14 años. Para que esta hipótesis tenga sentido se tendría que registrar un aumento de la prevalencia de lesiones a partir de los 13-14 años, sin embargo, los resultados de este estudio no muestran diferencias en relación con la edad en este sentido.

Por otra parte, otra posible razón para explicar el alto índice de lesiones en los jóvenes españoles frente a los de otros países podría estar en el buen clima de este país, que facilita que los chicos y chicas pasen más tiempo en contextos donde existe más probabilidad de sufrir lesiones no intencionadas, como por ejemplo la calle, la piscina, la playa o el campo; es decir, lugares que aumentan la probabilidad de sufrir accidentes de tráfico como peatones o conductores de bicicletas o ciclomotores, caídas o accidentes asociados a otras prácticas deportivas al aire libre. Sin embargo, la validez de esta hipótesis se diluye cuando se analiza con detalle el resto de países que igualmente muestran un índice alto en lesiones a esta edad, como Austria, Islandia, Lituania y Luxemburgo, es decir, países que no reúnen las condiciones climatológicas de España.

Enlazando con lo descrito más arriba, esta tesis doctoral muestra una ligera disminución de la prevalencia de múltiples lesiones a lo largo de la etapa adolescente, sobre todo al comienzo y al final de la adolescencia en las chicas. Sin embargo, estos datos no apoyarían los resultados encontrados

por Agran et al. (2001), Mattila et al. (2005) o Suelves (2009), que encuentran un aumento de la prevalencia de lesiones a partir de los 14 ó 15 años. Este dato, por lo tanto, hace pensar que las lesiones sufridas por los adolescentes españoles tienen características especiales que sería necesario investigar con mayor profundidad.

Con relación a las diferencias de sexo, en este caso los resultados encontrados sí coinciden con los aportados por otras investigaciones, de modo que se detecta una prevalencia mucho mayor de lesiones en el caso de los chicos, concretamente 10 puntos porcentuales más que las chicas, según los datos de este trabajo. Uno de los resultados que suele encontrarse asociados al sexo es que, en lo que respecta a las lesiones intencionadas, los chicos presentan mayor tasa de suicidios (Mattila et al., 2005) y mayor implicación en peleas y maltrato físico (Defensor del Pueblo, 2007; Olweus, 1993), y en cuanto a las lesiones no intencionadas, las diferencias de sexo podrían estar relacionadas con la mayor probabilidad de los chicos para participar en determinadas conductas que suponen la asunción de mayores riesgos como un modo de probar su masculinidad (Owen, Berenbaum & Liben, 2008; Rosen & Peterson, 1990), los mayores niveles de actividad en ellos (Eaton, 1989; Trost et al., 2002) o las diferencias en la socialización, de modo que los chicos reciben menos restricción sobre sus conductas de exploración (Owen et al., 2008).

Por otro lado, a pesar de que algunos autores demuestran peor estado emocional en aquellos adolescentes con tasas más altas de lesiones (Bijur, Golding, Haslum & Kurzton, 1988; Mattila, Parkkari, Kannus & Rimpela, 2004; Pascoal, Ratilal, García & Anselmo, 2008; Pickett, Garmer, Boyce & King, 2002), los resultados de esta tesis doctoral no muestran una relación clara entre la prevalencia de lesiones y la puntuación de bienestar físico, psicológico y social. En este sentido, los resultados apoyarían las conclusiones de otros expertos, que no encuentran relación entre factores psicosociales y prevalencia de lesiones en la etapa adolescente (Christoffel, Donovan, Schofer, Wills & Lavigne, 1996; Mott, 1999). Una hipótesis que podría explicar la inexistencia de dicha relación es el efecto contrario que tendrían otros estilos de vida relacionados con las lesiones, que podrían aumentar el bienestar de los adolescentes con lesiones, como por ejemplo aquellos adolescentes que sufren más lesiones por tener más frecuencia e intensidad de ejercicio físico o los que se lesionan realizando conductas de riesgo para alcanzar un mayor estatus entre el grupo de iguales. En estos casos podría suceder que esas otras conductas relacionadas aumentaran de por sí la puntuación de bienestar biopsicosocial, por lo que en este caso compensarían la mala influencia que las lesiones ejercen sobre la salud.

• **Tiempo libre**

Existen cada vez más expertos que coinciden en apuntar los beneficios que conllevan las actividades de tiempo libre para el desarrollo adolescente. Aunque todavía se está en una fase de inicio, puesto que aún es incipiente la fundamentación teórica y los estudios empíricos son aún escasos, cada vez hay una mayor conciencia entre los investigadores acerca de la importancia del tiempo libre como contexto de socialización, especialmente durante la adolescencia.

Las actividades de tiempo libre hacen referencia a las que se desarrollan de manera voluntaria y que, por lo tanto, implican entusiasmo por parte de los adolescentes. Precisamente por la carga de emoción que llevan asociadas, estas actividades que se realizan en el tiempo libre tienen un importante potencial en el aprendizaje de habilidades y en el desarrollo positivo.

Aún más, las últimas investigaciones demuestran que son aquellas actividades de tiempo libre realizadas dentro de un contexto estructurado u organizado las que realmente suponen mayores beneficios para el desarrollo adolescente, por varias razones que se pueden resumir en tres aspectos básicos: existencia de reglas, objetivos y expectativas claras, supervisión adulta y énfasis en la construcción de habilidades (Eccles & Gootman, 2002). Sin embargo, estas actividades suelen ser menos frecuentes en comparación con las actividades no estructuradas, como ver televisión, escuchar música o salir con amigos/as (Mahoney & Stattin, 2000).

A pesar de que las actividades no estructuradas son las más frecuentes durante la etapa adolescente, el instrumento utilizado en este estudio no las ha tenido en cuenta, sino que se ha centrado en las estructuradas por entender que marcan un salto cualitativo importante respecto a las otras. De hecho, en algún momento en este trabajo también se las ha denominado actividades de ocio creativo. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta esta limitación en los resultados para poder interpretar adecuadamente la variable referida a la frecuencia de actividades de tiempo libre, que incluye únicamente actividades potencialmente posibles de realizar dentro de una organización, concretamente practicar deporte, escribir (historias, poemas, cartas, que no sean deberes), dibujar/pintar/manualidades, hacer fotografía, leer libros, tocar/componer música, cantar en un coro, tocar un instrumento en una banda u orquesta, cantar/tocar en un grupo (pop-rock), aprender música, hacer teatro, ir a exposiciones/congresos/sesiones (museos, teatro, música) y bailar. Esta tesis doctoral muestra que los adolescentes españoles pasan una media de 7,8 horas al mes realizando alguna de estas actividades.

Ahora bien, no todas esas actividades se realizan siempre dentro del contexto de una asociación, únicamente alrededor del 60% se llevan a cabo dentro de un club, organización, academia o como una actividad extraescolar, según los datos encontrados por este trabajo. Este tipo de actividades realizadas dentro de una asociación son las que realmente promocionan prácticas de salud seguras, intercambios sociales cálidos y cercanos, fomentan valores y principios morales deseables y aceptables, alientan la asunción de responsabilidades, proporcionan la oportunidad de construir habilidades o, incluso, permiten transacciones de diferentes contextos de desarrollo, como la familia, la escuela o la comunidad (Eccles & Gootman, 2002; Larson, 2000; Larson & Kleiber, 1993).

Ahora bien, actualmente existe poca investigación con relación a la ventaja que puede suponer la intensidad del asociacionismo durante el tiempo libre, es decir, todavía no existen evidencias claras acerca de si la participación con alta frecuencia en actividades de tiempo libre organizadas es más beneficiosa para el desarrollo adolescente que hacerlo con una frecuencia menor. En este sentido, esta tesis doctoral aporta datos interesantes al respecto.

Concretamente, tras la clasificación de los adolescentes según su frecuencia alta o baja en actividades de tiempo libre y la asistencia o no a una asociación para llevarlas a cabo, se han obtenido cuatro grupos de adolescentes. En primer lugar, el grupo de adolescentes más numeroso corresponde a los chicos y chicas con baja frecuencia de actividades de tiempo libre, realizadas dentro de una asociación (37,1%). En segundo lugar, se encuentran dos grupos de adolescentes con porcentajes muy parecidos (en torno al 22,4%); por un lado, se trata de los adolescentes con alta frecuencia de actividades de tiempo libre y asociacionismo y, por otro lado, los que presentan baja frecuencia y sin asociacionismo. Por último, se encontrarían los chicos y chicas que, a pesar de realizar estas actividades con alta frecuencia, las realizan fuera de una asociación (18,1%).

Posteriormente, se ha analizado la relación entre estos cuatro grupos de adolescentes y la puntuación de bienestar físico, psicológico y social creada en este trabajo. A pesar de que dicha relación muestra diferencias estadísticamente significativas, el tamaño de efecto se muestra despreciable, por lo que no se puede concluir que exista relación directa entre ambas medidas. Si se analizan con detalle las puntuaciones de salud del grupo de adolescentes que realizan frecuentemente actividades de tiempo libre dentro de una asociación (concretamente 8,68 puntos en salud) y el grupo que realiza con poca frecuencia dichas actividades dentro de una asociación (concretamente 8,61 puntos), se detecta que las diferencias son prácticamente inapreciables. Por lo tanto, estos resultados sugieren que los beneficios de las actividades de tiempo libre organizadas, demostrados ya por otros autores, no dependen de la frecuencia de dichas actividades, aunque se necesitarían realizar estudios más profundos para conocer el modo concreto en que el asociacionismo afecta al bienestar de los adolescentes.

Una posible explicación de la inexistencia de relación entre los cuatro clústeres de adolescentes (clasificados en función de sus actividades de tiempo libre) y la puntuación global de salud podría

deberse al hecho de que las actividades de tiempo libre que realizan los adolescentes no surjan realmente en todos los casos a partir de una elección automotivada. En este sentido, podría suceder que la decisión de realizar estas actividades sea más una imposición parental, a menudo obligada por la necesidad de mantener al adolescente en cierta medida controlado en el horario extraescolar o, incluso, por considerar que estas actividades pueden suponer, de manera directa o indirecta, una ventaja curricular sobre su formación. Tal y como explican Deci et al. (1989) en la teoría de la autodeterminación, se necesita experimentar un sentido de elección en la iniciativa y regulación de las actividades de tiempo libre para cumplir las tres necesidades básicas responsables de convertir esas actividades en una ventaja para el desarrollo: conexión con otros, autonomía y competencia.

Existen claras diferencias de sexo en relación con la frecuencia de actividades de tiempo libre, de modo que son las chicas la que realizan dichas actividades más horas al mes en comparación con los chicos, independientemente de si lo hacen o no en el contexto de una asociación. En contra de lo que postula Mota y Escultas (2002), esta tesis doctoral muestra una menor prevalencia de asociacionismo tanto en chicos como en chicas mayores (de 13 a 18 años) en comparación con los pequeños (de 11-12 años). Sin embargo, mientras en los chicos varones, a partir de los 13-14 años, el índice de asociacionismo se mantiene constante, en las chicas se registra además una menor prevalencia a los 17-18 años respecto a los 15-16 años. Una hipótesis que podría explicar estas diferencias hace referencia a disponibilidad diferente de tiempo libre de las chicas en comparación con los chicos, sobre todo al final de la adolescencia, cuando ellas parecen tomar más responsabilidades, ya sean relacionadas con el desigual reparto de las tareas domésticas y ayuda en la carga familiar (Batista-Foguet, Rubio & Mendoza, 2006; Brannen, 1995) o con la mayor dedicación a las tareas escolares, tal y como se ha reflejado en los resultados de este mismo estudio (C. Moreno et al., en prensa).

Un dato curioso en relación con las desigualdades socioeconómicas es el mayor número de horas al mes que pasan los adolescentes de capacidad adquisitiva alta realizando actividades de ocio creativo en comparación con los chicos y chicas de capacidad adquisitiva media y baja. Sin embargo, a pesar de que existen diferencias en la frecuencia, no sucede lo mismo en lo que respecta al asociacionismo, en contra de lo que apoyarían los datos aportados por algunas investigaciones comentadas en la Introducción, que muestran una menor participación de los jóvenes de capacidad adquisitiva baja en actividades de tiempo libre realizadas dentro de una asociación. Por lo tanto, estos resultados muestran una información que podría invitar al optimismo, ya que los adolescentes de nivel socioeconómico medio-bajo, a pesar de realizar menos actividades de ocio creativo, las realizan dentro del contexto organizacional con el mismo índice de prevalencia que los adolescentes de nivel adquisitivo más alto, obteniendo aparentemente las mismas ventajas que supone el contexto asociativo para el desarrollo, escenario que además ha mostrado ser un factor protector en la población infanto-juvenil más desfavorecida (D. M. Casey et al., 2004).

En definitiva, a pesar de los numerosos cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales a los que el adolescente tiene que hacer frente en su paso por esta etapa evolutiva, esta tesis doctoral ha demostrado que, en el caso de los estilos de vida relacionados directamente con la puntuación global de salud, existe un porcentaje importante de chicos y chicas que actualmente llevan a cabo estilos de vida protectores para su salud. A continuación, se insistirá en el análisis de los estilos de vida y la salud de los adolescentes teniendo en cuenta, en este caso, el modo en que la relación entre los diferentes contenidos de los estilos de vida predice la puntuación global de salud.

8.3. Análisis de las constelaciones de estilos de vida en la predicción del bienestar físico, psicológico y social en la adolescencia.

Según lo explicado en la Introducción, hace ya aproximadamente cuatro décadas que la investigación sobre estilos de vida se ha preocupado por conocer la dimensionalidad de este fenómeno. Estas

investigaciones se han caracterizado por la disparidad en los resultados, principalmente, a causa de la diversidad de medidas utilizadas. Aun así, en este tiempo se ha conseguido información relevante acerca de la correlación entre los diferentes estilos de vida; sin embargo, aún no existen suficientes investigaciones que aclaren el patrón que se forma a partir de esas correlaciones y su influencia sobre el desarrollo saludable durante la etapa adolescente.

Por lo tanto, un reto al que actualmente se enfrenta la investigación en estilos de vida es el de tener en cuenta la complejidad y especificidad de los patrones o constelaciones de comportamientos de salud, con tres concreciones añadidas (Atkins & Clancy, 2004; Coups et al., 2004; Orleans, 2004; Ory et al., 2002; J. J. Prochaska et al., 2008; Pronk, Anderson et al., 2004; Pronk, Peek et al., 2004; Rutten, 1995; Whitlock et al., 2002). En primer lugar, no centrarse únicamente en los patrones de estilos de vida que ponen en riesgo la salud, sino también en aquellos que promueven o protegen la salud. En segundo lugar, proporcionar información sobre la interrelación de los estilos de vida teniendo en cuenta las características específicas de la población, concretamente las características evolutivas de la etapa adolescente. En tercer lugar, conocer la influencia de las variables socio-demográficas y socioeconómicas en dicha constelación de estilos de vida.

Con la intención de dar respuesta a esta triple necesidad de investigación, esta tesis doctoral ha conseguido conocer el modo en que los estilos de vida interrelacionan en los diferentes grupos de adolescentes para predecir, junto a otras variables sociodemográficas y socioeconómicas, las mejores y peores puntuaciones de bienestar físico, psicológico y social, según la definición más positiva y holística de la salud. Este conocimiento se ha adquirido a través de una metodología de análisis de datos novedosa, como es el árbol de decisión (*AnswerTree*), y con unos criterios de validación exigentes, utilizando la prueba de asociación *chi-cuadrado*.

Para empezar, uno de los resultados obtenidos en el árbol de decisión realizado para los adolescentes de 11-12 años es el papel de los hábitos de alimentación y de la higiene dental, como los contenidos de los estilos de vida más importantes para predecir su salud. Concretamente, a pesar de que la higiene dental se muestra como el contenido del estilo de vida con una posición más central en la predicción de la salud a esta edad, los hábitos de alimentación son igualmente importantes. De hecho, aunque la higiene dental sea perfecta, si los hábitos de alimentación no son saludables, existe mucha probabilidad de tener baja puntuación de salud. Por otro lado, este árbol de decisión muestra también que la actividad física es un factor moderador importante cuando no existen hábitos de alimentación saludables. Así, los hábitos de alimentación no saludables pueden ser compensados si existe buena higiene dental y buenos hábitos de actividad física.

Por otro lado, las constelaciones de estilos de vida en los adolescentes de 11-12 años demuestran que la presencia de múltiples lesiones en este grupo de edad acentúa la baja puntuación de salud, siempre y cuando los anteriores contenidos de los estilos de vida se comporten de manera no saludable; lo cual plantea nuevas cuestiones para futuras investigaciones. Concretamente, teniendo en cuenta la limitación de este trabajo en el estudio de las lesiones, parece oportuno analizar con más detalle el modo en que las múltiples lesiones se asocian a la baja puntuación de salud al comienzo de la adolescencia, no solo por su influencia sobre la parte más física del bienestar, sino quizás también por sus posibles implicaciones en la salud psicosocial.

En una línea muy similar al patrón encontrado en los adolescentes de 11-12 años, el árbol de decisión realizado con los adolescentes de 13-14 años igualmente demuestra que los hábitos de alimentación, la higiene dental y la actividad física son estilos de vida importantes para su bienestar. Es decir, el conjunto formado por estos tres estilos de vida es un componente muy importante para el desarrollo saludable en ambos grupos de edad (11-12 y 13-14 años).

Sin embargo, a los 15-16 años ninguno de estos tres estilos de vida forma parte de las variables que predicen las puntuaciones más altas y más bajas en salud. Una posible razón que podría explicar esta ausencia es la enorme importancia que toman otras variables para predecir el bienestar en

este grupo de edad (concretamente, los contenidos de los estilos de vida relacionados con el consumo de sustancias y la conducta sexual, así como la gran influencia del sexo y de la capacidad adquisitiva familiar), lo que podría estar restando poder de predicción a esas otras variables, como los hábitos de alimentación, la higiene dental y la actividad física, que tuvieron más protagonismo en etapas anteriores. De hecho, estos resultados probablemente estén poniendo de manifiesto la limitación de este estudio en las medidas utilizadas para evaluar los estilos de vida característicos de la infancia y del comienzo de la adolescencia. Este estudio es, en este sentido, un reflejo de la situación general de la investigación sobre estilos de vida en la infancia y los inicios de la adolescencia, caracterizada por la escasez de herramientas para su medición, ya que muchos de los instrumentos usados están más centrados en contenidos más propios de otras etapas posteriores de la vida, como son la adolescencia tardía y la adultez (e.g., consumo de sustancias, conducta sexual o chequeos médicos).

Sin embargo, a los 17-18 años se vuelve a apreciar cierta influencia de la higiene dental, los hábitos de alimentación y la actividad física en el bienestar. Concretamente, la incorrecta frecuencia de cepillado dental influye negativamente en la salud de los adolescentes de 17-18 años, incluso aunque exista el factor protector relacionado con la capacidad adquisitiva familiar. En este sentido, los resultados completos de esta tesis doctoral sugieren que un objetivo básico de salud pública en los adolescentes españoles debe ser, no solo la promoción de una adecuada higiene dental, sino también el esfuerzo por mantener dichos hábitos a lo largo del tiempo, para que así se conviertan en una rutina que vaya más allá del control parental que parece estar latente al comienzo de la adolescencia.

Igualmente, la actividad física se comporta como el estilo de vida que mejor predice la puntuación alta de salud en los adolescentes de 17-18 años, por lo que parecería adecuado invertir recursos en la promoción de la actividad física en este grupo de edad; ya que, según las investigaciones presentadas en la Introducción, a medida que los adolescentes se hacen mayores tienden más a la inactividad física. Concretamente, tal y como explican Strong et al. (2005), las actividades de niños y niñas de 6 a 9 años son en su mayor parte anaeróbicas (actividades no sostenidas o intermitentes que exigen al organismo responder al máximo de su capacidad hasta extenuarse, como por ejemplo, jugar al "corre que te pillo"), posteriormente, cuando los jóvenes entran en la pubertad, esas habilidades se incorporan dentro de una variedad de actividades individuales o de grupo y de muchos deportes organizados. Sin embargo, es en la adolescencia tardía (entre los 15 y los 18 años), al ir alcanzando la estructura y función adulta, cuando se hace más adecuado que los programas de actividad física se hagan más estructurados.

En definitiva, los resultados encontrados con relación a la fuerte unión entre alimentación, higiene dental y actividad física pueden aportar algunas implicaciones prácticas para los adolescentes de menor edad, desde los 11 a los 14 años, sugiriendo que los programas de intervención se dirijan de manera conjunta a estos tres contenidos de los estilos de vida. Específicamente, parece que las medidas de intervención deberían centrarse en potenciar la correcta frecuencia de cepillado dental, el consumo adecuado de fruta y verdura, la regularidad en el desayuno y una adecuada frecuencia de actividad física, disminuyendo en todo lo posible las horas dedicadas a las actividades sedentarias.

Aunque existen algunos estudios que solo muestran una relación muy débil entre la dieta no saludable y otras conductas de riesgo para la salud en la adolescencia, como es la inactividad física (e.g., van Kooten, Ridder, Vollebergh & van Dorsselaer, 2007), también se encuentran multitud de investigaciones que demuestran una correlación clara entre hábitos de alimentación y actividad física. Por nombrar algunas de las investigaciones más recientes, se destaca la asociación encontrada por Vereecken, Todd, Roberts, Mulvihill y Maes (2006) entre el tiempo dedicado a ver televisión y sobrepeso en la adolescencia, a través del mayor consumo de alimentos no saludables (como por ejemplo *snacks*) mientras los jóvenes ven televisión. Por otro lado, otra importante investigación encuentra, en un grupo de adolescentes caracterizado por su alta frecuencia de conductas seden-

tarias, un consumo significativamente bajo de fruta y verdura (Zabinski, Norman, Sallis, Calfas & Patrick, 2007). Aún más, una investigación española demuestra que la práctica deportiva extraescolar se relaciona de forma positiva y significativa con la alimentación equilibrada y con el respeto a los horarios de las comidas, a través del efecto indirecto del clima motivacional relacionado con la tarea deportiva (Jiménez-Castuera, Cervelló-Gimeno, García-Calvo, Santos-Rosa & Iglesias-Gallego, 2007).

En definitiva, entre los expertos en salud existe una gran preocupación por la combinación de los hábitos de alimentación y actividad física de los jóvenes. Esta preocupación ha influido en la creación de distintos proyectos, organismos y políticas dirigidas a la evaluación, intervención y promoción tanto de una alimentación saludable como de un nivel de actividad física adecuado. Tal es el caso de la Estrategia Naos (Nutrición, Actividad física, Prevención de la Obesidad y Salud), llevada a cabo en el 2005 por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y que tiene como objetivo fomentar una alimentación saludable y promover la práctica habitual de actividad física, apoyándose en una filosofía positiva de la promoción de los estilos de vida saludables y evitando la estigmatización de determinados alimentos o la represión de ciertos hábitos. La Estrategia Naos también contempla, entre sus objetivos, propiciar un marco de colaboración con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada. Por otra parte, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía está llevando a cabo el conocido como Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012 (2006) concebido como una herramienta estratégica que permite aunar los esfuerzos para dar respuesta al problema de la obesidad infanto-juvenil, problema que ha cobrado un importante protagonismo dentro de la salud pública de nuestro país.

Sin embargo, además de la relevante combinación de los hábitos de alimentación y de la actividad física, los resultados encontrados en esta tesis doctoral enfatizan la importancia de la higiene dental. Según el análisis factorial mostrado por Aaro et al. (1995) (célebre por ser uno de los primeros trabajos que confirmaron el modelo bidimensional de los estilos de vida) existe una correlación muy alta entre higiene dental, actividad física, consumo de alimentos saludables y regularidad en el desayuno. Así mismo, una investigación más reciente demuestra que los adolescentes de 14 y 16 años que muestran baja frecuencia de cepillado dental, también comen pasteles con más frecuencia. Así mismo, ese estudio encuentra que los adolescentes de 12 años que se cepillan poco los dientes, realizan además poca actividad física (Koivusilta et al., 2003). Según Neumark-Sztainer, et al. (1997), en el caso de las chicas adolescentes, la actividad física carga en un factor común junto al cepillado dental y a los hábitos de alimentación, lo que sugiere que estos estilos de vida pueden compartir algún factor subyacente en el caso de ellas, relacionado quizás con un interés en ser saludable, un deseo de parecer atractivas o una tendencia general hacia la conformidad.

La confluencia de estos tres contenidos de los estilos de vida (hábitos de alimentación, higiene dental y actividad física) plantea la posibilidad de un origen social en la explicación de la constelación de estas tres variables. Concretamente, pudiera ser que en esta etapa evolutiva el control parental ejerciera un papel promotor sobre estas tres conductas de manera múltiple, que además coinciden en ser aquellos estilos de vida más fáciles de monitorizar desde el ámbito familiar, a través de la supervisión del cepillado dental, la práctica conjunta de hábitos de alimentación saludables y el control de las conductas sedentarias. En este sentido, sería apropiado crear algún tipo de apoyo hacia la educación de los estilos de vida en el ámbito familiar, a través por ejemplo de asesorías educativas o escuelas de padres y madres, para así empoderar en todo lo posible el papel que padres y madres ejercen sobre los estilos de vida y, por ende, sobre la salud de sus hijos e hijas adolescentes.

Una vez reconocida la importancia de la conjunción de estos tres contenidos de los estilos de vida, sobre todo al comienzo de la adolescencia, es necesario reconocer el papel cada vez más importante que va tomando el consumo de sustancias en el bienestar de los adolescentes a medida que se

asciende en el grupo de edad. Así, a los 13-14 años, teniendo en cuenta que la alimentación es el contenido del estilo de vida que recibe más confluencia de otras variables para predecir la salud, el consumo de sustancias es la variable que mejor predice la baja puntuación de salud en aquellos adolescentes con hábitos de alimentación no saludables. Sin embargo, a los 15-16 años, el consumo de sustancias obtiene aún más importancia que en el grupo de edad inferior, ya que se coloca como el primer contenido del estilo de vida que condiciona tanto la puntuación alta como la puntuación baja de bienestar. El hecho de que a los 17-18 años, el nivel de importancia del consumo de sustancias en la predicción de salud disminuya levemente con respecto al grupo de 15-16 años, puede tener dos interpretaciones. Por un lado, puede deberse al hecho de que en el árbol de decisión del grupo de adolescentes mayores toman mucho protagonismo otras variables más estructurales (como son el sexo y el nivel adquisitivo familiar), que parecen trasladar a un segundo plano a los contenidos de los estilos de vida en la predicción del bienestar. Por otro lado, otra razón de peso puede deberse a la característica particular de los chicos y chicas de 17-18 años que forman parte de la muestra de este estudio. Este grupo de adolescentes, sin estar obligados a permanecer dentro del sistema educativo (recuérdese que en España la Enseñanza Secundaria Obligatoria -ESO- llega hasta los 16 años), continúa en este contexto, que ha demostrado ser a estas edades un entorno protector para diversas conductas de riesgo, como por ejemplo el consumo de sustancias (*Centers for Disease Control and Prevention*, 1992).

Por lo tanto, los resultados de esta tesis doctoral apuntan hacia la necesidad de insistir en la prevención del consumo de sustancias, sobre todo durante la ESO, por tratarse de un momento idóneo para realizar este tipo de prevención, ya que durante esta etapa escolar se tiene acceso a los chicos y chicas que tienen más riesgo de incurrir en estilos de vida (como es el caso concreto del consumo de sustancias) que afectan de manera significativa a su estado de salud biológica, psicológica y social.

En el caso especial de los adolescentes de 15-16 años, sería necesario insistir en las consecuencias físicas que les pueden acarrear el consumo excesivo de alcohol a través de las lesiones. Concretamente, lo que se encuentra a esta edad es que el consumo de sustancias alto o muy alto (es decir, el que incluye algún tipo de droga ilegal) es el contenido de estilo de vida que mejor predice la baja puntuación de salud; sin embargo, a pesar de que el consumo medio (el que se caracteriza por el consumo alto de alcohol y la presencia de borracheras) no es tan importante en la predicción de la baja salud, sí se convierte en una conducta de riesgo cuando además existen lesiones. El hecho de que la combinación de drogas y lesiones no se muestre como una combinación relevante en los adolescentes de 13-14 años se podría explicar por el hecho de que, a esta edad, aún no es posible conducir vehículos a motor. Concretamente, a pesar de que no es correcto asimilar la combinación de drogas y accidentes de tráfico a la juventud, ya que la prevalencia de este tipo de accidentes es mayor en la adultez (Hingson & Howland, 1993), una de las constelaciones que mejor predicen la baja puntuación de salud en los adolescentes 15-16 años es la combinación de alcohol y prevalencia de múltiple de lesiones, encontrándose en este grupo de edad todos aquellos chicos y chicas que ya pueden conducir vehículos a motor (recuérdese que, según la antigua normativa vigente en el año 2006, la obtención del permiso para conducir ciclomotores se podía obtener a partir de los 14 años). A partir de estos resultados, se plantea la necesidad de profundizar en el estudio de este patrón de estilos de vida, ya que ha demostrado ser importante en el desarrollo saludable en esta etapa evolutiva.

En conclusión, los resultados de este trabajo advierten de la necesidad de prevenir el consumo de cannabis y de drogas ilegales, así como de promover un consumo responsable del alcohol en la etapa adolescente. Con respecto a esta última sustancia, cuando los adolescentes beben alcohol en su mayor parte una vez a la semana (o al menos, una vez al mes) y además presentan episodios de embriaguez, esta conducta se convierte en un riesgo para el bienestar, excepto en el caso de los jóvenes de 15-16 años. Específicamente, en este grupo de edad, esta frecuencia relativamente alta en el consumo de alcohol es una variable importante en la predicción de la puntuación alta de salud cuando va acompañado de algunas actividades de tiempo libre realizadas en el contexto de una

asociación, sin embargo, ese mismo nivel de consumo se torna peligroso para la salud de estos adolescentes cuando va asociado a la experiencia de haber padecido múltiples lesiones.

Por lo tanto, estos resultados aportan información interesante a los estudios que tratan de fijar el nivel de la experimentación en el consumo de alcohol según la edad de los adolescentes. Así, el consumo de alcohol no es necesariamente peligroso a los 13-14 años, cuando se caracteriza por hacerlo rara vez. A los 15-16 años, el consumo caracterizado por una frecuencia entre semanal y mensual tampoco tienen que implicar inevitablemente peligro para la salud cuando existe la protección del contexto asociativo durante el tiempo libre y cuando, además, no viene acompañado del padecimiento de lesiones múltiples. Ahora bien, estos resultados también demuestran que el consumo de alcohol caracterizado en su mayor parte por un consumo semanal vuelve a convertirse en un riesgo en los adolescentes de 17-18 años, es decir, en los jóvenes que permanecen dentro del sistema educativo en el nivel de bachillerato o formación profesional y, por tanto, tienen responsabilidades escolares a menudo difícilmente compatibles con el consumo de alcohol semanal (sobre todo si implica consumo excesivo y algún episodio de embriaguez).

Por otro lado, excepto a los 11-12 años, en el resto de adolescentes se ha encontrado una influencia positiva de las actividades de tiempo libre realizadas dentro del contexto de una asociación en las constelaciones que predicen la salud. El hecho de no detectar esta influencia en los adolescentes de 11-12 años puede deberse a la alta frecuencia de estas actividades al comienzo de la adolescencia, no siendo por tanto un contenido de estilo de vida que diferencie a los adolescentes de los grupos extremos en salud. Es decir, parece ocurrir que en los chicos y chicas de 11-12 años el tiempo libre organizado no es una característica específica para los jóvenes con puntuaciones altas o bajas en salud.

Tal y como se puede observar en los árboles de decisión expuestos en los Apéndices D, E y F, en los otros tres grupos de edad mayores, las actividades de tiempo libre organizado influyen positivamente en la salud. Sin embargo, la selección que se ha tenido que realizar, con la que se ha comentado únicamente aquellas constelaciones que presentan el mayor porcentaje de adolescentes con puntuaciones altas y bajas en salud, muestra que el asociacionismo durante el tiempo libre es sobre todo más relevante en el bienestar de los adolescentes de 15-16 años.

Por un lado, la menor importancia de estas variable en los adolescentes de 17-18 años se podría explicar por el tipo de población que representan los adolescentes de esta edad en este estudio, ya que son los que continúan en el contexto escolar; por lo tanto, para este grupo, para quienes una parte importante del tiempo libre está ya estructurada en torno a la tarea de estudiar, el asociacionismo durante el tiempo libre puede que no sea una variable tan relevante. Por otro lado, el hecho de que esta variable sea muy relevante a los 15-16 años, pero no tanto en el grupo de edad inferior (a los 13-14 años), podría explicarse a partir de dos posibles hipótesis. En primer lugar, hay que tener en cuenta que, a medida que los adolescentes crecen, chicos y chicas se hacen cada vez más críticos con la dirección, a menudo impositiva, que los adultos realizan sobre la organización de su tiempo libre (Hendry & Kloep, 2006). En este sentido, podría ocurrir que los adolescentes de 15-16 años lleven a cabo actividades de tiempo libre más relacionadas con su propia motivación y voluntad en comparación con los adolescentes de 13-14 años, que podrían estar implicados con más frecuencia en actividades sugeridas o, incluso, impuestas desde el exterior. Como ya se ha comentado, y siguiendo la teoría de la autodeterminación (Deci et al., 1989), cuando las actividades vienen impuestas tienen menos beneficios sobre el desarrollo. En segundo lugar, recordando algunos conceptos desarrollados en la Introducción de este trabajo, concretamente lo dicho acerca de los beneficios del capital social durante la adolescencia, su fuerte relación con el tiempo libre organizado y la disminución de este capital a lo largo de la etapa adolescente (Devine & Parr, 2008; Díaz-Serrano & Stoyanova, 2008), es posible que las actividades que los adolescentes de 15-16 años realizan dentro del contexto de una asociación durante su tiempo libre cumplan una función de sustitución del capital social que han podido perder con respecto a la etapa anterior.

En efecto, las constelaciones de estilos de vida encontradas para los adolescentes de 15-16 años muestran que una frecuencia moderada de actividades de tiempo libre realizadas dentro del contexto de una asociación es un factor de protección para la salud en los chicos varones de esta edad, compensando incluso los posibles efectos negativos del consumo excesivo de alcohol. El papel protector que parecen ejercer las actividades de tiempo libre sobre el consumo de sustancias durante la adolescencia viene siendo un asunto de interés desde hace años (Cato, 1992). Sin embargo, en la actualidad todavía se hace necesario investigar dicha relación, según han discutido recientemente Dodge y Lambert (2009). Según estos autores podrían existir dos mecanismos que explicaran el menor consumo de sustancias por parte de los adolescentes que realizan actividades de tiempo libre en el contexto de una asociación. Por una parte, podría ocurrir que dichas actividades de tiempo libre organizadas ayudasen al desarrollo de las destrezas necesarias para rechazar la oferta de drogas. Por otro lado, podría suceder que el tiempo que los adolescentes dedican a las actividades organizadas les resten tiempo para dedicar a otros contextos no organizados, más proclives al consumo de sustancias. Además, esas actividades organizadas les ayudarían a crear una red social de amigos y amigas con intereses poco compatibles y alternativos a los que acompañan al consumo de sustancias. De cualquier forma, lo que sí demuestra este trabajo es que ambos contenidos de los estilos de vida (consumo de sustancias y actividades organizadas de tiempo libre) están relacionados a la hora de predecir el bienestar físico, psicológico y social de los adolescentes, por lo que estas dos variables podrían ser buenas candidatas para el diseño de intervenciones múltiples en la promoción de los estilos de vida saludables.

Así mismo, la tercera constelación que predice la alta puntuación de salud a los 15-16 años está formada por chicas con varias características concretas, entre ellas el asociacionismo durante el tiempo libre, independientemente de la frecuencia. En definitiva, a pesar de que el Modelo Lineal General realizado entre el clúster de tiempo libre y la puntuación global de salud no ha mostrado diferencias claras, el análisis de los árboles de decisión sí lo tiene en cuenta. Por lo tanto, los resultados en conjunto parecen demostrar que las actividades de tiempo libre no afectan a la salud de manera directa, pero sí tienen una influencia indirecta a través de otros contenidos de los estilos de vida, sobre todo a los 15-16 años.

En consecuencia, teniendo en cuenta el papel que juegan las actividades de tiempo libre organizadas dentro del patrón de constelaciones que predicen la salud, se hace evidente la conveniencia de apostar por promover la participación de los adolescentes españoles en este tipo de actividades. Esto se podría llevar a cabo, por ejemplo, ofertando estas actividades a través del ámbito más institucional, como puede ser el centro escolar, o facilitando su accesibilidad en términos económicos; pero lo más importante es que esta promoción no se convierta en una imposición, sino que debe suponer una ayuda al acceso libre y automotivado del adolescente a este tipo de actividades.

Partiendo de los resultados de esta tesis y la información teórica existente hasta el momento, se podría afirmar que es en la transición de la educación primaria a la secundaria el mejor momento para promover este estilo de vida saludable, ya que participando en estas actividades desde el comienzo de la ESO se tiene la oportunidad de aumentar progresivamente la afición a ellas y a perfeccionar el dominio y las habilidades requeridas para su ejecución (es decir, a tener metas y objetivos que organicen y estructuren este tipo de ocio). Este hecho ha demostrado tener importantes ventajas para el desarrollo saludable puesto que proporciona la sensación de tener la capacidad de afrontar retos con las habilidades apropiadas (Csikszentmihalyi, 1996). De este modo, sería a partir del segundo ciclo de la ESO cuando los adolescentes podrían disfrutar de esta sensación de autoeficacia y así obtener los mayores beneficios de las actividades de tiempo libre organizado, coincidiendo con el momento evolutivo que ha demostrado ser más sensible a la influencia de este estilo de vida sobre la salud, concretamente los 15-16 años.

Al igual que el clúster de tiempo libre, la conducta sexual coital ha demostrado no tener una relación directa sobre el bienestar biopsicosocial en la adolescencia utilizando el Modelo Lineal Gene-

ral. Sin embargo, los análisis de los árboles de decisión demuestran que la conducta sexual de los adolescentes influye de una manera indirecta en su puntuación de bienestar. En concreto, los patrones de variables que predicen la puntuación alta de bienestar a los 15-16 años muestran tres constelaciones predominantes, dos de las cuales están representadas por chicos y la tercera corresponde a las chicas. Esta última constelación es la única que incluye la ausencia de relaciones sexuales coitales como un factor protector para la salud, en combinación con otras variables protectoras para este grupo de adolescentes, como es el consumo bajo de sustancias, el nivel adquisitivo familiar medio o alto y el asociacionismo durante las actividades de tiempo libre. Por lo tanto, teniendo en cuenta que los ítems relacionados con la conducta sexual solo se preguntaron a partir de los 15 años, este patrón de variables demuestra que es específicamente en las chicas más jóvenes donde la ausencia de conducta sexual coital es un factor protector para su estado completo de bienestar, contrarrestando el bajo nivel de salud que de por sí tienen las chicas, en comparación con los chicos.

A pesar de que existen pocos estudios que analicen la influencia de la experiencia sexual coital de los adolescentes en su bienestar, algunas investigaciones muestran peor satisfacción vital en aquellos jóvenes que han mantenido relaciones sexuales de manera precoz y/o no han utilizado métodos anticonceptivos (Valois, Zullig, Huebner, Kammermann & Drane, 2002), así como peor percepción de salud en los jóvenes sexualmente activos (Wong, Lee & Tsang, 2004); sin embargo, estas conclusiones no han sido suficientemente refutadas por los expertos. De hecho, los resultados de este trabajo no apoyan completamente esos datos, ya que la influencia de la conducta sexual sobre la puntuación global de salud tan solo se detecta con relación a la prevalencia de relaciones coitales, pero no en relación con el uso de métodos de protección seguros. Una hipótesis que pudiera explicar este resultado es el bajo registro de adolescentes que dicen no haber utilizado ningún método seguro en su última relación sexual en el caso especial de España, cuyo porcentaje ronda el 14%.

Teniendo en cuenta las razones que mueven a los jóvenes a mantener relaciones sexuales con penetración, varios estudios demuestran que los chicos se basan en razones más relacionadas con placer y activación, mientras que las chicas suelen basarse en razones más influidas por sentimientos románticos (Browning, Hatfield, Kessler & Levine, 2000; Meston & Buss, 2007). Aún más, una importante investigación longitudinal ha demostrado que las chicas que mantienen relaciones coitales a partir de los 17 años informan de razones más relacionadas con el enamoramiento, en comparación con las chicas más pequeñas (Rosenthal, Von Ranson, Cotton, Biro, Mills & Succop, 2001). Así mismo, se ha encontrado que los jóvenes que experimentan estados afectivos aversivos podrían llevar a cabo conductas sexuales coitales como una estrategia de afrontamiento para evitar el afecto negativo, lo que a su vez está relacionado con razones más externas y menos relacionadas con sentimientos románticos (Dawson, Shih, de Moor & Shrier, 2008).

A pesar de que en las constelaciones elegidas para comentar en los resultados (seleccionadas con el objetivo de economizar espacio) no aparecen las relaciones sexuales coitales entre las variables que explican la baja puntuación de salud en las chicas de 15-16 años, si se analizan las dos constelaciones de variables, algo inferiores en porcentaje a la anterior y mostradas en el Apéndice E (nodos 9 y 19), se observa que la presencia de relaciones coitales a esta edad es un factor de riesgo en las chicas.

Por lo tanto, teniendo en cuenta el conjunto de los datos y las investigaciones precedentes en el ámbito, se podría pensar que las relaciones sexuales coitales en las chicas más jóvenes están relacionadas con un menor nivel de bienestar. Concretamente, una posible hipótesis que podría explicar una parte de estos datos (más adelante se exponen más) es el hecho de que las chicas de 15-16 años que mantienen relaciones sexuales con coito podrían presentar de manera concomitante otros problemas y, de esta forma, la conducta sexual podría estar actuando como un síntoma o consecuencia de ese malestar.

Por otro lado, es evidente que la posibilidad de quedarse embarazada es una preocupación que a menudo acompaña a las chicas adolescentes que mantienen relaciones coitales. Se ha demostrado

que una gran parte de ellas muestra temor y ansiedad ante la eventual toma de decisión acerca de qué hacer con el embarazo (abortar o tener el bebé, y, en este último caso, darlo en adopción, criarlo dentro de su propio contexto familiar o formar un nuevo núcleo familiar con el padre), a la reacción de su familia ante la noticia del embarazo, ante la posible discriminación social que sufrirían ella y su bebé por haber nacido en las circunstancias equivocadas, temor por la posibilidad de perder el apoyo social tanto en el ámbito familiar como en el contexto de los iguales o la necesidad de abandonar los estudios y tener que acceder al mercado laboral con mayores dificultades de las planificadas previamente (Miller, Bayley, Christensen, Leavitt & Coyl, 2003; Rosenbaum, 1993; Zani & Cicognani, 2006). En cualquier caso, se hace evidente la necesidad de invertir esfuerzos de investigación para conocer el papel que juegan las relaciones coitales en el bienestar de las chicas de 15-16 años.

En relación con las constelaciones de variables que mejor predicen la puntuación alta de bienestar, se demuestra que el 88% de los adolescentes de 17-18 años que son chicos y físicamente activos forman parte del grupo con una puntuación muy alta en salud. Si a dichas características se le suma haber mantenido relaciones sexuales coitales, la proporción de adolescentes con buena salud aumenta al 92,5%, mientras que si no han mantenido relaciones sexuales, la proporción baja al 84,2% (aunque en este último caso también se encuentra un aumento de la proporción de adolescentes con buena salud cuando no existen múltiples lesiones). Por lo tanto, mientras que en las chicas más jóvenes las relaciones sexuales coitales se mostraban como un factor negativo, en los chicos mayores sucede todo lo contrario.

Teniendo en cuenta los siguientes tres aspectos relacionados con el deseo sexual durante la adolescencia, se plantea la hipótesis de un calendario diferente en lo que respecta a la evolución del deseo sexual y al significado de la relación sexual coital según el género. En primer lugar, existen sobradas evidencias que explican cómo el deseo sexual va orientándose madurativamente hacia la relación coital a medida que los adolescentes se hacen mayores (Moore & Rosenthal, 2006). En segundo lugar, están desapareciendo progresivamente las tradicionales diferencias de género, de manera que en la actualidad se detecta una mayor libertad y aceptación de la sexualidad en las chicas adolescentes (Nic Gabhainn et al., 2009). En tercer lugar, los resultados de esta tesis demuestran diferencias entre chicos y chicas en el modo en que la conducta sexual coital influye en la puntuación global de salud en la adolescencia (puntuación alta en salud para los chicos de 17-18 años y baja para las chicas de 15-16 años). Todo esto hace pensar en la posibilidad de que las chicas más jóvenes, las de 15-16 años, podrían obtener menos satisfacción sexual con la penetración (una práctica sexual que necesita en las mujeres de un mayor conocimiento del propio cuerpo y de las fuentes de placer), a diferencia de lo que podría suceder en los chicos (para quienes obtener placer a través del coito es más directo y fácil), de manera que pudiendo obtener las chicas más placer con otras conductas sexuales alternativas, podrían acabar en la conducta coital más como respuesta al deseo del otro y a las expectativas y los modelos aprendidos que en respuesta a los deseos propios.

Algunas investigaciones muestran que los chicos mantienen relaciones coitales por razones más relacionadas con la obtención de placer, reducción de estrés, deseo físico o búsqueda de experiencias; mientras que en las chicas pesan más las razones referentes a la intimidad, la reciprocidad, la afectividad o la comunicación (Browning, et al., 2000; Moore & Rosenthal, 2006; Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Barberá & Ferrer-Cascales, 2006; Oliva, Serra & Vallejo, 1997). Es decir, puede ocurrir que las chicas más jóvenes mantengan relaciones sexuales coitales con la expectativa de que el coito va a servir para profundizar en la relación emocional con su pareja y no como búsqueda de la satisfacción sexual propia. Sin embargo, esta hipótesis necesita más apoyo científico que refute y demuestre la diferente evolución del deseo sexual entre chicos y chicas y que ayude a orientar intervenciones que promuevan una sexualidad saludable.

Una vez que se ha discutido el papel que toman los contenidos de los estilos de vida en las constelaciones de variables que mejor predicen las puntuaciones altas y bajas en salud, a continuación el

análisis se va a centrar de manera específica en la importancia que adquieren el sexo y la capacidad adquisitiva familiar en estas constelaciones, sobre todo al final de la adolescencia.

En lo que respecta a las diferencias de sexo en salud, actualmente existe en España un gran vacío en el estudio de este campo y, más concretamente, en el ámbito de los riesgos adquiridos de manera diferente por chicos y chicas a través de los estilos de vida. De hecho, en los últimos años están surgiendo algunos organismos desde el ámbito público interesados en este tema, tal y como se ha explicado en la Introducción. Por lo tanto, los datos obtenidos en esta tesis doctoral tienen la fortaleza de aportar información de interés a un área actualmente deficitaria, abordando no solo la diferenciación entre chicos y chicas adolescentes en la puntuación global e integradora de salud, sino también en los contenidos de los estilos de vida que han demostrado tener implicaciones importantes para la salud durante esta etapa evolutiva.

A lo largo de este apartado se han discutido las claras diferencias de sexo encontradas, en primer lugar, en el estudio de cada uno de los contenidos de los estilos de vida y, en segundo lugar, en el estudio de las constelaciones de dichas variables en la predicción del estado completo de bienestar. Los resultados encontrados muestran que las chicas, sobre todo en los grupos de más edad, presentan peores estilos de vida en relación con la actividad física, el consumo de tabaco, el asociacionismo durante el tiempo libre, el consumo de dulces y la frecuencia de desayuno. Sin embargo, en el caso de los chicos, los estilos de vida que amenazan su salud son las lesiones, la inadecuada frecuencia de cepillado dental, el consumo de refrescos y, a partir de los 15-16 años, la prevalencia de borracheras y el consumo de cannabis.

Así mismo, los resultados encontrados a partir de las constelaciones de variables que mejor predicen tanto la puntuación alta como la baja de salud muestran que el hecho de ser chico o chica influye en la forma en que los contenidos de los estilos de vida predicen la puntuación global de salud en todos los grupos de edad. Concretamente, la dirección de esta influencia demuestra que son los estilos de vida de las chicas adolescentes los que se relacionan con peor puntuación de salud global en comparación con los estilos de vida de sus iguales varones.

Ahora bien, esta influencia del sexo en la predicción de los estilos de vida sobre la salud es mayor a medida que el grupo de adolescentes tiene más edad. Así, mientras que a los 11-12 años la variable sexo no aparece en ninguna de las constelaciones más numerosas (las descritas en el apartado de resultados), a los 13-14 años se observa que hay menor proporción de chicas que de chicos que cumplan el patrón de estilos de vida más saludable a esta edad (buena alimentación, cepillado dental en una frecuencia adecuada y nivel alto de actividad física) y es a partir de los 15-16 años cuando el sexo tiene mayor poder de predicción sobre la salud, en comparación con cualquier otro contenido del estilo de vida. Analizando las constelaciones que mejor predicen la puntuación alta de salud en este grupo de edad, se observa que para que las chicas puedan llegar a tener buena salud necesitan más requisitos que los chicos, en concreto, no mantener relaciones sexuales coitales o tener actividades de tiempo libre ligadas al asociacionismo. Sin embargo, a los 17-18 años el papel que cumple el sexo en la predicción del bienestar es aún más fuerte que en el grupo de edad anterior. Concretamente, en este caso, las chicas no aparecen entre las constelaciones de variables que mejor predicen la puntuación alta de salud. De hecho, en el grupo de edad de 17-18 años, la peor predicción para la salud está determinada, en primer lugar, por ser chica y, en segundo lugar, por el bajo nivel adquisitivo familiar.

Este resultado es acorde con el proceso de socialización diferencial en el que crecen niños y niñas y cuyos efectos se van haciendo patentes progresivamente. En este sentido, multitud de investigaciones muestran cómo la salud y el estilo de vida van adoptando mayores diferencias de género a lo largo de la adolescencia, tal y como demuestra uno de los informes más importantes publicados por la Organización Mundial de la Salud dentro de la serie *Health Policy for Children and Adolescents* (HEPCA) (Kolip & Schmidt, 1999).

A pesar de que las diferencias de género en salud en ciertas ocasiones colocan a los hombres en un papel desfavorecido (Doyal, 2000), tal y como se ha ejemplificado más arriba con los estilos de vida de riesgo más frecuentes en los chicos; desde la Conferencia de Beijing en 1995 y el informe *Beijing +5*, la Organización de Naciones Unidas viene destacando la necesidad de adoptar indicadores de género para diagnosticar la situación de las mujeres y hacer políticas públicas consecuentes. Así, uno de los objetivos estratégicos de esta Conferencia es el de promover la recolección de datos desglosados por sexo, para que puedan ser usados posteriormente en la defensa de cambios políticos. En este sentido, esta tesis doctoral ha conseguido mostrar una buena panorámica de las diferencias de sexo en los estilos de vida de los adolescentes españoles, información que puede ser de gran interés en el diseño de programas de prevención de conductas de riesgo y de promoción de la salud, adaptados a las diferentes fases evolutivas de la etapa adolescente.

Para terminar, teniendo en cuenta que los estilos de vida son una de las causas más comunes de las desigualdades socioeconómicas en salud, tal y como se explicó con detalle en la Introducción, esta tesis doctoral también consigue obtener resultados interesantes al respecto. Por un lado, se ha conseguido demostrar cuáles son las conductas de salud concretas que se ven influidas por el nivel socioeconómico de los adolescentes españoles. Por otro lado, se aporta también información detallada del papel que representa esta medida, junto al sexo y a los contenidos de los estilos de vida, en la predicción del bienestar físico, psicológico y social para las diferentes etapas de la adolescencia.

Según se ha planteado al comienzo de este trabajo, España es un país con necesidades especialmente importantes en lo que respecta a la información disponible sobre las desigualdades socioeconómicas en salud. Teniendo en cuenta que actualmente los planes de salud no incluyen medidas concretas para controlarlas y disminuirlas (Benach, et al., 2002), existe una gran necesidad de aportar información detallada, específica y fiable sobre este fenómeno para la población española y, más especialmente, para la población adolescente (por tratarse del momento evolutivo caracterizado por la adquisición y consolidación de los estilos de vida, es decir, de las conductas de salud que han demostrado ser una causa de peso para dichas desigualdades).

Concretamente, los resultados de este trabajo han demostrado la existencia de desigualdad en la práctica de determinadas conductas de salud en función del nivel adquisitivo familiar (*Family Affluence Scale*, FAS) de los adolescentes. Específicamente, son los adolescentes que pertenecen a familias con mayor nivel adquisitivo los que realizan más conductas protectoras para su salud, en comparación con los adolescentes de familias con nivel adquisitivo más bajo. Retomando lo discutido en este apartado, dichas conductas se resumen en comer más fruta, desayunar a diario con más frecuencia, consumir menos refrescos, mayor nivel de actividad física y menos horas al día viendo televisión. Sin embargo, frente a estas conductas protectoras, tan solo se ha encontrado una conducta potencialmente perjudicial para la salud en los adolescentes con mayor riqueza familiar, concretamente se trata de la mayor frecuencia de estos adolescentes en actividades sedentarias relacionadas con los juegos de ordenador o consolas.

Por otro lado, las constelaciones de variables obtenidas a través de los diferentes árboles de decisión realizados sobre la puntuación global de salud demuestran que el nivel adquisitivo familiar juega un papel clave en la salud de los adolescentes españoles, tomando más relevancia en los grupos de mayor edad. Resumiendo lo discutido en párrafos anteriores, se encuentra que la capacidad adquisitiva de la familia juega un papel compensador sobre la mala higiene dental a la hora de predecir el bienestar en los adolescentes de 13-14 años. En segundo lugar, la capacidad adquisitiva media-alta polariza a los chicos de 15-16 años con buena salud, siempre y cuando tengan un consumo bajo de sustancias. Para terminar, la capacidad adquisitiva familiar predice mejor que cualquier estilo de vida el bienestar de las chicas de 17-18 años. Concretamente, el nivel adquisitivo familiar tiene una fuerte relación con la salud de las chicas, de modo que ser chica y tener bajo nivel adquisitivo ya es una constelación de riesgo para la salud a los 17-18 años, por delante de cualquier contenido del estilo de vida.

Estos resultados podrían servir de apoyo a la hipótesis planteada por Smith et al. (1998) y Smith et al. (2000), al demostrar que las circunstancias materiales tienen mayor poder de predicción sobre la salud en comparación a las causas relacionadas con las conductas de riesgo para la salud, es decir, en comparación con los estilos de vida. Sin embargo, en esta tesis, esta hipótesis tan solo se cumpliría para el caso de las chicas adolescentes de 17-18 años, lo que a su vez afianzaría la hipótesis que defiende una mayor afectación sobre la salud a medida que aumenta el número de exposiciones socioeconómicas adversas a lo largo de la vida (Singh-Manoux et al., 2004). Ahora bien, el hecho de que tan solo se detecte en el caso de las chicas hace pensar en la existencia de diferencias de género en el modo en que las desigualdades socioeconómicas afectan a la salud. De esta forma, se estaría produciendo un preocupante efecto combinatorio de ambas variables sobre la salud, de modo que a las chicas adolescentes les influirían con más fuerza la situación socioeconómica desventajosa en comparación con los chicos, tal y como advierten diversos expertos (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; Whitehead & Dahlgren, 2006).

En definitiva, los resultados obtenidos apuntarían dos planteamientos importantes a tener en cuenta en las políticas de salud. En primer lugar, se plantea la necesidad de incluir consideraciones relacionadas con estas desigualdades socioeconómicas en aquellos programas de prevención y promoción de la salud dirigidos principalmente a los hábitos de alimentación y a la actividad física, sobre todo en las últimas etapas de la adolescencia. En segundo lugar, se sugiere la necesidad de prestar especial atención a los adolescentes con baja capacidad adquisitiva y malos hábitos en su higiene dental, ya que los árboles de decisión realizados en este trabajo demuestran que dicha combinación es especialmente preocupante para el bienestar de los adolescentes.

Además, desde esta investigación se plantea la necesidad de seguir trabajando en la conceptualización de las desigualdades en salud, reflexionando acerca de uno de los planteamientos conceptuales básicos explicados en la Introducción, concretamente el grado de libertad que se pone en juego a la hora de valorar una diferencia en materia de salud como injusta, tal y como planteó Whitehead (1990). Por ejemplo, no sería correcto negar la influencia de las desigualdades socioeconómicas en la baja actividad física de una chica de una familia con pocos recursos económicos, aunque ella afirmase que no hace actividad física por propia voluntad. Tal y como explica Marmot (2009), la libertad para elegir está influida por las circunstancias en las que la gente se encuentra. En este sentido, lo que parece indicar la evidencia más actual enmarcada dentro del modelo ecológico es que las influencias del macrosistema se concretan de manera diferente dependiendo de las características personales y del microsistema de cada individuo. Por lo tanto, todavía parece necesario seguir afianzando los pilares conceptuales de las desigualdades socioeconómicas en salud, de modo que se reconozca que la libertad personal de no comer fruta, saltarse el desayuno o ver durante más tiempo la televisión, por ejemplo, viene influida también por una cultura social, de modo que habría que tener en cuenta la interacción entre los factores micro y macro en el desarrollo de los estilos de vida.

8.4. Principales conclusiones e implicaciones para la intervención e investigación.

Tras haber discutido los principales resultados obtenidos en esta tesis doctoral, en este apartado se van a exponer de manera resumida las conclusiones más importantes. Al hilo de estas conclusiones se van a ir planteando, en primer lugar, las implicaciones que tiene este trabajo para el ámbito de la intervención y, en segundo lugar, las implicaciones para el ámbito de la investigación.

Por lo tanto, a continuación se resumen las principales conclusiones e implicaciones para la intervención práctica de este trabajo:

1. En relación con los hábitos de alimentación, se ha encontrado, por un lado, que el hábito no saludable más generalizado en la población de adolescentes españoles es el bajo consumo

de fruta y verdura y, por otro lado, que saltarse el desayuno es la conducta con más efecto negativo sobre el bienestar físico, psicológico y social de los adolescentes, además de venir siempre acompañada del bajo consumo de fruta y verdura. Por lo tanto, desde este trabajo se sugiere el diseño de programas de intervención que, de manera conjunta, promuevan el consumo de fruta y verdura, así como la realización de un desayuno completo de manera regular.

2. A pesar de que algo más de la mitad de los jóvenes de 11 a 18 años se cepillan los dientes con la frecuencia correcta, ha quedado demostrado que este contenido de estilo de vida es un potente indicador del bienestar de los adolescentes. Por lo tanto, es adecuado advertir sobre la necesidad de seguir insistiendo en políticas dirigidas a los hábitos correctos de higiene dental, que no terminen en la infancia, sino que continúen durante la adolescencia, para que este hábito de salud se llegue a convertir en una rutina, independiente del control parental que pueda influir durante la infancia y el comienzo de la adolescencia.
3. Uno de los resultados más llamativos de este trabajo hace referencia al alto índice de conductas sedentarias encontrado en la población adolescente española, que sobrepasa de manera llamativa las recomendaciones de los expertos al respecto. A pesar de que este trabajo no muestra relación directa entre las conductas sedentarias y la puntuación global de salud, está bien contrastada en la literatura su relación con la salud más a largo plazo. Por lo tanto, se hace evidente la conveniencia de priorizar la intervención sobre este estilo de vida, con el objetivo de prevenir las actividades sedentarias y promover, a lo largo de la etapa adolescente, otro tipo de actividades que impliquen mayor actividad física. En este sentido y de manera más específica, este trabajo de investigación detecta a los adolescentes de nivel socioeconómico bajo que pasan muchas horas al día viendo televisión como una población especialmente en riesgo. Por lo tanto, se recomienda que la intervención sobre el estilo de vida sedentario en la adolescencia, especialmente para el caso de la televisión, se realice de manera prioritaria sobre la población con bajo nivel socioeconómico.
4. El análisis de constelaciones demuestra una fuerte relación entre tres contenidos de los estilos de vida desde los 11 a los 14 años: alimentación, higiene dental y actividad física. Por lo tanto, y siguiendo los últimos avances en investigación que abogan por la conveniencia de realizar cambios múltiples en los estilos de vida, este trabajo demuestra que estos tres estilos de vida podrían ser buenos candidatos para este nuevo enfoque de intervención múltiple.
5. Teniendo en cuenta que los adolescentes con grado medio, alto y muy alto en consumo de sustancias son los que tienen las puntuaciones más bajas en salud, y considerando igualmente el alto porcentaje de adolescentes clasificados dentro del grupo con consumo en grado medio de sustancias (caracterizados por un consumo excesivo de alcohol), esta tesis doctoral llama la atención acerca de la insuficiente repercusión de las actuales políticas legislativas sobre el consumo y venta de alcohol, que, se recuerda, es ilegal en el grupo de edad objeto de estudio. Así mismo, los resultados encontrados en este trabajo sugieren la necesidad de continuar con los programas de intervención dirigidos a prevenir el abuso de alcohol y el consumo de cannabis, sobre todo durante la ESO, que, como ha demostrado esta tesis, es cuando el riesgo de adquirir el hábito del consumo es mayor.
6. Se ha conseguido demostrar la influencia indirecta, pero importante, que tienen las actividades de tiempo libre realizadas en el contexto de una organización para el bienestar durante la adolescencia, pero muy especialmente a partir de los 15 años. Por lo tanto, desde este trabajo se insta a las instituciones a promover este tipo de actividades de ocio, facilitando en todo lo posible el acceso libre y por propia decisión de los adolescentes a dichos contextos de asociación. Así mismo, la relación que aparece en varias constelaciones entre el asociacionismo durante las actividades de tiempo libre y el bajo consumo de drogas, demuestra que estas dos variables también podrían ser buenas candidatas para el diseño de intervenciones múltiples en la promoción de los estilos de vida saludables.

7. A pesar de que existen estilos de vida menos saludables tanto en chicos (concretamente, las lesiones, la inadecuada frecuencia de cepillado dental, el consumo de refrescos y, a partir de los 15-16 años, la prevalencia de borracheras y consumo de cannabis) como en chicas, sobre todo en las chicas de más edad (concretamente, peores estilos de vida en relación con la actividad física, el consumo de tabaco, el asociacionismo durante el tiempo libre, el consumo de dulces y la menor frecuencia de desayuno), la puntuación global de salud siempre es más baja en las chicas. Además, los árboles de decisión realizados en el último apartado de los resultados, también demuestran que ser chica es una variable importante en aquellas constelaciones que mejor predicen la baja puntuación de salud, siendo este hecho más evidente en los grupos de más edad. Por lo tanto, estos resultados demuestran la necesidad de tener en consideración dos aspectos fundamentales al respecto: en primer lugar, prevenir los estilos de vida no saludables teniendo en cuenta la influencia desigual según el sexo y, en segundo lugar, y de manera complementaria, diseñar programas dirigidos a la promoción del desarrollo saludable en la etapa adolescente que se centren en las desigualdades de género que llegan a cristalizarse al final de la adolescencia.
8. Igualmente, se han encontrado fuertes desigualdades socioeconómicas en varios contenidos de estilos de vida como, por ejemplo, menor consumo de fruta, menor frecuencia de desayuno, mayor consumo de refrescos, menor nivel de actividad física y más horas al día viendo televisión en el caso de los adolescentes pertenecientes a familias con bajo nivel adquisitivo. Así mismo, el análisis de los árboles de decisión demuestra que el bajo nivel de capacidad adquisitiva familiar es una variable influyente en la predicción de la baja puntuación de salud, sobre todo en los adolescentes de más edad, siendo además más perjudicial en el caso de las chicas. Los resultados de estos análisis demuestran la conveniencia de crear políticas que favorezcan la accesibilidad a aquellos adolescentes con condiciones socioeconómicas más desfavorables en la práctica correcta de varios estilos de vida (concretamente, alimentación, higiene dental y actividad física), como un modo de mejorar su bienestar físico, psicológico y social.

Por otro lado, a continuación se van a exponer las principales implicaciones de este trabajo para tener en cuenta en el ámbito de la investigación:

1. Se hace evidente la necesidad de ir más allá del análisis global de las conductas sedentarias para analizar, de manera detallada, la relación de cada una de ellas (principalmente, ver televisión, jugar con el ordenador o la consola y usar el ordenador para chatear, navegar por internet, mandar emails, hacer deberes, etc.) con el nivel de actividad física, ya que se trata de un tema que, a pesar de su importancia, aún no ha encontrado consenso en la investigación. Por otro lado, el análisis independiente de las conductas sedentarias permitiría conocer la influencia de cada una de ellas sobre el desarrollo saludable de los chicos y chicas adolescentes. De este modo, se podría conocer realmente qué riesgo entrañan cada una de las conductas sedentarias por separado, lo que puede ser muy beneficioso a la hora de confeccionar los requerimientos de salud para estas conductas, que siendo cada vez más frecuentes, aún no cuentan con indicadores claros de salud (es decir, sería oportuno conocer el número de horas al día máximas recomendables para que estas conductas no afecten de manera negativa al desarrollo saludable de los jóvenes).
2. Teniendo en cuenta que España es uno de los países europeos con peores indicadores de higiene dental en la adolescencia y que este contenido del estilo de vida funciona como un potente indicador de la salud biopsicosocial de esta población, es llamativo que existan tan pocos estudios nacionales que investiguen este comportamiento con la profundidad que se requiere, no solo en lo referente a su prevalencia sino también a su repercusión en el desarrollo saludable, así como la influencia que puedan estar ejerciendo otras variables más estructurales e independientes de la voluntad del individuo.

3. Por otro lado, un asunto que es importante estudiar con más profundidad es el de las implicaciones de la conducta sexual en el desarrollo saludable de los adolescentes. Los datos de este trabajo demuestran que las relaciones sexuales coitales en las chicas más jóvenes (15-16 años) parecen comportarse como un factor negativo, mientras que en los chicos mayores sucede todo lo contrario (17-18 años). Sin embargo, estos resultados necesitan más apoyo científico que refute y demuestre la diferente maduración del deseo y la satisfacción sexual entre chicos y chicas.
4. Una necesidad de investigación que se ha demostrado clara en este trabajo está relacionada con el estudio detallado de la tipología de las lesiones en función de su cualidad intencionada o no. Concretamente, el estudio de las causas de dichas lesiones podría permitir no solo el conocimiento más detallado de este contenido del estilo de vida en los adolescentes españoles, que muestran un patrón especial en su prevalencia, sino también el modo en que polarizan la baja puntuación de salud al comienzo de la adolescencia o la forma en que se relaciona con el consumo de alcohol en los adolescentes de 15-16 años.

Es fácil encontrar referencias a la brecha que existe entre investigación e intervención en el campo de los estilos de vida. Esta tesis doctoral se ha planteado el desafío de analizar los estilos de vida y la salud en los adolescentes españoles, intentando transformar los resultados encontrados en sugerencias para la intervención. Sin embargo, es importante tener en cuenta, tal y como se viene advirtiendo en los últimos años, que los resultados de investigación orientados a la intervención práctica no garantizan por sí mismos que la intervención vaya a tener efectos óptimos. Para que esto ocurra es necesario que se realice un buen trabajo intersectorial entre investigadores y políticos, donde además participen los profesionales dedicados a la intervención (tanto en el ámbito educativo como en el ámbito de la salud), las autoridades locales, los padres y las madres y, en definitiva, los sectores comunitarios, voluntariado y ciudadanos en general que estén interesados (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2009). Además de los anteriores agentes, que han demostrado ser piezas importantes en la práctica de las recomendaciones surgidas desde la investigación sobre estilos de vida y salud en la adolescencia, no se puede olvidar la importancia de involucrar en este proceso a los propios adolescentes, ya que son los agentes esenciales de su propio cambio (Witney & Koller, 2008).

8.5 Limitaciones y fortalezas del estudio.

Además de las limitaciones que se han ido comentando a lo largo de esta discusión de los resultados, como por ejemplo, el hecho de que la muestra de 17-18 años no represente a la totalidad de jóvenes de esa edad, sino solo a los que continúan dentro del sistema educativo, las deficiencias en la medición del nivel socioeconómico, el hecho de que el estudio no sea sensible en la detección de estilos de vida más característicos de la infancia o que la información aportada por el ítem relacionado con las lesiones resulte ser excesivamente general; existen otras limitaciones que también es adecuado señalar.

Para empezar, el diseño de la investigación, de tipo transversal, tiene muchas limitaciones que condicionan el alcance de las conclusiones a las que se puede llegar. Así, por ejemplo, no es posible establecer relaciones de causalidad, ya que en este diseño se confunden las causas con los efectos. Tratándose de un estudio sobre estilos de vida y sus implicaciones para salud, y teniendo en cuenta las investigaciones que demuestran las consecuencias que tienen muchos estilos de vida de los jóvenes para su salud futura (Colman et al., 2009), pero considerando también que la valoración global de salud con la que aquí se trabaja hace referencia al estado de bienestar biopsicosocial de los adolescentes en el momento presente, todo lo anterior lleva a la conclusión de que este trabajo no puede establecer la relación entre las conductas de salud de los adolescentes y sus consecuencias a medio o largo plazo. Por lo tanto, se recomienda para futuras investigaciones contrastar, en la medida de lo posible, los resultados encontrados en este

trabajo con diseños de investigación longitudinales o trabajar directamente con diseños longitudinal-secuenciales.

Por otro lado, es adecuado advertir acerca del error de estimación obtenido en los árboles de decisión, que muestra cifras relativamente altas de adolescentes que podrían estar mal clasificados (alrededor del 32%). Sin embargo, si se tiene en cuenta la naturaleza de la variable que se ha intentado predecir (bienestar físico, psicológico y social) resulta lógico que dicho error sea alto. Así, es indudable que un estado tan complejo como es la salud no se prediga únicamente con información acerca de los estilos de vida, el sexo y las variables socioeconómicas de las personas, ya que existen otras muchas variables que le afectan. Por ejemplo, este estudio presenta la limitación de no tener en cuenta todos los contenidos de estilos de vida que podrían afectar a la salud de los adolescentes, de modo que no se han tenido en cuenta variables como el rendimiento escolar o el patrón de actividades de su vida diaria (horas de sueño, número de comidas realizadas al día o tiempo dedicado a los desplazamientos).

Así mismo, esta tesis doctoral no ha tenido en cuenta en sus análisis una importante línea de investigación dentro del estudio de los estilos de vida y la salud, conocida internacionalmente como *setting approach* -enfoque basado en el estudio del ambiente o escenario- (Whitelaw, Baxendale, Bryce, Machardy, Young & Witney, 2001). Este enfoque tuvo sus inicios en la Carta de Ottawa (OMS, 1986), donde se establecía la idea de que la salud es algo que se crea y construye por las personas a lo largo de la vida diaria y a partir de la experiencia en los lugares donde aprenden, trabajan, juegan y, en definitiva, viven. Por lo tanto, este trabajo tiene la limitación de no incluir el análisis acerca de la influencia de los ambientes o escenarios más importantes durante la adolescencia, como son la familia, la escuela y el contexto de los iguales. La razón por la que no aparece este enfoque es porque en este trabajo se optó por desentrañar un concepto previo, el de estilo de vida. Precisamente entre los objetivos inmediatos del grupo de investigación está tomar como punto de partida los resultados de esta tesis y, a continuación, realizar este abordaje de *setting approach* incorporando a los árboles de decisión las variables relevantes de los contextos de desarrollo y poder así trabajar en el diseño de *assets* o activos del desarrollo adolescente (Benson, 1997; A. Morgan & Ziglio, 2007).

Para terminar, aun siendo conscientes de estas limitaciones, parece adecuado resaltar igualmente las fortalezas más relevantes de este trabajo. El HBSC es un estudio de relevancia internacional que encuentra en los aspectos metodológicos uno de sus puntos fuertes. Las características metodológicas del estudio en España son especialmente destacables y son la base de la robustez de los resultados encontrados. Por un lado, el muestreo que se realiza posibilita extraer una muestra representativa de la población adolescente española escolarizada desde los 11 hasta los 18 años, permitiendo la generalización de los resultados no solo para la muestra nacional, sino también para cada comunidad autónoma. En efecto, el muestreo por comunidades autónomas, ha mejorado el alcance de las conclusiones, ya que permite a los gobiernos autonómicos (que en el caso de España tienen competencias en sanidad y educación) el diseño de intervenciones ajustadas a su propia realidad. Por otro lado, gracias a la variedad de contenidos que explora el instrumento aplicado en este estudio, es posible obtener una visión bastante completa de los estilos de vida de los chicos y chicas adolescentes, de los contextos de desarrollo en los que crecen y se desarrollan, así como de su estado de bienestar físico, psicológico y social.

Finalmente, y en relación con los resultados hallados por este trabajo de tesis doctoral, se han conseguido analizar en profundidad, y con sobradas garantías estadísticas, diversos aspectos que vienen a rellenar algunas carencias de la investigación en nuestro país. Así, ante la escasez de estudios acerca de las desigualdades sociales en salud en la adolescencia, esta tesis doctoral ha conseguido aportar datos relevantes y novedosos, no solo desde el punto de vista de las desigualdades socioeconómicas, sino también en relación con las desigualdades originadas por la edad y el sexo.

Así mismo, otro ejemplo que ilustra las fortalezas de este trabajo es la propuesta que se desarrolla para hacer operativo el concepto de salud a estas edades, siguiendo lo establecido en origen por la

Organización Mundial de la Salud e, igualmente, por otras conceptualizaciones más actuales e integradoras. Este trabajo es igualmente innovador en el sentido de haber asumido el reto de estudiar los estilos de vida de los adolescentes no solo desde una perspectiva centrada en el riesgo, sino también desde un enfoque más positivo del desarrollo adolescente. No obstante, es necesario reconocer que esta nueva línea de investigación adolece aún de diversas carencias conceptuales y de medición.

En cualquier caso, sería deseable que este trabajo, con sus fortalezas y debilidades, hubiera contribuido a la comprensión más completa y diversa del desarrollo adolescente.