

Capítulo 1

CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD EN LA ETAPA ADOLESCENTE

1.1. Conceptualización de la salud.

1.1.1. Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial de salud.

Durante cientos de años, los profesionales de la medicina tan solo contaban con algunas drogas para tratar a los pacientes y, por lo tanto, la relación médico-paciente (caracterizada por la empatía, la compasión y la actitud cuidadora hacia la persona enferma) eran componentes integrales y terapéuticamente necesarios en la práctica de la medicina. Sin embargo, el gran avance del conocimiento científico en campos como la biología, la química y la microbiología, ocurrido hace aproximadamente un siglo, ha contribuido a la proliferación de médicos especialistas, que a medida que profundizaban en los conocimientos técnicos de determinados aspectos de la medicina, desconocían cada vez más el poder de los factores psicológicos en los mecanismos de salud y enfermedad (Matarazzo, 1994). En este contexto científico, claramente inspirado en el dualismo mente-cuerpo, surgió el modelo biomédico, que entiende la enfermedad como un fallo de algún elemento de la máquina (cuerpo) y, como consecuencia, concibe el trabajo del médico como el de un mecánico: diagnosticar el fallo y reparar la maquinaria. Por lo tanto, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos (Engel, 1977).

En el siglo XIX, las enfermedades de naturaleza infecciosa y epidémica eran las principales responsables de la mortalidad y morbilidad, constituyéndose en las grandes preocupaciones de aquel periodo. Sin embargo, a lo largo del siglo XX, las mejoras en las condiciones de vida y el desarrollo de la medicina alopática (basada en el uso de antibióticos y vacunas), de la salud pública y de la nutrición, han permitido el control de las enfermedades infecciosas. En la actualidad, las causas más importantes de muerte son las enfermedades crónicas no infecciosas, es decir, las enfermedades neoplásicas, las enfermedades cardiovasculares o la pérdida de facultades por accidente; enfermedades todas ellas muy asociadas a factores ambientales y a los estilos de vida de los individuos (*World Health Organization* [WHO], 1986b). En efecto, y como ya documentaba Matarazzo en 1994, mientras que a principios del siglo XX las tres causas principales de muerte eran neumonía, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, en el año 2002, tal como recoge un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud, las principales causas de muerte pasan a ser disfunciones más relacionadas con los estilos de vida, como son enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades cerebrovasculares.

Ante las dificultades que ha ido mostrando el modelo biomédico para explicar la incidencia de variables extrasanitarias en la salud, se ha ido poniendo de manifiesto la necesidad de formalizar

una nueva conceptualización que permita comprender y controlar mejor la salud y la enfermedad. Nace así el modelo biopsicosocial (Engel, 1977), convencido de que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales lo que determina la salud y la enfermedad. En el ámbito de la investigación, el modelo sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables antes mencionadas, lo que hace necesario adoptar un abordaje multidisciplinar.

1.1.2. Nacimiento de la Psicología de la Salud.

En este contexto, interesado por un modelo holístico de salud, surge el nacimiento formal de la Psicología de la Salud. Como se acaba de mencionar, en lugar de definir la enfermedad como la simple presencia de agentes patógenos, el modelo biopsicosocial hace hincapié en la salud positiva y contempla la enfermedad, particularmente la enfermedad crónica, como el resultado de la interacción de determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales (Brannon & Feist, 2001). La Psicología de la Salud recoge este planteamiento y se convierte, como se explica a continuación, en una disciplina básica dentro de las Ciencias de la Salud.

En nuestro país, fue el Doctor Ramón Bayés quien inició el estudio de la Psicología de la Salud a finales de los años 70, con la conocida obra *Psicología y Medicina: interacción, cooperación, conflicto* (Bayés, 1979). Desde entonces, esta disciplina ha alcanzado un gran desarrollo tanto en nuestro país como en el ámbito internacional. Concretamente, Amigo, Fernández y Pérez (2003) exponen tres razones básicas que los investigadores suelen plantear como causas de la emergencia de la Psicología de la Salud:

- El cambio en la preocupación sanitaria que, como ya se ha comentado, se ha desplazado desde las enfermedades infecciosas a los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal, muy ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El incremento de estas nuevas enfermedades (como el cáncer o los problemas cardiovasculares) es, en definitiva, producto de comportamientos y hábitos poco saludables o insanos que, de forma sinérgica, facilitan la aparición de enfermedad.
- Este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suelen conllevar una serie de cambios importantes en su estilo y calidad de vida, a los que las personas deben adaptarse.
- El modelo biomédico, como ya se ha señalado, entiende la enfermedad en términos de un desorden biológico o desajustes químicos y, en definitiva, asume el dualismo mente-cuerpo. Esta perspectiva se considera hoy insuficiente tanto para entender como para tratar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX. En este sentido, los clínicos que gozan de mayor prestigio y conocimiento saben que el mejor de los diagnósticos y tratamientos posibles siempre estará influido por la calidad de la relación médico-paciente que se haya establecido.

Por todas estas razones, y en pleno desarrollo de esta perspectiva emergente de los problemas de salud, la *Asociación Americana de Psicología* (American Psychiatric Association, APA) creó en 1978, como una más de sus divisiones, la *Health Psychology*, y publicó su primer manual *Health Psychology: A Handbook* (Stone, Cohen & Adler, 1982). En 1982 también aparece la revista de esta división de la APA, con el título *Health Psychology*.

Las atribuciones de la Psicología de la Salud y sus áreas de trabajo quedan descritas en la vigente, y ampliamente aceptada, definición de Matarazzo (1980, p. 815):

“La Psicología de la Salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la

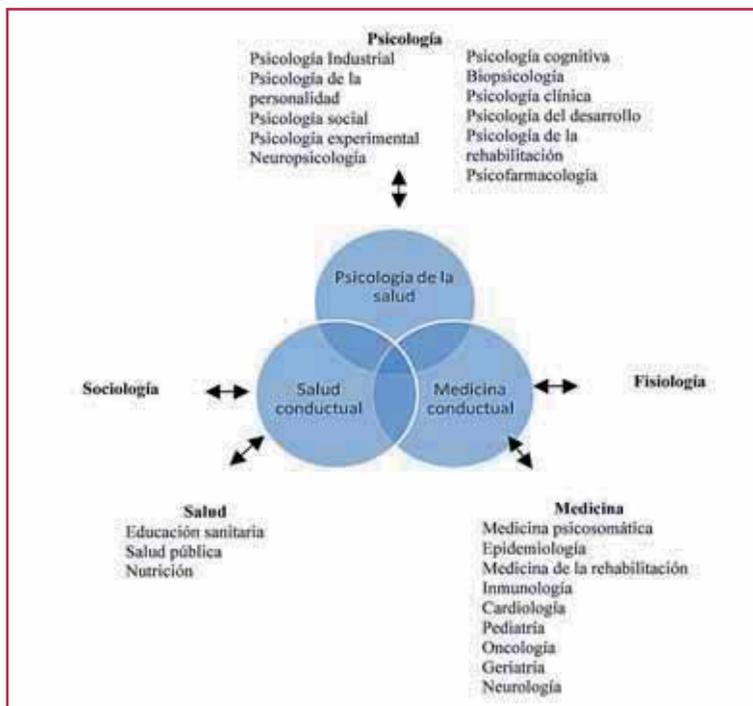
salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud”.

En general, existe un notable consenso entre los autores en señalar que el dominio de la Psicología de la Salud abarca las siguientes áreas (Albery & Munafò, 2008; Amigo et al., 2003; Matarazzo, 1980; Taylor, 1991):

- a) Promoción y mantenimiento de la salud.
- b) Prevención y tratamiento de la enfermedad.
- c) Factores asociados al origen y desarrollo de la enfermedad.
- d) Servicios de salud y política sanitaria.

Realmente a la Psicología de la Salud se le puede considerar una rama más de las Ciencias de la Salud, término este último más ajustado a las pretensiones reales de multidisciplinariedad que el de Psicología de la Salud, ya que esta disciplina no ha sido la única que se ha ocupado de explicar la incidencia de las variables extrasanitarias en la salud (Suls & Rothman, 2004). Concretamente, otras disciplinas afines, como por ejemplo son la Medicina Psicosomática, la Psicología Médica, la Medicina Conductual o la Psicología Clínica, han planteado entre sus objetivos ese propósito. A continuación, en la Figura 1 se puede observar una propuesta hecha por Brannon y Feist (2001) para sistematizar la relación de dichas disciplinas entre sí.

Figura 1.
Relación de la Psicología de la Salud con otras áreas relacionadas con la salud
(adaptada de Brannon & Feist, 2001).



1.1.3. Evolución en la conceptualización del término *salud*.

En décadas pasadas, las tasas de morbilidad y mortalidad como medidas de resultado de la salud eran indicadores sensibles, ya que la mayoría de los problemas de salud eran agudos, los diagnósticos solían ser exactos y consistentes y la atención médica solía tener un impacto decisivo sobre el curso de la enfermedad. Sin embargo, actualmente las causas de enfermedad son inespecíficas y multifactoriales, existiendo una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, en cuyo caso el tratamiento médico no está estrictamente relacionado con el curso de la enfermedad, por lo que las medidas de resultado como la morbilidad o la mortalidad no son suficientemente sensibles y es necesario buscar medidas que tengan en cuenta el enfoque más amplio de salud (McDowell & Newell, 1987).

En consecuencia, junto a la inclusión paulatina de factores extrasanitarios en la noción de salud, el concepto mismo de salud ha experimentado una importante transformación en los últimos decenios, desde una concepción *negativa y reduccionista*, basada en la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, hasta una nueva dimensión más *positiva y holística* en la que se han incluido diferentes dimensiones de bienestar, ajuste psicosocial, calidad de vida, funcionamiento cotidiano, protección hacia posibles riesgos de enfermedad, desarrollo personal, entre otras (Godoy, 1999; Singer & Ryff, 2001).

El enfoque negativo de la salud se refiere a un proceso reactivo en el que la salud es restaurada a través de intervenciones médicas aplicadas a aquellas personas que están enfermas, mientras que el enfoque positivo o amplio de la salud hace referencia a una decisión deliberada de los gobiernos y sociedades de prevenir la enfermedad y promover el bienestar (Locker & Gibson, 2006).

Siguiendo el análisis de Mezzich (2005), la raíz etimológica de *salud* se remonta al término sánscrito *hal*, que significa *totalidad*. Esta noción señala no solo lo limitado que es considerar la *enfermedad* para entender adecuadamente la salud, sino también la amplitud y riqueza del concepto de salud. Durante mucho tiempo la ciencia ha ignorado el enfoque positivo de la salud, ya que la intervención sobre lo patológico ha monopolizado la atención de los profesionales y expertos. Sin embargo, en la actualidad se entiende que promover la salud desde este enfoque más amplio no es solo un derecho deseable para los ciudadanos, sino también un freno a la enfermedad física y mental (Seligman, 2008). Concretamente, Ryff, Singer y Love (2004) demuestran la existencia de correlación entre medidas relacionadas con la salud positiva, como por ejemplo la sensación de bienestar y un correcto funcionamiento de múltiples sistemas biológicos, medidos a través de diversos biomarcadores (como el nivel de cortisol salival, las citoquinas proinflamatorias, el riesgo cardiovascular o la duración de la fase REM del sueño).

Con una histórica declaración de intenciones, en el preámbulo de los primeros estatutos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1948), este organismo propone una definición de salud que intenta abarcar un enfoque más amplio y positivo. De este modo, propone definir la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades. Una interpretación literal de esta definición sugiere que los individuos y comunidades saludables deben poseer ciertos atributos deseables y no meramente estar libre de enfermedad o incapacidad.

Esta definición, que permite la posibilidad de diferenciar entre salud negativa y positiva, ha generado multitud de críticas y se ha convertido en objeto de debate y deseo, contando con defensores que ensalzan sus grandes ventajas y detractores que señalan sus defectos (Piédrola, 1991). Entre las ventajas más reconocidas se encuentra, en primer lugar, el hecho de contemplar al individuo como un sistema total y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal-individual como al externo y, en segundo lugar, el hecho de enfatizar la salud y no la enfermedad. Ahora bien, entre las críticas destacan los achaques a su ineficacia y su talante utópico, la equiparación de bienestar a salud, su índole estática, que no permite gradaciones, y el olvido de los aspectos objetivos a favor de los subjetivos.

Como respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud en el mundo, el día 21 de noviembre de 1986 se llevó a cabo en Ottawa (Canadá) la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud y se emitió la conocida Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000” (OMS, 1986). La conferencia tomó como punto de partida el debate sobre la acción intersectorial para la salud que había tenido lugar previamente en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, el documento “Los Objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud y los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata, hecha pública en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la ciudad de Alma-Ata (URSS), como respuesta a la necesidad de acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (OMS, 1978).

De acuerdo con el concepto de salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable, y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud, que es primordial en la definición de la promoción de la salud, además de intentar solucionar así la inoperatividad de la definición oficial de salud ofrecida por la Organización Mundial de la Salud. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. En esta convención en Ottawa se ofrece la siguiente definición de salud: “grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar o enfrentarse con el ambiente” (OMS, 1986, p. 1). Por lo tanto, la salud es vista como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida (como un medio y no solo como un fin), un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas.

Otras tendencias renovadoras en la definición de salud provienen de la aplicación de la teoría general de sistemas, de acuerdo a cuyos puntos de vista la salud se podría considerar como un estado que representa un balance relativo dentro del cual todos los sistemas se encuentran simultáneamente en armonía (Terris, 1980). De este modo, se considerarían dos aspectos en el concepto de salud, uno de carácter subjetivo y consistente con la sensación de bienestar, y otro objetivo y consistente con la capacidad de funcionamiento, los cuales pueden manifestarse en diferentes grados a lo largo de un continuo entre salud y enfermedad. Posteriormente, Antonovsky (1987) desarrolló la conocida teoría *salutogénica humana*, donde proclamó la necesidad de reconocer que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad sino a la salud positiva. Por lo tanto, según este conocido autor, a la investigación sobre los factores patógenos causantes de la enfermedad hay que añadir la investigación sobre los factores *salutogénicos*, que causan o mantienen la salud positiva.

En un intento de poner algo de orden en la multitud de definiciones que intentan abordar conceptualmente el término salud, Seedhouse (1986) identificó siete concepciones diferentes de salud: como un estado ideal, como un producto o mercancía, como una capacidad o fortaleza personal, como una fortaleza metafísica, como una reserva de fortaleza física y mental, como una habilidad para adaptarse y como los cimientos para el éxito. En definitiva, a causa de esta multiplicidad conceptual hoy día es difícil la identificación de una común y ampliamente aceptada definición de salud, sin embargo se puede decir que el nuevo enfoque positivo tiene en cuenta en todos los casos una perspectiva más amplia que incluye variables subjetivas, históricamente olvidadas, y muy relacionadas con el bienestar emocional (Singer & Ryff, 2001), típicamente definido por la mayor parte de autores en términos de tres componentes: satisfacción vital, presencia de afecto positivo y ausencia de afecto negativo. Según explican Diener, Kesebir y Lucas (2008), el bienestar subjetivo

se refiere a las diferentes formas por las que las personas evalúan la calidad de su vida. Siguiendo esta indicación, desde la esfera emocional, las personas reaccionarían con muchos sentimientos y experiencias positivas a lo que está ocurriendo en sus vidas y con pocas experiencias negativas o displacenteras; mientras que desde la esfera mental, las personas juzgarían sus vidas como satisfactorias y plenas. Concretamente, el sentimiento de bienestar subjetivo es un estado en el cual una persona siente y cree que su vida va bien y que refleja los diversos valores que busca.

La necesidad de hacer hincapié en el bienestar se ha visto reforzada por los informes de la Organización Mundial de la Salud que muestran cómo los problemas de salud mental aumentan su influencia en la carga de morbilidad general. De hecho, los pronósticos realizados por la Organización Mundial de la Salud para el año 2020 sugieren que la depresión unipolar llegará a ser la segunda causa principal de morbilidad en todo el mundo (Murray & López, 1996). No solo en países desarrollados, sino también los países en desarrollo se verán afectados por la enfermedad mental (WHO, 2003a).

El gobierno escocés está llevando a cabo una de las intervenciones más pioneras en este ámbito al introducir los conceptos relacionados con la salud mental positiva en la práctica clínica de su país. Concretamente, este proyecto considera la salud mental como la resiliencia mental y espiritual que permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es decir, se trata de un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la dignidad propia y de los demás (*Scottish Executive*, 2005).

En la época en que predominaba el enfoque biomédico de la salud, las herramientas subjetivas de medición eran muy cuestionadas, considerando que carecían de validez. Los argumentos de este enfoque partían de considerar la salud como la ausencia de enfermedad y de pensar que los únicos responsables de su restablecimiento era el personal médico. Sin embargo, si se adopta una definición de salud más amplia, las medidas subjetivas aparecen como las más sensibles, no solo para detectar las fortalezas del individuo, sino también la presencia de malestar físico, ya que la presencia de este tipo de malestar está usualmente determinada por alguno de los siguientes criterios: a) declaraciones subjetivas del individuo, b) signos manifiestos de alteraciones en la estructura y/o función de partes del cuerpo o en su totalidad y c) alteraciones ocultas que es posible detectar a través de instrumentos (Schlaepfer & Infante, 1990).

Multitud de expertos coinciden en señalar la necesidad de perfilar los atributos que subyacen al concepto amplio de salud y, a partir de ahí, desarrollar medidas de calidad que permitan valorarlas. Solo de esta forma será posible diseñar y evaluar modelos explicativos complejos que sean capaces de incluir tanto elementos positivos como disfuncionales y que permitan analizar una situación o trayectoria vital desde ambos puntos de vista simultáneamente (Diener et al., 2008; Locker & Gibson, 2006; Patrick & Bergner, 1990; Seeman, 1989; Seligman, 2008; Vázquez & Hervás, 2008).

1.1.4. Desigualdades sociales en salud.

La investigación científica ha puesto de manifiesto durante las dos últimas décadas el enorme impacto que tienen sobre la salud determinantes sociales como son la renta, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo, la clase social, el género, entre otros; manifestándose en desigualdades en salud muy diversas (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; Marmot & Wilkinson, 2006; Wilkinson, 1996). Los estudios muestran que la salud difiere mucho y sistemáticamente entre los distintos grupos sociales. Por ejemplo, los individuos con niveles socioeconómicos más altos tienden no solo a tener más esperanza de vida, sino también a tener menos enfermedades crónicas, más años vividos libres de discapacidad y mejor salud autopercibida, en comparación con los individuos con niveles socioeconómicos más bajos.

La consideración más concisa, accesible y conocida de este fenómeno fue articulada por Margarita Whitehead a principios de los años 1990, quien valoró las inequidades en salud como dife-

rencias en la salud que son innecesarias y evitables, además de ser consideradas desleales e injustas. La prueba fundamental para saber si las diferencias en materia de salud son o no injustas depende, en gran parte, de si las personas escogen libremente la situación que produce una mala salud o si está fuera de su control; es decir, el criterio utilizado para definir una situación como injusta es el grado de libertad que se pone en juego. Concretamente, Whitehead explica que la equidad en salud implica que, idealmente, cada persona debería tener una oportunidad justa de lograr su potencial de salud completo y, más pragmáticamente, que nadie debería ser perjudicado de alcanzar este potencial, si puede ser evitado.

A pesar de que el término *desigualdad en salud* se utiliza de manera común en algunos países para indicar sistemáticas, evitables e importantes diferencias, existe cierta ambigüedad con relación a este término, ya que a veces es utilizado para transmitir un sentimiento de injusticia, mientras que otras veces se utiliza para referir desigualdad en un sentido puramente matemático. Además, a esto se le añade el problema de la traducción en algunos idiomas, que solo disponen de una palabra para cubrir tanto la desigualdad como la inequidad. Para evitar confusiones, los expertos en esta materia utilizan ambos términos, *inequidad y desigualdad*, como sinónimos, al igual que se hará en esta tesis doctoral. Paula Braveman (2006) asume la valoración moral negativa del término desigualdad y propone que una *desigualdad* en salud es un tipo especial de diferencia en salud, o en los factores con mayor influencia sobre la salud, que podrían ser potencialmente moldeados por la política; es decir, es una diferencia en la cual los grupos socialmente desaventajados (tales como pobres, minorías étnicas, mujeres...) sistemáticamente experimentan peor salud o mayores riesgos de salud que los grupos más aventajados. Concretamente, esta autora resalta tres aspectos básicos en este fenómeno: en primer lugar, que las diferencias se producen entre los grupos más aventajados socialmente (con posiciones más altas en la jerarquía de riqueza, poder y/o prestigio) y todos los demás; en segundo lugar, que las diferencias son sistemáticas y, por último, que pueden ser modificadas por la política.

Los últimos informes dedicados a las desigualdades sociales en salud señalan las desigualdades socioeconómicas y de género en salud como dos de las desigualdades más frecuentes y con peores repercusiones en la sociedad (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; *House of Commons Health Committee*, 2009). Por lo tanto, esta revisión bibliográfica se centrará en primer lugar en el análisis de las desigualdades socioeconómicas en salud y, en segundo lugar, en el análisis de las desigualdades entre hombres y mujeres en salud.

• **Desigualdades socioeconómicas en salud.**

Niveles bajos en algunos marcadores socioeconómicos como el nivel adquisitivo, la clase social ocupacional o el nivel de estudios de las personas están relacionados con una peor salud, expresada tanto en cifras de mortalidad como en la salud percibida o en los indicadores objetivos de salud (Adler et al., 1994; Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof, Geurts & grupo de trabajo de la Unión Europea sobre Desigualdades Socioeconómicas en Salud, 1997; Marmot & Wilkinson, 2006). Benach, Daponte, Artazcoz y Fernández (2004) resumen en seis los rasgos generales de las desigualdades en salud de especial interés en la literatura, tal y como se explican a continuación:

1. Ubicuidad, en el sentido de que las desigualdades en salud están presentes en prácticamente todos los países donde se han estudiado, expresándose en el territorio, en los municipios y en los barrios según clases sociales, géneros y etnias.
2. Consistencia, ya que la mayoría de estudios encuentran resultados muy similares.
3. Magnitud, de modo que existe una gran magnitud en las desigualdades no solo cuando se comparan países en distinto grado de desarrollo, sino que, en los países más desarrollados económicamente, los ciudadanos en mejor posición socioeconómica y quienes viven en las áreas más privilegiadas de los distintos barrios o comunidades tienen mucha mejor salud que la población más desfavorecida.

4. Gradualidad, es decir, no existe un dintel a partir del cual empeore la salud, sino que las desigualdades se extienden a lo largo de toda la escala social, empeorando progresivamente la salud de los ciudadanos a medida que se desciende en la escala social, en el nivel de riqueza o en la educación. De este modo, no solo aquellos individuos en situación de pobreza tienen una salud más pobre que aquellos con unas circunstancias más favorables, sino que, además, quienes tienen un nivel socioeconómico más alto disfrutan de mejor salud que aquellos que se encuentran justo por debajo de ellos.
5. Crecimiento, en cuanto que las desigualdades en salud no se reducen, sino que se mantienen o tienden a aumentar, debido a que los indicadores de salud y de mortalidad mejoran más en las clases más privilegiadas.
6. «Adaptabilidad», en el sentido de que los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud, ya sea en el uso de los servicios sanitarios, en la utilización de los servicios preventivos o en la adquisición de estilos de vida que comportan un riesgo para la salud.

Una importante aportación en los comienzos del estudio de las desigualdades sociales en salud fue el Informe Black, solicitado en el año 1977 por el secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista del Reino Unido a un grupo de expertos, bajo la presidencia de Douglas Black. Los objetivos eran estudiar con profundidad las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud en ese país, así como recomendar las intervenciones necesarias para disminuir estas desigualdades (Black, Morris, Smith & Townsend, 1988). Sin embargo, la trayectoria de estudio de las desigualdades en salud en España comenzó más tarde que en el resto de Europa. Concretamente, en 1994 se publicó el libro «Diferencias y desigualdades en salud en España» (Regidor, Gutiérrez-Fisac & Rodríguez, 1994), que señalaba la existencia de desigualdades socioeconómicas en la salud de la población. En el año 1996 se publicó el primer informe en nuestro país, encargado por el partido gobernante en ese momento (PSOE), «Desigualdades sociales en salud en España» (Navarro, Benach & la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España, 1996). Sin embargo, el informe salió a la luz con otro partido en el gobierno (el Partido Popular), con lo que quizá por eso haya que entender que el informe tuviera tan poca difusión y no se ejecutaran las recomendaciones que se incluían en él (Navarro & Baltimore, 1997). A pesar de la información aportada por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), no se han realizado otros informes de estas características en el ámbito nacional (Borrell, García-Calvente & Martí-Boscà, 2004).

A pesar de ello, en España ha aumentado el conocimiento de las desigualdades sociales en la salud debido a la existencia de algunos grupos que han investigado y publicado sobre ello en revistas especializadas, basándose, sobre todo, en el análisis de la mortalidad y las encuestas de salud (Benach, 1995; Borrell & Pasarín, 1999). Sin embargo, el conocimiento adquirido en las últimas décadas sobre la existencia de desigualdades sociales en materia de salud en nuestro país no se ha reflejado en cambios en la política sanitaria. La mayoría de los planes de salud de las comunidades autónomas no incluyen los objetivos destinados a disminuir las desigualdades en salud, y existen muy pocos ejemplos de intervenciones que las tengan en cuenta (Benach, Borrell & Daponte, 2002); a pesar del aumento que están experimentando las desigualdades sociales en salud (Daponte, Bolívar, Toro, Ocaña, Benach & Navarro, 2008; Regidor, Ronda, Pascual, Martínez, Calle & Domínguez, 2006). Por otra parte, aunque los estudios de carácter descriptivo sobre desigualdades en salud han crecido notablemente, no ha sucedido lo mismo con la investigación sobre sus causas y sus consecuencias (Borrell & Pasarín, 1999).

Aún más, la necesidad de estudiar la situación, evolución y características de las desigualdades en salud se justifica sobradamente en España debido a la deficiente situación respecto a la Unión Europea en determinantes socioeconómicos como la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral y la división sexual del trabajo. De hecho, el impacto negativo de esos indicadores se ve agravado por

dos factores adicionales: la debilidad del Estado de Bienestar existente en España y las fuertes desigualdades internas entre áreas geográficas y clases sociales (Benach et al., 2004).

A continuación se hace una revisión de las causas más estudiadas y refrendadas para explicar las desigualdades socioeconómicas en salud:

- Conductas de riesgo para la salud.

Uno de los argumentos que se han planteado para explicar las desigualdades socioeconómicas en salud ha sido la mayor frecuencia de conductas de riesgo para la salud en los individuos de posición socioeconómica baja, como por ejemplo consumo excesivo de tabaco o alcohol, ausencia de actividad física, obesidad, alimentación inadecuada, etc. (Pekkanen, Tuomilehto, Uutela, Vartiainen & Nissinen, 1995; Schrijvers, Stronks, Dike van de Mheen & Mackenbach, 1999; Smith, Neaton, Wentworth, Stamler & Stamler, 1996; Smith, Shipley & Rose, 1990).

Posiblemente, la distinta frecuencia de conductas de riesgo para la salud en los diferentes grupos socioeconómicos contribuya a explicar el origen de las desigualdades socioeconómicas en aquellos problemas de salud que presentan una fuerte asociación con esos factores de riesgo, como las enfermedades cardiovasculares o determinadas localizaciones de cáncer (Regidor, 2008).

Como se expondrá más adelante, esta tesis doctoral se apoyará en esta hipótesis causal para estudiar cómo se diferencian las conductas relacionadas con la salud en los diferentes niveles socioeconómicos de la muestra a estudiar.

- Factores psicosociales.

Determinados factores, como estrés, ansiedad, hostilidad, cólera, depresión o ausencia de autonomía en el puesto de trabajo, se han asociado a la enfermedad isquémica del corazón (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; Chandola, Brunner & Marmot, 2006; Hemingway & Marmot, 1999; Risen-gren et al., 2004; Siegrist & Marmot, 2004).

Regidor (2008) resume en tres formas el modo en que los factores psicosociales pueden influir sobre la salud: en primer lugar, los factores de riesgo psicosociales podrían incrementar el riesgo de aparición de estas enfermedades a través de su asociación con las conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, dieta o actividad física; en segundo lugar, los factores psicosociales pueden actuar directamente a través de mecanismos biológicos, mediados por el eje hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal y/o por el sistema nervioso simpático y parasimpático; por último, en tercer lugar, existen otros factores, como la falta de redes y de apoyo social, cuya presencia podría amortiguar o disminuir los daños a la salud que ejercen los primeros.

- Circunstancias materiales.

A pesar de que la investigación que ha contrastado esta hipótesis es menor que la investigación que ha contrastado las dos anteriores, algunos autores asumen que esta hipótesis es más importante que las anteriores (Smith et al., 1998; Smith, Shaw, Mitchell, Dorling & Gordon, 2000). Según sus investigaciones, determinadas circunstancias materiales, como las dificultades financieras, el desempleo, las malas condiciones de la vivienda o la exposición a determinados riesgos físicos y químicos del medio ambiente laboral, explicarían la mayor parte de la relación entre la posición socioeconómica y la salud.

- Circunstancias a lo largo de la vida.

Según esta hipótesis, la estructura social lleva un agrupamiento de ventajas y desventajas materiales, que se perpetúa a lo largo de la vida. Concretamente, conforme aumenta el número de exposi-

ciones socioeconómicas adversas a lo largo de la vida, se incrementa gradualmente la mortalidad, la percepción subjetiva de mala salud, el riesgo de ocurrencia de enfermedades crónicas y la probabilidad de que aparezca algún tipo de incapacidad (Singh-Manoux, Ferrie, Chandola & Marmot, 2004; Power, Manor & Matthews, 1999).

Más allá de la discusión acerca de las causas que provocan y perpetúan las desigualdades socioeconómicas en salud, todavía no se ha fijado con consistencia y claridad los conceptos y medidas a utilizar para tratar estas desigualdades. A pesar de la larga historia en la definición de grupos sociales, aún existen las siguientes limitaciones (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005):

- por un lado, existe una amplia variedad de índices de posición social, lo que a menudo hace difícil interpretar las diferencias,
- por otro, pocas revisiones examinan sistemáticamente todas las posiciones sociales (o incluso varias) en conexión con la salud, y aún menos se centran en la influencia potencial de la interdependencia entre diferentes variables (como el sexo, el estado civil, la identidad étnica, la ocupación y el área de residencia); y
- por último, la relación entre desventaja social y mala salud es compleja, la definición de salud raras veces es explícita y hay definiciones en competencia.

Por lo tanto, no existe una medida perfecta de clasificación socioeconómica, clase social, situación o posición socioeconómica de los individuos, por una razón básica: se desconoce lo que se está midiendo. Normalmente, la medición idónea de un concepto exige su definición teórica previa; sin embargo, este requisito de establecer con claridad el concepto es la principal dificultad con la que tropieza la medición de la posición socioeconómica o clase social, dado que las formulaciones en este campo son complejas, diversas y poco operativas.

La construcción empírica de la clase social, desde una perspectiva neomarxista, está resolviendo cada vez más este problema usando la información sobre la ocupación. Precisamente, el estudio de las desigualdades sociales y la salud ha estado centrado, clásicamente, en el uso de la ocupación o, mejor dicho, el grupo ocupacional como criterio de clasificación socioeconómica. Para ello, las diferentes ocupaciones han sido clasificadas en función de una combinación de cualificación profesional, ingresos y prestigio, produciéndose una serie jerárquica de grupos socioeconómicos que se supone se diferencian, unos de otros, en un rango de características sociales (Regidor et al., 1994). La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) o clasificación ISCO (*International Standard Classification of Occupations*) es una de las principales clasificaciones económicas y sociales, de las que la Organización Internacional del Trabajo es responsable (*International Labour Organization*, 2004). Más específicamente, se trata de una herramienta para organizar los empleos en una serie de grupos definidos claramente en función de las tareas que comporta cada uno de ellos. La primera versión de la clasificación ISCO fue adoptada en 1957 por la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo y es conocida como la ISCO-58. Esta versión fue reemplazada rápidamente por la ISCO-68, que fue adoptada por la Undécima Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1966. La tercera versión de la Clasificación Internacional de Estadísticos del Trabajo, la ISCO-88, utilizada en este trabajo, fue adoptada por la Decimocuarta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1987. Muchas clasificaciones nacionales de ocupaciones se basan en una de estas versiones de la ISCO, dependiendo de la fecha en que fueron desarrolladas.

No obstante, también se han señalado otras variables como posible alternativa para discriminar el nivel de salud entre diversos grupos socioeconómicos de la población, como es el caso del nivel de ingresos. Aunque en principio parece fácil recoger información sobre el nivel de ingresos, sin embargo, se trata de un asunto que produce cierto recelo en la población, por lo que, en muchos casos, la cumplimentación de la misma es muy baja, y, en otros, hay que valorar detenidamente su

fiabilidad antes de usarla. Por otra parte, también se debe tener en cuenta que existe una amplia gama de fuentes posibles de ingresos, incluyendo el dinero efectivo real. Una solución a este problema ha sido utilizar algunos indicadores de riqueza, como por ejemplo, variables asociadas con las características de la vivienda que los individuos ocupan, régimen de propiedad de la misma, número de habitaciones, densidad de ocupación, servicios higiénicos, determinadas comodidades, etc., que tiene el valor para diferenciar a la población con diferente estado de salud por su alta correlación con la riqueza (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005; Regidor et al., 1994). Varios estudios han utilizado indicadores de bienestar y de riqueza, como el régimen de propiedad y características de la vivienda, la posesión de un coche o de un ordenador, para obtener una medida fiable y válida del nivel socioeconómico (Smith et al., 1990; Wardle, Robb & Johnson, 2002).

• **Desigualdades de género en salud.**

En la literatura se encuentra de forma repetida el testimonio de que la salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma distinta en la salud y en los riesgos de enfermedad, y desigual, porque hay factores sociales, en parte explicados por los roles de género, que establecen diferencias injustas en la salud de hombres y mujeres (Rohlf, Borrell & Fonseca, 2000; Verbrugge, 1985). Concretamente, aunque los hombres tienen índices más altos de mortalidad en las sociedades industrializadas, las mujeres enferman con más frecuencia y tienen índices más altos de morbilidad, discapacidad y uso de la atención médica, es decir las mujeres presentan un peor estado de salud y, en cambio, una esperanza de vida más larga (Gove & Hughes, 1979; Nathanson, 1977). En todos los grupos de edad los hombres declaran mejor salud que las mujeres, aunque a medida que avanza la edad esta diferencia disminuye (Ross & Bird, 1994). A pesar de que algunos autores han cuestionado si la peor salud percibida por parte de las mujeres sería debida a las diferencias del significado de salud según género y a la distinta manera de expresarlo, Ross y Bird han descrito cómo la percepción de las mujeres acerca de su estado de salud sigue siendo peor que la de los hombres, aún después de ajustarla según su mayor capacidad de referir problemas y de expresar sus emociones.

Lois M. Verbrugge (1989) categorizó en cinco grandes grupos las razones para explicar estas diferencias de sexo en salud:

1. Riesgos biológicos: intrínsecas diferencias entre hombres y mujeres basadas en sus genes y hormonas, que confieren riesgos diferentes de morbilidad.
2. Riesgos adquiridos: los riesgos de enfermedades y lesiones producidas en actividades laborales y de tiempo libre, hábitos de salud y estilos de vida, angustia psicológica y otros aspectos del entorno social del individuo.
3. Síntomas y atención médica de aspectos psicosociales: cómo la gente percibe los síntomas, evalúa la severidad y decide qué hacer para aliviar o curar los problemas de salud.
4. Comportamientos informadores de salud: cómo la gente habla sobre sus síntomas a otros, incluyendo entrevistadores.
5. Cuidados de salud previos y capacitación médica: cómo las acciones terapéuticas elegidas por uno mismo o por un profesional de la salud influyen en el curso de la dolencia actual y en el futuro comienzo de una nueva enfermedad.

Tomando en consideración las características sociales y los roles de género de la época en la Verbrugge publicó sus análisis, finales de los años 80, este autor explicaba cómo estos cinco factores tenían incidencia diferente según el sexo, concretamente dos de esos factores -riesgos biológicos y menos cuidados médicos previos- son conocidos por los investigadores por desfavorecer a los

hombres respecto a la salud y longevidad. Otros dos -aspectos psicosociales y comportamientos informadores de salud- son conocidos por aumentar las experiencias e informes de morbilidad en las mujeres. Los riesgos adquiridos son considerados una mezcla: algunos comportamientos de estilos de vida (consumo de alcohol o accidentes laborales) son más comunes en hombres, colocándolos en una posición de riesgo mayor, mientras que otros comportamientos de estilos de vida (menos actividades de tiempo libre que impliquen actividad física vigorosa o mayor obesidad) son las mujeres las que son colocadas con mayor riesgo. A pesar de que actualmente los cambios sociales han provocado que las diferencias de género no sean tan marcadas como hace dos décadas, aún siguen existiendo diferencias en los comportamientos de estilos de vida, así como diferencias en la comprensión, evaluación y explicación de los síntomas entre hombres y mujeres (Denton, Prus & Walters, 2004; Doyal, 2000; Kolip, 2008). De hecho, Whitfield, Weidner, Clark y Anderson (2003) han categorizado más recientemente los factores responsables de las diferencias de salud entre hombres y mujeres, coincidiendo en gran parte con la categorización realizada por Verbrugge, aunque en su caso los agrupan en cuatro bloques: biológicos, comportamentales, psicosociales y biocomportamentales.

Los primeros acuerdos relacionados con los intentos de erradicar las desigualdades de sexo en salud comenzaron a plasmarse en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer convocada por Naciones Unidas y celebrada en 1995 en Beijing, donde se proclamó que las mujeres debían ser vistas como individuos con funciones múltiples y no solo como madres y reproductoras, y se enfatizó la necesidad de identificar, desde una perspectiva de género, los factores que promovían y protegían la salud, incluyendo el acceso a servicios de calidad para las mujeres. Igualmente, se planteó que la promoción de la equidad de género y el respeto de los derechos humanos de las mujeres eran elementos básicos de toda estrategia que apuntara a garantizar el acceso de las mujeres a la salud.

Por lo tanto, desde el inicio del estudio de las desigualdades de salud entre hombres y mujeres, se ha tenido en cuenta tanto la construcción biológica como la sociocultural de las diferencias sexuales, teniendo en cuenta de este modo las diferencias entre los conceptos de sexo y género. Concretamente, mientras el término sexo hace referencia a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres, el concepto de género se refiere tanto a las ideas y representaciones como a las prácticas sociales de hombres y mujeres, que implican una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales y, por lo tanto, no es una categoría estática, sino que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas (Courtenay & Keelin, 2000; Doyal, 2001; Krieger, 2003; Rohlf et al., 2000). Tanto el género como el sexo se relacionan con la salud y lo hacen de forma simultánea, ya que las personas no viven siendo de un género o de un sexo, sino de ambos a la vez. Así, las diferencias de sexo y de género determinan diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, la severidad y la frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres (Borrell & Artazcoz, 2008; Krieger, 2003; Tubert & Fraisse, 2003). Sin embargo, la naturaleza del término género es polémica, ya que en las últimas décadas su uso se ha extendido más allá de su significado original, encontrando con frecuencia en textos científicos y periodísticos una sustitución del término sexo por el de género, incluso cuando se trata de connotaciones biológicas (*Division for the Advancement of Women*, 1998; Tubert & Fraisse, 2003; Udry, 1994). Pues bien, en este trabajo se utilizará el término sexo y género de manera indiferenciada, ya que la población objeto de estudio está desagregada por sexo entre chicos y chicas, pero sus diferentes estilos de vida se relacionan con las diferentes influencias socioculturales que han ido recibiendo a lo largo de su infancia y adolescencia.

La situación de salud y de desigualdades en salud entre hombres y mujeres en España no ha sido explorada en profundidad hasta hace prácticamente dos décadas. Sin embargo, a pesar de tratarse

de un tema incipiente y con pocas publicaciones en nuestro país, existe un interés creciente por las desigualdades de género en la agenda de salud pública, a través de iniciativas como las del Grupo de Género y Salud Pública en el seno de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) o, más recientemente, la Red Temática de Investigación de Salud y Género (RISG) (Artazcoz, 2004; Borrell et al., 2004; Ruiz et al., 2005).

En el año 2000 el Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS propuso la creación del Observatorio de Desigualdades de Género en la Salud, comenzando inicialmente de forma voluntarista, gracias al apoyo logístico de la Escuela Andaluza de Salud Pública, posteriormente con la financiación de la Red Temática de Investigación de Salud y Género (2003-2006) y el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006-2007) y, finalmente, desde julio del 2007, con la financiación del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Dentro del Programa Transversal de Desigualdades del CIBERESP se está trabajando en la creación del Observatorio de Desigualdades en Salud con la intención de que este organismo permita difundir el trabajo realizado por el CIBERESP en este ámbito, además de proporcionar información sobre las desigualdades en la salud. Esta información sería útil tanto para la comunidad científica, como para los gestores, los responsables políticos y la población general; es decir, se trataría de crear un observatorio que actúe como eco de resonancia ante las desigualdades en salud por género, clase social, etnia y edad (Grupo de Género y Salud Pública, 2008).

1.2. La adolescencia como etapa evolutiva clave en la salud.

1.2.1. Características evolutivas de la etapa adolescente.

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la adultez, lo que Erikson (1968) denominó una *moratoria social*, es decir, un compás de espera que la sociedad da a sus miembros jóvenes mientras se preparan para ejercer los roles adultos. Sin embargo, a pesar de tratarse de una transición entre dos momentos evolutivos claros, como son la infancia y la adultez, la adolescencia goza de una entidad singular. Además, el hecho de que en las sociedades occidentales haya ido experimentando un progresivo aumento en el número de años que abarca, ha contribuido sin duda a consolidar la adolescencia como etapa evolutiva.

Muchos autores consideran que la adolescencia es un estadio de la vida que comienza con el inicio de la pubertad y suele terminar cuando el individuo obtiene los derechos adultos, responsabilidades y reconocimiento por parte de familia, ley o sociedad. Sin embargo, no hay una definición única de adolescencia, ya que cualquier intento de construir una definición unitaria sería muy difícil dada la creciente apreciación caleidoscópica de la experiencia adolescente (G. R. Adams, 2005). De hecho, la experiencia adolescente en una región del mundo es muy diferente de otra y, aún más, dentro de un mismo estado geográfico o político, existen diferencias históricas, económicas, políticas y religiosas que influyen en la naturaleza de la adolescencia.

De lo anterior se sigue la necesidad de diferenciar entre dos conceptos con un significado y un alcance distinto: pubertad y adolescencia. Mientras que la *pubertad* es el conjunto de cambios físicos universales que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción, la *adolescencia* es un periodo psicosocial que se prolonga varios años más y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez, por lo que no necesariamente adopta en todas las culturas ni en todas las épocas históricas el mismo patrón (Palacios & Oliva, 1999).

Desde un punto de vista cultural, fue la célebre antropóloga Margaret Mead (1949), con sus estudios de sociedades primitivas, quien demostró que los procesos observados en las culturas occidentales

no existían en todas las sociedades humanas, mostrando así que la experiencia del adolescente y su duración estaban determinadas por condicionamientos culturales que relativizaban el esquema universal del desarrollo humano, diferenciando así *pubertad* (como un fenómeno fisiológico y, por lo tanto, de naturaleza universal) y *adolescencia* (como una manifestación cultural).

Un repaso histórico general muestra, desde el periodo de la Antigüedad, un interés por el paso de la infancia a la edad adulta, concibiéndola como el momento en el que se accede a la razón, pero también como la época de las pasiones y de las turbulencias. En el Impero Romano, la constatación de la pubertad implicaba el reconocimiento de la capacidad civil. En la Edad Media, el crecimiento físico de un niño o una niña era considerado como el crecimiento gradual de una criatura de Dios, implicando tan solo una transformación cuantitativa, no cualitativa, por lo que el joven era considerado un adulto en miniatura. Sin embargo, en el Renacimiento ya se encuentran nuevas formas de concebir el desarrollo humano y se plantea la necesidad de establecer programas escolares en relación con la evolución de las facultades de la persona. Sin embargo, no es hasta la Revolución Industrial cuando se concibe la adolescencia como etapa concreta del desarrollo evolutivo, ya que la industrialización plantea la necesidad de una mayor tecnificación de los procesos productivos y la consiguiente creación de escuelas por niveles, para así mejorar la preparación de las futuras personas trabajadoras (Levi & Schmitt, 1995).

El interés científico por la adolescencia es también un hecho relativamente reciente, iniciado con la publicación de la primera teoría de la adolescencia por Stanley Hall a principios del siglo XX (Hall, 1904). El planteamiento de Hall acerca de la adolescencia como un periodo tormentoso y estresante, de confusión normativa y de oscilaciones y oposiciones ha tenido una enorme trascendencia tanto dentro de la propia psicología evolutiva como en la propia sociedad, donde ha llegado a cristalizar como una representación cultural acerca de esta etapa. Así, aunque siga existiendo esa representación social predominante que asocia adolescencia a elevados niveles de estrés, a un distanciamiento de los progenitores y a cambios hormonales que conducen necesariamente a graves dificultades, en los planteamientos científicos más actuales esta visión ha sido reemplazada por una concepción más positiva. Por un lado, se reconoce el reto al que se enfrentan los adolescentes con las demandas, conflictos y oportunidades que le brinda esta etapa (Compas, Hinden & Gerhardt, 1995); por otro, tampoco se encuentran datos empíricos que avalen el grave distanciamiento con padres y madres, sino más bien la existencia de una relación positiva en la que padres, madres y adolescentes comparten una parte importante de los valores sociales fundamentales (Coleman, 1993; Collins & Laursen, 2004; Collins & Steinberg, 2006).

A pesar de los consensos científicos a los que se va llegando en relación con esta etapa evolutiva, no existe unanimidad con respecto a cuántas subetapas la componen, cómo denominarlas y cuál es la duración de cada una de ellas, teniendo en cuenta que no es apropiado considerar la adolescencia como un periodo unitario y homogéneo (Graber & Brooks-Gunn, 1996) y que en los últimos tiempos se observa una amplitud en el número de años que abarca tanto por el comienzo de la etapa, cada vez más precoz, como por el final, cada vez más tardío (Goossens, 2006). A pesar de esto, desde hace décadas, en la mayoría de los estudios se habla de tres adolescencias:

- *Primera adolescencia* (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia.
- *Adolescencia media* (15-17 años), etapa en la que el desarrollo se centra sobre todo en el plano mental, afectivo y social, produciéndose habitualmente cambios de estado de ánimo bruscos y frecuentes e incrementándose la implicación en conductas de riesgo.
- *Adolescencia tardía* (18-20 años), etapa que se inicia a partir del notable desarrollo de la personalidad alcanzado al término de la fase anterior, pero que se está prolongando en los últimos años, toda vez que los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar parental y lejos

aún de asumir roles y responsabilidades adultos. De hecho, Arnett (2000) formula una cuarta etapa, entre los 20 y los 30 años, denominada *adultez emergente*, que aparece como consecuencia de la simultaneidad de tres procesos: la prolongación de la fase formativa, el retraso en la independencia económica a través de la ocupación y el retraso en la formación de nuevas unidades de convivencia y parentesco (parejas y familias), que tiende a realizarse después del logro de una cierta consolidación de la inserción laboral. Estas razones contribuyen a que la emancipación familiar resulte crecientemente dependiente de las condiciones de acceso a la vivienda, fenómeno que estaría creando, especialmente en España, una auténtica sensación de frustración en toda una generación, a la que le resultaría imposible conseguir una de las metas más importantes en el desarrollo humano: emanciparse y comenzar a vivir su propia vida (García & Ponce de León, 2007). Keniston (1971) denominó a este período posterior a los 20 años como juventud, sin embargo esto es criticado ya que este término ha sido usado durante mucho tiempo en el ámbito anglosajón, y sigue siendo usado así, como la combinación de la niñez y la adolescencia (Goossens, 2006), por lo que en esta tesis doctoral se utilizará el término *adultez emergente*.

Con relación a las subetapas que componen la adolescencia, esta tesis doctoral se guiará por los límites marcados por la Sociedad para la Investigación en la Adolescencia que denomina la adolescencia temprana al período comprendido entre los 10 y los 15 años, la adolescencia media, entre los 15 y los 18 años, y la adolescencia tardía, entre los 18 y los 22 años (Goossens, 2006). Por lo tanto, al centrarse esta tesis doctoral en los adolescentes de 11 a 18 años, se estudiará la adolescencia temprana y media.

En conclusión, la adolescencia es una etapa evolutiva que se diferencia de otras etapas por la cantidad de cambios a los que chicos y chicas deben hacer frente. Todos estos cambios se articulan en cuatro grandes áreas: cambios en el desarrollo físico o biológico, cambios en el desarrollo cognitivo, cambios en el desarrollo emocional y cambios en el desarrollo social; tal y como se explica en los siguientes apartados.

• **Desarrollo físico:**

Durante la adolescencia ocurre una vertiginosa sucesión de cambios biológicos, tan solo comparable con el rápido crecimiento físico de la primera infancia, que tiene su inicio en los años de escuela primaria, aproximadamente a los 8 años para ellos y a los 6 años para ellas, pero cuyos signos aparentes no serán visibles hasta los 11 años para ellos y los 10 años para ellas (Archibald, Graber & Brooks-Gunn, 2003). Estas cifras son valores medios, existiendo una gran variabilidad individual respecto a la edad de comienzo del desarrollo puberal –el rango se extiende en torno a 5 años–, por lo que es habitual observar en las aulas de los primeros años de secundaria a chicos, y sobre todo a chicas, con apariencia adulta junto a compañeros y compañeras de complejión totalmente infantil (Tanner, 1972). Esta variabilidad en el comienzo del desarrollo puberal es causada por variaciones en factores genéticos, biológicos, socioeconómicos, nutricionales o por eventos vitales (G. R. Adams, 2005).

Tal y como se comentó anteriormente, en los últimos años se observa que esta etapa evolutiva ocupa cada vez un mayor número de años, debido tanto a un adelantamiento generalizado de su inicio como a un atraso del final. El hecho de que la adolescencia empiece cada vez más tempranamente es debido a lo que se conoce como *tendencia secular del desarrollo* que muestra cómo los niños y las niñas de nuestros días, comparados con generaciones anteriores, comienzan el desarrollo puberal de forma más temprana y adquieren antes su apariencia adulta y la madurez sexual (Herman-Giddens, Wang & Koch, 2001). El factor causal más claramente asociado a este adelanto físico es la mejora general de las condiciones de vida (por ejemplo, una alimentación más adecuada, mejores condiciones de higiene y de atención sanitaria, etc.), aunque en determinadas circuns-

tancias, otros factores sociales, como el estrés de las relaciones familiares, parece que también tiene relación con el adelantamiento en la edad del desarrollo (más marcado en el caso de las niñas, Archibald et al., 2003). Pero, además de este aspecto estrictamente fisiológico, que explica el adelanto de la pubertad, habría que añadir otro vinculado a las prácticas educativas y a la socialización de los preadolescentes, que también estaría contribuyendo a la precocidad en la aparición de un estilo comportamental típico de la adolescencia. Por citar solo dos ejemplos, cada vez es más común que los padres y las madres promuevan en sus hijos e hijas la autonomía, lo que les lleva a que, por ejemplo, se desplacen solos en su entorno, utilicen el teléfono, el ordenador, tomen sus propias decisiones relacionadas con la vida cotidiana, hagan prevalecer sus propios gustos y preferencias, etc. Como consecuencia de ese afianzamiento en la identidad de los preadolescentes, las marcas comerciales han sabido ver aquí un importante mercado y han incluido entre sus objetivos preferentes también a este rango de edad (películas, programas de televisión, productos para el ocio, ropas, abalorios, etc. dirigidos expresamente a estas edades). De esta manera, en nuestra cultura, tanto la familia como el mercado estarían contribuyendo a que la adolescencia esté adelantando su inicio, y no solo por razones estrictamente fisiológicas.

• **Desarrollo cognitivo:**

A pesar de las numerosas críticas que han ido apareciendo en los últimos años, la teoría del desarrollo cognitivo formulada por Jean Piaget (1972) sigue siendo un referente en el análisis del desarrollo cognitivo durante la adolescencia. Según Piaget, en torno a los 12 años se adquieren una serie de habilidades que permiten pensar de una manera muy parecida a la adulta -pensamiento formal-. Es decir, según esta teoría, en ese momento los chicos y las chicas entienden la realidad como una parte del mundo de lo posible, tiene una lógica de razonamiento hipotético-deductivo y un pensamiento de carácter proposicional que utiliza el lenguaje como vehículo privilegiado.

A lo anterior, y como indicadores adicionales de la maduración cognitiva en la adolescencia, los adolescentes experimentan un incremento en su capacidad atencional y su memoria, unas mejores habilidades metacognitivas, un aumento de la velocidad de procesamiento de la información y una mejora de las estrategias de organización de dicha información. Tres son las causas que a menudo se dan como explicación a estos avances cognitivos (Byrnes, 2003; Coleman & Hendry, 1999):

- Por un lado, estaría la noción piagetiana de equilibración, por la que el desarrollo cognitivo se produciría como consecuencia del esfuerzo del adolescente para responder a las nuevas demandas que se le plantean y a las experiencias a las que tiene que hacer frente.
- Por otro lado, hay que considerar el desarrollo del lóbulo frontal, estructura que madura a lo largo de la adolescencia y que está relacionada con diferentes procesos de razonamiento (memoria, autoconciencia y pensamiento multidimensional). Este desarrollo facilita un mejor análisis y conocimiento de la realidad y a la vez, de forma inversa, el mayor conocimiento del mundo provoca mayor desarrollo neuronal de esta zona del cerebro. En el siguiente apartado se desarrollará con más detalle las implicaciones de la maduración cerebral en la etapa adolescente.
- Por último, la educación formal, además de aportar contenidos concretos de conocimiento, desarrolla toda una serie de herramientas cognitivas, como el razonamiento deductivo, el pensamiento crítico, la toma de decisiones o las habilidades metacognitivas.

• **Desarrollo emocional:**

Las transformaciones físicas y cognitivas que acaban de referirse llevan al adolescente a experimentar una serie de cambios en su autoconcepto y su autoestima, así como en su búsqueda de

identidad, que cobra mucha importancia en estos años. Sin lugar a dudas se trata de cambios importantes en el desarrollo evolutivo, ya que el acceso a la autonomía personal exige que el adolescente se sitúe en el mundo como una persona distinta a las demás, con sus propias características y preferencias (Dusek & McIntyre, 2003; Kroger, 2003).

Hablar del desarrollo de la identidad en la adolescencia significa ineludiblemente citar la obra de Erikson (1968). Este autor consideró el desarrollo como el paso a través de una serie de etapas, cada una con sus metas y retos, su entorno social, intereses, logros y riesgos particulares, en las que el individuo se enfrenta en cada etapa a una crisis del desarrollo. En la etapa de la adolescencia, el individuo debe desarrollar una identidad, es decir tiene que organizar sus conductas, habilidades, creencias e historia en una imagen consistente de sí mismo, algo que sin duda será básico para enfrentarse a los retos de la edad adulta.

Trabajando con la obra de Erikson, el psicólogo James Marcia (1966) identificó y validó empíricamente cuatro estados de identidad adolescente diferentes. Los cuatro estatus son consecuencia de la combinación de dos grandes variables; por un lado, de si el adolescente ha experimentado o no crisis de identidad y, por otro, si ha asumido ya compromisos ideológicos. De este modo, existe el *logro de identidad* cuando hay un intenso sentido de compromiso con las elecciones de la vida después de la libre consideración de las alternativas; *identidad hipotecada*, cuando se aceptan las elecciones paternas de la vida sin considerar opciones; *identidad difusa*, en el caso de que exista una personalidad incierta, confusión acerca de quién es y qué se quiere y; por último, *moratoria*, si existe crisis de identidad y suspensión de las elecciones como resultado de conflictos.

Por otra parte, el estudio del autoconcepto y autoestima ha sido profuso en la etapa adolescente. Una de las conclusiones más claras que se ha ido obteniendo a lo largo de los últimos años tiene que ver con la importancia de las interacciones sociales en estos procesos. Así, por un lado, la persona desarrolla la capacidad de predecir el comportamiento de los otros, al tiempo que va internalizando las características de la sociedad a la que pertenece, lo que facilita, por otro lado, que vaya haciendo, en paralelo, una evaluación de su propia conducta y de sus características personales. Según Steinberg y Morris (2001), las transformaciones físicas, psicológicas y sociales que ocurren en la adolescencia implican una reestructuración de las representaciones sobre uno mismo y una reelaboración de la propia autodefinición, lo que conduce a un autoconcepto más diferenciado, mejor organizado, al tiempo que más abstracto y, por lo tanto, más elaborado.

Por su parte, la autoestima consiste en añadir unas cualidades subjetivas y valorativas al concepto de sí mismo, cualidades que provienen de la propia experiencia y son evaluadas como positivas o negativas. Por lo tanto, la autoestima se presenta como la conclusión final de la autoevaluación y se define como la satisfacción personal del sujeto consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y la autoaprobación (Rosenberg, 1965).

Según Harter (2006), en la adolescencia media la confusión y la inestabilidad evolutiva puede ser mayor, debido a que las nuevas habilidades cognitivas permiten al chico o a la chica adolescente darse cuenta de las inconsistencias y limitaciones en los distintos dominios del autoconcepto y en las opiniones de los otros significativos, lo que puede provocar una mayor autocrítica y, consecuentemente, a su vez, menor autoestima. G. R. Adams (2005) explica que la inexistencia de una sensación saludable de autoestima durante la adolescencia se relaciona con hostilidad, resentimiento, desilusión, depresión o alienación a los otros.

• **Desarrollo social:**

Un cambio igualmente trascendente durante la etapa adolescente es el que tiene que ver con las características y las relaciones que el adolescente establece con su red social, que estaría compuesta en esta etapa por tres agentes básicos: iguales, familia y otros adultos significativos.

Contrariamente a lo que se viene informando a través de los medios de comunicación, la familia mantiene una fuerte influencia en los adolescentes (Allen & Lard, 1999; Steingberg & Silk, 2002). Así, por ejemplo, y en el caso de nuestro país, el último informe realizado por la Fundación Santamaría, *Jóvenes españoles 2005* (González-Blasco, 2006), revela que la familia es para los jóvenes entre 15 y 24 años el aspecto más valorado (junto con la salud) por encima incluso de sus relaciones con los iguales, el tiempo libre, los estudios o la religión, habiendo subido considerablemente de lo que fue valorada en el mismo estudio en 1994 (Elzo, Orizo, González-Blasco & Del Valle, 1994) y en 1999 (Elzo, Orizo, González-Anleo, González-Blasco, Laespada & Salazar, 1999) (en 1994 el 70% consideraba *muy* importante a la familia, el porcentaje subía al 76% en 1999 y al 80% seis años después). Los adolescentes mantienen sus vínculos de apego a sus progenitores, retornan a sus familias en los momentos de necesidad y tienen en cuenta los consejos de padres y madres, sobre todo los que atañen a asuntos morales y a su futuro. La investigación revela que las relaciones familiares basadas en la proximidad, la comunicación y el conocimiento mutuo continúan siendo el mejor factor para predecir el ajuste del adolescente y sirve como un amortiguador contra las conductas no saludables, como fumar, beber, tomar drogas o abandonar la escuela (Jiménez-Iglesias, 2008; Kerr & Stattin, 2000; Stattin & Kerr, 2000).

Pero también en esta etapa, y para ganar mayor autonomía e independencia, los adolescentes incrementan la orientación hacia sus iguales y hacia otros adultos de fuera de la familia (Collins & Russell, 1991; Steinberg, 2007).

La identificación con los iguales promueve en los jóvenes modelos para el desarrollo del razonamiento, juicios y valores morales, a través de la diferenciación que deben aprender a hacer entre los juicios de la familia y de los iguales en asuntos molares y sociales (Hartup, 1993).

Aunque los iguales son importantes a todas las edades, durante la adolescencia la amistad adquiere un papel fundamental. En general, los adolescentes pasan cada vez más tiempo con sus amigos y amigas, por lo que las relaciones de amistad se convierten en un eje fundamental en el desarrollo saludable de los adolescentes (Newcomb & Bagwell, 1996). La confianza, la autorrevelación y la lealtad son aspectos que caracterizan la amistad adolescente, que se orienta cada vez más hacia la intimidad como fruto de los cambios emocionales y cognitivos, concretamente, gracias a las ganancias en autonomía y comprensión del punto de vista de los otros (B. B. Brown, 2004).

Socialmente, existe una gran preocupación en torno a la presión que el grupo de iguales puede ejercer sobre los adolescentes para la realización de conductas indeseables, antisociales o delictivas. Sin embargo, existen investigaciones que demuestran mayor influencia de los iguales hacia conductas positivas en comparación con las negativas (Rubin, Bukowski & Parker, 2006).

La pertenencia a pequeños grupos de iguales, conocidos como cliques o pandillas, es un hecho especialmente característico de la etapa adolescente. Es habitual que el promedio de adolescentes por grupo sea de cinco o seis (Steinberg, 2007), sin embargo, pertenecer a un grupo no implica exclusividad hacia un único grupo. De hecho, los adolescentes suelen formar parte de más de uno de estos cliques, siendo frecuente que se coincida con algunos miembros en algunos otros grupos (B. B. Brown, 2004).

La importancia de los grupos de amistad radica en el hecho de ser un importante contexto de desarrollo que mantiene y apoya la conducta de sus miembros (Rubin et al., 2006). Uno de los indicadores que demuestran la importancia de las relaciones de amistad en la etapa adolescente es la continuidad existente entre las relaciones familiares y las relaciones dentro del grupo de iguales. Concretamente, la relación entre ambos contextos parece influir en dos direcciones, de modo que no sólo el tipo de relación familiar influye en las características de la relación con los iguales sino que, además, de estas relaciones con los iguales se puede aprender un tipo de intimidad que posteriormente se traspasa a la relación familiar (Sánchez-Queija, 2007).

1.2.2. Características de salud durante la etapa adolescente.

La forma en la que los adultos ven la salud de los adolescentes es algo paradójica: por una parte, algunos adultos tienen la impresión de que todos los adolescentes están bien y en forma, solo porque la proporción que asiste a centros de la red sanitaria (hospitales, ambulatorios, centros de salud...) es más bajo que en el caso de la población adulta o infantil. Por otra parte, muchos adultos tienen una representación de los adolescentes como consumidores de drogas, sexualmente promiscuos, desinhibidos, desviados y violentos (Casco & Oliva, 2004).

La opinión de los expertos acerca de la salud durante la adolescencia se centra en la necesidad de considerar este aspecto desde una perspectiva evolutiva (Michaud, Chossis & Suris, 2006; Steinberg & Morris, 2001; WHO, 1996). Concretamente, durante la adolescencia temprana, los individuos tienden a centrarse más en su propio cuerpo. Los cambios puberales conllevan un aumento en el número de problemas relacionados con la imagen corporal y el aspecto físico, por lo que los problemas de salud suelen estar más relacionados con los asuntos referentes al crecimiento y desarrollo. En este sentido, durante la adolescencia temprana, las actitudes y comportamientos relacionados con la salud están esencialmente influenciados por las necesidades que chicos y chicas tienen en el presente, más que por las consecuencias a largo plazo de sus hábitos y estilos de vida. Durante la adolescencia media y tardía, las conductas relacionadas con la salud se relacionan cada vez más con los procesos psicosociales unidos a este periodo de la vida: los adolescentes persiguen su independencia y autoconfianza a través de las actividades sociales con los iguales. Durante este periodo, los jóvenes necesitan experimentar nuevas sensaciones y sentirse vinculados al grupo de iguales, a menudo, como ya se dijo, comportándose de acuerdo con los estándares que el grupo valora. Si esto se une a que los asuntos relacionados con la salud no son su primera preocupación, todo ello ayuda a entender la razón por la que los jóvenes se involucran en comportamientos y situaciones que en ocasiones les ponen en riesgo, aún sabiendo los inconvenientes que pueden traerle a su salud (Michaud et al., 2006).

1.2.2.1. Enfoque de la salud en la adolescencia centrado en el riesgo.

Con el paso de los años, un creciente cuerpo de literatura se ha centrado en la relación entre la salud de los adolescentes y la noción de riesgo. Diferentes expresiones como *riesgo psicosocial*, *riesgo tomado* o *problemas comportamentales* han sido usados para delimitar esta relación (Jessor, 1991). El interés en los comportamientos de riesgo reside en el hecho de que la mayoría de las muertes y una sustancial cantidad de la morbilidad adolescente están relacionadas con características comportamentales y psicosociales, más que con enfermedades adquiridas o rasgos heredados. Los accidentes de tráfico, los suicidios y la violencia contra otras personas son las principales causas de muerte entre los adolescentes en la mayoría de países europeos (Schlueter, Narring, Munch & Michaud, 2004).

Datos procedentes de la investigación animal y humana coinciden en situar en los sistemas cerebrales de recompensa un posible sustrato implicado en algunos de los cambios conductuales de la adolescencia, responsables de las conductas de riesgo en esta etapa evolutiva. En la última década, muchos expertos han demostrado que la descarga hormonal de la pubertad afecta a los sistemas dopaminérgicos implicados en el deseo de recompensa, lo que promueve la exploración y la puesta en marcha de conductas que posibilitan la activación del circuito primario de recompensa. Ahora bien, la activación esencialmente dopaminérgica del *núcleo accumbens*, que se traduce de modo inmediato o diferido en placer (produciéndose así el efecto de recompensa), está modulada y regulada por la adyacente porción dorsal del cuerpo estriado y por aferencias procedentes del cortex prefrontal, que contribuyen a regular, asimismo, la activación estriatal en función de la experiencia previa del sujeto. Sin embargo, este nivel de control primario asume su función con relativa lentitud, según avanza la maduración y mielinización de las vías de conexión; de modo que la corteza pre-

frontal es una de las últimas regiones cerebrales en madurar, tarea que llega a cumplirse hacia los 18 ó 19 años (B. J. Casey, Giedd & Thomas, 2000). Además, junto a la maduración del lóbulo prefrontal, a lo largo de la segunda década de la vida va mejorando la conexión existente entre este lóbulo, concretamente la corteza orbito-frontal, y algunas estructuras límbicas como la amígdala, el hipocampo y el núcleo caudado; lo que supondrá un avance progresivo en el control cognitivo y en la inhibición de las emociones y la conducta (Goldberg, 2001).

Esquemáticamente, dos tipos de comportamientos pueden generarse en respuesta a los estímulos, concretamente puede existir una respuesta de acercamiento al estímulo o bien una respuesta de evitación (incluyendo la no acción, o retirada). Recientemente, Ernst y Fudge (2009) han propuesto una representación heurística, conocida como *modelo triádico*, para explicar las diferencias entre adultos y adolescentes en el funcionamiento del cerebro, subyacente a estos dos comportamientos motivados. De manera resumida, este modelo se basa en la premisa de que las respuestas a los estímulos representan la salida de la integración funcional de tres sistemas neurobiológicos. Un sistema ejerce un papel preferente en el comportamiento de acercamiento al estímulo y se basa en circuitos del cuerpo estriado. El segundo sistema tiene un papel dominante en la conducta de evitación y se basa en los circuitos de la amígdala. El tercer sistema ejerce un control regulador sobre ambas respuestas de acercamiento y evitación y se basa en la corteza prefrontal medial. El funcionamiento del patrón neurobiológico del adulto se muestra como un proceso equilibrado entre estos tres sistemas neurobiológicos, sin embargo, el patrón encontrado en el funcionamiento cerebral de los adolescentes se inclina hacia el enfoque del acercamiento. Concretamente, los adolescentes muestran una mayor actividad del cuerpo estriado a la recepción de recompensas o castigos, siendo más probable que seleccionen las opciones más arriesgadas.

Por tanto, parece existir un cierto desfase madurativo entre los centros de control superior de la conducta –la corteza prefrontal– y los centros mesolímbicos de recompensa, responsables de la aparente dificultad que se evidencia en la adolescencia para el control de las conductas que conllevan una recompensa, a pesar de los posibles peligros. No es extraño que muchos investigadores hayan estudiado las conductas impulsivas en la etapa adolescente, entendida la impulsividad como la conducta orientada a la obtención de una recompensa y que está guiada por una evaluación muy limitada de la situación. Muchas de esas recompensas se traducen en potenciales conductas de riesgo, como las drogas adictivas, el sexo, el alimento, el poder social (obtenido a través de la violencia), el dinero y otros recursos (Chambers, Taylor & Potenza, 2003).

El hecho de que exista una demora del control cortical y, por tanto, una demora en multitud de habilidades básicas para el desarrollo de una vida más segura (como el control de la impulsividad y la agresividad, la evaluación ponderada de las situaciones, la anticipación de las consecuencias, la planificación y la capacidad de integrar información de varias fuentes para nutrir la memoria y favorecer los aprendizajes) tiene una ventaja adaptativa desde el punto de vista evolucionista (Steinberg, 2008; Steinberg & Belsky, 1996). Concretamente, es a través de esta “inconsciencia de los peligros” como se garantiza la salida del núcleo familiar de las generaciones jóvenes y se potencia la creación de un nuevo hogar, necesario para perpetuar la especie, sin el peligro de la endogamia. Sin embargo, esta ventaja adaptativa, desde el punto de vista evolucionista, provoca una serie de desventajas o problemas intergeneracionales a la hora de integrarse en el funcionamiento de nuestras sociedades actuales. Así, las sociedades humanas intentan evitar estos problemas, como por ejemplo la reproducción demasiado precoz de los adolescentes, a través de diversos tipos de controles, ritos de iniciación a la adultez, establecimiento de tabúes, etcétera.

Ahora bien, tal y como argumenta Oliva (2004), la toma de riesgos conlleva también ventajas desde el punto de vista evolutivo, y por lo tanto, existirían razones para su mantenimiento, sin tener que recurrir a explicaciones de carácter evolucionista. De hecho, según la conceptualización de Erikson, que entiende la adolescencia como una etapa de moratoria psicosocial, enfocada al logro de la identidad y la autonomía personal; el riesgo se puede entender como una oportunidad

para el desarrollo y el crecimiento personal (Lightfoot, 1997). Así, existe la posibilidad de que una actitud adolescente conservadora y de evitación de riesgos esté asociada a una menor incidencia de algunos problemas comportamentales y de salud, sin embargo, también es bastante probable que esa actitud tan precavida conlleve un desarrollo deficitario en algunas áreas, como el logro de la identidad personal, la creatividad, la iniciativa personal, la tolerancia ante el estrés o las estrategias de afrontamiento (Oliva, 2004).

Por otro lado, parece ser que una de las formas que tiene el cerebro de controlar la actividad de los centros de recompensa es a través de las normas éticas y/o morales aprendidas previamente en sociedad. Según la teoría de los marcadores somáticos, nuestra concepción del bien y del mal se graba durante el desarrollo temprano en una porción de la corteza, la corteza orbitofrontal, de tal manera que, ante determinados estímulos se genera una respuesta visceral del organismo que nos aproxima o aleja del estímulo o situación responsable, según el caso (Damasio, 1996). Al igual que ocurre con el lenguaje oral, para el que únicamente la ausencia total de fonemas escuchados en los primeros años de la vida podría impedir su adquisición, la simple exposición a las reacciones de los demás ante los estímulos regulados por las normas morales implicaría la adquisición del marcador somático responsable de potenciar o eliminar conductas concretas del repertorio de las conductas desplegadas en nuestra interacción social. Además, las leyes impuestas en sociedad refuerzan ese aprendizaje emocional e impiden su olvido.

La importancia de los mecanismos emocionales en el procesamiento de la recompensa se corrobora en estudios como el realizado por Nelson, Leibenluft, McClure y Pine (2005), que demuestran cómo la presencia de los iguales y las situaciones con fuerte carga emocional potencian los efectos de recompensa de las conductas arriesgadas de los adolescentes, haciéndolas más probables.

Siguiendo la teoría de los marcadores somáticos, la posibilidad de influir en el desarrollo de estas estructuras cerebrales mediante la educación en períodos críticos –aparentemente en la niñez y, en todo caso, al comienzo de la adolescencia-, sugiere la posibilidad de intervenir en la programación educativa con relación al espacio ético y moral de convivencia. Este tipo de intervención educativa podría suponer muchas ventajas, especialmente por su repercusión en el equilibrio emocional y motivacional del adolescente y del adulto (Burunat, 2004).

No obstante, frente a los estudios que entienden la asunción de riesgos como una deficiencia cognitiva de los adolescentes, algunos autores señalan que dicha asunción de riesgos no se debe a un razonamiento deficiente, sino que se trataría de una elección totalmente racional. Teniendo en cuenta que para los adolescentes el futuro es más incierto que para los adultos, sería más irracional demorar la gratificación inmediata en compensación de futuras ganancias inciertas (Gardner, 1993).

Así mismo, Steinberg (2007) entiende que las limitaciones de los adolescentes en la forma de pensar o el conocimiento que tienen sobre ciertas situaciones de riesgo no es lo que les lleva a implicarse en comportamientos arriesgados, ya que el desarrollo cognitivo se encuentra bastante avanzado a los 15 ó 16 años. Concretamente, los adolescentes son capaces de realizar procesos de decisión coherentes y racionales bajo circunstancias de baja activación emocional. Por lo tanto, las estrategias educativas destinadas a mejorar las habilidades para la toma de decisiones o la información sobre las consecuencias negativas de las conductas de riesgo parecen ser importantes pero no suficientes para controlarlas (Ennett, Tobler, Ringwalt & Flewelling, 1994; West & O'Neal, 2004). Según estos autores se hace necesario la utilización de otro tipo de medidas, más relacionadas con las políticas públicas y a menudo basadas en sanciones, que se dirijan expresamente al control de dichas conductas en la etapa adolescente, como por ejemplo el aumento del precio del tabaco o la legislación más restrictiva sobre el consumo de alcohol en la adolescencia (Reyna & Farney, 2006; Steinberg, 2007).

A pesar de la abundante información aportada por estas teorías neurobiológicas, algunos expertos advierten que la ciencia del cerebro no está todavía suficientemente avanzada para producir con-

clusiones definitivas. Tal y como argumenta Males (2009), las teorías del cerebro adolescente requieren un escrutinio mucho más riguroso de lo que se ha podido hacer hasta la fecha. En este sentido, es necesario recordar que la hipótesis de la multicausalidad sigue siendo el enfoque más coherente en el estudio de las conductas de riesgo en la adolescencia, entendiendo que dichas conductas están causadas por factores biológicos, psicológicos y sociales.

1.2.2.2. Cambio de perspectiva hacia una visión más positiva de la salud en la adolescencia.

A pesar del profuso estudio de las conductas de riesgo en la etapa adolescente, la mayoría de estos comportamientos son tomados esencialmente como parte natural de la vida (Lupton, 1999). De ahí que en los últimos años cada vez más expertos consideran que el término *riesgo* debería estar reservado para las situaciones donde el tipo de circunstancias, la naturaleza de la interacción con otros y el momento particular en el desarrollo del adolescente, crean realmente las condiciones para la ocurrencia de un problema comportamental. Por el contrario, otros comportamientos (precisamente los más comunes), que tienen lugar en diferentes ambientes y condiciones personales, deberían ser considerados como experimentales y de aproximación, y así parecen acordarlo tanto investigadores como clínicos.

La Asociación Psicológica Americana (APA, 2002) señala la importancia de que los profesionales entiendan la diferencia entre experimentación normal versus jóvenes con signos de problemas o jóvenes de alto riesgo, para que así se hagan derivaciones a los profesionales de salud mental cuando realmente esté justificado. Este organismo cita algunos criterios que ayudan a saber si un joven ha cruzado la línea entre la experimentación normal y los comportamientos problemáticos, como son el comienzo temprano de las conductas de alto riesgo (a los 8 ó 9 años), consumo persistente más que ocasional, que normalmente ocurre en un contexto social de iguales y que suele presentarse con otras conductas de riesgo.

Por lo tanto, el concepto de riesgo durante la adolescencia, a pesar de ser útil, tiene algunas limitaciones. En la búsqueda de un término más apropiado que el de *comportamientos de riesgo*, algunos autores europeos han propuesto justamente el uso de otros términos como *comportamiento experimental o exploratorio*, para los comportamientos comunes durante la adolescencia (como por ejemplo, relaciones sexuales, beber alcohol, probar el cannabis, hacer actividades físicas peligrosas, conducir demasiado rápido...) (Michaud et al., 2006). Sin embargo, mucho más que un simple cambio en terminología, esta discusión implica una modificación total en el marco conceptual y un cambio en las actitudes hacia el comportamiento adolescente. En primer lugar, los clínicos deberían evitar etiquetar esas conductas como de riesgo. En lugar de eso, deberían intentar entender, en el plano individual, el papel, el significado, los motivos y las consecuencias potenciales de estos comportamientos para los adolescentes. En segundo lugar, los factores de *resiliencia* o protección también deberían ser investigados, para evaluar la probabilidad de que un adolescente encuentre su propia solución y el apoyo para conseguir resultados de salud positiva en su ambiente.

En este sentido, desde hace unos años existe una línea de investigación que se pregunta por qué algunas personas que crecen bajo circunstancias adversas parecen vivir saludablemente mientras que sus hermanos y hermanas experimentan resultados negativos. Esos factores de protección son vistos como elementos de *resiliencia* (Garmezy, 1991), *assets* o activos (Benson, 1997) y, más recientemente, como desarrollo juvenil positivo (Blum, 2003). Blum y Nelson-Mmari (2004), analizan cómo las investigaciones realizadas en esta línea identifican repetidamente una serie de factores de protección: a) unión a los padres y madres, otros adultos, o ambos; b) unión a la escuela, compañeros de clase, o ambos; c) asistencia a la escuela, cumplimiento escolar, o ambos; d) control y supervisión parental; y e) creencia personal en algo más allá de sí mismo (espiritualidad).

Esta nueva visión más positiva del desarrollo adolescente todavía sufre de algunas carencias, como la falta de instrumentos o herramientas validadas para evaluar el desarrollo positivo y la ausencia de un vocabulario específico, ya que este nuevo ámbito está aún cargado de términos que hacen referencia a la ausencia de problemas, asimilando el desarrollo juvenil positivo a la ausencia de conductas negativas o problemáticas (Lerner et al., 2005). Este lento crecimiento de la perspectiva positiva del desarrollo adolescente quizás se deba a la demanda que desde los organismos públicos y desde la sociedad en general se sigue haciendo a la investigación en esta etapa evolutiva, exigiendo datos que confirmen el aumento o la disminución de los problemas que tanto les preocupan, como el consumo de drogas, los embarazos no deseados, los accidentes de tráfico o la violencia hacia otras personas o hacia la propiedad pública. Por lo tanto, parece que aún es necesario en la sociedad el convencimiento de que cualquier mejora siempre debe partir de los recursos que tiene el individuo y no de sus déficits. En este sentido, esta tesis doctoral tomará una perspectiva amplia e integradora de la vida de los adolescentes, que tenga en cuenta tanto las conductas que comportan algún tipo de riesgo para su salud como aquellas otras conductas que protegen o promueven la salud, además de evaluar la salud de un modo global, teniendo en cuenta tanto los déficits como los recursos, tal y como se explica en el siguiente subapartado.

1.3. Evaluación de la salud en la etapa adolescente desde una perspectiva amplia e integradora.

A pesar de que hace más de 60 años que, en su constitución, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1948) definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, tal y como se ha explicado detalladamente en anteriores apartados, ni la investigación ni la práctica cotidiana ni las instituciones responsables de la gestión de la salud terminan de ser consecuentes con ese referente conceptual.

Sin duda, el aumento en la sociedad actual de las enfermedades directamente asociadas a los factores ambientales y a los estilos de vida de los individuos (Matarazzo, 1994; WHO, 1986b) han puesto de manifiesto la necesidad de una orientación decidida hacia un modelo biopsicosocial de la salud. La interdisciplinariedad que promueve este nuevo enfoque convierte a la Psicología en una disciplina clave, tanto por las aportaciones que puede hacer en el ámbito de la investigación, como en el de la intervención orientada a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos. Así, en este contexto de dar vitalidad y rigor a la vivencia subjetiva de la salud, en los últimos años multitud de expertos coinciden en señalar la necesidad de perfilar los atributos que subyacen al concepto amplio de salud y de desarrollar medidas de calidad que permitan valorarlo (Diener et al., 2008; Locker & Gibson, 2006; Seligman, 2008).

Elaborar medidas de evaluación desde una perspectiva integradora sería el primer paso para diseñar y evaluar modelos explicativos complejos que sean capaces de incluir tanto elementos positivos como disfuncionales y que permitan analizar una situación o trayectoria vital desde ambos puntos de vista simultáneamente. A continuación se muestran algunas de las medidas más utilizadas en la etapa adolescente para evaluar aquellos atributos de la salud catalogados por la literatura como básicos en una concepción positiva e integradora de la salud, teniendo en cuenta tanto medidas de salud física como medidas más subjetivas, relacionadas con el bienestar emocional, la satisfacción vital y la calidad de vida.

• Satisfacción vital:

La satisfacción vital ha sido definida como la evaluación cognitiva que la persona realiza sobre su vida en general (Shin & Johnson, 1978). Aunque el afecto puede influir su evaluación, no debe confundirse la valoración de la satisfacción vital con un estado afectivo transitorio o reactivo a algún evento concreto. Más bien, la autovaloración de la satisfacción vital se refiere a algo más general, a una base o

fondo permanente que abarca una evaluación global de la vida o de los principales aspectos de esta (Lazarus, 1991).

Mientras que en la etapa adulta la satisfacción vital ha sido estudiada de manera extensa, no ha sucedido lo mismo en etapas evolutivas previas, ya que solo recientemente se ha puesto atención a la satisfacción vital durante la infancia y adolescencia (Bender, 1997). Sin embargo, en los últimos años se está demostrando cómo la satisfacción vital en la infancia y adolescencia se relaciona negativamente con múltiples indicadores de funcionamiento no adaptativo (depresión, ansiedad, neuroticismo, quejas somáticas, estrés, problemas escolares, etc.) y positivamente con indicadores de funcionamiento adaptativo (locus de control interno, autoestima, extroversión, percepción de control en la escuela, interés social y participación en actividades extraescolares, buena relaciones con los iguales y la familia, etc.) (Huebner, 2004).

Una de las medidas internacionalmente más conocidas para medir la satisfacción vital de manera rápida y fiable es la “Escalera de Cantril” (Cantril, 1965), que consiste en marcar de 0 a 10 el valor que mejor representa la percepción global que se tienen de la vida, siendo 0 la percepción más baja de satisfacción vital y 10 la satisfacción más alta. De este modo, en el estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) en el que se desarrolla este trabajo, se utiliza esta escala para adolescentes a partir de 11 años proporcionando una medida fiable y válida para evaluar la satisfacción vital en esta etapa evolutiva. Los últimos datos de este estudio señalan cómo la satisfacción vital alta, medida por la puntuación de 6 o más en la escalera de Cantril, es común en los jóvenes de los más de 40 países participantes. Concretamente, España se encuentra entre los países con mayores puntuaciones de satisfacción vital de sus jóvenes, tras Holanda y Finlandia (Currie et al., 2008), resultados similares se encuentran en la revisión realizada por Gilman y Huebner (2003).

El modo en que las variables sociodemográficas afectan a la satisfacción vital de los adolescentes no está todavía claro (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach & Herich, 2007). La gran mayoría de los estudios analiza la influencia de las variables sociodemográficas de modo conjunto para el bienestar subjetivo, ya sea satisfacción vital o calidad de vida, por lo que existen pocos estudios de calidad que aporten datos concretos para la satisfacción vital de manera independiente y estrictamente en la etapa adolescente.

Con relación a las diferencias entre chicos y chicas adolescentes, mientras algunos autores encuentran que no existen diferencias significativas en su nivel de satisfacción vital (Ash & Huebner, 2001; Huebner, Drane & Valois, 2000), otros en cambio muestran niveles de satisfacción más bajos en las chicas (Goldbeck et al., 2007; Shmotkin, 1990), argumentando que las diferencias de género se pueden deber a los mayores cambios físicos de las chicas durante la pubertad y al conflicto con las normas culturales de belleza.

Según Goldbeck et al., la evolución de la satisfacción vital con la edad en la etapa adolescente muestra un progresivo descenso entre los 11 años y los 16 años (2007), mientras que otras investigaciones no encuentran diferencias robustas en esta etapa (Ash & Huebner, 2001; Huebner et al., 2000). Un aspecto que no ha sido suficientemente estudiado y reseñado en el ámbito internacional es la diferente evolución en chicos y chicas de sus niveles de satisfacción vital a lo largo de la adolescencia.

Para terminar, existen pocas investigaciones que analicen de manera estricta las desigualdades socioeconómicas en la satisfacción vital del adolescente. Algunos de los autores que lo han hecho han encontrado mayores niveles de satisfacción vital entre los adolescentes pertenecientes a familias con más nivel socioeconómico (Ash & Huebner, 2001).

• **Calidad de vida relacionada con la salud:**

A pesar del importante aumento de la longevidad que se ha ido experimentado a lo largo del siglo XX, este aumento de años de vida no viene asociado necesariamente a mejor calidad de vida. Con-

cretamente, el aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo y el multiempleo, los cambios en la estructura familiar, la pérdida de motivaciones, lealtades o valores señalan los múltiples factores estresantes a los que están sometidos la mayoría de los seres humanos hoy en día (Schwartzmann, 2003).

El uso del término *calidad de vida* se ha extendido mucho en los últimos años, pero desafortunadamente no existe una definición aceptada universalmente (Spieth & Harris, 1996; Harding, 2001). De hecho, es habitual encontrar en los trabajos de investigación referencias a los mismos instrumentos utilizando términos como Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), bienestar emocional o incluso salud mental. De cualquier modo, la medida de CVRS y del estado de salud percibida en la infancia y adolescencia, desde el punto de vista de la investigación en salud pública, tiene como objetivos describir la salud de la población y establecer comparaciones entre subgrupos con determinadas características (sociodemográficas, regionales, etc).

Una de las definiciones más útiles de CVRS es la propuesta por Shumaker y Naughton (1995) quienes, en una revisión de definiciones existentes, concluyen que la CVRS es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, de los cuidados sanitarios y de la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su estado general de bienestar. Conocer más sobre la CVRS en la infancia y adolescencia es especialmente relevante para la salud pública porque la calidad de vida en esta edad es la base para la calidad de vida y la salud en la adultez (Bisegger, Cloetta, von Rueden, Abel, Ravens-Sieberer & the European Kidscreen group, 2005). De hecho, una revisión sistemática realizada por Solans et al. (2008) sobre los instrumentos para medir la CVRS en la infancia y la adolescencia demuestra cómo la creación de estos instrumentos se ha acelerado en los últimos años, particularmente en relación con las cuestiones específicas del malestar.

Una de las medidas más genéricas y aceptadas internacionalmente de la CVRS es el conocido instrumento Kidscreen o Kidl, ya que se trata del primer instrumento de la CVRS para población infantil y adolescente (concretamente desde los 8 a los 18 años) desarrollado simultáneamente en diversos países europeos, a partir de las opiniones de la propia población diana. Actualmente existen tres versiones de este instrumento de autoinforme: Kidscreen-52, Kidscreen-27 y Kidscreen-10. Esta última versión, derivada de la versión Kidscreen-27, es la que se utiliza en el presente trabajo y provee un índice global de calidad de vida relacionada con la salud con 10 ítems que cubren sus facetas física, psicológica y social, recomendable para usar en amplias encuestas, como es el caso del estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) (Erhart et al., 2009; *European Kidscreen Group*, 2006).

Las diferencias por edad y género en la medida concreta de la CVRS no se encuentran totalmente clarificadas en la literatura. En general, la CVRS en la infancia presenta valores más altos que durante la adolescencia; sin embargo, en relación con el género, las desigualdades no son nada claras, aunque varios estudios tienden a indicar que los adolescentes varones tienen valores más altos que las chicas adolescentes (Bisegger et al., 2005; Gkoltsiou, Dimitrakaki, Tzavara, Papaevangelou, Varni & Tountas, 2008). En concreto, Bisegger et al. (2005) y Palacio-Vieira et al. (2008) demuestran un incremento de las diferencias de género en la CVRS a lo largo de la adolescencia, siendo el descenso mayor en el caso de las chicas.

Existen muchas evidencias de la relación entre el nivel socioeconómico y la salud en la adultez, de modo que las personas con bajo nivel socioeconómico experimentan índices más altos de morbilidad y mortalidad que las personas con nivel socioeconómico más alto (Marmot, 2005). Sin embargo, los efectos en los resultados de salud han sido raramente evaluados y, como señala von Rueden et al. (2006), menos aún en lo que se refiere a la CVRS durante la infancia y adolescencia. Estos investigadores demuestran que las puntuaciones de CVRS son más bajas en los adolescentes de nivel socioeconómico bajo, y sus resultados se ven apoyados por los obtenidos por Gkoltsiou et al.

(2008), quienes utilizan como medida de estatus socioeconómico la capacidad adquisitiva familiar. De hecho, dentro de los estudios de las desigualdades socioeconómicas, las investigaciones parecen demostrar que los indicadores de riqueza son mejores predictores de resultados en salud como la CVRS que los indicadores de nivel ocupacional (von Rueden et al., 2006).

• Salud autoinformada:

La percepción global de salud ha demostrado ser en muchos estudios un predictor del índice de mortalidad. Concretamente, Idler y Benyamini (1997) refieren veintisiete estudios que han mostrado resultados coherentes en la relación entre percepción de salud y futura mortalidad, así como resultados persistentes con numerosos indicadores de salud y otras covariables incluidas en el análisis, como por ejemplo el género. Estos autores crearon una medida de salud autoinformada, utilizada por el estudio HBSC, que está conformada por un único ítem donde se pregunta a los adolescentes cómo consideran que es su salud en ese momento, pudiendo escoger entre cuatro opciones de respuesta: excelente, buena, pasable o pobre.

Esta medida de salud autoinformada es uno de los indicadores de salud más comúnmente utilizados, ya que muestra una buena fiabilidad test-retest (Lundberg & Manderbacka, 1996). En estudios longitudinales, la salud autoinformada es una medida de salud válida que se muestra apropiada para usar en estudios de salud general (Manor, Matthews & Power, 2001), viéndose incluso influida tanto por factores ambientales como por factores genéticos, sobre todo en la adolescencia (Silventoinen, Posthuma, Lahelma, Rose & Kaprio, 2007).

Específicamente en esa etapa evolutiva, Breidablik, Meland y Lydersen (2008) muestran que los constructos que los adolescentes manejan para valorar su salud autoinformada están asociados a una composición amplia de factores de fondo -médicos, psicológicos, sociales y conductas de salud-. Sin embargo, el número de estudios que abordan la salud autoinformada por los adolescentes es todavía muy limitado.

Los últimos datos del estudio HBSC muestran cómo los adolescentes españoles se encuentran entre los menos representativos de aquellos adolescentes que consideran que su salud es pobre o pasable, concretamente España tendría los porcentajes más bajos tras países como Macedonia, Grecia, Eslovenia o Israel (Currie et al., 2008).

En relación con las variables sociodemográficas asociadas a esta medida, se encuentra que en todos los grupos de edad son las chicas las que tienen una percepción de su salud más pobre que los chicos y esas diferencias de género se incrementan con la edad (F. Cavallo et al., 2006; Siahpush & Singh, 2000; Silventoinen et al., 2007; Wade & Vingilis, 1999). Concretamente, Bisegger et al. (2005) señalan que los chicos se perciben con menos salud que las chicas en la infancia, mientras que en la adolescencia sucede lo contrario. Sin embargo, algunos autores explican las discrepancias de género mediante la diferente tendencia de chicos y chicas a expresar sus sentimientos y emociones displacenteras (Maccoby, 1998).

La evolución de la salud autoinformada con relación a la edad durante la adolescencia no se encuentra apenas estudiada, y los pocos estudios que la exploran muestran datos no del todo coherentes. Concretamente, mientras que en los pocos estudios que la abordan muestran coincidencia en cuanto a la disminución de la buena percepción de salud según avanza la edad desde los 11 a los 15 años (F. Cavallo et al., 2006) y desde los 12 a los 17 años (Wade & Vingilis, 1999), no sucede lo mismo a partir de esa edad, ya que Silventoinen et al. (2007) demuestran la disminución de la buena percepción de salud desde los 16 a los 25 años, mientras que Wade y Vingilis (1999) muestra que desde los 17 a los 19 años la disminución desaparece, manteniéndose el nivel de salud autoinformada constante.

De nuevo surgen discrepancias en la relación entre el nivel socioeconómico y la salud autoinformada, sin embargo estas diferencias parecen deberse en buena parte a la medida del nivel socioeconómico utilizada. Concretamente, aquellas investigaciones que usan medidas más relacionadas con el

nivel ocupacional de padres y madres encuentran que no existe relación con la percepción de salud de los adolescentes (Glendinning, Love, Hendry & Shucksmith, 1992; Rahkonen, Arber & Lahelma, 1995). Sin embargo, aquellos otros estudios que utilizan medidas más relacionadas con la situación económica familiar sí encuentran desigualdades (Sleskova et al., 2006; Wade & Vingilis, 1999), de modo que son los adolescentes pertenecientes a familias con niveles más bajos de ingresos o de capacidad adquisitiva los que informan de peor estado de salud. De igual forma, los estudios que utilizan de manera conjunta medidas de ambos tipos, relacionadas con el nivel ocupacional y con la situación económica de los padres y madres (por ejemplo, a través de la capacidad adquisitiva familiar), muestran también desigualdades socioeconómicas (Goodman, 1999; Goodman, Huang, Schaffer-Kalkhoff & Adler, 2007).

- **Malestar psicossomático:**

El malestar subjetivo se refiere a los síntomas experimentados por el individuo con o sin diagnóstico definido. Estos síntomas hacen referencia tanto a experiencias cotidianas como a problemas de salud y son comúnmente causa de enfermedad y discapacidad certificada en la adultez. En el caso de la adolescencia, el uso de una lista de síntomas psicossomáticos de manera autoinformada por los propios adolescentes está basada en tres asunciones subyacentes: primero, los adolescentes están en un nivel de desarrollo cognitivo donde tienen la capacidad de diferenciar los conceptos de salud y enfermedad; segundo, en esa fase evolutiva es posible entender el concepto de lista de síntomas y; tercero, los adolescentes pueden evaluar e informar de sentimientos y malestares de manera fiable (Haugland & Wold, 2001).

El estudio HBSC confeccionó una lista con ocho síntomas psicossomáticos, conocida internacionalmente como *HBSC-symptom checklist* (King, Wold, Tudor-Smith & Harel, 1996), destinados a medir este problema en la población adolescente. La mayoría de los ítems de esa lista se usaron previamente en otras medidas de salud en adultos y adolescentes, aunque en la actualidad esta medida se encuentra ya validada (Haugland & Wold, 2001).

Existen investigaciones que sugieren que esta medida refleja dos facetas, una psicológica (nerviosismo, bajo de ánimo, irritabilidad o mal genio y dificultades para dormir) y otra somática (dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda y sensación de mareo) (Haugland, Wold, Stevenson, Aaroe & Woynarowska, 2001; Hetland, Torsheim & Aaro, 2002), sin embargo la escala también puede ser considerada como la medición de malestar psicossomático a lo largo de un rasgo unidimensional (Hagquist & Andrich, 2004; Ravens-Sieberer et al., 2008). Concretamente, la flexibilidad de la escala permite que los análisis estadísticos sean significativos tanto a un nivel de ítem único (Torsheim & Wold, 2001) como a un nivel de puntuación global (Haugland et al., 2001).

En este trabajo se utiliza el modelo unidimensional de Rasch, lo que implica que la atención principal se centra en las características operativas de los ítems destinados a medir un único rasgo o construcción subjetiva de la salud. A través de la búsqueda de un sistema de puntuación uniforme para todos los países que conforman la red del estudio HBSC, Ravens-Sieberer et al. (2008) apoyan la unidimensionalidad de esta medida a partir de siete ítems, ya que el ítem referente a las dificultades para dormir funcionó de manera distinta en los diferentes países, por lo que es probable que este ítem pudiera introducir sesgo en las comparaciones internacionales.

Las comparaciones internacionales en la frecuencia de malestar psicossomático entre los adolescentes no presentan a España en una posición destacada, ya que los adolescentes españoles tienen una frecuencia media entre los adolescentes de los países con más malestar, Turquía o Israel, y los adolescentes de los países con menos, Austria o Eslovenia (Currie et al., 2008).

La relación entre la frecuencia de síntomas psicossomáticos y variables como el sexo y edad de los adolescentes se ha demostrado clara, de modo que son las chicas las que sufren este malestar con más frecuencia que los chicos (Haugland et al., 2001; Hetland et al., 2002; Huurre, Rahkonen, Komu-

lainen & Aro, 2005; King et al., 1996), aumentando en ambos casos la frecuencia con la edad (Haugland et al., 2001; King et al., 1996), pero sobre todo en el caso de las chicas (Haugland et al., 2001; Hetland et al., 2002; King et al., 1996).

Algunos autores explican que las diferencias entre chicos y chicas en la frecuencia de malestar psicósomático pueden ser debidas a los cambios hormonales cíclicos como la menstruación, sin embargo esto no explicaría la mayor prevalencia de malestar psicósomático semanal o con más frecuencia en las chicas (Haugland et al., 2001). Otros autores explican estas diferencias por el hecho de que las mujeres son más conscientes y sensibles a su cuerpo, están más dispuestas a aceptar el estado de enfermedad y a hablar sobre los síntomas experimentados. Investigaciones previas sugieren que esto se debe a diferente socialización de género, de modo que el malestar emocional es expresado habitualmente como síntoma de enfermedad en el caso de las chicas y en comportamiento disruptivo o agresivo en el caso de los chicos (Alsaker, 1995). A pesar de que esta hipótesis apoyaría la asunción de que el nivel de malestar o dolor informado es un reflejo de las normas sociales, no se puede descartar la posibilidad de que las diferencias de género observadas sean reales. De hecho, el estilo de vida moderno y los actuales roles de género es probable que causen niveles más altos de estrés social en las chicas (Hetland et al., 2002).

Las diferencias socioeconómicas en la frecuencia de malestar psicósomático han sido menos estudiadas. Sin embargo, Huurre et al. (2005) muestran la existencia e incluso la dirección de la relación entre el nivel ocupacional de padres y madres y varios síntomas psicósomáticos en los adolescentes. Concretamente, estos autores han puesto a prueba dos hipótesis: si la mala salud provocaría que los individuos tuvieran un nivel socioeconómico bajo (hipótesis conocida como *health selection*) o bien es al contrario, que un nivel socioeconómico bajo provoca el mal estado de salud (hipótesis conocida como *social causation*). Sus resultados en población adolescentes indican que la primera hipótesis basada en la selección de la salud se cumpliría tanto en chicos como en chicas, mientras que la segunda hipótesis basada en la determinación social de la salud tan solo se cumpliría en las chicas adolescentes. Más recientemente, en un análisis internacional con 37 países de Europa y Norte de América, Holstein et al. (2009) han demostrado mayor frecuencia de malestar psicósomático en adolescentes del nivel adquisitivo familiar bajo en 30 de los 37 países que analizados.

• Enfoque integrador de la salud:

A pesar de que estas medidas expuestas han demostrado ser herramientas adecuadas para conceptualizar la salud en la adolescencia desde un punto de vista amplio (no solo estrictamente médico) y positivo, muchos expertos coinciden en la necesidad de crear modelos de salud integradores. Estos modelos deberían tener en cuenta la relación entre las diversas variables relevantes en su conceptualización, y entre estas variables se suele mencionar: bienestar, calidad de vida, estrés emocional, percepción global de salud, malestar físico, etc. (Diener et al., 2008; Greenspoon & Saklofske, 2001; Locker & Gibson, 2006; Patrick & Bergner, 1990; Seeman, 1989; Seligman, 2008; Vázquez & Hervás, 2008; Zullig, Valois & Drane, 2005).

Por ejemplo, Huebner (2004) defiende la satisfacción vital como un constructo psicológico útil en la conceptualización de la salud que se relaciona con una variedad de constructos de bienestar, pero que debería complementarse con otras medidas, que se refieran a indicadores de bienestar negativos, como son por ejemplo síntomas psicopatológicos. Otro ejemplo es el planteado por Hetland et al. (2002) quienes explican que para entender mejor el malestar psicósomático en la adolescencia sería necesario conocer cómo se relaciona con el bienestar y la calidad de vida.

Una vez desarrollados los planteamientos básicos sobre la salud y sus especificaciones en la etapa adolescente, a continuación se presenta un análisis teórico de los estilos de vida y de su influencia sobre la salud de los chicos y chicas adolescentes.

Capítulo 2

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DURANTE LA ADOLESCENCIA

2.1. Relación entre estilos de vida y salud.

El hecho de que las causas principales de muerte se desplacen paulatinamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales, hace que cobre importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. Así, el interés social que despierta este ámbito de estudio ha conducido a la proliferación de investigaciones y publicaciones, de forma que en la actualidad el concepto de estilo de vida se utiliza en mayor medida desde el área de la salud que desde otros ámbitos de estudio (Coreil, Levin & Jaco, 1992).

Sin embargo, a pesar del interés creciente desde el campo de la salud, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Según revisiones históricas como las realizadas por Ansbacher (1967), Abel (1991) o Coreil et al. (1992), los orígenes de este concepto se remontan a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos como Karl Marx y Max Weber. Estos autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Desde la orientación sociológica, la mayoría de definiciones convergen al atender el estilo de vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social. Concretamente, Marx concibe el estilo de vida como producto de las condiciones socioeconómicas de los individuos, mientras que Weber entiende el concepto de forma más amplia, admitiendo que el estilo de vida está determinado en parte por los aspectos socioeconómicos, pero que, a su vez, el estilo de vida que adopten los individuos influye e incluso determina la estratificación social.

A principios del siglo XX, aparece una orientación personalista representada por Alfred Adler con su Psicología Individual, produciéndose un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales en el estudio de los estilos de vida. Por lo tanto, desde esta filosofía se define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor. Las investigaciones realizadas desde la Psicología Individual tuvieron una gran importancia en el refinamiento operacional del concepto *estilo de vida* y a la hora de aportar técnicas psicoterapéuticas para su modificación.

Una disciplina que durante la segunda mitad del siglo XX también incorpora el término *estilo de vida* es la antropología. Algunos estudiosos de este área, como por ejemplo Chrisman, Freidson o Suchman, introducen este término en sus trabajos para designar el rango de actividades en la que se implica un grupo. En contraste con los sociólogos que enfatizan los determinantes socioeconómicos, los antropólogos enfatizan la importancia de la cultura.

No obstante, durante la segunda mitad del siglo XX, el ámbito de aplicación en el que el término *estilo de vida* ha tenido más impacto ha sido el área de salud. En los años 50 es cuando empieza a utilizarse en el contexto de la investigación sobre salud pública y en el intento de buscar explicación a los problemas de salud que empezaban a caracterizar a las sociedades industrializadas.

Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica. En la línea de lo explicado en apartados anteriores sobre la filosofía del modelo biomédico, desde este paradigma, la comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad. Es decir, este modelo no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Precisamente porque culpabiliza a la víctima de sus hábitos o estilos de vida insanos, este enfoque ha recibido numerosas críticas (Mechanic, 1979).

Aunque sea criticado de reduccionista, el modelo biomédico ha contribuido a que el estilo de vida sea un tema de estudio e investigación para las ciencias de la salud y que los ciudadanos hayan llegado a ser más conscientes de que algunas de sus conductas conllevan riesgos para la salud. Además, el modelo biomédico fue el encargado de introducir el término de *estilo de vida saludable* y de conseguir en cierto modo que, tanto su uso como el del término *estilo de vida*, se extendiese al lenguaje cotidiano y a la literatura sobre la salud, aunque sin una base teórica ni una conceptualización clara. De hecho, como ya se ha comentado, el término *estilo de vida* es utilizado hoy en día en mayor medida desde el área de la salud que desde la sociología, la antropología o la Psicología Individual. Un indicador de ese interés es el aumento de su búsqueda en las bases de datos especializadas. Concretamente, desde que en 1972 se introdujo el término en el *Index Medicus*, el número anual de entradas con la denominación de estilo de vida se ha triplicado de 1972 a 1983 hasta el punto de predominar sobre otras áreas (Coreil et al., 1992).

Paralelamente a este incremento en el número de estudios desde el área de la salud, durante las décadas de los 70, los 80 y los 90 se han realizado numerosas aportaciones tanto teóricas como conceptuales, tal y como resumen de forma clara y sistematizada Pastor, Balaguer y García-Merita (1999) en la Tabla 1.

Tabla 1.
Principales aportaciones al estudio y a la conceptualización del estilo de vida en el área de la salud durante las décadas 70, 80 y 90 (adaptada de Pastor et al., 1999).

Década de los 70	Se introducen las primeras definiciones de estilo de vida. Se dejan al margen las aportaciones clásicas y sociológicas al concepto. Se empiezan a estudiar las relaciones entre las distintas variables o conductas del estilo de vida. Predomina el modelo médico.
Década de los 80	Reacción al reduccionismo biomédico. Aportaciones de la OMS al estudio y al concepto del estilo de vida. La OMS impulsa su estudio con población adolescente. Introducción progresiva de los modelos psicosociales. El estilo de vida saludable recoge aquellas conductas relacionadas con la salud física.
Década de los 90	Esfuerzo de los estudiosos por clarificar el concepto. Vuelta a los clásicos y a las aportaciones sociológicas. El estilo de vida saludable recoge fundamentalmente aquellas conductas relacionadas con la salud física, aunque también se introducen conductas referentes a la salud psicológica y social.

De esta forma, y como señalan esta y otras de las revisiones más actualizadas hasta la fecha sobre el concepto *estilo de vida* (Abel, 1991; Backett & Davison, 1995; Coreil et al., 1992), en la década de los 70, el estudio del estilo de vida desde el ámbito de la salud mostraba algunas carencias. Por una parte, al no tener en cuenta las aportaciones clásicas del concepto (aportaciones desde la sociología o la antropología), el concepto de *estilo de vida* desde el ámbito de la salud no había logrado todavía una definición clara. Por otra parte, a menudo se confundían los conceptos *estilo de vida saludable* y *estilo de vida*, tratándolos como sinónimos.

A pesar de la carencia conceptual, algunos autores ofrecieron las primeras definiciones e hicieron las primeras sugerencias acerca de los componentes o conductas que conformarían el *estilo de vida*, variables que actualmente se consideran clásicas por ser las que se comenzaron a relacionar con los trastornos cardiovasculares: la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Una de las investigaciones de esta época, que fue básica para el desarrollo posterior del concepto, fue la de Belloc y Breslow (1972), que plantean la necesidad de crear un índice general e integrador de salud que tuviera en cuenta sus diferentes dimensiones (en principio, salud física y salud mental). En 1973, Belloc confirma, con un estudio longitudinal, que existe una relación negativa entre el número de conductas saludables que llevan a cabo los individuos en su vida y la tasa de mortalidad.

Otras investigaciones importantes tratan en esta época de conocer cómo se relacionan las diferentes conductas que componen el estilo de vida saludable, como son Langlie (1979), Mechanic (1979) o Williams y Wechsler (1972). Concretamente, estos últimos autores plantean que los comportamientos relacionados con la salud muestran diferencias en función de varios criterios. El criterio básico en el cual pueden diferir es que algunas de las acciones previenen el problema desde el comienzo (prevención primaria), mientras que otras están diseñadas para el caso de que se tenga la enfermedad en una fase temprana (prevención secundaria). En el primer caso, la persona está activamente tratando de evitar el contagio de la enfermedad, en el segundo, la persona se encuentra frente a la posibilidad de que puede tener la enfermedad. La dinámica de estos dos tipos de comportamiento y las personas que los realizan pueden ser fundamentalmente diferentes. Por otro lado, las conductas preventivas pueden diferir también en otras formas. Algunos comportamientos requieren repetición diaria (por ejemplo, cepillado de los dientes), otros son de carácter esporádico (por ejemplo, chequeos médicos) y otros solo hay que realizarlos una sola vez (por ejemplo, vacunas). Las acciones de salud también se diferencian en términos de la comodidad o del esfuerzo que supone practicarlas (con relación al tiempo que requieran, la disponibilidad, el costo o la incomodidad). Dado que los comportamientos preventivos pueden diferir en todas estas formas y muchas más, simplemente no se puede suponer que los que realicen una conducta de salud van a realizar otras. Estas diferencias entre los comportamientos preventivos sugieren que puede haber varias dimensiones de la conducta preventiva.

En la década de los 80, se materializa por fin el descontento con el modelo biomédico y se van introduciendo progresivamente los modelos psicosociales en el estudio del estilo de vida saludable. Y así, desde el Comité Europeo de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1986a) se llevan a cabo varias medidas de apoyo a esta nueva filosofía integradora:

- En primer lugar, en la celebración de la 31ª sesión de dicho comité, en 1981, se enfatizó la importancia de abordar el estudio del estilo de vida saludable desde un enfoque más social que médico.
- En segundo lugar, en esta década la OMS conceptualiza el *estilo de vida* como una forma general de vida, basada en la interacción de las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales. A pesar de no introducir todavía una definición específica para el *estilo de vida saludable*, la OMS percibe la necesidad de distinguir entre ambos conceptos, *estilo de vida* y *estilo de vida saludable*, y asimila este último término a las *conductas relacionadas con la salud*.

- En tercer lugar, la OMS se plantea la necesidad de abordar el estudio de los estilos de vida específicamente en la etapa adolescente, para lo cual se crea el estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC). Este proyecto internacional e interdisciplinar, dentro del cual se desarrolla esta tesis doctoral, abarca el estudio de las conductas de salud, otros aspectos del estilo de vida general, algunas influencias sociales y algunas percepciones del ambiente; tal y como se ha explicado en la presentación de este trabajo.

En esta década, las variables estudiadas no solo hacen referencia a la salud física, sino también a la psicológica, de manera que los estilos de vida pasan a estar definidos no solo por comportamientos, sino también por actitudes y autopercepciones. Esta nueva orientación más integradora provocó el desarrollo, desde el ámbito de la salud y desde la psicología social, de diferentes modelos teóricos, con el objetivo de explicar los cambios en los estilos de vida saludables (estos modelos y teorías se desarrollarán con más detalle en un apartado posterior).

Después de esta diversidad de enfoques y perspectivas, en la década de los 90 se aprecia la necesidad de aunar esfuerzos para consensuar y clarificar la concepción del término *estilo de vida saludable* y, con tal fin, algunos investigadores realizan un acercamiento a las teorías clásicas, especialmente a los modelos psicosociales y de orientación sociológica (Abel, 1991; Coreil et al., 1992; Elliot, 1993). Concretamente, este último autor plantea la necesidad de estudiar los comportamientos favorecedores de la salud que son característicos de un estilo de vida particular, así como aquellas características personales y del ambiente social que contribuyen a la aparición y mantenimiento de esos estilos de vida.

Así mismo, en esta última década del siglo XX, algunos autores incluso se atreven a replantear sus propias concepciones. En este sentido, Breslow, que en la década de los 70 ya ofreció una sugerencia de conceptualización y medición del estilo de vida, en la década de los 90 replantea sus inicios introduciendo el enfoque del contexto social. Con relación a la conceptualización del término, este autor pasa a considerar que el estilo de vida saludable de un individuo está compuesto por las conductas que lleva a cabo entre aquellas que están disponibles en su contexto o circunstancias vitales. (Breslow, 1990).

Thomas Abel, otro autor citado unas líneas más arriba como representante del regreso a las aportaciones clásicas en la década de los 90, trabaja con un equipo de investigación muy familiarizado con las aportaciones del sociólogo Weber, por lo que plantea el *estilo de vida saludable* como un patrón de conductas relacionadas con la salud, valores y actitudes adoptadas por los grupos de individuos en respuesta a su ambiente económico, cultural y social; considerando como variables integradoras del estilo de vida saludable aquellas conductas relacionadas tanto con la salud física, psicológica como con los factores socioculturales (Abel, 1991).

Sin embargo, aunque han surgido muchos intentos de conceptualizar qué es *estilo de vida*, todavía no existe una definición consensuada. Aún más, los términos *estilo de vida* en general y *estilo de vida saludable* continúan empleándose actualmente por muchos autores como sinónimos, a pesar de los esfuerzos de la OMS durante la década de los 80 para diferenciarlos.

2.2. Conceptualización del estilo de vida saludable y su importancia en la etapa adolescente.

A lo largo del repaso histórico realizado, se observa la diversidad de disciplinas que utilizan el término *estilo de vida* y, como consecuencia, las innumerables definiciones y aplicaciones del mismo. En el caso de la disciplina de la salud, como se comentó más arriba, la oficina regional de la OMS para Europa introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, porque a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco operativa, tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida. Concretamente, esta definición describe el *estilo de vida* del siguiente modo:

“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1986b, p. 118).

A pesar de que en este trabajo se utiliza el término *estilo de vida saludable*, se considera más apropiado el uso del término *estilo de vida relacionado con la salud*, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo (Donovan, Jessor & Costa, 1993). Sin embargo, en ocasiones resulta recargado o hasta confuso denominarlo así, por ejemplo, cuando hablamos de su relación con otras variables, por lo que en este trabajo ambos términos se utilizarán indiscriminadamente.

Por lo tanto, el término *estilo de vida saludable* tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen, tal y como defiende Dellert S. Elliot (1993), uno de los estudiosos en la materia con más relevancia internacional. Según este autor, el estilo de vida saludable se entiende cada vez más como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable. Una de las aportaciones más importantes de Elliot ha sido su planteamiento sobre las características fundamentales del estilo de vida saludable, resumidas en los siguientes cuatro apartados:

- a. Posee una *naturaleza conductual y observable*. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.
- b. *Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo*. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida.
- c. El estilo de vida denota *combinaciones de conductas que ocurren consistentemente*. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.
- d. El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan *algunas causas en común*.

Con la intención de construir un concepto de estilo de vida saludable más actualizado, Cockerhan, Rütten y Abel (1997) analizan las aportaciones de diversos autores relevantes en diferentes momentos del siglo XX: comienzos de siglo (Simmel y Weber), mediados (Bourdieu) y finales (Giddens). A partir de esta revisión, Cockerhan, Rütten y Abel definen los estilos de vida saludables como modelos colectivos de conducta relacionados con la salud, basados en elecciones desde opciones disponibles para la gente, de acuerdo con sus posibilidades en la vida. A su vez, plantean la disyuntiva entre los expertos que consideran la práctica de estilos de vida saludables como una elección personal y los expertos que la consideran como una actuación en función de las posibilidades que cada individuo tiene en su vida, refiriéndose en este segundo caso a aspectos más estructurales como sexo, edad, raza, recursos socioeconómicos o, incluso, límites percibidos derivados de la socialización y de la experiencia en un ambiente social particular. En un análisis más a fondo, este tipo de dilemas no hacen más que mostrar que aún no se ha dejado de replantear la disyuntiva básica entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial en lo que atañe a la adopción -o no- de estilos de vida saludables (Engel, 1977). Este trabajo doctoral se guiará según las ideas del segundo grupo de expertos, que defienden la necesidad de tener en cuenta aquellos factores más externos o independientes de la elección del individuo, como son las variables sociodemográficas o las características ambientales y socioeconómicas, que, de un modo u otro, influyen en el individuo a la hora de llevar a cabo ciertas conductas, conductas que o bien protegen su salud o bien la ponen en riesgo.

Una vez que se ha procedido a aclarar el significado del concepto *estilo de vida saludable*, es necesario indicar que su estudio toma especial relevancia en la etapa adolescente, por tratarse de una etapa en la que los jóvenes continúan desarrollando las herramientas sociales e intelectuales que les prepararán para sus roles y responsabilidades adultos (Crockett & Petersen, 1993). Por una parte, la noción de la adolescencia como un periodo de preparación para la adultez enfatiza la importancia de los cambios evolutivos hacia los cuales los jóvenes evolucionan, cambios que están determinados por las presiones sociales y las oportunidades encontradas a lo largo del camino. Por otra parte, el reconocimiento de que la adolescencia es una etapa posterior a la niñez es igualmente importante, ya que alerta del hecho de que los adolescentes, sobre todo los más jóvenes, mantienen muchas actitudes y conductas de la infancia, y que el desarrollo emocional y social se produce gradualmente. Es decir, la noción de secuencia evolutiva ayuda a entender que el desarrollo previo afecta a las vulnerabilidades y recursos con los que los jóvenes afrontan los nuevos cambios del periodo adolescente.

La adolescencia es considerada una etapa algo más difícil que la niñez o la adultez, tanto para el adolescente como para las personas que le rodean, fundamentalmente como consecuencia de tres asuntos clave que caracterizan diferentes momentos de este periodo, según argumentó Jeffrey Jensen Arnett (1999): a) conflictos con los padres y las madres (en la primera adolescencia, el número de conflictos diarios parento-filiales aumenta a la vez que disminuye su percepción de proximidad y el tiempo que pasan juntos); b) alteraciones del estado de ánimo (en la adolescencia media los chicos y las chicas experimentan estados de ánimo más extremos y cambios de humor más bruscos, manifiestan más sentimientos de autoconciencia y vergüenza, torpeza, soledad, nerviosismo y sensación de sentirse ignorados que los adultos y preadolescentes); c) conductas de riesgo (en la adolescencia tardía o primera juventud hay una mayor probabilidad de que chicos y chicas se impliquen en conductas temerarias, ilegales, antisociales, que causan alteraciones del orden social y en conductas perjudiciales para sí mismos o las personas que les rodean, como por ejemplo, conductas delictivas, consumo de sustancias, conducción temeraria y prácticas sexuales de riesgo).

Recordando lo comentado en anteriores apartados, durante este periodo, los adolescentes alcanzan la madurez física y sexual, desarrollan habilidades de razonamiento más sofisticadas y toman decisiones educativas y ocupacionales importantes que determinarán sus carreras adultas. Estos cambios biológicos, cognitivos y psicosociales proporcionan abundantes oportunidades de desarrollo para que los adolescentes lleven a cabo tanto conductas que pongan en riesgo su salud como conductas que revelan un estilo de vida saludable (Crockett & Petersen, 1993; Heaven, 1996). Concretamente, los múltiples cambios y retos a los que deben hacer frente los adolescentes (por ejemplo, la mayor independencia y autonomía de los adultos, la relación más íntima e interdependiente con los iguales y el mayor número de situaciones en las que deben tomar decisiones por ellos mismos) facilitan que a menudo tengan que tomar decisiones acerca de si se implican o no en conductas que van a tener implicaciones para su salud (por ejemplo, si fuman, beben alcohol o mantienen relaciones sexuales con o sin protección) (Coleman & Hendry, 1999; Michaud et al., 2006).

Por lo tanto, y puesto que los estilos de vida adolescentes pueden condicionar en gran medida los estilos de vida adultos (Elliot, 1993; Heaven, 1996), la adolescencia es considerada la etapa evolutiva más adecuada para intentar evitar la adopción de estilos de vida no saludables y, en caso de que se hayan iniciado de forma experimental, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva.

Al tiempo que ha ido creciendo el interés en estas últimas décadas por la temática de los estilos de vida y su relación con la salud, los expertos están cada vez más concienciados de la necesidad de aportar una imagen realista sobre este asunto, que evite el tradicional alarmismo con el que ha sido tratado todo lo relacionado con las conductas no saludables en la etapa adolescente.

En este sentido, G. R. Adams (2005) explica que, más allá de algunas oscilaciones en las estimacio-

nes, los datos apuntan a que alrededor del 20% de los adolescentes en cada generación tiene serios problemas y pueden ser clasificados como disfuncionales. Pero lo que este autor subraya es que alrededor del 80% de los adolescentes tiene estilos de vida adecuados para su salud, y que la mejor estrategia de análisis en los estilos de vida de los adolescentes debe centrarse en las fortalezas, no solo para prevenir las conductas no saludables del 20% de los adolescentes, sino también para promover la calidad de vida, el bienestar emocional y, en definitiva, la salud del 80% restante de chicos y chicas que no incurrir en conductas problemáticas.

2.3. Modelos y teorías del cambio de conducta en salud y sus implicaciones para entender los estilos de vida relacionados con la salud.

Es importante conocer las teorías del cambio de conductas en salud, ya que proporcionan algunos elementos fundamentales para comprender los mecanismos subyacentes a los estilos de vida relacionados con la salud y la manera de intervenir sobre ellos. A continuación se presenta una breve explicación de estas teorías y modelos, clasificándolas según la propuesta de diferentes autores como Albery y Munafú (2008), Brannon y Feist (2001), León y Medina (2002), Noar, Benac y Harris (2007), Pastor et al. (1999) y Riemsma et al. (2002). Concretamente, a continuación se resumirán las principales aportaciones de cinco enfoques diferentes: los modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables, las teorías de la expectativa-valor, los modelos basados en la autorregulación del comportamiento, los modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones y los modelos integradores.

• Modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables:

Son varias las teorías que han afirmado que para entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta los diferentes factores psicosociales que determinan el comportamiento. Estas teorías consideran la socialización del estilo de vida como el proceso por el que las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas.

Teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987).

Esta teoría es clave en la explicación de las condiciones estructurales que rodean y fundamentan el proceso de socialización. El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras serriadas concéntricamente. En esa estructura concéntrica, el nivel más cercano al individuo corresponde al *microsistema*, que es el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo y hace referencia al conjunto de actividades, roles y relaciones sociales que la persona en desarrollo experimenta con su entorno. Para esta teoría los agentes socializadores del estilo de vida en este primer nivel son la familia, los iguales, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación. El segundo nivel del ambiente ecológico, el *mesosistema*, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, como pueden ser, por ejemplo, las relaciones que se establecen entre la familia y la escuela. El tercer nivel, el *exosistema*, lo conforma el entorno más amplio, como por ejemplo las instituciones sociales, que a pesar de no incluir activamente al individuo en desarrollo, recoge los hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno más inmediato del individuo. El último nivel, el *macrosistema*, hace referencia a la cultura y al contexto histórico, político, legal, moral y social en la que el individuo nace y se desarrolla, ya que, según esta teoría, la socialización del estilo de vida de un individuo tiene lugar en un contexto *macro* amplio que tiene un importante protagonismo a la hora de marcar pautas en su desarrollo.

A pesar de que esta teoría ofrece una organización de los contextos y de los sistemas que afectan al proceso de socialización de los estilos de vida, la investigación en esta materia se ha centrado fundamentalmente en estudiar al individuo y a su entorno más inmediato, el microsistema, no pres-

tando tanta atención al resto de estructuras del ambiente ecológico (Wold, 1989 cit. Pastor et al., 1999). Sin embargo, autores como Mendoza (1990), consideran que son los factores macrosociales y del medio físico geográfico los que poseen una mayor influencia, y ello por tres razones principalmente:

Dentro de cada sociedad tiende a existir bastante homogeneidad en los patrones de conducta predominantes y, a su vez, esos estilos de vida son parecidos a los de otras sociedades donde imperan factores macrosociales similares.

Complementariamente, existe una gran heterogeneidad en los estilos de vida cuando se comparan sociedades con diferentes estructuras sociales y diferentes marcos geográficos.

Al mismo tiempo, dentro de una determinada sociedad, la modificación de un factor macrosocial que influya en un grupo de conductas que sean componentes de los estilos de vida, provoca una variación significativa de dichos estilos de vida. Es decir, que los estilos de vida son sensibles a las variaciones que se producen en aquellos factores macrosociales que tienen que ver con conductas que componen los estilos de vida.

Según Pastor et al. (1999), la aportación realizada por Mendoza supone una adaptación de la teoría ecológica del desarrollo al campo de los estilos de vida saludables y, como tal, presenta sus mismas virtudes y limitaciones: esto es, por un lado, remarca los distintos niveles o elementos que influyen en el proceso de socialización del estilo de vida, pero, por otro, no informa sobre cómo tiene lugar este proceso. Aunque Mendoza confiere mayor importancia a los factores macrosociales, argumentando la similitud de los estilos de vida dentro de sociedades con estructuras macro similares, Pastor et al. advierten que en una misma sociedad como la nuestra existen personas con estilos de vida muy diferentes, de modo que algunas personas se comprometen con comportamientos saludables y evitan las conductas de riesgo, mientras que otras, por el contrario, adoptan estilos de vida insanos. Esto indicaría que, aunque los factores macrosociales son importantes, existen otras muchas variables, tanto del contexto social más inmediato (microsistema y mesosistema) como las que tienen que ver con características personales, que también pueden tener una influencia crucial en el estilo de vida.

Teoría del aprendizaje social (Rotter, 1966; Bandura, 1977).

Según esta teoría los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Es decir, la conducta de los progenitores, los iguales y del profesorado, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños, niñas y adolescentes. Así mismo, para esta teoría, la motivación y el comportamiento están regulados por un pensamiento deliberado que adelanta a la acción, a través del cual el cambio de comportamiento se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente (*locus de control*). Este concepto hace referencia a la creencia que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud, concretamente tres posibles factores: considerar que la salud depende del comportamiento propio, de otras personas influyentes o bien de la suerte. Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable (Wallston, Wallston & De Vellis, 1978).

Estos dos modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables son fundamentales en la conceptualización de esta tesis doctoral, ya que explican las claves básicas en relación con la adquisición y el mantenimiento del estilo de vida saludable en los adolescentes.

En cuanto a los tres enfoques restantes (las teorías de la expectativa-valor, los modelos basados en la autorregulación del comportamiento y los modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones), a continuación se presenta una breve referencia general a ellos. Los tres tienen en común, por un lado, que surgieron bajo la concepción de estilo de vida saludable predominante en

los años 80, cuando el estilo de vida dejó de entenderse únicamente como una variable comportamental para aceptar componentes más subjetivos, como las actitudes y las autopercepciones; noción de estilo de vida que posteriormente fue rebatida por uno de los expertos más importantes e influyentes en el estudio actual del estilo de vida saludable, Deller S. Elliot (1993). En segundo lugar, estos modelos y teorías se utilizan en la prevención terciaria de los estilos de vida que ponen en riesgo la salud, es decir, en las intervenciones dirigidas a cambiar conductas de riesgo para la salud ya instauradas, lo que no se considera una prioridad en las políticas de salud dirigidas a la etapa adolescente, que están más centradas en la prevención primaria y secundaria.

• Teorías de la expectativa-valor:

Las representaciones más importantes de este grupo de teorías son el *modelo de creencias sobre salud* (Becker & Maiman, 1975), el *modelo de la motivación protectora* (Rogers, 1983), la *teoría de la acción razonada* (Ajzen & Fishbein, 1980) y, su posterior adaptación, la *teoría de la conducta planificada* (Ajzen, 1991).

Estas teorías asumen que la opción de que una persona elija un curso de acción diferente se basa en dos tipos de cogniciones:

- a. Probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados, y
- b. Valoración de los resultados de la acción.

Los sujetos escogerán de entre varios cursos de acción alternativos, aquel que tenga más probabilidades de resultar en consecuencias positivas o de evitar las negativas.

• Modelos basados en la autorregulación del comportamiento:

Las teorías y los modelos más representativos de esta perspectiva son la *teoría de la autoeficacia* (Bandura, 1986), el *modelo del proceso de adopción de precauciones* (Weinstein, 1988) y, en un desarrollo posterior, el *proceso de acción a favor de la salud* (Schwarzer, 1992).

Desde esta perspectiva, el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud es una motivación intrínseca o la necesidad subyacente en el individuo de competencia y autodeterminación, que nace de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida a través del propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio, en la que intervienen mecanismos tales como la persuasión, la comparación social o el modelado.

• Modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones:

En este caso, los dos modelos más representativos son el *modelo transteórico* (J. O. Prochaska & DiClemente, 1983) y el *modelo de conflicto de toma de decisiones* (Janis & Mann, 1977).

Según estos modelos, la persona, después de juzgar los pros y los contras respecto a un curso de acción, opta por aquel que presenta los resultados más beneficiosos o que disminuye los efectos más negativos. En estos modelos, una decisión es la selección de una alternativa de entre otras posibles, cada alternativa está caracterizada por dos parámetros: la valencia de los resultados y la probabilidad de obtener este resultado. La probabilidad asociada al resultado es de carácter subjetivo; es decir, una medida de la confianza que tiene el sujeto en la obtención de un resultado.

Esta expectativa de éxito depende de la frecuencia del éxito anterior (experiencias de logro que alimentan la autoeficacia) y de cómo se han establecido los procesos atribucionales, del grado de control que el individuo cree tener sobre el resultado (autoeficacia o seguridad en lograr el resultado esperado).

• Modelos integradores:

A continuación se presentan y desarrollan los modelos más actuales que han surgido de la integración de teorías anteriores y que tienen en cuenta una visión más amplia y positiva de la salud.

Modelo de promoción de la salud (Pender, 1996).

Este modelo fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de *estilo de vida promotor de la salud* en sus planteamientos.

Según Pender, existen tres grandes bloques de factores que actúan como predictores del estilo de vida:

1. Afectos y cogniciones específicos de la conducta. Este primer factor conforma el mecanismo motivacional primario que afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas promotoras de salud. Se compone de los siguientes elementos: barreras percibidas a la realización de la conducta saludable, beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para llevarla a cabo y el afecto relacionado con la conducta. Junto a estos factores, existen influencias situacionales e interpersonales en el compromiso de llevar a cabo la conducta saludable.
2. Experiencias previas con la conducta de salud y características individuales. Estas segundas variables influyen de forma indirecta, interactuando causalmente con los afectos y las cogniciones, así como con las influencias situacionales e interpersonales.
3. Antecedentes de la acción. Se trata de estímulos internos o externos que están directamente relacionados con la conducta.

En un principio, este modelo fue empleado para predecir el estilo de vida promotor de la salud en su globalidad (de hecho, en los estudios se utilizaba como variable dependiente una puntuación global de estilo de vida).

Sin embargo, debido a que el porcentaje de varianza explicada era bajo, los investigadores empezaron a aplicarlo a la predicción de conductas de salud aisladas: consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico, conducta sexual, alimentación, etc.

Teoría de la conducta problema (Jessor & Jessor, 1977; Jessor, 1992).

Esta teoría plantea un modelo integrador que incorpora elementos de diversas orientaciones teóricas (cogniciones, aprendizajes, relaciones interpersonales y constructos intrapersonales) como predictores del comportamiento problemático en la edad adolescente: conductas de riesgo para la salud, conductas de inadaptación escolar y delincuencia juvenil.

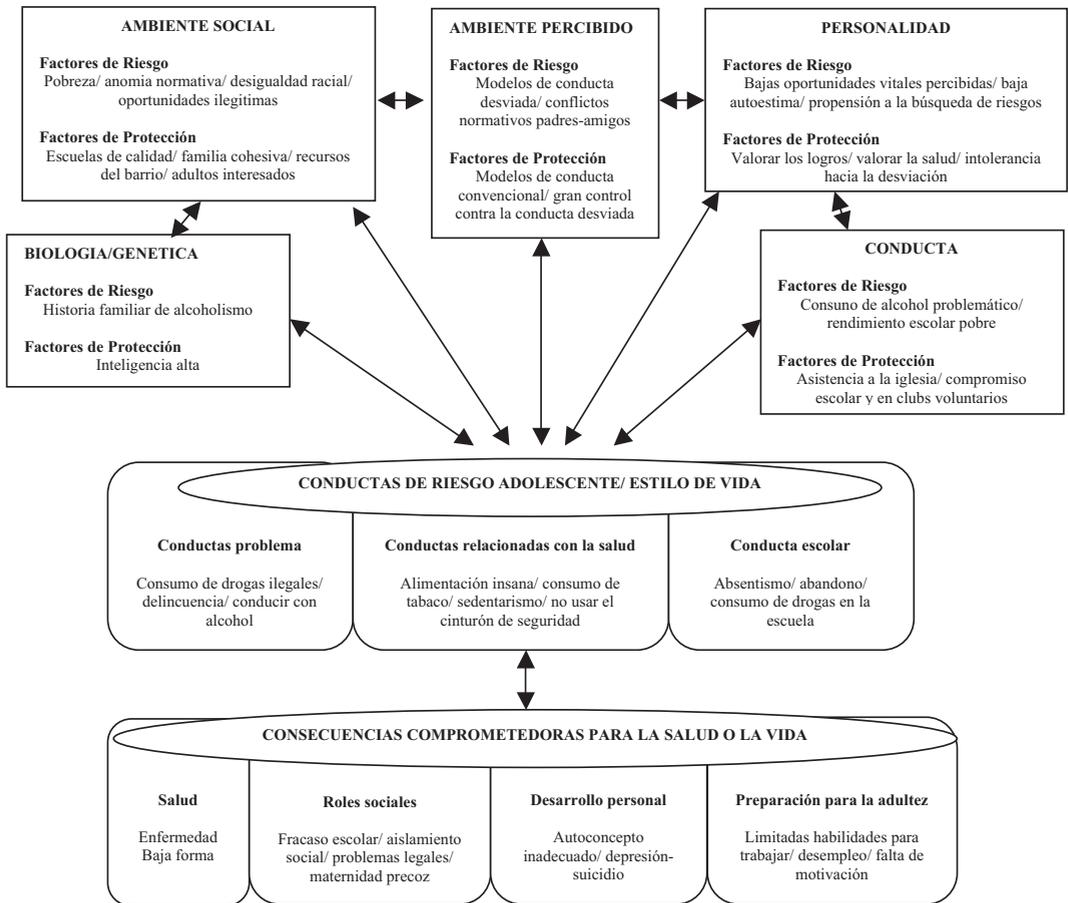
Esas conductas problema, según estos autores, manifiestan una predisposición hacia la no-conventionalidad, conforman un síndrome y comparten un conjunto de factores determinantes de naturaleza psicosocial que se agrupan en los siguientes grandes grupos: variables de la estructura socio-demográfica, aspectos de la socialización, variables del sistema de personalidad, variables del ambiente percibido, características biológicas y genéticas, características del ambiente social y otras conductas relacionadas que practique el adolescente.

En la Figura 2 se muestran los factores de riesgo y los factores protectores pertenecientes a cada uno de estos grupos de determinantes.

Dada la amplitud y complejidad del modelo es difícil ponerlo a prueba en su totalidad, por lo tanto

los estudios realizados bajo el paradigma de esta teoría abarcan aspectos concretos, como consumo de sustancias, conducta sexual o delincuencia juvenil.

Figura 2.
Teoría de la conducta problema (adaptada de Jessor, 1992).



Modelo de las 7 esferas (Costa & López, 1996).

Se trata de un modelo conceptual que permite comprender y explicar la génesis, el aprendizaje y el desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de niños, niñas y adolescentes (saludables o de riesgo), predecir el sentido de sus acciones, ahondar en las raíces de los procesos de comunicación, de potenciación y de enseñanza-aprendizaje de la Educación para la Salud (EpS), diseñar las estrategias y las oportunidades para el cambio, y orientar la puesta en práctica de esas estrategias, identificando los factores que facilitan el cambio, así como aquellos que determinan resistencias a él.

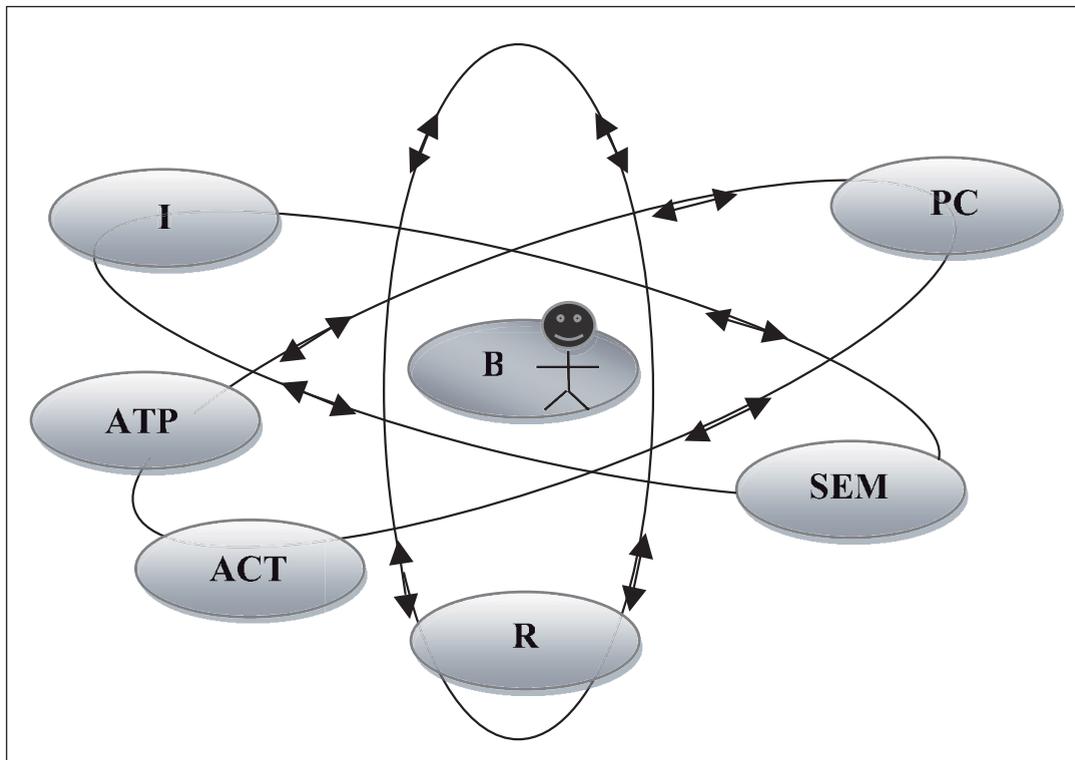
El nombre de este modelo viene dado por su arquitectura, concretamente el ciclo de cada comportamiento queda condensado en 7 esferas, como se puede observar en la Figura 3, cada una de las cuales condensa, a su vez, una de las dimensiones que intervienen en la génesis de cada compor-

tamiento. Son esferas que giran sobre sí mismas, acumulando biografía e historia personal, y que giran también en función de todas las demás, definiendo con ellas las zonas de contacto y de acción recíproca de un *sistema planetario* en continuo movimiento, una pequeña, pero muy compleja, *galaxia del comportamiento*.

Figura 3.

La galaxia del comportamiento en el universo del entorno.

El modelo de las 7 esferas (adaptada de Costa & López, 1996).



De las siete esferas, dos representan las dos dimensiones o polos activos del entorno: los indicadores/activadores (I) y los resultados (R). Esas dos esferas son polos activos en los que el entorno concentra para cada niño y adolescente su mayor potencial generador de comportamientos, y es también donde se materializa la reciprocidad de la interacción que los niños, niñas y adolescentes establecen con los escenarios del entorno.

- En la zona que delimita la esfera de los indicadores/activadores (esfera I) se concentran multitud de acontecimientos, objetos, personas, mensajes de salud, modelos de conducta, instrucciones y recomendaciones que actúan como señales que activan o desactivan, con más o menos fuerza, el comportamiento. Existen varias formas en las que los indicadores y señales del ambiente pueden activar el comportamiento, algunos ejemplos son el haber padecido o padecer alguna enfermedad, crisis familiar, ruptura de una relación afectiva intensa, muerte de un ser querido...
- En la dimensión de los resultados (esfera R), se concentra el impacto y la huella que imprimen en el entorno los comportamientos de niños, niñas y adolescentes, los logros que obtienen, las

recompensas y beneficios, el reconocimiento social, los castigos, los fracasos y muchos otros acontecimientos que ocurren como consecuencia de sus acciones, de sus conductas de salud o de riesgo.

Las otras cinco esferas representan las cinco dimensiones personales del comportamiento. Dos de ellas, atender-percibir (ATP) y actuar (ACT), son las que se ensamblan de manera más indisoluble con las dos del entorno, creando dos zonas de contacto y de influencia de gran potencial en la génesis de los comportamientos: la zona I-ATP y la zona ACT-R.

- La esfera ATP se configura como una dimensión y un proceso activo organizador del comportamiento, en la medida en que la puerta de entrada que define el campo de acción en que han de producirse las otras dimensiones del comportamiento y sus interacciones y el curso ulterior de los acontecimientos.
- La dimensión actuar (esfera ACT) muestra cómo la reciprocidad de las interacciones con los escenarios del entorno sería incomprensible si no existiera la acción y la intervención de niños, niñas y adolescentes sobre ellos. Por eso, conociendo y analizando sus acciones y sus repertorios habituales, podemos hacer predicciones bastante fiables de lo que, con mucha probabilidad, volverán a hacer en circunstancias, situaciones y escenarios parecidos.

Las otras tres esferas personales son pensar-conocer (PC), sentir emociones (SEM) y la esfera biológica (B).

• **La dimensión cognitiva (esfera PC).**

Los niños, niñas y adolescentes no tienen cerebros vacíos sino que, a lo largo de su vida, sus experiencias van quedando inscritas y acumuladas en su historia de aprendizaje y buena parte de esa historia viva se concentra en la esfera cognitiva, que desempeñará a menudo un papel activador e inductor en la determinación de las otras esferas del comportamiento y en la génesis de los comportamientos y estilos de vida saludables o de riesgo.

La dimensión cognitiva está compuesta por los siguientes elementos: conocimientos, expectativas, objetivos, predicción, creencias/valores, actitudes, evaluación de las fuentes de estrés, evaluación de la vulnerabilidad personal, evaluación de la eficacia personal, evaluación del control de resultados, evaluación y autoimagen, fantasías/recuerdos, autoinstrucciones...

• **La dimensión de los sentimientos y emociones (esfera SEM).**

Tan importantes son las esferas I, ATP, y PC de la galaxia del comportamiento, que a menudo creemos que basta con asegurar que los niños, niñas y adolescentes hayan atendido, percibido y comprendido los mensajes saludables de la EpS para que de manera milagrosa aparezcan los comportamientos saludables. Sin embargo, no reside en esas esferas la última frontera de los comportamientos y estilos de vida, ni tienen ellas la última palabra. Los sentimientos, las emociones, las pasiones y los estados de ánimo, o sea, la dimensión afectiva, es la expresión más patente de que las circunstancias del entorno afectan al equilibrio del individuo.

Los sentimientos y emociones, positivos y negativos, son también, como las demás dimensiones del comportamiento, construcciones históricas, dimensiones aprendidas en los intercambios recíprocos con los escenarios del entorno y con su propio cuerpo.

• **La dimensión biológica (esfera B).**

A lo largo de la historia personal, y de una manera especial durante la pubertad, los sistemas biológicos experimentan transformaciones y, en las interacciones de los niños, niñas y adolescentes

con el entorno, se establecen los requisitos y el soporte estructurales para que se puedan dar las experiencias transaccionales e históricas de las otras cuatro dimensiones del comportamiento y los procesos de aprendizaje.

Las siete esferas están inmersas en el universo envolvente del ambiente o entorno físico y psicosocial que constituye el campo de acción en el que acontecen los contactos e interacciones que dan lugar a los comportamientos y estilos de vida. El entorno está organizado en escenarios y las siete esferas se mueven dentro del pequeño universo de cada uno de ellos (familia, escuela, espacios abiertos, lugares de ocio, instituciones, etc.). Los escenarios contienen recursos, oportunidades, obstáculos, en definitiva, factores de riesgo y factores de protección que se conjugan de forma desigual y condicionan los flujos de relaciones recíprocas de las siete esferas y, en consecuencia, la naturaleza evolutiva de los comportamientos.

En conclusión, todos los modelos que se han presentado aportan una base conceptual amplia y sólida donde encuadrar los objetivos de esta tesis doctoral, ya que analiza la influencia de variables sociodemográficas y variables de salud entendida desde una concepción amplia (como por ejemplo, autoconcepto, malestar psicosomático, estado de ánimo, fuentes de estrés, vulnerabilidad personal...), sobre los estilos de vida saludables en la etapa adolescente.

2.4. Variables importantes en el estudio de los estilos de vida saludables en la etapa adolescente.

Como se ha comentado más arriba, los primeros estudios sobre los estilos de vida saludables surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables empleadas en esos primeros estudios fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos de alimentación. Además, las muestras que utilizaban dichos estudios estaban constituidas fundamentalmente por adultos con y sin problemas cardiovasculares (Badura, 1982). Sin embargo, el aumento progresivo de la preocupación por la educación para la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud y demás organismos públicos dedicados a la mejora del bienestar de la población infanto-juvenil, ha provocado un aumento en el número de estudios realizados con muestras de niños, niñas y adolescentes, así como un aumento en el número de variables estudiadas que forman parte de los estilos de vida. En los últimos años, el campo de estudio centrado en los estilos de vida saludables también se ha introducido en investigaciones sobre tercera edad, si bien el número de trabajos con esta población es menor.

En la Tabla 2 se resumen las variables relacionadas con los estilos de vida saludables más estudiadas en la investigación, en función del momento evolutivo de las muestras estudiadas: infancia-adolescencia, adultez o vejez (Pastor, Balaguer & García-Merita, 1998b).

Tabla 2.
Importancia de las diferentes variables relacionadas con los estilos de vida saludables para cada etapa evolutiva (adaptada de Pastor et al., 1998b).

VARIABLES	INFANCIA Y ADOLESCENCIA	ADULTEZ	VEJEZ
Consumo de alcohol	x	x	x
Consumo de tabaco	x	x	x
Hábitos alimenticios	x	x	x
Actividad física	x	x	x
Consumo de medicamentos	x		x
Hábitos de descanso	x	x	x
Accidentes y conductas de prevención de los mismos	x	x	x
Higiene dental	x		

VARIABLES	INFANCIA Y ADOLESCENCIA	ADULTEZ	VEJEZ
Actividades de tiempo libre	x		x
Consumo de drogas no legalizadas	x		
Conducta sexual	x		
Chequeos médicos		x	x

En efecto, las variables más estudiadas en las tres etapas evolutivas analizadas coinciden con los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares: consumo de alcohol, tabaco, hábitos de alimentación y actividad física. Por otra parte, se encuentra que es en la muestra infantil y adolescente donde el porcentaje de variables estudiadas tiene una mayor distribución entre las diferentes variables.

A pesar de la diversidad de variables que han sido estudiadas dentro del análisis de los estilos de vida saludables, a continuación se va a realizar una descripción pormenorizada de aquellas variables que la investigación ha demostrado como más importantes en la etapa adolescente y cuya intervención es esencial de cara a mejorar el estado de salud de los jóvenes.

Por lo tanto, este análisis no tendrá en cuenta aquellas variables de estilos de vida que, a pesar de su importancia, actualmente no suelen ser incluidas en los estudios centrados en las conductas relacionadas con la salud de la etapa adolescente, como por ejemplo los chequeos médicos, los patrones de sueño o el rendimiento escolar.

2.4.1. Hábitos de alimentación.

A pesar de que este primer apartado se centra únicamente en el análisis de los hábitos de alimentación, ya que el tema de la actividad física se analiza en un apartado posterior, inevitablemente es necesario hacer una breve introducción acerca de la importancia de ambos estilos de vida de manera conjunta.

Concretamente, el Informe de la Comisión Europea sobre Sanidad y Protección de los Consumidores dio a conocer en el 2003 las correlaciones entre ciertas patologías y ciertos factores de riesgo de origen alimentario, así como otros relacionados con la actividad física (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Correlaciones entre ciertas patologías y ciertos factores de riesgo de origen alimentario y factores relacionados con la actividad física (adaptada de Comisión Europea sobre Sanidad y Protección de los Consumidores, 2003).

PATOLOGÍA	FACTORES DE RIESGO
Hipertensión arterial	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal
Enfermedades cerebrales y cardiovasculares	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de ácidos grasos saturados Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras
Cánceres (especialmente de colon, mama, próstata y estómago)	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras Actividad física inadecuada o exceso ponderal
Obesidad	Aporte energético excesivo Actividad física inadecuada

PATOLOGIA	FACTORES DE RIESGO
Diabetes no insulino dependientes (tipo 2)	Obesidad Actividad física inadecuada
Osteoporosis	Aporte inadecuado de calcio Aporte inadecuado de vitamina D Actividad física inadecuada
Caries	Consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables/alimentos o bebidas con alto contenido en azúcar
Erosión dental	Consumo de alimentos, frutas o bebidas ácidos
Trastornos debidos a una deficiencia de yodo	Consumo inadecuado de pescado o de alimentos enriquecidos con yodo
Nacimientos prematuros e insuficiencia ponderal al nacer	Aporte inadecuado de nutrientes
Anemia ferropénica	Aporte inadecuado o inexistente de hierro Consumo inadecuado de frutas, verduras y carne
Malformaciones del tubo neural (Espina bífida)	Aporte inadecuado de folato y ácido fólico Consumo inadecuado de frutas y verduras
Menor resistencia a las infecciones	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo inadecuado de micronutrientes Lactancia materna inadecuada
Anorexia, bulimia, hiperfagia	Rechazo a ingerir alimentos, pérdida excesiva de peso u obesidad
Alergias alimentarias	Presencia de alérgenos en los alimentos
Intoxicación alimentaria infecciosa	Presencia de microorganismos patógenos en los alimentos
Intoxicaciones alimentarias no infecciosas	Presencia de sustancias patógenas en los alimentos, por ejemplo dioxinas, mercurio, plomo y otros metales pesados, residuos agroquímicos y otros contaminantes

En resumen, dicho informe concluye cinco cuestiones principales relativas a la prevención de las enfermedades no transmisibles, concretamente:

1. se confirma que la alimentación no saludable y la escasa actividad física son comportamientos que entrañan riesgos;
2. en las primeras etapas de la vida surgen y actúan factores de riesgo biológicos y comportamentales, que continúan teniendo efectos negativos a lo largo de esta;
3. los factores de riesgo están aumentando en todo el mundo;
4. las intervenciones preventivas (incluso de pequeña envergadura y en las primeras etapas de la vida) reportan beneficios a lo largo de toda la vida; y
5. los hábitos de alimentación y actividad física adecuados reducen en los adultos el riesgo de muerte prematura y discapacidad, previniendo las enfermedades no transmisibles (WHO, 2003b).

Haciendo referencia en este apartado a la importancia de los hábitos de alimentación saludables, Contento y Michela (1998) demostraron que en el periodo de la adolescencia aumenta la necesidad fisiológica de los nutrientes esenciales (energía, proteínas, vitaminas y minerales) y se hace especialmente importante tener una dieta de alta calidad nutritiva. Un buen modelo de alimentación en la infancia y la adolescencia promueve un óptimo crecimiento y desarrollo, teniendo además un gran impacto en el futuro estado de salud adulto. Concretamente, una alimentación saludable en la

infancia y la adolescencia previene problemas de salud inmediatos, como la deficiencia de hierro, la anemia, la obesidad, desórdenes de alimentación y la caries dental, al tiempo que todo lo anterior puede contribuir a prevenir problemas de salud a largo plazo, como la enfermedad coronaria, el cáncer, la hipertensión y la osteoporosis (*Centers for Disease Control and Prevention*, 1997). Y, lo que no es menos importante, los hábitos de alimentación adquiridos en la adolescencia se convertirán en la adultez en rutinas, tanto los que protejan la salud como los que la ponen en riesgo.

Por otro lado, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la infancia y adolescencia se ha convertido en una de las cuestiones principales que han despertado la preocupación de la salud pública, de hecho la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2009) insta a la promoción de estilos de vida saludables en estas etapas evolutivas como una clave crucial para detener la que califican como rápida y progresiva epidemia de la obesidad. Concretamente, los resultados internacionales del estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) vienen mostrando en sus últimas dos ediciones que España se encuentra entre los países con más prevalencia de obesidad en la etapa adolescente, junto a Estados Unidos, Malta, Canadá, Gales o Italia (Currie et al. 2004, 2008).

Sin embargo, las sociedades que disfrutaban de una economía de la abundancia, según los estudios de epidemiología nutricional, paradójicamente presentan malnutrición tanto por defecto como por exceso. Así pues, junto a la obesidad se registran carencias de hierro, calcio y vitaminas. Esta situación se debe, fundamentalmente, a la insuficiente educación alimentaria, al mal uso del poder adquisitivo de la población, a las presiones publicitarias que acompañan la venta de productos, a los nuevos estilos de vida, al consumo creciente de “comida rápida”, etc. (Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2003; Wilkinson & Marmot, 2003). En este sentido, el conocido estudio AVENA (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes) llevado a cabo con adolescentes españoles, constata que casi 1 de cada 5 jóvenes en España se encuentra en la actualidad en riesgo de presentar algún problema de índole cardiovascular cuando sea adulto (Ortega et al., 2005).

Los datos examinados por los expertos indican que un mayor consumo de frutas y hortalizas reduce considerablemente los riesgos de contraer enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. De igual manera, el riesgo de contraer enfermedades aumenta a medida que es mayor el consumo de grasas. Por último, otro de los resultados concluyentes es que la cantidad y la frecuencia del consumo de azúcares libres aumentan el riesgo de contraer enfermedades dentales (WHO, 2003b). Por todo ello, las recomendaciones internacionales coincidieron en apuntar que los jóvenes deberían consumir menos alimentos ricos en calorías, especialmente alimentos con un alto contenido de grasas y azúcar, emplear menos sal, consumir más fruta, hortalizas y legumbres, optar por más alimentos de origen vegetal y marino y realizar actividad física (*U.S. Department of Health and Human Services*, 2001; WHO, 2003b; WHO/HBSC Forum, 2006).

• **Saltarse el desayuno:**

Un hábito nutricional importante para la salud es la regularidad en la alimentación, siendo necesario para un adecuado estado nutricional realizar entre tres y cinco comidas al día, dependiendo del sexo, edad y nivel metabólico. El hecho de cumplir esas comidas es importante por la sensibilidad de nuestro cuerpo a las variaciones en la disponibilidad de los suministros de nutrientes. De hecho, cuando el ayuno se prolonga más de lo normal se produce un mecanismo que hace descender la hormona insulina y aumentar el cortisol y catecolaminas, para intentar así mantener la glucemia (nivel de azúcar en sangre) en valores aceptables. Estos cambios metabólicos llevan consigo una respuesta de fatiga que no solo interfiere en el rendimiento físico y muscular, sino también en diferentes aspectos cognitivos: falta de concentración, disminución de la capacidad de locución o expresión, memoria, creatividad y resolución de problemas, además del consiguiente decaimiento y mal humor (Gretchen, 1995; Rampersaud, Pereira, Girard, Adams & Metz, 2005; Sánchez & Serra, 2000).

En un estudio estadounidense, Pivik, Dykman, Tennal y Gu (2006) compararon el ritmo cardíaco de dos grupos de chicos y chicas; por un lado estaban aquellos que después de pasar toda la noche

sin comer (en ayuno) desayunaron al momento de levantarse y, por otro lado, aquellos que no lo hicieron hasta dos horas y media después. Los resultados mostraron que aquellos chicos y chicas que continuaron con el ayuno por la mañana tenían mayor variabilidad en el ritmo cardíaco, además de incrementar su actividad parasimpática. Además, se ha venido demostrando que son varios los efectos asociados al hecho de saltarse comidas, como son:

- la sensación de hambre suele provocar que después se coma en exceso (Gretchen, 1995; J. Haines & Stang, 2005),
- excesivo picoteo de alimentos disponibles en cualquier momento, que en la mayoría de los casos suelen ser no saludables (Gretchen, 1995; J. Haines & Stang, 2005),
- pérdida de energía para rendir bien en el colegio y en otras actividades (Gretchen, 1995; J. Haines & Stang, 2005; C. López et al., 2000; Pivik et al., 2006; Rampersaud et al., 2005; Sánchez & Serra, 2000),
- como consecuencia de lo anterior, aumento del riesgo de sobrepeso (Gretchen, 1995; J. Haines & Stang, 2005; L. A. Moreno et al., 2005; Niemeier, Raynor, Lloyd-Richardson, Rogers & Wing, 2006; Rampersaud et al., 2005).

Se ha comprobado que saltarse el desayuno es bastante más habitual en comparación con saltarse el almuerzo o la cena (Woodruff, Hanning, Lambraki, Storey & McCargas, 2008). De hecho, la omisión del desayuno o su realización de forma inadecuada o insuficiente son prácticas de alimentación relativamente frecuentes entre los adolescentes (de Rufino et al., 2005; Gross, Bronner, Welch, Dewberry-Moore & Paige, 2004; K. Morgan, Zabik & Stampley, 1986; Niemeier et al., 2006; Rampersaud et al., 2005; Woodruff et al., 2008). Por citar un ejemplo, Videon y Manning (2003) encuentran que 1 de cada 5 adolescentes dice haberse saltado el desayuno el día anterior. Además, este hábito sigue un aumento progresivo; así, en 1965 el porcentaje de adolescentes americanos que desayunaba a diario era del 84% y en 1991 ha llegado a bajar hasta el 65% (J. Haines & Stang, 2005).

Sin embargo, lo que la bibliografía muestra de forma más clara son las diferencias en función de la edad, el sexo y el nivel socioeconómico entre los jóvenes que se saltan el desayuno. Con relación a la primera variable demográfica, el porcentaje de adolescentes que se saltan el desayuno es más alto en chicas que en chicos, llegando a ser ese porcentaje en muchos estudios más del doble (J. Haines & Stang, 2005; L. A. Moreno et al., 2005; K. Morgan et al., 1986; Mullie et al., 2006; Rampersaud et al., 2005; Sánchez & Serra, 2000; Story et al., 2002; Vereecken et al. 2009; Woodruff et al., 2008; Wu, Rose & Bancroft, 2006). En cuanto a la variable edad, algunas investigaciones empiezan a demostrar que, a medida que los chicos y chicas avanzan en la adolescencia, se saltan el desayuno con más frecuencia (C. Moreno, Muñoz, Pérez & Sánchez, 2005b; Mullie et al., 2006; Pearson, Biddle & Gorely, 2009; Rampersaud et al., 2005; Vereecken et al., 2009). Así mismo, algunos estudios demuestran menor frecuencia de desayuno en los adolescentes con nivel socioeconómico bajo (Dubois, Girard & Potvin Kent, 2006; Keski-Rahkonen, Kaprio, Rissanen, Virkkunen & Rose, 2003; MacFarlane, Crawford, Ball, Savige & Worsley, 2007; Rampersaud et al., 2005; Vereecken et al., 2009).

De hecho, importantes investigaciones sugieren que la omisión del desayuno o el consumo de un desayuno inadecuado podrían ser factores que contribuyen a una dieta inadecuada (P. Haines, Guilkey & Popkin, 1996). Así lo revelan los resultados encontrados por L. A. Moreno et al. (2005) bajo el proyecto HELENA (*Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescents*) con la colaboración del estudio DONALD (*Dortmund Nutrition and Anthropometric Longitudinally Designed*), el grupo Ghent y el estudio español AVENA, que muestran cómo los jóvenes que desayunan inadecuadamente o no desayunan tienen unos hábitos menos saludables a lo largo del día que los que desayunan adecuadamente, tanto en la comida del medio día como en la cena. Así, el consumo de algunos alimentos ricos en carbohidratos complejos (frutas, verduras, hortalizas, cereales en el des-

ayuno y pan) es mayor en los adolescentes que llevan a cabo un desayuno adecuado que el observado en los que no lo llevan a cabo.

Por último, y puesto que los resultados que más adelante se presentan proceden de la versión española del estudio *Health Behaviour in School-aged Children 2006*, es conveniente mencionar que la cuestión de la frecuencia del desayuno ya se había planteado en la edición anterior del estudio (HBSC 2002) encontrando que tan solo alrededor del 61% de los adolescentes españoles desayunaban regularmente los siete días de la semana, siendo más los chicos que las chicas quienes realizaban esta comida a diario y la tendencia en ambos sexos era a disminuir el porcentaje de los que desayunaban todos los días conforme avanzaba la edad (C. Moreno, Muñoz, Pérez & Sánchez, 2005a).

• Alimentos con alto y bajo aporte calórico/nutricional:

El tipo de alimentos que consumen los chicos y chicas en la adolescencia es muy importante para su desarrollo. Los resultados acuerdan en mostrar que la tendencia general desde la infancia hasta la adolescencia es a consumir cada vez menos fruta y verdura, mientras que el consumo de dulces y refrescos crece de forma significativa. Sin embargo, las recomendaciones nutricionales especifican que el consumo de fruta debe ser de tres o más raciones al día, ya que aportan agua, azúcares, vitaminas (como la vitamina C y los carotenos), minerales (como potasio y selenio) y fibra. La verdura, importante fuente de vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes, debe consumirse en dos o más raciones al día. Sin embargo, la recomendación en el consumo de dulces y refrescos se reduce a un consumo ocasional y moderado, ya que en general son un grupo de alimentos superfluos, no siendo necesario su consumo y corriendo el riesgo, al consumirlos en exceso, de sufrir sobrepeso y caries dental (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; WHO, 2003b; WHO/HBSC Forum, 2006).

Varios estudios, como el de L. B. Adams (1997), Antova et al. (2003), Bruj y Oenema (2006), Maynard, Gunnell, Emmett, Frankel y Davey-Smith (2003) o Tavani y La Vecchia (1995) demuestran que el consumo de frutas y verduras durante la adolescencia tiene un efecto protector a largo plazo sobre el riesgo de padecer cáncer u otras enfermedades crónicas. Concretamente, Beech, Rice, Myers, Johnson y Nicklas (1999) encontraron que la relación inversa entre el consumo de frutas y verduras y el riesgo de cáncer pulmonar representa una de las mejores asociaciones establecidas en el campo de la epidemiología alimentaria.

Sin embargo, son bastantes los estudios que relatan los bajos porcentajes de consumo de fruta y verdura en la población adolescente (Krebs-Smith, Cook, Subar, Cleveland & Friday, 1996; Lorson, Melgar-Quinonez & Taylor, 2009). Por ejemplo, Field, Gillman, Rosner, Rockett y Colditz (2003) encuentran que alrededor del 75% de los adolescentes no cumplen las recomendaciones de los expertos anteriormente citadas para el consumo de frutas y verduras. De igual forma, Lien, Lytle y Klepp (2001) declaran que la frecuencia de consumo semanal de fruta y verdura decreció a 1-2,5 veces por semana entre los chicos y chicas de 14 a 21 años.

Mientras, otros tipos de alimentos menos saludables y con más aporte calórico, como dulces y refrescos azucarados, sigue un vertiginoso aumento en la última década (Ballew, Kuester & Gillespie, 2000; Frary, Jonhson & Wang, 2004), especialmente entre la población adolescente (Cavadini, Siega-Riz & Popkin, 2000; Ramírez et al., 2003). Guthrie y Morton (2000) demuestran que el 90% de niños, niñas y adolescentes consumen azúcares añadidos y, para el 38% de los adolescentes, los refrescos son los que mayor porcentaje de azúcares añadidos aportan en su dieta. Kassem y Lee (2004) encuentran que el 96,5% de los adolescentes dicen beber refrescos normalmente y el 60,2% dicen haber bebido dos vasos o más de refresco por día durante el pasado año.

También se encuentran diferencias en el tipo de alimentos consumidos según el sexo, la edad y el nivel socioeconómico. Con relación al sexo, Cutler, Flood, Hannan y Neumark-Sztainer (2009),

Granner et al. (2004) o Klepp et al. (2005) hallan un mayor consumo de frutas y verduras entre las chicas adolescentes en comparación con sus iguales varones. Sin embargo, también existen algunos estudios, como por ejemplo el de Beech et al. (1999) o Neumark-Sztainer, Story, Hannan y Croll (2002), que no encuentra diferencias significativas en el consumo de fruta y verdura entre chicos y chicas. En cuanto a los alimentos menos saludables, Perl, Mandi, Primorac, Klapac y Perl (1998) declararon que los chicos tienen mayor preferencia por los dulces en comparación con las chicas, mientras que Vandevijvere et al. (2009) señalan el mayor porcentaje de chicos varones que consumen alimentos con pocos nutrientes, como por ejemplo refrescos.

En segundo lugar, y haciendo referencia a la edad, la investigación se muestra más unánime, encontrando una disminución del consumo de fruta y verdura (Granner et al., 2004; Lorson et al., 2009; Neumark-Szteainer et al., 2002; Story et al., 2002), y un aumento del consumo de azúcares añadidos conforme avanza la edad (Guthrie & Morton, 2000; Story et al., 2002).

En cuanto al nivel socioeconómico familiar, los resultados de un importante grupo de investigadores pertenecientes a la Universidad de Minnesota revelan la existencia de un menor consumo de frutas y verduras, junto con un mayor consumo de dulces y refrescos, entre la población con menos recursos económicos, lo que lleva a explicar que este tipo de población tenga un alto riesgo de sufrir sobrepeso (Neumark-Szteainer, Story, Resnick & Blum, 1996; Neumark-Szteainer et al., 2002). Igualmente se ha demostrado que los adolescentes pertenecientes a familias con nivel adquisitivo familiar alto consumen más fruta y verdura (A. Morgan, Malam, Muir & Barker, 2006) y menos alimentos con alto aporte calórico (Inchley, Tood, Bryce & Currie, 2001). Así mismo, MacFarlane et al. (2007) muestran la mayor disponibilidad de fruta y verdura en los adolescentes con más nivel socioeconómico, medido por la riqueza familiar, el nivel educativo y el ocupacional de los padres y las madres.

Finalmente, los resultados que se encontraron en la anterior edición del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC 2002) indicaban los siguientes porcentajes de jóvenes en el consumo óptimo y recomendado para cada uno de estos alimentos (C. Moreno et al., 2005a):

- Fruta: 19.3% la consumen todos los días y más de una vez (consumo óptimo) y 5.8% nunca.
- Verdura: 4.3% la consumen todos los días y más de una vez (consumo óptimo) y 12.4%, nunca.
- Dulces: 4.8%, nunca o 15.2%, menos de una vez a la semana (consumos óptimos) y 12.8%, todos los días, más de una vez.
- Refrescos u otras bebidas que contengan azúcar: 5.8%, nunca o 11.9%, menos de una vez a la semana (consumos óptimos) y 18.4%, todos los días, más de una vez.

2.4.2. Higiene dental.

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública frecuentemente subestimado, pero de importante relevancia por su elevada prevalencia, el coste del tratamiento y su impacto en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional, así como de su efecto sobre la calidad de vida (Sheiham, 2005). Efectivamente, los problemas bucodentales son económicamente costosos, ocupando el tercer lugar entre todas las enfermedades en relación con el coste del tratamiento, que es superado únicamente por las enfermedades cardiovasculares y los desórdenes mentales (Leake, Porter & Lewis, 1993). La fluoración en el suministro de las aguas comunales es el método preventivo más rentable utilizado para prevenir las enfermedades bucodentales, sin embargo se trata de una cuestión controvertida que necesita aún de un firme apoyo público (WHO, 1994).

Muchos comportamientos de salud bucodental afectan significativamente a la salud física y psicosocial durante la adolescencia, mientras otros tienen potenciales efectos negativos en el futuro

estado de salud, ya que los comportamientos de higiene bucodental muestran una elevada continuidad entre la adolescencia y la adultez (Nordrehaug & Jakobsen, 2007).

La salud bucodental no solo produce un importante impacto sanitario sino que además ejerce un impacto social importante, especialmente en relación con el dolor y el funcionamiento, medido en función de las restricciones alimentarias, las restricciones de comunicación, el malestar y la insatisfacción estética (Sheiham, 2005). En concreto, los dientes y la boca son aspectos particularmente salientes de la apariencia física y, como elementos del habla, juegan un papel importante en la comunicación interpersonal. Por lo tanto, algún defecto en su apariencia se muestra muy visible, lo que puede producir consecuencias negativas, especialmente en la adolescencia, al tratarse de una etapa evolutiva con cierta vulnerabilidad en el desarrollo de la imagen corporal (Albino & Lawrence, 1993).

Entre las principales enfermedades bucodentales se registran las caries dentales, las enfermedades periodontales, los traumatismos y el cáncer oral, sin embargo son las dos primeras las que toman un papel más relevante durante la adolescencia, como se explica a continuación.

La caries dental, que ha llegado a ser una condición prácticamente universal, tiene una alta incidencia entre la población adolescente. Tal y como explican los expertos, se trata de unos años especialmente propensos para que las bacterias erosionen el esmalte de los dientes, porque es en esta etapa cuando comienzan a desarrollarse fosas y fisuras en los dientes permanentes. A pesar de que, en las últimas décadas, se ha reducido dramáticamente la incidencia de caries dental en muchos niños y niñas, en gran parte como resultado de la fluorización en el suministro de las aguas comunales y el uso incrementado de flúor tópico, este problema se encuentra aún muy lejos de ser erradicado (Albino & Lawrence, 1993; WHO, 1997).

Las enfermedades periodontales, o de las encías, tienen su origen en la acumulación de placa, por lo que el método más eficaz para reducirlas es el cepillado de dientes con una frecuencia de, al menos, dos veces al día. Aunque estas enfermedades están típicamente asociadas a la etapa de la adultez, una condición crónica llamada *periodontitis juvenil localizada*, que se caracteriza por la rápida pérdida del hueso alrededor de los dientes, muestra especial incidencia durante la etapa adolescente (Zambon, Christersson & Genco, 1986).

A pesar de que son varias las recomendaciones para protegerse de estas enfermedades bucodentales, como son el uso racional de los productos con azúcar, la fluoración del agua, la reducción del consumo de tabaco y alcohol, la prevención de los traumatismos y el uso adecuado de la atención dental, es la higiene bucodental eficaz uno de los factores de protección más importantes para la prevención, siendo la recomendación universal cepillarse los dientes al menos dos veces al día (Löe, 2000).

Los escasos estudios de comparaciones internacionales existentes señalan la mayor frecuencia de cepillado dental en los adolescentes de los países de Europa del Norte y Centroeuropa, especialmente en Suecia, Alemania y Holanda, frente a otros países situados en Europa del Sur y Este, como puede ser el caso de España, que a pesar de no tener los porcentajes de cepillado dental tan bajos como Malta, Lituania o Ucrania, se encuentra aún lejos de los estándares de salud (Currie et al., 2008; Maes, Vereecken, Vanobbergen & Honkala, 2006). Concretamente, según los datos nacionales de la edición HBSC 2002, solo el 51% de los adolescentes españoles decía cepillarse los dientes más de una vez al día (C. Moreno et al., 2005a).

En relación con las diferencias de género en la frecuencia de cepillado dental son muchos los estudios que han mostrado mayor frecuencia de esta conducta en las chicas (Al-Ansari & Honkala, 2007; Honkala, Honkala & Al-Sahli, 2007; Schou, Currie & McQueen, 2006), observando este resultado de manera constante en todos los países europeos, así como en Norteamérica, Canadá y Groenlandia (Currie et al., 2008; Maes et al., 2006). Datos más cercanos al caso de España son, por ejemplo, los de Almerich-Silla y Montiel-Company (2006) quienes, estudiando a adolescentes valencianos de 12 a 16 años, demuestran mayor frecuencia de higiene dental en las chicas, pero úni-

camente en el tramo de edad correspondiente a los 15-16 años. Igualmente, la última Encuesta Nacional de Salud elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, que proporciona información conjunta desde los 3 a los 15 años de edad, muestra que a estas edades ya existen diferencias de género en la frecuencia de cepillado de dientes, siendo más prevalente cepillarse los dientes más de una vez al día en las niñas (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

La prevalencia de cepillado dental más de una vez al día en relación con la edad no muestra coincidencias tan claras entre diferentes países como sucede con las diferencias de género. Algunos expertos señalan que el desarrollo evolutivo durante la adolescencia tiende a aumentar la frecuencia del cepillado dental (Addy, Dummer, Hunter, Kingdon & Shaw, 1990; Jiménez, Tapias-Ledesma, Gallardo-Pino, Carrasco & de Miguel, 2004). Sin embargo, otras investigaciones especifican que el aumento del cepillado de dientes registrado con el avance de la edad en la etapa adolescente únicamente se registra en el caso de las chicas (Kuusela, Honkola & Rimpëla, 1996; Levin & Currie, 2009).

A pesar de que se tiende a asociar escaso cuidado bucodental y pobreza, existen pocas investigaciones que se centren en este asunto, a pesar de la demostrada relación de la salud bucodental en otras condiciones de salud y su influencia en el bienestar psicológico, económico y social (Hudson, Stockard & Ramberg, 2007). Tal y como resumen Faggiano, di Stanislao, Lemma y Renga (1999), los países donde los planes médicos no cubren la odontología o proveen menos de la cobertura dental completa, continúan mostrando variación en la salud dental por nivel socioeconómico. De hecho, estos expertos demostraron la mayor susceptibilidad a la caries en la población con menos nivel socioeconómico, incluso cuando la higiene y los hábitos dietéticos eran controlados.

En la población adolescente, son varias las investigaciones que demuestran la peor higiene y salud bucodental entre aquellos chicos y chicas que, en general, pertenecen al sector de la sociedad más desventajado (Levin, Jones, Wight, Valentine, Topping & Naysmith, 2009; R. López & Baelum, 2006; Schou et al., 2006).

Concretamente, utilizando la escala referente a la capacidad adquisitiva familiar, recientemente algunas investigaciones han mostrado que son los adolescentes pertenecientes a familias con menos capacidad adquisitiva los que se cepillan los dientes con menos frecuencia (Currie et al., 2008; Levin & Currie, 2009; Maes et al., 2006), registrando idénticos resultados cuando las desigualdades socioeconómicas se miden a través del nivel ocupacional de padres y madres (Addy et al., 1990; Maes et al., 2006).

Entre las investigaciones más recientes destaca la realizada con adolescentes escoceses de 11, 13 y 15 años, donde se comparan los datos relacionados con la higiene dental recogidos en las ediciones del estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) correspondientes a 1998, 2002 y 2006. En este estudio, Levin y Currie (2009) muestran que la proporción de cepillado dental al menos dos veces al día incrementó entre 1998 y 2006 tanto para chicos como para chicas; sin embargo, las desigualdades socioeconómicas persisten para chicos y chicas de 11 y 13 años y para chicas de 15 años, mientras que las desigualdades en el cepillado dental se han reducido a lo largo del tiempo para los chicos de 15 años.

A pesar de que en España ya existen algunos expertos que llaman la atención hacia las desigualdades socioeconómicas en la salud bucodental de los adolescentes, existen aún pocos estudios que, de manera sistematizada, investiguen este fenómeno en nuestro país. En este terreno, una de las investigaciones más importantes es la realizada por Jiménez et al. (2004) con la información de más de 1.600 padres, madres y cuidadores/as de niños/as de 3 a 15 años. Concretamente, estos investigadores demuestran que aquellos niños y niñas que habían tenido padres, madres o cuidadores/as con el nivel educativo más bajo tenían mucha más probabilidad de no haber recibido atención a sus condiciones bucodentales que aquellos otros con nivel educativo más alto.

2.4.3. Actividad física y conductas sedentarias.

• Actividad física:

En combinación con el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física es conocida por estar relacionada con un elevado riesgo de mortalidad por numerosas causas como son, entre otras, las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensión, cáncer de colon, depresión y osteoporosis, tal y como demostraron, entre otros, Kaplan, Strawbridge, Cohen y Hungerford (1996), en el estudio longitudinal realizado en el condado de Alameda (California), o Colditz (1999), en un conocido estudio sobre el coste económico de la obesidad y la inactividad física. En el estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (*Global Burden of Disease Study*) se estima que la inactividad física representa la octava causa de muerte en el mundo y supone un 1% de la carga total de enfermedad, medida como años de vida ajustados por discapacidad en el mundo (*Disability Adjusted Life Years, DALY*) (Murray & López, 2002).

Aunque las enfermedades crónicas asociadas con la inactividad física raramente se manifiestan antes de la adultez media, en la etapa adolescente ya se encuentran algunas relaciones con el sobrepeso y la obesidad, la salud músculo-esquelética y la salud mental (Strong et al., 2005). Así, tal y como se comentó en el apartado dedicado al análisis de los hábitos de alimentación en la adolescencia, los índices de obesidad en esta etapa evolutiva se han elevado de manera exagerada en la última década, por ejemplo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes españoles se ha duplicado en el último decenio y en la actualidad asciende a alrededor del 25% de los varones y el 20% de las chicas (Vicente-Rodríguez et al., 2008).

La promoción de la actividad física en la infancia y adolescencia es importante no solo por el deterioro a corto plazo de la salud asociado con la inactividad física, sino también porque los bajos niveles de actividad en las primeras décadas de la vida están asociados con más factores de riesgo fisiológico en la adultez (*U.S. Department of Health and Human Services*, 1996). Concretamente, una investigación realizada con adolescentes españoles de 13 a 18 años, dentro del estudio AVENA (citado anteriormente en el apartado relacionado con los hábitos de alimentación), demuestra que 1 de cada 5 adolescentes se encuentra en la actualidad en riesgo de presentar algún trastorno de índole cardiovascular cuando sea adulto (Ortega et al., 2005). Además, la importancia de evitar la inactividad física durante la adolescencia aún toma más sentido cuando se demuestra que dicha inactividad se prorroga en la adultez, ya que un nivel de actividad física limitado en la juventud predispone a desarrollar estilos de vida sedentarios a lo largo de la vida (Tammelin, Nayha, Laitinen, Rintamaki & Jarvelin, 2003).

Concretamente, Strong et al. (2005) corroboran en chicos y chicas de edad escolar (6-18 años) la relación entre un nivel elevado de actividad física y mejores indicadores de salud durante la adolescencia. En este sentido, se han acumulado evidencias del papel de la actividad física en el bienestar psicológico, fortaleciendo la autoestima, el autoconcepto y la percepción de sí mismo (Sonstroem, 1997), valores todos ellos que protegen contra la depresión, obesidad y diversos comportamientos maladaptativos, como abuso de sustancias y violencia (Kirkcaldy, Shephard & Siefen, 2002; Park, 2003).

La creencia cada vez más generalizada acerca de los efectos protectores sobre la salud de la actividad física regular durante la adolescencia ha influido en el desarrollo de algunas investigaciones destinadas a conocer el nivel de actividad física de esta población, así como el desarrollo de guías de salud pública para realizar recomendaciones acertadas acerca de esta actividad (*U.S. Department of Health and Human Services*, 2001).

En primer lugar, el estudio HBSC es uno de los estudios con datos epidemiológicos de más calidad en la etapa adolescente. Así, los resultados de la edición HBSC 2006 demuestran que el nivel de actividad física moderada a vigorosa es más alto en los adolescentes de Eslovaquia, Irlanda,

Groenlandia y Estados Unidos, en el otro extremo destacan Federación Rusa, Suiza y Francia, por presentar los niveles de actividad física más bajos, mientras que España se encuentra entre los países con puntuaciones intermedias (Currie et al., 2008). Cuando se analizan los resultados a lo largo del tiempo, algunos estudios han puesto de manifiesto un progresivo y alarmante deterioro en la capacidad aeróbica de los adolescentes respecto a lo que ocurría en décadas anteriores (Suris, Michaud, Chossis & Jeannin, 2006; Tomkinson, Olds & Gulbin, 2003; Westerstahl, Barnekow-Bergkvist, Hedberg & Jansson, 2003). Existen varias hipótesis para explicar estos resultados, siendo las más citadas el incremento del sedentarismo en las sociedades industrializadas (Tomkinson et al., 2003) y, por otra parte, la falta de tiempo para dedicar a la práctica deportiva, ya sea por la presión del éxito en la actividad escolar y futuro profesional o bien por la gran cantidad de actividades sociales o individuales que hoy día compiten con el tiempo y la energía que los jóvenes pueden dedicar a la práctica deportiva (Suris et al., 2006). Ahora bien, no todas las investigaciones coinciden en esta evolución, concretamente un estudio realizado con adolescentes entre 11 y 15 años de siete países europeos demuestra, en general, una estabilidad o pequeño incremento de la actividad física vigorosa desde mitad de los 80 hasta comienzo del 2000 (Samdal et al., 2006).

Por otra parte, junto al desarrollo de guías y recomendaciones de salud pública para la práctica de esta actividad, en los últimos años se han debatido mucho las pautas apropiadas de actividad física para la población, por ejemplo en términos de intensidad y duración. Muchos de estos debates se han centrado más en adultos que en la población infanto-juvenil, aunque el nuevo consenso es muy similar para ambas poblaciones. Concretamente, en el encuentro internacional “*Young and Active?*”, celebrado en 1997 (Biddle, Sallis & Cavill, 1998), se examinaron las directrices del ejercicio físico en los jóvenes y se hicieron dos recomendaciones básicas:

- Primera recomendación:
 - todos los jóvenes deberían realizar alguna actividad física de al menos una hora al día a intensidad moderada,
 - los jóvenes que actualmente realizan poca actividad física, deberían realizarla al menos 30 minutos al día a intensidad moderada.

Para entender estas recomendaciones es necesario aclarar que la actividad física de intensidad moderada es aquella que, por una parte, hace aumentar la sensación de calor e iniciar una ligera sudoración y, por otra, incrementa el ritmo de la respiración y de los latidos del corazón, permitiendo aún hablar.

- Segunda recomendación:
 - al menos dos veces a la semana, alguna de estas actividades deberían ayudar a realzar y mantener la fuerza y flexibilidad muscular, así como la salud de los huesos.

Por otra parte, la iniciativa creada por *Healthy People 2010* para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, incluye en sus directrices dos objetivos centrados en la actividad física. Concretamente, el Objetivo 22.6 recomienda hacer actividad física moderada al menos 30 minutos al día en cinco o más días a la semana y el Objetivo 22.7 especifica la conveniencia de hacer actividad física vigorosa, que promueva el desarrollo y el mantenimiento de la salud cardiovascular, tres o más días por semana durante 20 o más minutos (*U.S. Department of Health and Human Services, 2001*). Pate et al. (2002) demuestran que la mayor parte de los adolescentes cumplen el primer objetivo, sin embargo, muy pocos llegan a cumplir las recomendaciones indicadas para la actividad física más vigorosa. Por otra parte, otra de las recomendaciones más reconocidas es la realizada por el Grupo de Consenso de Expertos del Reino Unido (Biddle et al., 1998), que señalan la necesidad de participar en alguna actividad física de, al menos, intensidad moderada con un promedio de una hora al día. En este sentido, Pate et al. (2002) demuestran que cuando esta recomendación se desarrolla al menos 5 días a la semana se convierte en la directriz más apropiada para la población juvenil.

A partir de estas diversas directrices, se han creado dos medidas de autoinforme relacionadas con el nivel de actividad física, muy utilizadas actualmente en los estudios con población adolescente (C. Roberts, Currie, Samdal, Currie, Smith & Maes, 2007). Por un lado, la medida de Actividad Física Moderada-Vigorosa (AFMV), se basa en la pregunta de cuántos días en los últimos 7 días se han sentido físicamente activo durante un total de al menos 60 minutos al día. Esta pregunta hace referencia al tiempo total, de modo que no es necesario que hayan sido 60 minutos seguidos, sino que se deben sumar los distintos momentos del día en que se realiza algún tipo de actividad física. Por otro lado, la segunda medida se conoce como Actividad Física Vigorosa (AFV) y pregunta la frecuencia en la que se ha realizado alguna actividad física en el tiempo libre que haya hecho llegar a sudar o a que falte el aliento.

Multitud de estudios realizados con ambas medidas confirman el mayor nivel de actividad física en los chicos adolescentes en comparación con las chicas (Borraccino et al., 2009; Inchley, Currie, Todd, Akhtar & Currie, 2005; Koezuka et al., 2006; Mendoza, Batista-Foguet & Rubio, 2008; Olds et al., 2009; Pate et al., 2002; Sallis, Prochaska & Taylor, 2000; Sallis, Zakarian, Hovell & Hofstetter, 1996; Samdal et al., 2006). Concretamente, en el caso de los adolescentes españoles, Ortega et al. (2005) demuestran con una muestra de jóvenes entre 13 y 18 años que, a excepción del test de flexibilidad, los chicos varones tienen una mejor forma física que las chicas. Cuando las diferencias de género en el nivel de actividad física se evalúan utilizando otras medidas objetivas, como el *Computer Science and Applications Inc. (CSA) 7164 activity monitor (Shalimar, FL)*, las diferencias se corroboran, de manera que siguen siendo los chicos los que presentan mayor nivel de actividad física (Trost et al., 2002).

En relación con la evolución del nivel de actividad física con la edad, también se encuentra una alta coincidencia en los resultados de diferentes investigaciones, que apuntan a una clara disminución de dicha actividad a medida que los adolescentes se van haciendo mayores (Gordon-Larsen, Nelson & Popkin, 2004; Olds et al., 2009; Sallis, 2000; Sallis et al., 2000), corroborándolo igualmente con medidas biofisiológicas (Trost et al., 2002). En la comparación internacional realizada por Borraccino et al. (2009) en 32 países europeos y norteamericanos se registra esta misma evolución en todos los países, excepto en Bélgica, que además es el país con el nivel de actividad física más bajo.

Pocas investigaciones estudian la evolución con la edad en el nivel de actividad física de manera diferenciada entre chicos y chicas adolescentes, de modo que los resultados encontrados hasta el momento muestran bastante disparidad. Mientras Olds et al. (2009) encuentran una disminución de la actividad física a lo largo de la adolescencia con la misma intensidad en chicos y chicas, Koezuka et al. (2006) muestran que esa disminución es más marcada en el caso de las chicas y Sallis (2000) explica cómo a pesar de que el nivel de actividad física en los chicos declina más que en las chicas, son los chicos varones los más activos durante toda la adolescencia.

Las diferencias entre el nivel de actividad física de los adolescentes y su nivel socioeconómico no han sido estudiadas con demasiada profundidad, sin embargo algunos estudios muestran una correlación positiva entre ambas variables en esta etapa evolutiva (Sallis et al., 1996; Walter, Barr-Anderson, Wall & Neumark-Sztainer, 2009). Esta relación se ha confirmado utilizando la medida de capacidad adquisitiva familiar con el nivel de Actividad Física Moderada-Vigorosa (Borraccino et al., 2009) y con el de Actividad Física Vigorosa (Inchley et al., 2005), así como utilizando la medida de nivel ocupacional de padres y madres con un indicador de actividad deportiva (Tuinstra, Groothoff, van Heuvel & Post, 1998).

• Conductas sedentarias:

Por otro lado, en relación con el incremento del sedentarismo en las sociedades industrializadas, la Organización Mundial de la Salud en su "Informe sobre la salud en el mundo 2002" estima que los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo (OMS, 2002). La conducta de ver televisión o vídeos ha sido la actividad sedentaria

más estudiada hasta el momento y sus resultados han llevado a que el Comité en Educación Pública de la Academia Americana de Pediatría haya realizado una recomendación clara al respecto: el tiempo máximo que niños, niñas y adolescentes deben dedicar a ver televisión o videos es de dos horas al día (*American Academy of Pediatrics*, 2001).

Diversos estudios confirman el aumento del riesgo de sobrepeso y obesidad en aquellos chicos y chicas que pasan más horas realizando alguna actividad sedentaria (Andersen et al., 1998; DeMattia, Lemont & Meurer, 2007; Ochoa et al., 2007; Vicente-Rodríguez et al., 2008). Algunos expertos han señalado la posibilidad de que exista un mecanismo causal que explique la relación entre el aumento de peso y las conductas sedentarias, a través de la anulación que estas conductas hacen sobre la actividad física, conocido como *hipótesis del desplazamiento*. De hecho, en los últimos años está surgiendo un considerable interés en la asociación entre actividad física y tiempo dedicado a ver televisión, bajo la sospecha de que son aquellos adolescentes que pasan mucho tiempo viendo televisión los que limitan el tiempo dedicado a la actividad física (Andersen et al., 1998). Sin embargo, pocos estudios se han centrado realmente en este asunto, no llegando a demostrar los pocos que lo han hecho una correlación fuerte entre ambas conductas (Robinson et al., 1993; Samdal et al., 2006). Los resultados internacionales del estudio HBSC 2002 no confirman tampoco la hipótesis del desplazamiento, ya que demuestran que el riesgo de no hacer suficiente Actividad Física Moderada-Vigorosa no aumenta con el incremento del tiempo dedicado a las conductas sedentarias (Borraccino et al., 2009). Aún más, en la relación de ambas variables con el riesgo de sobrepeso y obesidad, den Bulck y Hofman (2009) muestran que ni la cantidad de tiempo dedicado a ver televisión ni el volumen de actividad física parecen ser grandes responsables del peso en la adolescencia, lo que sugiere que ninguna de ambas conductas por sí solas explican los cambios en la incidencia de sobrepeso.

Por otra parte, actualmente la televisión no es la única actividad sedentaria en la que chicos y chicas pasan parte de su tiempo libre, por lo que se hace necesario evaluar las múltiples conductas que puedan suponer una reducción del gasto energético (Biddle, Gorely, Marshall & Cameron, 2009). Concretamente, el uso del ordenador es un tipo de actividad de tiempo libre sedentaria relativamente nueva entre los jóvenes, por lo que su relación con la inactividad física en la adolescencia necesita ser investigada (Koezuca et al., 2006). Dado que los jóvenes pasan su tiempo en nuevos tipos de actividades sedentarias distintas a la televisión, la relación entre televisión e inactividad física podría ser confundida sino se tiene en cuenta el tiempo que pasan en esas otras formas de actividades sedentarias adicionales. Sin embargo, en contra de la creencia popular que considera a los adolescentes que pasan su tiempo libre usando el ordenador como más inactivos, Lee y Kuo (2002) han demostrado que el uso del ordenador, particularmente de Internet, suprime la conducta de ver la televisión y estimula la lectura de periódicos, escuchar radio y socializarse con los iguales; este trabajo encuentra también la inexistencia de relación entre el tiempo dedicado a Internet y la actividad física, medida por el tiempo que pasan haciendo ejercicio o practicando algún deporte. Igualmente, Koezuca et al. (2006) muestran que los adolescentes que pasan su tiempo viendo la televisión realizan menos actividad física, mientras que los que pasan su tiempo libre usando el ordenador muestran una asociación inversa.

La relación entre uso del ordenador y actividades sociales y físicas entre los jóvenes es compleja y depende de las actividades para las que se utilice el ordenador. Por ejemplo, los adolescentes varones que utilizan el ordenador para comunicarse, navegar por internet o para hacer sus tareas escolares presentan un nivel alto de actividad física, sin embargo los que usan el ordenador para los videojuegos se relacionaban con un nivel más bajo de actividad física (Ho & Lee, 2001). Por lo tanto, como señalan Koezuka et al. (2006) las futuras investigaciones que se centren en el uso del ordenador deberían incluir una medida que proporcione más detalle del propósito en su uso.

Sin embargo, a pesar de que pueda existir una amplia variedad de conductas sedentarias en las que actualmente chicos y chicas participan, Hardy, Bass y Booth (2007) demuestran que son las activi-

dades relacionadas con la *pequeña pantalla* las que toman más importancia, concretamente ver televisión, vídeos y usar el ordenador o videojuego, mientras que hacer tareas, estudiar, leer y charlar con los amigos tiene una carga significativamente menor en el tiempo total dedicado a las conductas sedentarias.

En los últimos años está creciendo el interés en el uso de las actividades sedentarias como un factor de riesgo independiente para los problemas de salud crónicos pero, en comparación con la actividad física, hay menos evidencia en la relación entre conductas sedentarias e indicadores de salud positivos o negativos (*American Academy of Pediatrics*, 2001). Un reciente estudio realizado con adolescentes finlandeses de 14 a 18 años muestra que aquellos chicos y chicas que pasan más de 2-3 horas al día usando el ordenador tienen más probabilidad de sufrir dolores de cuello y hombros, mientras que aquellos adolescentes que pasan más de 5 horas al día con esa actividad se caracterizan por presentar más dolores lumbares (Hakala, Rimpelä, Saarni & Salminen, 2006). Ahora bien, existen algunos indicios de la relación en forma de U invertida entre un patrón de actividad física extrema y dolores lumbares crónicos (Heneweer, Vanhees & Picavet, 2009).

Las diferencias de género en el tiempo que chicos y chicas dedican a realizar conductas sedentarias parece mostrar más carga de este tipo de conductas en los chicos (Koezuka et al., 2006; Olds et al., 2009; Samdal et al., 2006). Ahora bien, las diferencias no son claras, ya que dependen de la naturaleza de la actividad sedentaria. En el caso del uso del ordenador, algunas investigaciones apuntan a diferentes propósitos de uso entre chicos y chicas, de modo que ellos utilizan el ordenador con más frecuencia para jugar, mientras que ellas lo utilizan para hacer tareas, comunicarse y usar Internet (Ho & Lee, 2001; D. F. Roberts, 2000).

Pocos estudios han mostrado resultados claros de la evolución en las conductas sedentarias con la edad. Gordon-Larsen et al. (2004) y Olds et al. (2009) encuentran en muestras de adolescentes norteamericanos y australianos, respectivamente, una disminución de las horas que los jóvenes pasan viendo la televisión y/o usando el ordenador a medida que se van haciendo mayores, sobre todo a partir de la adolescencia tardía. Ahora bien, Suris et al. (2006) demuestran en Suiza que esas conductas sedentarias aumentan entre los 16 y los 20 años, sobre todo en el caso de las chicas. Con resultados muy parecidos, Hardy et al. (2007) encuentran un aumento de las conductas sedentarias de pantalla (televisión y ordenador) en las chicas australianas desde los 12 a los 15 años.

Para terminar, existen pocos estudios especializados en analizar las diferencias en los hábitos sedentarios de los adolescentes en función de su nivel socioeconómico. Algunos estudios han analizado dichas diferencias según el nivel de ingresos, demostrando mayor frecuencia de actividades sedentarias entre los adolescentes cuyos padres y/o madres reportan más ingresos (Alamian & Paradis, 2009; Gorely, Marshall & Biddle, 2004). Por otra parte, Vereecken, Maes y de Bacquer (2004) afirman que son los adolescentes cuyos padres y/o madres tienen un nivel de especialización ocupacional más alto los que dedican menos horas al día a ver la televisión.

2.4.4. Consumo de sustancias.

El consumo de sustancias entre los jóvenes se ha convertido en uno de los problemas que más preocupa a los padres, madres y educadores en la actualidad. La juventud de los países desarrollados está expuesta desde muy temprana edad a entrar en contacto con la oferta de droga. De hecho, a pesar del aumento de campañas informativas sobre los peligros del consumo de estupefacientes, drogas y juventud siguen siendo dos palabras que, amplificadas por los medios de comunicación, se relacionan con frecuencia.

Los expertos consideran que la adolescencia reúne una serie de características que la convierten en un momento del ciclo vital clave para el inicio en el consumo de drogas (e.g., Buelga, Ravenna, Musitu & Lila, 2006; Chassin, Hussong, Barrera, Molina, Trim & Ritter, 2004; Leukefeld, Smiley-

McDonald, Stoops, Reed & Martin, 2005). Los factores relacionados con el inicio del consumo de drogas en la adolescencia han sido muy estudiados durante los últimos años, de modo que se han propuesto diferentes clasificaciones en función de distintos criterios. Ahora bien, es la clasificación de Botvin y Botvin (1992), que distingue entre factores individuales y factores sociales, la que ha recibido más apoyo.

Por una parte, según esta clasificación, existirían los *factores individuales*, que harían referencia tanto a las características del adolescente como a sus procesos internos, pudiendo actuar como factores de riesgo o de protección. De manera específica, hace ya años que se ha demostrado un mayor consumo de sustancias en aquellos adolescentes con trastornos de conducta (Lynam, 1996), baja autoestima (Overholser, Adams, Lehnert & Brinkman, 1995), deseo de búsqueda de sensaciones (Beck, Thombs, Mahoney & Fingar, 1995) y, según la revisión realizada por Hawkins, Catalano y Miller's (1992), pobre control de impulsos, predisposición genética al alcoholismo, comportamientos antisociales, agresividad o actitud favorable al consumo de sustancias. Este tipo de factores, centrados en el individuo, determinan una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de sustancias. Además de estas clásicas relaciones entre los factores individuales y el consumo de sustancias, en los últimos años se está demostrando también la relación entre el no consumo de sustancias y factores individuales relacionados con el desarrollo positivo en la etapa adolescente, como por ejemplo la más alta satisfacción vital (Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann, Drane & Wanzer, 2001), percepción de salud excelente (Latorre & Montanés, 2004; Piko, 2007) o índices más altos en calidad de vida o bienestar emocional (Chen & Storr, 2006).

Por otra parte, según la clasificación de Botvin y Botvin (1992), y dentro del grupo de variables que denominan *factores sociales* en el inicio del consumo de sustancias, estos autores diferencian entre el nivel microsocioal y el macrosocioal. Siguiendo los planteamientos del modelo ecológico, en el nivel microsocioal están los contextos más inmediatos en los que el adolescente participa directamente, como por ejemplo la familia, el grupo de iguales o la escuela. Concretamente, en relación con el contexto familiar, la ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección o de permisividad, la falta de reconocimiento o una organización familiar rígida influyen negativamente en la relación entre el adolescente y su consumo de sustancias (Brook, Cohen, Whiteman & Gordon, 1992; Guo, Hill, Hawkins, Catalano & Abbott, 2002). Por otra parte, la comunicación familiar satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares, promueve la expresión de sentimientos y facilita el desarrollo personal, por lo que la cohesión familiar es un factor de protección en el consumo de sustancias durante la adolescencia (Duncan, Tildesley, Duncan & Hops, 1995). Ahora bien, la variable familiar que ha demostrado con mayor consistencia tener relación con el inicio del consumo de sustancias en la adolescencia es la historia y el nivel de consumo de la propia familia (Li, Pentz & Chou, 2002).

Por otro lado, para entender la influencia de los iguales en el inicio del consumo de drogas, basta recordar el papel que cumplen estos agentes socializadores como marco de referencia para afianzar la identidad adolescente frente al mundo adulto y para satisfacer el sentimiento de afiliación o de pertenencia a un grupo, tan presente a estas edades (e.g., Guo et al., 2002). Por lo tanto, la probabilidad de consumir drogas aumenta si el adolescente se integra en un grupo que las consume. Y las vías de influencia son varias; por un lado, por medio del modelado de los compañeros y compañeras, y, por otro, a través de la presión de grupo, al instigar el consumo mediante invitaciones explícitas, y de la conformidad del adolescente para seguir esas invitaciones. Ahora bien, no solo existe apoyo a esta hipótesis, que atribuye un papel relativamente pasivo al adolescente, sino que además se ha demostrado que, siguiendo un patrón de homofilia psicológica, los adolescentes también juegan un papel activo al buscar y seleccionar a aquellos colegas que cumplen su propio perfil o el que desean tener (Curran, Stice & Chassin, 1997).

Así mismo, el contexto escolar se convierte también en un factor de influencia importante en el consumo de sustancia durante la adolescencia. Concretamente, los adolescentes con altos índices

de fracaso escolar y bajas aspiraciones escolares tienen mayor probabilidad de consumir drogas (e.g., Paulson, Combs & Richardson, 1990). Chassin et al.(2004) resumen varias hipótesis que explicarían esta relación, como son: la fuente de estrés y afecto negativo que supone el fracaso escolar, y que produciría un mayor consumo de sustancias como medida de escape para regular dicho afecto; el debilitamiento del sentido de pertenencia del adolescente con fracaso escolar hacia la institución escolar (que ha demostrado ser un factor de protección hacia muchas conductas de salud y una fuente de desarrollo positivo); o el mayor riesgo de los adolescentes consumidores a ser rechazados por el grupo de iguales con mejores resultados escolares.

En segundo lugar, el nivel macrosocial agrupa los factores de riesgo externos al individuo. Se trata de factores de carácter socioestructural, socioeconómico y sociocultural, que condicionan la calidad de vida e influyen en el consumo de sustancias y su adicción, convirtiéndola en un proceso dinámico. Concretamente, estos factores actúan a través de las normas sociales relacionadas con la legalización del consumo, aprobación social de las drogas legales, disponibilidad y accesibilidad a las sustancias, publicidad y medios de comunicación, castigos o sanciones establecidos por su consumo y/o tráfico, etc. (Chassin et al., 2004). Un factor macrosocial de gran interés en el inicio del consumo de sustancias durante la adolescencia es el tipo de vecindario y el nivel socioeconómico del adolescente. Los adolescentes de vecindarios de riesgo muestran más problemas de conducta y delincuencia que los chicos y chicas de vecindarios más aventajados, especialmente en el caso del consumo de sustancias (Smart, Adlaf & Walsh, 1994). Sin embargo, aún es necesario profundizar en la relación entre nivel socioeconómico y consumo de sustancias en la etapa adolescente, ya que existen investigaciones que demuestran la relación contraria, es decir, mayor consumo de sustancias en adolescentes de barriadas más aventajadas (Leventhal & Brook-Gunn, 2000).

Una vez introducida de manera somera las bases teóricas que explican la importancia de la etapa adolescente en el inicio del consumo de sustancias, es momento de centrarse en el trabajo de prevención e intervención que, promovido desde instituciones internacionales, se está realizando en la actualidad. Concretamente, en 2008 se hizo pública la evaluación del plan de acción en materia de lucha contra la droga 2005-2008 y se elaboró, además, un nuevo plan para seguir desarrollando la estrategia antidroga en su segunda fase (2009-2012). Al mismo tiempo, 13 Estados miembros modificaron o revisaron sus estrategias o planes de acción nacionales en materia de lucha contra la droga. A escala internacional, este año tuvo lugar la revisión decenal de las declaraciones y planes de acción adoptados en la XX Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS). Todo ello convirtió al 2008 en un año sin precedentes por lo que se refiere a la oportunidad para reflexionar acerca de los éxitos cosechados hasta la fecha por las políticas antidroga y el rumbo que deben tomar en el futuro. La declaración hacía constar, además, el mayor compromiso de los países europeos para afrontar el problema de las drogas y una convergencia política cada vez mayor en torno a la cuestión de cómo abordarlo, adoptando los diferentes Estados miembros de la Unión Europea una posición cada vez más unificada en los debates al respecto (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT], 2008b).

La estimación del gasto público de los países europeos relacionado con las drogas asciende a 34.000 millones de euros (intervalo de confianza del 95%, 28.000 millones - 40.000 millones de euros), lo cual equivale al 0,3% del producto interior bruto combinado de todos los Estados miembros de la UE. Esto sugiere que el gasto estatal para atajar el problema de las drogas cuesta al ciudadano comunitario medio 60 euros al año (OEDT, 2008a).

A pesar de esta fuerte apuesta por el control del consumo de sustancias en la adolescencia, entre el 81% y el 96% de los jóvenes europeos consideraron que los riesgos asociados con el consumo de drogas como la heroína, la cocaína y el éxtasis debían calificarse de elevados, manifestando la gran mayoría de ellos (95%) que estas drogas debían seguir siendo controladas (*European Commission*, 2004).

Si el análisis se centra en España, este país destaca por ser el que tiene un nivel más alto de jóvenes que conocen a alguien que consume drogas ilegales (sin tener en cuenta el cannabis), concretamente el 65%, seguido por los jóvenes de Irlanda (60%) y de Estados Unidos (47%) (*European Commission*, 2004). Por otra parte, los últimos datos de consumo de cannabis obtenidos por el estudio internacional HBSC muestran que España destaca por ser el segundo país con mayor frecuencia de consumo de esta sustancia (referido a los últimos 30 días) en los adolescentes de 15 años, después de Canadá. Por otra parte, con relación a la prevalencia del consumo de cannabis, España, junto a Gales, ocupan el tercer puesto entre los países con mayores índices, después de Canadá y Suiza (Currie, 2008).

Desde 1995 España viene realizando, dentro del Plan Nacional sobre Drogas, una encuesta domiciliaria bienal dirigida a la población de 15-64 años, conocida con las siglas EDADES. En el marco de este estudio, el Observatorio Español sobre Drogas aborda además la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre Estudiantes de Secundaria (ESTUDES 2008), centrada en chicos y chicas de 14 a 18 años. Esta encuesta muestra que las sustancias más consumidas en los últimos 10 años por los adolescentes españoles han sido el alcohol y el tabaco, aunque la prevalencia de ambos consumos ha tenido una tendencia a la baja, alcanzando su nivel más bajo en 2007/08, a pesar de que se observa un aumento de la prevalencia de borracheras. Tras el alcohol y el tabaco, la sustancia más consumida entre los adolescentes españoles es el cannabis, una sustancia cuyos porcentajes de consumo parecen haberse estabilizado desde el 2006. Sin embargo, el consumo del resto de sustancias sigue siendo muy bajo, su prevalencia está alrededor del 1% o menos. Con relación a la edad de inicio, este estudio observa que las sustancias cuyo consumo se inician a una edad más temprana son volátiles inhalantes (11,6 años), tabaco (12,1 años) y alcohol (12,7 años) (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

De hecho, existe evidencia de la existencia de relación progresiva en el consumo de las diferentes sustancias, de modo que el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) influye en el inicio del consumo de drogas ilegales. Concretamente, Kandel (1975) propuso un modelo donde distinguía cuatro etapas en el proceso adictivo: consumo de cerveza o vino, consumo de cigarrillos y licores de alta graduación, consumo de cannabis y consumo de otras drogas ilegales diferentes al cannabis. Según este modelo, el alcohol sería la primera droga de contacto y la más frecuentemente consumida; después se seguiría con cigarrillos, a la vez que la cantidad de consumo de alcohol se incrementa; finalmente se alcanzarían altos niveles de consumo de las diferentes drogas legales y se comenzaría a usar cannabis, que sería la primera droga ilegal consumida; en algunos casos seguirían otras drogas ilegales (heroína, cocaína, etc.). Este modelo se conoce como *puerta de entrada (gateway)*, ya que el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en las primeras etapas de la adolescencia actuaría como una puerta de entrada a la experimentación con otras drogas como anfetaminas, cocaína, alucinógenos o heroína.

En este sentido, Lloyd y Lucas (1998) han demostrado que la experimentación y el consumo de alcohol es más frecuente entre adolescentes fumadores que entre no fumadores. Además, estos autores encontraron que, mientras el 90% de no fumadores no habían experimentado con cannabis, el 84% de los fumadores sí lo hicieron. De hecho, algunos de estos fumadores continúan consumiendo cannabis ocasionalmente (28%) y algunos frecuentemente (34%).

Fleming, Leventhal, Glynn y Ershler (1989) examinan si realmente el uso de drogas legales es un precursor necesario para el consumo de cannabis y si esta, a su vez, es un precursor de otras drogas ilegales. Según los autores, la progresión en el uso de sustancias es consistente, pero no existe evidencia de una cadena causal en la que las experiencias precoces con drogas legales sean la causa de un uso posterior de drogas ilegales. Sin embargo, la presencia de un orden temporal sugiere una vinculación entre el consumo precoz y el tardío; en otras palabras, el consumo de una determinada sustancia podría facilitar el acceso a otras sustancias. Graham, Collins, Stuart, Chung y Hansen (1991) sugieren que ni el alcohol ni el tabaco tendrían que ser necesariamente el primer

paso en el uso de sustancias en la adolescencia; en algunos casos se podría empezar con alcohol y pasar posteriormente al tabaco, pero también podría suceder al revés. Por lo tanto, el efecto *gateway* es complejo y no puede ser reducido a un modelo simple (Kandel & Jessor, 2002). De hecho, un importante estudio longitudinal realizado con adolescentes españoles muestra que no todos los jóvenes tienen la misma trayectoria en el consumo de sustancias a lo largo de la adolescencia, de modo que existirían tres grupos de jóvenes en función de sus trayectorias de consumo, por una parte los que tienen baja frecuencia de consumo, por otro lado, los que ascienden progresivamente su nivel de consumo y, en tercer lugar, los adolescentes que experimentan de manera precoz con las drogas pero disminuyen su consumo posteriormente (Oliva, Parra & Sánchez, 2008).

A continuación se va a presentar un resumen de los aspectos más importantes a conocer en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales durante la etapa adolescente.

• Consumo de tabaco:

A pesar de los muchos informes que existen desde hace décadas mostrando las consecuencias negativas para la salud que produce el hábito de fumar, el tabaco sigue siendo la principal causa de muerte evitable en el mundo (WHO, 2007a). Concretamente, si continúan los patrones actuales de consumo de tabaco al mismo ritmo que en la actualidad, el total de defunciones en el mundo atribuibles a esta causa pasará de 5,4 millones en 2005 a 8,3 millones en 2030 (Mathers & Loncar, 2006).

En relación con los efectos en la población adolescente, se sabe que fumar tiene efectos a corto plazo sobre algunos aspectos del funcionamiento físico, como es la función pulmonar, la disminución de la aptitud física, el aumento de los problemas asmáticos y el aumento de la tos, sibilancias y dificultad para respirar (*U.S. Department of Health and Human Services*, 2004). A pesar de todas las consecuencias negativas del consumo de tabaco, los adolescentes pueden centrarse en los aspectos positivos de dicha conducta, como el control de estados de ánimo negativos y la depresión (relajarse, concentrarse, reducir el estrés o reducir el aburrimiento), la facilidad para contactar y permanecer en un grupo (utilizando el tabaco como un vehículo para entrar en un grupo de amistad deseado, tener contacto con el otro sexo...), el control del peso (especialmente en las chicas) o la identificación con una determinada imagen de madurez y confianza en sí mismo (Arnett, 2007; D. A. Cavallo, Duhig, McKee & Krishnan-Sarin, 2006; Lambert, Verduykt & Van den Broucke, 2002; McGee & Stanton 1993). Es innegable que la adolescencia es un momento crítico en el establecimiento del comportamiento de fumar. En concreto, la duración del hábito de fumar y el número de cigarrillos necesarios para establecer la adicción a la nicotina es menor en esta etapa evolutiva que en los adultos (Prokhorov et al., 2006), lo que podría explicar el hecho de que alrededor del 80% de los adultos fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años (WHO, 2005b).

Los últimos datos del proyecto europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD), recogidos en 2007 en más de 35 países (a pesar de que España y Estados Unidos no participaron en dicho estudio, sus datos nacionales son tenidos en cuenta en su informe final), muestran una ligera disminución en la frecuencia de fumar desde 1995, en la mayor parte de los países participantes (Hibell et al., 2009). Por otro lado, los últimos datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008 muestran una clara disminución del consumo de tabaco en los adolescentes españoles, desde el 2004 al 2006, produciéndose una estabilización de dicho consumo en 2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Concretamente, los datos de este estudio nacional referentes al 2008 informan que un 44,6% de los estudiantes de 14-18 años afirma haber probado el tabaco alguna vez y un 32,4% haberlo fumado en los últimos 30 días, así mismo el porcentaje de adolescentes que fuman a diario es de un 14,8%, porcentaje que asciende al 31,7% entre los estudiantes de 18 años.

Sin embargo, a pesar de esta estabilización del consumo de tabaco por los adolescentes españoles, los cigarrillos son, junto al alcohol, las drogas más comúnmente consumidas por los adolescentes.

Además, el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) anunció en mayo del 2009 que la adicción a los cigarrillos ha aumentado en un 40% entre los jóvenes en los últimos 15 años, lo que explica que el cáncer de pulmón aparezca cada vez a edades más tempranas (González, 2009). De hecho, la gran mayoría de los estudiantes fumadores de 14 a 18 años se ha planteado dejar de fumar en alguna ocasión (68,7%), aunque los que afirman haberlo intentado son poco más de la mitad de ellos (36,7%) (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Aunque las diferencias de la edad en el consumo de tabaco durante la adolescencia están muy claras y corroboradas (de modo que es conocido el aumento de dicho consumo en los chicos y chicas mayores con respecto a los más pequeños), un dato sociodemográfico importante a aclarar aún son las diferencias de género. Los últimos datos del proyecto ESPAD muestran que, en la mayoría de países, las chicas fuman con más frecuencia que los chicos, sobre todo en Mónaco, Isla de Man, Reino Unido y España. Únicamente en varios países de Europa del Este (Armenia, Rusia, Ucrania, Chipre y Rumanía) los chicos superan a las chicas en este consumo (Hibell et al., 2009). Datos muy parecidos a estos se encuentran en el estudio internacional HBSC, aunque en este caso hay que añadir a Groenlandia entre los países con diferencias más marcadas en relación con el mayor consumo de tabaco por parte de las chicas, y a Estonia, Israel, Letonia y Lituania, por destacar en la tendencia contraria (Currie et al., 2008).

Por lo tanto, España destaca por ser las chicas adolescentes las que consumen más tabaco que sus iguales varones. Tal y como explican Schiaffino, Fernández, Borrell, Saltó, García y Borrás (2003), el consumo de tabaco en las chicas españolas era prácticamente inexistente antes de los años 60 y continuó siendo mucho más prevalente en los chicos hasta los años 80. Sin embargo, en estas tres últimas décadas el consumo de tabaco se ha estabilizado en los chicos y ha aumentado en las chicas, llegando a presentar actualmente índices de tabaquismo superiores a ellos (Mendoza, López & Sagrera, 2007; Mendoza & López, 2007). Concretamente, Hernán, Ramos y Fernández (2002) confirmaron que entre los jóvenes menores de 18 años, declaran fumar una de cada 3 chicas, frente a uno de cada 4 chicos. Así mismo, la intención de dejar de fumar se hace más patente en las chicas (73,1%) que en los chicos (63,7%), siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (38,7 frente al 33,5%) (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Sin embargo, estas diferencias de género tan solo se muestran realmente significativas a partir de los 14 años, para el caso de la prevalencia en el consumo de tabaco, y a partir de los 15 años, para el consumo diario (Mendoza & López, 2007).

La evidencia sobre la relación entre la situación socioeconómica y el consumo de tabaco en la adolescencia es limitada, incoherente e, incluso, contradictoria, de modo que algunos investigadores no encuentran diferencias socioeconómicas, o solo las encuentran con una fuerza de asociación muy débil (Akhtar, Currie, Currie & Haw, 2007; Glendinning, Shucksmith & Hendry, 1994; A. Morgan et al., 2006; Richter & Leppin, 2007; Tuinstra et al., 1998), mientras que otros estudios han identificado una desigual distribución del tabaquismo en los adolescentes entre los diferentes grupos socioeconómicos (De Vries, 1995; Goodman & Huang, 2002; Harrell, Bangdiwala, Deng, Webb & Bradley, 1998). De hecho, análisis realizados entre diferentes países europeos muestran resultados contradictorios entre unos países y otros, e incluso dentro del mismo país (Griesbach, Amos & Currie, 2003; Schnohr, Kreiner, Rasmussen, Due & Diderichsen, 2009). A pesar de que A. Morgan et al. (2006) no han encontrado diferencias significativas en la prevalencia del tabaquismo adolescente en relación con la riqueza familiar, sí encontraron diferencias en la percepción que tienen los chicos y chicas de su riqueza familiar, concretamente aquellos jóvenes que creen que sus familias están en mejor situación económica tienen menor probabilidades de fumar que aquellos que sienten que sus familias son menos favorecidas. Utilizando esta medida socioeconómica, el estudio internacional HBSC muestra que los países donde chicos y chicas de nivel adquisitivo bajo consumen tabaco con más frecuencia son USA, Canadá, Suiza, Reino Unido, Islandia, Irlanda, Bélgica y Hungría; sin embargo, en algunos casos, como Israel o la República de Macedonia, se encuentra la relación inversa para los chicos varones, en el caso de Israel, y para las chicas adolescentes, en el

caso de la República de Macedonia (Currie et al., 2008). De cualquier modo, la relación entre el consumo de tabaco en la adolescencia y las desigualdades socioeconómicas necesita ser estudiada con mayor profundidad.

Para terminar, es importante señalar que, en el ámbito legislativo español, 2005 fue un año clave por la aprobación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. La ley entró en vigor el 1 de enero de 2006 y en la actualidad, cuando aún no ha terminado de aplicarse con rigor en todas las comunidades autónomas, se está pensando en un desarrollo aún más restrictivo. En lo que respecta a las restricciones contempladas en esta Ley relacionadas con los menores de edad, el artículo 3 establece la prohibición de vender o facilitar a las personas menores de 18 años productos del tabaco, así como cualquier otro producto similar y que les incite a fumar (como dulces, refrescos, juguetes y otros objetos que se parezcan a los productos del tabaco y que puedan parecer atractivos para el menor), no pudiendo utilizar las máquinas expendedoras de cigarrillos. Asimismo, la venta de tabaco por personas menores de 18 años también está prohibida. Los artículos 5 y 7 establecen, la prohibición total de vender y suministrar, en el caso del artículo 5, y fumar tabaco, en el caso del artículo 7, en determinados lugares, entre ellos centros que ofrecen servicios sociales, centros de ocio y lugares de entretenimiento para los menores de edad, con excepción de las áreas al aire libre. Por otra parte, se establece que los establecimientos autorizados para la venta y el suministro de productos de tabaco deberán colocar carteles en un lugar visible indicando la prohibición de vender tabaco a personas menores de 18 años.

• Consumo de alcohol:

Según informa la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005b) alrededor de 55.000 jóvenes mueren cada año en Europa por causas relacionadas con el alcohol. Concretamente, el consumo de alcohol frecuente y excesivo durante la adolescencia está asociado a una serie de consecuencias negativas, como son, por ejemplo, continuidad en el consumo de alcohol y otras drogas en la adultez (Guo, Collins, Hill & Hawkins, 2000), problemas académicos (López-Frías, de la Fernández, Planells, Miranda, Mataix & Llopis, 2001), relaciones sexuales no planificadas y de riesgo (Cooper, 2002), accidentes de tráfico (*National Highway Traffic Safety Administration*, 2003) y diversos problemas físicos y emocionales (S. A. Brown et al., 2008).

Si se excluye el tabaco y la cafeína, el alcohol es la droga más experimentada y consumida por los jóvenes (Ahlstrom, 2007; Hibell et al., 2004). Teniendo en cuenta todos los países que forman parte de la Encuestas de Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas (ESPAD), al menos dos tercios de los estudiantes han probado el alcohol, por lo menos una vez en su vida. En promedio, el 89% han consumido alcohol lo largo de su vida, el 82% lo han hecho en los últimos 12 meses y 61% en los últimos 30 días. Sin embargo, el 14% de los estudiantes informa que, en la actualidad, nunca beben alcohol. Así mismo, en los países donde los adolescentes tienen un nivel relativamente alto de consumo de alcohol en los últimos 30 días, los jóvenes registran a la vez un menor volumen de consumo de alcohol en el último día. Por ejemplo, en países como Grecia los estudiantes beben a menudo, pero en bajas cantidades, mientras que en los países nórdicos el consumo es menos frecuente, pero en grandes cantidades. Por lo tanto, parecen encontrarse diferentes hábitos de consumo en los distintos países que forma parte del proyecto ESPAD (como se comentó más arriba, España no formó parte de la recogida de datos de dicho estudio), de modo que mientras que en algunos países predomina la cultura de consumo más orientado a la intoxicación, en otros (los de influencia mediterránea y fuerte tradición vinícola) se favorece que los estudiantes se impliquen en un consumo más frecuente, pero también más moderado (Hibell et al., 2009).

En la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre “Jóvenes y Alcohol”, celebrada en Estocolmo entre del 19 al 21 de febrero del 2001, se señalaron como principales tendencias en los patrones de consumo de alcohol entre los jóvenes la experimentación con el alcohol cada vez más precoz y el

aumento en los consumos de alto riesgo como *binge-drinking* (consumos excesivos en cortos períodos de tiempo que llevan a la embriaguez). En la última década, este problema ha llegado a ser un asunto de importancia en la salud pública de muchos países, a pesar de las considerables variaciones entre los países, con tasas de prevalencia de estos episodios en la vida de más de 40% en algunos países, pero menos del 20% en otros (Simons Morton et al., 2009). Así mismo, en los últimos años, los expertos se están preocupando cada vez más por conocer, analizar y evaluar dicho fenómeno juvenil, lo que se evidencia por ejemplo en los dos números especiales dedicados a la embriaguez juvenil del *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, 14, 2002 y de la revista *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 2001.

El grupo especializado en consumo de alcohol adolescente del estudio internacional HBSC ha publicado recientemente un artículo donde compara los datos referentes a la prevalencia de consumo de alcohol y episodios de embriaguez de las ediciones 1998, 2002 y 2006, en 24 países de la red, concretamente 20 países europeos (sin contar con los datos españoles, ya que nuestro país no pudo participar en la recogida de datos de la edición 1998), la Federación Rusa, Israel, Estados Unidos y Canadá (Simons Morton et al., 2009). Igualmente, este estudio ha detectado algunos patrones culturales transversales. Concretamente, los países del norte de Europa (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca) mostraron una tendencia decreciente en el consumo de alcohol y en la embriaguez, mientras que los países de Europa oriental experimentaron una tendencia creciente en el uso del alcohol (con excepción de Polonia y la República Rusa) y de la embriaguez (con excepción de la República Checa). Por otro lado, los países de América del Norte (EE.UU. y Canadá) mostraron una tendencia decreciente en la embriaguez, pero solo los EE.UU. mostraron además una tendencia decreciente en el uso del alcohol. Los países del sur de Europa (Grecia, Portugal y Francia) no mostraron ningún cambio en la embriaguez ni en el consumo de alcohol, con excepción de Grecia, donde la prevalencia de dicho consumo disminuyó. Los autores sugieren varias hipótesis para explicar las tendencias observadas y entienden que la variabilidad en estas tendencias indica que la comercialización a nivel de país y las políticas y programas estatales pueden ser importantes en este sentido. Por ejemplo, el alcohol tiene una accesibilidad mucho más restringida en los EE.UU. en comparación con países europeos (en los EE.UU., solo la cerveza y el vino se puede comprar en supermercados o tiendas, mientras que los licores se venden principalmente con el control estatal). Además, los programas de prevención de alcohol, especialmente los destinados a jóvenes, están cada vez más extendidos en los EE.UU., impulsando de ese modo una disminución tanto del alcohol como de la embriaguez. Son destacables las diferentes tendencias entre los países de Europa oriental y otros países europeos, sobre todo por el hecho de que los aumentos del consumo de alcohol y de la embriaguez se observaron solamente en países europeos del Este. Estos países han experimentado importantes cambios políticos y económicos entre 1998 y 2006 (por ejemplo, la adhesión a la Unión Europea o el aumento de las economías de libre mercado) que han llevado a incrementos en el consumo de alcohol, debido a la desregulación temporal del gobierno.

Por otro lado, centrando el análisis en el caso de los adolescentes españoles, de nuevo destaca el alcohol como la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los jóvenes. Así, según los últimos datos de 2008 de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Plan Nacional sobre Drogas, 2009), el 81,2% de los estudiantes de 14 y 18 años han probado el alcohol alguna vez, el 72,9% lo han consumido en el último año y el 58,5% en el último mes. Su consumo se concentra en el fin de semana, de esta forma, de los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, prácticamente todos (99,8%) han bebido en fin de semana, mientras que solo un 39,3% lo ha hecho en días laborables. Además, un 23% del conjunto de estudiantes encuestados afirman beber todos los fines de semana. Si se comparan estos datos con respecto a los obtenidos en la anterior edición (ESTUDES 2006), se aprecia una estabilización del consumo de alcohol en la adolescencia. En relación con los episodios de embriaguez, se obtiene que el 56,2% de los estudiantes se ha emborrachado alguna vez, un 47,1% en los últimos 12 meses y un 29,1% en los últimos 30 días. Sin embargo, en este caso, al comparar los datos con

ediciones anteriores, se observa que la prevalencia de borracheras, tras el descenso experimentado en 2006, ha vuelto a situarse en cifras parecidas o superiores a las de 2004.

Actualmente, el 90,8% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años piensan que les resultaría fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas (Plan Nacional sobre Drogas, 2009), a pesar de la regulación nacional de la Ley 5/1990, de 19 de diciembre, sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciséis años, y de las legislaciones autonómicas que prohíben la venta de dichos productos a menores de 18 años en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Asturias. Teniendo en cuenta el fracaso del anteproyecto de ley promulgado en septiembre de 2006 para prohibir en todo el estado la venta y consumo de alcohol entre menores de 18 años, es necesario seguir avanzando en medidas de regulación y control de suministro, venta y consumo de alcohol, especialmente en lo que se refiere a la población juvenil.

Según los datos internacionales del estudio ESPAD, la bebida alcohólica más consumida en los últimos 30 días por los jóvenes es la cerveza (49%), seguida por las bebidas espirituosas (40%), vino y *alcopops* –término que hace referencia a la combinación de licor y refrescos que se vende ya hecha (35% cada uno) y, por último, la sidra (28%). Las diferencias de género se hacen más evidentes para dos bebidas concretas, concretamente, la cerveza que es más frecuente en los chicos (58% versus 40%), mientras que los *alcopops* son más comunes entre las chicas (37% versus 33%) (Hibell et al., 2009). Sin embargo, los datos españoles de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008, muestra que la bebida alcohólica consumida por mayor número de estudiantes son los combinados o *cubatas*, si bien en días laborables la bebida predominante es la cerveza (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Existe una razón para explicar el bajo consumo de *alcopop* en España en comparación con otros países con una legislación más dura para la venta de alcohol. En estos países, los establecimientos de venta con autorización para vender cerveza también pueden vender *alcopop*, ya que tienen una graduación similar, pero no pueden vender otro tipo de bebidas con mayor graduación. Por lo tanto, en los países con una legislación más dura en la venta de alcohol, el *alcopop* es una opción más accesible en comparación con otro tipo de bebidas espirituosas con mayor graduación, las cuales son más accesibles a los jóvenes españoles, que las suelen consumir de manera combinada con refrescos (combinados o *cubatas*).

En relación con las diferencias sociodemográficas en el consumo juvenil de alcohol, en primer lugar, cuando se mide la evolución del consumo con la edad se registra un claro aumento, sobre todo entre los 14 y los 15 años. Así mismo, la prevalencia de borracheras aumenta de manera muy llamativa a lo largo de la etapa adolescente, pasando del 13,4% a los 14 años al 45,2% a los 18 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Por otra parte, las diferencias de género en el consumo de alcohol juvenil parecen haber variado en los últimos años. Así, tal y como explica el estudio ESPAD, cuando se considera la frecuencia de consumo, los datos internacionales globales muestran mayor frecuencia de consumo en los chicos. Sin embargo, en los países con niveles relativamente altos de consumo de alcohol en el último día, las chicas tienden a beber con la misma frecuencia que los chicos (Hibell et al., 2009). Igualmente, los datos internacionales aportados por Simons Morton et al. (2009) muestran globalmente un declive en el consumo de alcohol juvenil desde 1998; sin embargo, dicho declive es mayor entre los chicos, en comparación con las chicas. De hecho, en aquellos países donde se ha incrementado el consumo de alcohol y los episodios de embriaguez, se registra un mayor incremento en las chicas. Los datos españoles muestran una frecuencia parecida entre chicos y chicas tanto en consumo de alcohol como en prevalencia de borracheras (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Para terminar, varios estudios muestran que la evidencia de la relación entre el nivel socioeconómico y el consumo de sustancias en la adolescencia es escasa, inconsistente e, incluso, contradictoria. Si algunos estudios han identificado un mayor riesgo de consumo excesivo de alcohol entre los adolescentes de grupos socioeconómicos bajos (Lintonen, Rimpelä, Vikat & Rimpelä, 2000), otros

estudios no han encontrado dicha relación o incluso encuentran una inversión del gradiente social en el consumo de alcohol de los adolescentes (Challier, Chau, Prédine, Choquet & Legras, 2000; Goodman & Huang, 2002; A. Morgan et al., 2006; Tuinstra et al., 1998). Un trabajo reciente de un grupo de expertos del equipo HBSC internacional explora si el nivel de desigualdad socioeconómica del país se asocia con el grado de consumo de alcohol y con los episodios de embriaguez en adolescentes de 34 países. Los resultados indican que la desigualdad socioeconómica del país se asocia con mayor frecuencia de consumo de alcohol en los jóvenes de 11 y 13 años (con un efecto claro de gradiente entre el nivel socioeconómico bajo, medio y alto) y con mayor prevalencia de embriaguez en los jóvenes de 11 años (Elgar, Roberts, Parry-Langdon & Boyce, 2005). En una publicación posterior realizada también dentro del estudio HBSC, pero más centrada en la frecuencia de episodios de embriaguez, se encontraron evidencias muy limitadas de su relación con el nivel socioeconómico en los adolescentes de 11 a 15 años (Richter, Leppin & Nic Gabhainn, 2006).

• Consumo de drogas ilegales:

Diferentes líneas de investigación sugieren que el modelo de consumo de drogas ilegales es diferente del que caracteriza a las drogas legales, de modo que parece esbozarse una relación curvilínea entre la edad y el consumo de drogas ilegales (Buelga et al., 2006). Concretamente, hasta los 14 años, la frecuencia y cantidad de consumo permanece baja. A partir de esa edad aumenta el consumo de las drogas ilegales, hasta un nivel máximo que se alcanza al principio de la edad adulta (estableciéndose entre los 18 y los 25 años, dependiendo de los autores). Después de esta edad, el consumo decrece significativamente.

Actualmente, el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente consumida tanto por adolescentes como por adultos. Durante la década de los 90, su consumo se incrementó significativamente entre los adolescentes. Sin embargo, actualmente este consumo está empezando a estabilizarse e incluso a decrecer en algunos países (Hibell et al., 2009; OEDT, 2008b). Las disminuciones de las tasas de prevalencia pueden observarse sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes. Así, los datos del estudio HBSC para el período comprendido entre 2002 y 2006 arrojan una tendencia estable o a la baja en el consumo de drogas entre los escolares de 15 años en la mayoría de los países, sobre todo en Inglaterra, Portugal, Suiza, Eslovenia y Canadá (Kuntsche, Simons-Morton, Fotiou, ter Bogt & Kokkevi, 2009). Sin embargo, según los datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008, en España no se encuentra dicho decremento sino más bien una estabilización del consumo desde comienzos de siglo (excepto por el pequeño repunte en el año 2004).

Así mismo, en España el cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor número de adolescentes, con bastante diferencia sobre las demás drogas ilegales. Concretamente, un 35,2% de los estudiantes de 14 a 18 años lo han probado alguna vez en la vida, un 30,5% lo han consumido en el último año y un 20,1% en los últimos 30 días; siendo estas cifras algo mayores en el caso de los chicos en comparación con las chicas. Además, en España el cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana, específicamente a los 14,6 años. Como es de esperar, la extensión y la frecuencia de consumo de cannabis aumenta desde los 14 a los 18 años, sin embargo el mayor aumento se registra entre los 14 y los 15 años, muy posiblemente por las características de la muestra de 17-18 años, que solo son representativos de los adolescentes escolarizados a esa edad. A los 18 años, casi un tercio de los estudiantes ha consumido cannabis en los últimos 30 días (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

La prevalencia del resto de drogas ilegales es muy baja en la población adolescente. En concreto, el porcentaje de adolescentes de 15 años que dicen haberlas probado alguna vez en su vida, según los datos internacionales del estudio ESPAD, es solo del 7% (Hibell et al., 2009), mientras que dicho porcentaje ronda el 6% en los adolescentes españoles de 14 a 18 años, según los datos de la encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Para empezar, los inhalantes son un tipo de droga ilegal con una prevalencia de consumo baja, tanto en la población general como en la adolescencia, aunque su consumo se suele concentrar entre el final de la infancia y el comienzo de la adolescencia. Este tipo de droga se caracteriza por contener multitud de diferentes componentes químicos (pegamento, petróleo, disolventes de pintura, betún doméstico, espráis de aerosol, poppers...), que se toman por inhalación y que están compuestos por nitritos de amilo, butilo o isobutilo. Según los datos del *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), la mayor prevalencia de consumo de inhalantes en 2007 se ha registrado en los adolescentes de Chipre, Isla de Man, Malta y Eslovenia (en torno al 16%), mientras que Bulgaria, Lituania y Ucrania solo registra el 3% (Hibell et al., 2009). El consumo de inhalantes en países desarrollados y en vías de desarrollo es un problema que afecta en mayor parte a los sectores más pobres de la sociedad, en particular, niños/as de la calle y jóvenes indigentes (Mallett, Rosenthal & Keys, 2005; WHO, 2005b).

Una realidad muy diferente existe en relación con otras drogas ilegales que son preferentemente consumidas en ambientes de recreo, especialmente relacionados con las fiestas *rave*. Este término significa en inglés *delirar* y hace referencia a eventos de música y cultura, al aire libre o en algún lugar abandonado, que duran como mínimo 24h y donde se combinan varios estilos musicales, con preferencia por la música electrónica. Panagopoulus y Ricciardelli (2005) muestran que el consumo de algunas drogas sintéticas o de diseño, principalmente el éxtasis y sus derivados, son más frecuentes en los jóvenes que asisten a este tipo de fiestas. Se trata de sustancias cuyo consumo se ha incrementado significativamente en la década de los 90, de modo que, actualmente, es una de las drogas ilegales más común en los adolescentes, sobre todo en los chicos varones y en algunos países como Bulgaria, Estonia, Isla de Man, Letonia y República Eslovaca, cuya prevalencia ronda en torno al 6-7% (Hibell et al., 2009).

Sin embargo, a pesar de que las drogas de diseño son una de las drogas ilegales más consumidas por los jóvenes en la actualidad, la evidencia sugiere que su consumo se ha estabilizado y decrecido. Concretamente, en España, el consumo de las drogas de diseño se dobló entre 1998 y 2000 y ha decrecido de manera suave en 2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Sin embargo, en nuestro país, el consumo de drogas de diseño empieza a una edad más temprana (alrededor de los 15,5 años), en comparación con otros países como Suiza o Reino Unido (Buelga et al., 2006).

En muchos países, después del cannabis, los estimulantes en general (éxtasis, anfetaminas y cocaína) son el segundo tipo de droga ilegal más extendida durante la adolescencia, aunque la edad de comienzo es algo más tardía en comparación con el consumo del cannabis. A pesar de que el consumo de las drogas de diseño y de las anfetaminas se ha estabilizado o reducido en muchos países europeos, en numerosos países del sur y oeste de Europa la cocaína es actualmente el estimulante más popular, aumentado incluso su consumo en muchos países. De hecho, estas sustancias estimulantes pueden considerarse en cierta medida como productos competidores dentro del mercado europeo. Esto significaría que las medidas pertinentes deben dirigirse a los estimulantes como grupo y no como problemas independientes. Este aspecto es relevante en la medida en que cualquier acción destinada a reducir la disponibilidad de una de estas sustancias se vería menoscabada por el hecho de que los consumidores simplemente recurrirían a productos alternativos (Hibell et al., 2009).

En este sentido, el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2009) sugiere que distintos estimulantes pueden desempeñar un papel similar en diferentes países. Concretamente, en algunos países, la cocaína parece ser la sustancia estimulante predominante, mientras que en otros es más frecuente el consumo de anfetaminas o metanfetaminas. El panorama que se obtiene al combinar los datos obtenidos mediante encuestas de población general e informes de incautaciones sugiere que, en general, en los países del norte y del centro de Europa predomina el consumo de anfetaminas y metaanfetaminas, mientras que en los países del sur y del oeste de Europa predomina mayoritariamente el consumo de cocaína. Así mismo, existe un grupo restringido de países donde los estimulantes son responsables de una proporción relativamente

elevada de todas las demandas de tratamiento de la drogodependencia, concretamente, metanfetamina en la República Checa y Eslovaquia; anfetamina en Letonia, Suecia y Finlandia, y cocaína en España, Italia y los Países Bajos.

En España, el consumo de anfetaminas y metanfetaminas es muy similar al del éxtasis. En 2008, el consumo experimental de esta droga aumentó discretamente respecto a la encuesta de 2006, mientras que el consumo en los últimos 12 meses y 30 días, ha disminuido, obteniéndose en la encuesta de 2008 la prevalencia más baja desde 1994. Sin embargo, en la actualidad los datos de nuestro país demuestran que el consumo de cocaína supera a los demás estimulantes. Afortunadamente, los datos del 2008 muestran un descenso del consumo de cocaína respecto a la última encuesta de 2006. Este descenso, aunque menos acusado que el producido en el año 2006, se ha registrado sobre todo en los 17 y 18 años, edades en las que el consumo es más prevalente (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

El consumo de opiáceos está menos extendido que el de otras drogas ilegales, aunque, en general, las estimaciones del número de consumidores problemáticos de opiáceos son generalmente inciertas, dada la relativamente reducida prevalencia y la naturaleza oculta de este tipo de consumo de droga (OEDT, 2008b). De hecho, tal y como explica la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, las encuestas poblacionales o escolares no son un buen método para estudiar el consumo de esta droga y, generalmente, se considera que lo subestiman (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). A pesar de esta limitación, esta encuesta muestra que un 0,9% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años ha consumido heroína alguna vez en la vida, un 0,7% en los últimos 12 meses y un 0,6% en el último mes. Además, esta encuesta informa de un descenso en la prevalencia del consumo experimental y en los últimos 12 meses, mientras que la prevalencia del consumo en los últimos 30 días se ve incrementada.

Para terminar, el consumo de medicamentos para colocarse, al contrario que lo registrado en las drogas ilegales, está más extendido entre las chicas que entre los chicos. En cuanto a la evolución del consumo respecto a años precedentes, se observa un incremento importante respecto a la encuesta de 2006 en el consumo alguna vez en la vida y el consumo en los últimos 12 meses. El consumo actual (últimos 30 días) muestra un comportamiento más estable (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

La relación entre variables sociodemográficas y consumo de drogas ilegales no ha sido estudiada en demasiada profundidad, más allá del análisis de la evolución con la edad, al que se ha ido haciendo referencia a lo largo de este apartado. En concreto, la mayor parte de estudios muestran una frecuencia ligeramente mayor en chicos en comparación con chicas en este tipo de drogas, a excepción del consumo de sustancias tranquilizantes, donde son las chicas las que destacan de manera muy clara tanto en España como en los demás países de Europa y América del norte (Hibell et al., 2009; Kloos, Weller, Chan & Weller, 2009; Plan Nacional sobre Drogas, 2009). A pesar de que existen muy pocos estudios que analicen la relación entre nivel socioeconómico y consumo de drogas ilegales durante la etapa adolescente, algunos expertos señalan que el consumo de drogas ilegales es más habitual entre los adolescentes de nivel socioeconómico bajo (Guxens, Nebot, Ariza & Ochoa, 2007; Miech & Chilcoat, 2005).

En resumen, frente al aumento en el consumo de medicamentos para colocarse, destaca la importante reducción del consumo de cocaína y éxtasis, el ligero descenso del consumo de inhalables, y una estabilización del consumo de alcohol, tabaco, cannabis, anfetaminas y heroína (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

2.4.5. Conducta sexual.

Alcanzar la sexualidad madura, con todas sus implicaciones físicas y psicológicas, es una de las muchas tareas a las que debe hacer frente el adolescente. En los países desarrollados, una alta proporción de jóvenes que finalizan la escuela obligatoria (en torno a una cuarta parte de los adoles-

centes de 15-16 años, aunque los datos varían según el país), informan de haber participado en comportamientos sexuales de riesgo (Avery & Lazdane, 2007; Godeau et al., 2008). Por lo tanto, abordar la salud sexual de los adolescentes mediante el aumento de su compromiso con el sexo seguro se ha convertido en un problema importante en los países desarrollados (Avery & Lazdane, 2007; *UN Millennium Project*, 2006; WHO, 2007b).

La investigación sobre el comportamiento y las prácticas sexuales de los adolescentes ha experimentado un importante desarrollo en las últimas décadas. El desarrollo de la epidemia por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ocurrida especialmente en los años noventa (Centro Nacional de Epidemiología, 2006), ha sido uno de los principales factores que ha propiciado una mayor atención hacia el estudio del comportamiento sexual durante la adolescencia. Algunos autores sugieren un posible cambio en el perfil de riesgo de la sexualidad durante la adolescencia, registrando una leve disminución de las tasas de embarazo adolescente (Avery & Lazdane, 2007; Santelli, Lindberg, Finer & Singh, 2007) y una estabilización general del porcentaje de adolescentes que dicen haber mantenido relaciones coitales a los 15 años, en la mayoría de los países desarrollados. Sin embargo, frente a estos datos, en algunos países actualmente se observa un aumento de la proporción de jóvenes que han mantenido relaciones coitales a dicha edad, como es el caso de Austria, Croacia, Estonia, Grecia y España (Nic Gabhainn, Baban, Boyce, Godeau & HBSC Sexual Health Focus Group, 2009). Además, se ha informado de un aumento de las infecciones de transmisión sexual, no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados (debido a la prevalencia de infecciones víricas incurables, a las tendencias en el comportamiento sexual y al incremento de los viajes) (Avery & Lazdane, 2007; WHO, 2007b). Por lo tanto, las relaciones coitales tempranas y mal protegidas siguen siendo de fundamental importancia para la salud pública (Anderson, Santelli & Morrow, 2006; Santelli et al., 2007).

Los datos internacionales del estudio HBSC muestran que el 26,7% de los adolescentes de 15 años (29,4% chicos y 24,1% chicas), encuestados en 2006, afirmaron haber mantenido relaciones sexuales con coito. Sin embargo, existe una gran variación entre los diferentes países que formaron parte de la muestra, desde el 11,8% de jóvenes de 15 años que ya han mantenido relaciones coitales en Eslovaquia al 61% de Groenlandia. Concretamente, en Gales, Bulgaria, Dinamarca y Groenlandia, más de un tercio de los adolescentes informaron haber mantenido relaciones coitales (Nic Gabhainn et al., 2009). A pesar de que en este estudio España destaca por el aumento, del 2002 al 2006, en el porcentaje de chicos y chicas que afirman haber mantenido relaciones coitales a los 15 años, concretamente desde el 17,2% hasta el 22,9% en chicos y desde el 13,9% hasta el 20,6% en chicas; Failde, Lameiras y Bimbelas (2008) señalan la escasez de estudios existentes en nuestro país, más allá del estudio HBSC, que aborden la cuestión con muestras amplias y representativas.

Los riesgos potenciales asociados con el comportamiento sexual entre los jóvenes de 15 años están principalmente relacionados con las conductas de protección en esta etapa del desarrollo. Las relaciones sexuales desprotegidas o protegidas de manera incorrecta conllevan riesgo de embarazos no deseados, con la consiguiente variedad de posibles consecuencias negativas para este grupo de edad, como el aborto, la maternidad precoz o la adopción (Ellison, 2003). Si a esto se le añade el no uso de adecuadas barreras de protección, aumenta el riesgo de infecciones por enfermedades de transmisión sexual, con serias consecuencias a corto y largo plazo en la salud biopsicosocial de los adolescentes (WHO, 2007b).

El uso apropiado de anticonceptivos en la adolescencia varía, en cierta medida, de las recomendaciones dirigidas a los adultos. En algunos casos esto se debe al modo en el que algunos anticonceptivos podrían poner en peligro el futuro reproductivo de los adolescentes (por ejemplo, la esterilización y, hasta cierto punto, el DIU) y, en otros casos, debido a lo inadecuado del método para su etapa evolutiva (por ejemplo, el método Ogino-Knaus o método del ritmo). Sin embargo, la idoneidad y eficacia de cada método depende de muchos factores, algunos relacionados con el méto-

do anticonceptivo en sí (por ejemplo, eficacia, disponibilidad, costo o comodidad), con las características de la actividad sexual (por ejemplo, tipo de comportamiento sexual, frecuencia del coito o riesgo de infecciones de transmisión sexual), con las características de la persona y/o pareja (por ejemplo, edad, cultura, creencias religiosas, nivel educativo, características familiares, etc.) e, incluso, con las características históricas, culturales, religiosas o sociales del contexto más amplio (*Department of Child and Adolescent Health and Development*, 2003; Heavey, Moysich, Hyland, Druschel & Sill, 2008; Manlove, Ryan & Franzetta, 2004; Marston & King, 2006; Saxena et al., 2006; Sieving, Bearinger, Resnick, Pettingell & Skay, 2007).

Si se considera el conocimiento que los adolescentes tienen de los métodos anticonceptivos, la investigación demuestra que generalmente estos métodos son bien conocidos por los jóvenes, sobre todo el preservativo, la píldora anticonceptiva y el DIU, seguidos por el diafragma y la marcha atrás; mientras que el resto de métodos naturales son menos conocidos. Sin embargo, este conocimiento es frecuentemente superficial, ausente de un entendimiento real del funcionamiento de dichos métodos (Zani & Cicognani, 2006). De hecho, a menudo, aunque los adolescentes conozcan bien los métodos, no los llegan a usar de manera apropiada porque no disponen de los recursos emocionales y conductuales adecuados para hacerlo (por ejemplo, puede ocurrir que no tengan la suficiente asertividad o la confianza necesaria con la pareja como para plantearlo, o, puede ocurrir también que, aunque conozcan los métodos anticonceptivos más eficaces, sin embargo, tengan un rechazo hacia esos métodos, no se sientan sexualmente activos y, por lo tanto, responsables de sus conductas, tengan ideas erróneas acerca de cuándo se puede producir un embarazo y creer que la primera vez o ciertas posturas lo evitan, etc.). Además, es característica de la etapa adolescente la creencia de ser invulnerables a los riesgos, creencia que afecta tanto al riesgo de embarazo (Du Rant & Sanders, 1989) como al riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual (Abrams, Abrahams, Spears & Marks, 1990). En cualquier caso, lo que debe tenerse en cuenta de cara a la intervención es que conocer los métodos anticonceptivos no necesariamente implica usarlos apropiadamente; es decir, una vez más se demuestra que las conexiones entre las ideas y la acción son complejas, que a menudo están contaminadas por procesos de índole emocional y que, por lo tanto, todos estos aspectos deben tenerse en cuenta en el diseño de intervenciones eficaces.

Además de todo lo anterior, algunos autores señalan que las tasas de fracaso de los métodos anticonceptivos pueden ser mucho mayores entre adolescentes, en comparación con los adultos, debido a las diferencias tanto en la frecuencia de uso como en la capacidad para utilizar los métodos correctamente (*Department of Child and Adolescent Health and Development*, 2003; Ornstein & Fisher, 2006). Los preservativos y las píldoras anticonceptivas son considerados los métodos más adecuados de protección para la mayoría de los adolescentes sexualmente activos, y el doble uso de estos métodos -píldora anticonceptiva y preservativo al mismo tiempo - confiere una protección eficaz contra el embarazo y moderadamente eficaz contra las infecciones de transmisión sexual (*American Academy of Pediatrics*, 2007; Zani & Cicognani, 2006).

Nic Gabhainn et al. (2009) muestran que en la gran mayoría de los países europeos y del norte de América, la proporción de adolescentes que mantiene relaciones sexuales coitales bien protegidas ha aumentado desde el 2002 al 2006. En general, el 85,9% de los adolescentes de 15 años de edad han informado utilizar preservativo y/o píldora anticonceptiva en el último coito, por lo que podrían considerarse bien protegidos contra el embarazo, pero no necesariamente contra las enfermedades de transmisión sexual. Afortunadamente, la prevalencia de uso exclusivo del preservativo en la última relación sexual ha sido sustancialmente más alta que la prevalencia de uso exclusivo de píldora anticonceptiva. De hecho, el uso del preservativo, sin el uso concomitante de píldora anticonceptiva, es relativamente común y supera el 50% en casi todos los países. España destaca por ser el país con la mayor tasa de uso exclusivo del preservativo en la última relación sexual, sin ser acompañado por la píldora anticonceptiva (85,5%). Concretamente, el uso de píldora anticonceptiva osciló entre el 4,4% en España al 51,9% en los Países Bajos. A pesar de que, en general, en casi la mitad de los

países el doble uso de preservativo y píldora fue registrado en menos del 10% de los adolescentes de 15 años, dicha prevalencia varió ampliamente, desde menos del 5% en España, Rumanía, Macedonia y Eslovaquia, a más de un tercio en el Bélgica flamenca, Alemania y los Países Bajos. Expertos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) consideran que una de las razones que mejor explica la baja prevalencia del uso de la píldora anticonceptiva en España se relaciona con el retraso de su legalización en nuestro país, que no sucedió hasta 1978, es decir, 17 años después de que se comenzara a comercializar en el resto de países de la Unión Europea (SEGO/SEC, 2009).

En general, la literatura ha apoyado la existencia de un perfil de riesgo diferente en chicos y chicas, de modo que se viene registrando desde hace décadas, en el caso de los chicos, un inicio anterior en las relaciones sexuales y mayor número de parejas ocasionales, mientras que las chicas suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación afectiva y de confianza (Zani & Cicognani, 2006). Sin embargo, en la última década y en determinados países, este perfil tradicional de género parece estar diluyéndose a favor de mayor libertad y aceptación de la sexualidad en ambos géneros. Concretamente, Bozom y Kontula (1998) ya comenzaron a registrar a finales de los años noventa, en algunos países europeos (Dinamarca, Alemania occidental y Noruega), mayor número de chicas que habían tenido relaciones coitales antes de los 18 años en comparación con los chicos. Así mismo, los últimos datos internacionales del estudio HBSC muestran que los clásicos estereotipos de género en la sexualidad están empezando a desaparecer en la mayoría de los países europeos y del norte de América. Así, mientras en Bulgaria, Grecia, Israel, Lituania, Macedonia, Rumanía, Rusia y Ucrania los chicos se inician antes que las chicas en las relaciones coitales, en trece países de la muestra se detecta una inversión de estos papeles, encontrando diferencias significativas en el comienzo más precoz de las chicas en Finlandia, Suecia, Islandia y Gales. En el caso concreto de España, se observan porcentajes de chicos y chicas que han mantenido relaciones sexuales a los 15 años muy parecidos, levemente superior en el caso de los chicos (22,9%) en comparación con las chicas (20,6%) (Nic Gabhainn et al., 2009).

En un análisis de tendencias, realizado entre 1960 y 1995, con relación a la iniciación sexual, Teitler (2002) ha encontrado que las pautas sexuales de los jóvenes están convergiendo en los países desarrollados, de modo que se está reduciendo la variación dentro y entre países, al tiempo que la influencia de la clase social se está convirtiendo en menos predominante. En este sentido, los estudios que se centran en analizar la influencia del nivel socioeconómico en la edad de inicio de las relaciones coitales, en general, no muestran relación entre el porcentaje de adolescentes que ya han mantenido relaciones sexuales coitales y el nivel de ingresos de sus familias (Paul, Fitzjohn, Herbison & Dickson, 2000; Santelli, Lowry, Brener & Robin, 2000; Saxena et al., 2006), aunque algún estudio muestra mayor precocidad en aquellos adolescentes que reciben más paga semanal y que perciben a sus familias como más ricas (Vukovic & Bjegovic, 2007).

La influencia del nivel socioeconómico en el uso de métodos anticonceptivos durante la adolescencia tampoco está clara, así Saxena et al. (2006) solo encuentran influencia en ciertas minorías étnicas, mientras que Vukovic y Bjegovic (2007) encuentran resultados algo contradictorios. Por una parte, registran mayor uso de métodos anticonceptivos en aquellos adolescentes que reciben más paga semanal, sin embargo, a la vez, estos autores encuentran mayor uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes que perciben a sus familias como menos adineradas. En definitiva, es necesario investigar con más profundidad la relación entre nivel socioeconómico y uso de métodos anticonceptivos durante la adolescencia.

2.4.6. Lesiones.

Con los avances en materia de higiene y en el control de las enfermedades infecciosas en el mundo desarrollado, durante la última mitad del siglo XX, las lesiones se han convertido en la principal causa de muerte en los niños y niñas (mayores de 1 año) y en los jóvenes (WHO, 2000). Se ha cal-

culado que las lesiones representan el 36% de las defunciones de niños y niñas menores de 15 años (WHO, 2006) y el 23% de las defunciones de menores de 19 años (Valent et al. 2004), aunque no todas las lesiones tienen como resultado la muerte. De hecho, se estima que, por cada muerte provocada por accidente, 30 personas van al hospital y 300 a centros de emergencia para el tratamiento ambulatorio (Sethi, Racioppi, Baumgarten & Vida, 2006; WHO, 2006).

Entre los principales desafíos para la salud pública en este siglo se encuentra disminuir la carga por lesiones, tarea en la cual la Organización Mundial para la Salud está desarrollando un importante papel (WHO, 2004). En este sentido, el Comité Europeo de la Organización Mundial de la Salud ha aprobado una resolución sobre la prevención de las lesiones, que aboga por medidas de intervención basadas en la evidencia disponible sobre los factores de riesgo y las medidas preventivas (WHO, 2005a).

Aunque son muchos los tipos de lesiones que causan diferentes grados de dolor, incapacidad y muerte, la literatura las clasifica en dos grandes grupos. Por una parte, se encontrarían las lesiones *no intencionadas*, como son los accidentes de tráfico, los envenenamientos, los ahogamientos, las caídas y las quemaduras, que se definirían por ocurrir de una manera relativamente accidental. Mientras que, por otra parte, se clasificarían las lesiones *intencionadas*, haciendo referencia a aquellas lesiones provocadas por la violencia interpersonal o autoprovocada. A pesar de que, tradicionalmente, las lesiones no intencionadas han sido referidas con el término *accidentes*, en la literatura científica internacional se prefiere cada vez más utilizar el término de *lesiones no intencionadas*, ya que el término *accidente* favorece la aceptación resignada de su ocurrencia como algo inevitable y, por tanto, imposible de controlar (Davis & Pless, 2001).

El informe europeo más reciente sobre lesiones en la población infanto-juvenil (Sethi, Towner, Vincenten, Segui-Gomez & Racioppi, 2008) pone de manifiesto que actualmente las lesiones no intencionadas siguen siendo la principal causa de mortalidad en personas de 5 a 19 años de edad, de modo que en 2004, 42.000 niños, niñas y adolescentes de 0 a 19 años murieron a causa de lesiones no intencionadas en la Región Europea de la OMS (lo que corresponde a 115 muertes al día en esta población), con un impacto incluso mayor, por los millones de hospitalizaciones y visitas a los servicios de urgencias.

Por lo tanto, el riesgo de lesiones intencionadas y no intencionadas aumenta enormemente durante la adolescencia, siendo la mayor causa de morbilidad grave y de muerte en los jóvenes de la mayoría de los países desarrollados, como se ha documentado más arriba. Según algunos estudios (Agran, Winn, Anderson, Trent & Walton-Haynes, 2001), a partir de los 14 años se incrementa notablemente la incidencia de ambos tipos de lesiones, concretamente, aumentan las lesiones por tráfico, las intoxicaciones, los golpes y los cortes, y también se incrementan las lesiones autoinfligidas y las derivadas de agresiones. Esta mayor incidencia en la etapa adolescente podría ser explicada por el conocido desfase madurativo entre los centros mesolímbicos de recompensa (que se desarrollan en la adolescencia temprana, bajo la influencia del desarrollo hormonal) y los centros de control superior de la conducta -la corteza prefrontal- (que no llega a completarse hasta los 18 ó 19 años), tal y como se explicó en el primer capítulo de este trabajo (D. M. Casey et al., 2000). En este sentido, sin caer en el error de pensar que los adolescentes tienen una menor conciencia sobre las consecuencias negativas de sus comportamientos de riesgo (Oliva, 2007), el desarrollo incompleto de la corteza prefrontal podría conllevar una serie de dificultades (como es la mayor dificultad para controlar los impulsos instintivos, para valorar los riesgos de una situación, tomar decisiones, planificar o anticipar el futuro, controlar la atención, la capacidad para realizar varias tareas a la vez, la organización temporal de la conducta o el sentido de responsabilidad hacia sí mismo y los demás) que explicarían el alto índice de lesiones en esta etapa evolutiva (Burunat, 2004).

Este razonamiento biológico explicaría el hecho de que los adolescentes mayores, concretamente de 15-19 años, tengan un índice mayor de lesiones que los más jóvenes, de 10 a 14 años (Mattila, Parkkari, Niemi & Kannus, 2005; Suelves, 2009), ya que se trataría de aquellos adolescentes con

mayor desarrollo neurobiológico de las conductas guiadas por un sistema de recompensa, mayor libertad en sus comportamientos, pero sin tener completamente desarrolladas las capacidades cognitivas necesarias para no convertir estos recursos en un riesgo.

Por lo tanto, el estudio de los factores que influyen en la salud de los adolescentes debe incluir la evaluación de las lesiones, siendo los datos de vigilancia epidemiológica la piedra angular del éxito de los esfuerzos en su prevención (Holder, Peden, Krug, Lund, Gururaj & Kobusingye, 2001; Scheidt, Harel, Trumble, Jones, Overpeck & Bijur, 1995). El estudio de las lesiones en los jóvenes requiere de la identificación y definición de la lesión como una variable dependiente primaria de interés. Sin embargo, deben aplicarse algunos criterios coherentes para evitar la abrumadora serie de datos de eventos frecuentes e insignificantes que no estén relacionados con la mortalidad y la morbilidad y que se producen de manera habitual (por ejemplo, un corte en el dedo o rasparse la piel de la rodilla). Aunque se han empleado una variedad de definiciones y sistemas de codificación para identificar la aparición de una lesión de cierta importancia, los más utilizados son los criterios referentes a la necesidad de atención médica y el deterioro de la actividad. Como la mayoría de los estudios se llevan a cabo en centros médicos y se determinan los daños por la presencia de una víctima, la definición más frecuente de lesión se centra en el hecho de la existencia de un evento que requiere algún tipo de atención médica (por ejemplo, estar ingresado en el hospital, asistir a un centro de emergencias sanitarias o recibir atención médica o de enfermería) (Christoffel, 1992).

Ahora bien, un estudio realizado con población finlandesa de 10 a 19 años y centrado en el análisis de las muertes por lesiones desde 1971 hasta 2002 (Mattila et al., 2005) demuestra que la incidencia de muerte por lesiones no intencionadas ha disminuido en esos 30 años del 51,8% al 18,9% en el caso de los chicos y del 15,5% al 6,9% en el caso de las chicas. Este decremento se atribuye en gran parte al declive de los accidentes de tráfico mortales en ambos sexos, además del descenso en los ahogamientos en el caso de los chicos varones. Por otra parte, la incidencia de muertes por lesiones intencionadas no ha cambiado en ese periodo de más de 30 años, causando más muertes en adolescentes varones que en chicas, debido al mayor porcentaje de suicidios en ellos. Concretamente, en 2002, el riesgo de muerte por lesión intencionada era 4,4 veces más alto en los chicos que en las chicas.

De hecho, un dato muy corroborado es la mayor frecuencia y gravedad de las lesiones intencionadas y no intencionadas en los chicos varones, en comparación con las chicas (Grossman, 2000; Halperin, Bass, Mehta & Betts, 1983; Scheidt et al., 1995). En este sentido, los datos de los países desarrollados indican que, desde el nacimiento en adelante, los hombres tienen mayores tasas de lesiones que las mujeres, en todos los tipos de lesiones (Spady, Saunders, Schopflocher & Svenson, 2004).

Por otro lado, en los países desarrollados, la probabilidad de sufrir una lesión es superior entre los adolescentes de bajo nivel socioeconómico. En el caso de los indicadores de mortalidad, los factores socioeconómicos parecen jugar un papel determinante como resultado de una exposición desigual a algunos factores de riesgo y de protección, así como por las desigualdades en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios (Kim, Subramanian, Kawachi & Kim, 2007; Laflamme, Burrows & Hasselberg, 2009; Peden et al., 2008; Suelves, 2009). Concretamente, las cifras más elevadas de fallecimientos en Europa corresponden a los países con ingresos medios y bajos, donde cinco de cada seis muertes en niños y niñas de 5 a 19 años son debidas a lesiones (Sethi et al., 2008). Por lo tanto, se puede afirmar con evidencia que la asociación entre nivel socioeconómico y lesiones en la adolescencia existe, sin embargo la dirección de esa relación puede llegar a ser diferente según el tipo de lesión. Concretamente se ha observado que aquellas lesiones producidas por el deporte son más frecuentes en los adolescentes con nivel de capacidad adquisitiva alta (Simpson, Janssen, Craig & Pickett, 2005). Así mismo, cuando el indicador de la lesión se centra en la frecuencia de asistencia a los servicios de salud es posible que dicha relación positiva entre el nivel socioeconómico y la frecuencia de lesiones infanto-juveniles se pierda o, incluso, se invierta;

ya que el nivel económico y social de los cuidadores afectaría en la frecuencia con la que los chicos y chicas asisten a los servicios médicos (Scheidt et al., 1995).

Con relación al caso de los adolescentes españoles, la última edición del estudio internacional HBSC demuestra que los adolescentes de nuestro país son los que dicen haber tenido con más frecuencia lesiones intencionadas y no intencionadas, al menos una vez en los últimos 12 meses, en comparación con los adolescentes de más de 40 países o regiones que forman parte de la red internacional (Currie et al., 2008). Del mismo modo, la base de datos de la Organización Mundial de la Salud sobre mortalidad en Europa Occidental muestra que España, junto a Austria y Luxemburgo, tienen la mayor incidencia en mortalidad por lesiones no intencionadas en adolescentes de 15 a 19 años (WHO, 2008). En este sentido, se hace necesario apoyar la investigación que trate de explicar las razones de la alta prevalencia de lesiones en nuestro país.

En todo el mundo se estima que alrededor de 10 millones de niños, niñas y adolescentes sufren heridas o incapacidad cada año como consecuencia de las lesiones de tráfico, convirtiéndose en la principal causa de discapacidad y, para las edades comprendidas entre 10-19 años, en la principal causa de muerte (Peden et al., 2008). Ahora bien, en España, la contribución de las colisiones de vehículos a la mortalidad por lesiones es especialmente elevada a partir de los 15 años, a pesar de la disminución que se ha producido en la mortalidad por tráfico en todos los grupos de edad. En el caso de los resultados no mortales, el número de hospitalizaciones por lesiones entre adolescentes de 15 a 19 años es también muy elevado, y se sitúa por encima de 5 casos por cada 1000 habitantes. Más de la mitad de las hospitalizaciones por lesiones son el resultado de colisiones de vehículos a motor, y entre todas ellas se incluye un elevado número de fracturas de las extremidades inferiores, traumatismos craneoencefálicos y lesiones de la médula espinal y de la columna vertebral, un conjunto de diagnósticos que a menudo conducen a graves discapacidades. Las encuestas poblacionales realizadas en España sitúan las colisiones de vehículos a motor como el principal mecanismo de las lesiones que habrían sufrido los adolescentes de más de 15 años en los 12 meses previos, un predominio de las lesiones por tráfico que no se observa en ningún grupo de edad anterior (Suelves, 2009).

La peligrosidad del entorno vial se asienta, por una parte, en el hecho de los riesgos que asumen niños, niñas y adolescentes, al carecer de los conocimientos necesarios para actuar con seguridad en dicho entorno. Además, los adolescentes pueden participar de forma activa en dichos comportamientos de riesgo, en su papel de conductores de bicicletas o ciclomotores. Dichos comportamientos de riesgo se ven a menudo exacerbados por la presión de los iguales, sobre todo en el caso de los chicos, por lo que la probabilidad de lesiones por tráfico es mucho mayor en ellos, incrementándose las diferencias también con la edad. De hecho, las tasas de mortalidad infanto-juvenil en el mundo por lesiones de tráfico aumentan con la edad, lo que refleja la forma en que chicos y chicas utilizan la carretera, según su momento evolutivo. Concretamente, hasta la edad de nueve años es más probable que estén acompañados por sus cuidadores cuando viajan, ya sea en vehículos o como peatones, mientras que a partir de esa edad tienden a viajar con más independencia, inicialmente como peatones y más tarde, como ciclistas, motociclistas y, finalmente, conductores. Por lo tanto, las tasas más altas de lesiones con la edad pueden estar explicadas por este aumento de la movilidad y por la mayor tendencia a la exposición de comportamientos de riesgo, sobre todo en el caso de los chicos (Peden et al., 2008).

Para entender mejor la alta incidencia de lesiones de tráfico en la adolescencia española hay que tener en cuenta que España ocupa una posición destacada en lo que se refiere al uso de vehículos a motor de dos ruedas. La normativa española autoriza a obtener la licencia para conducir ciclomotores a partir de los 14 años, el permiso de conducir motocicletas de hasta 125cc, a partir de los 16, y los permisos para motocicletas de mayor cilindrada y para automóviles, a partir de los 18 años. Recientemente, la Dirección General de Tráfico (DGT) planteó la modificación de la edad mínima para obtener la licencia de conducción de ciclomotores en España, tanteando diversas

alternativas al mínimo fijado en 14 años, que destaca por ser aproximadamente dos años menos que en la mayoría de países de Europa y América del Norte. Finalmente, el 8 de mayo de 2009 se aprobó una modificación del Reglamento General de conductores que fija en 15 años la edad mínima para conducir este tipo de vehículos, con una moratoria que tendrá vigencia hasta el 1 de septiembre de 2010 (Seguí-Gómez & López-Valdès, 2007; Suelves, 2009).

En definitiva, y volviendo al caso de las lesiones en general, a pesar de que el éxito de las estrategias de intervención para la prevención de lesiones en la población infanto-juvenil se ha desarrollado, evaluado y difundido (obteniendo una disminución de la incidencia de muertes causadas por lesiones), el 31% de dichas muertes podrían evitarse con un correcto sistema de prevención (Rivara & Grossman, 1996). Además, actualmente siguen existiendo problemas en la mejora de la comprensión de los riesgos y factores de protección de las lesiones en la población adolescente. Tal y como explica Grossman (2000), una investigación de alta calidad centrada en la epidemiología de las lesiones en la población infantil y adolescente dependerá de la mejora del sistema de vigilancia, en particular para las lesiones no mortales. Ya que la mortalidad continúa la tendencia descendente, las lesiones no mortales y la discapacidad emergen como resultados cada vez más importantes. Por lo tanto, es importante identificar los factores de riesgo con el fin de informar, planificar, ejecutar y evaluar las políticas y estrategias de promoción de la salud que reduzcan la aparición de lesiones (Grossman, 2000).

2.4.7. Tiempo libre.

Uno de los autores más representativos del estudio del tiempo libre en la adolescencia, Reed W. Larson, hace referencia al sorprendente número de jóvenes que parecen estar aburridos, desmotivados y sin entusiasmo en sus vidas, transmitiendo la sensación de estar atrapados en el presente, esperando que alguien les demuestre que la vida *vale la pena vivirla*. Estas altas tasas de aburrimiento y alienación no son signos de psicopatología en la mayoría de los casos, sino más bien signos de una deficiencia en el desarrollo positivo. Larson (2000) señala que una cuestión central del desarrollo de la juventud es conseguir que los adolescentes se involucren, durante su tiempo libre, en actividades que les entusiasmen y promuevan el desarrollo de las habilidades necesarias para tomar las riendas de sus vidas. Así mismo, este autor afirma que este objetivo se hace especialmente difícil por la ausencia de un cuerpo de teoría bien desarrollado y por la escasez de investigación pertinente relacionada con esta disposición y habilidad en los adolescentes. Concretamente, en el análisis de los procesos de socialización y aprendizaje durante la infancia y adolescencia existe la tendencia a centrarse principalmente en contextos formales (como la escuela) o en contextos que tienen explícitamente entre sus objetivos principales la educación (como la familia). Sin embargo, un nuevo enfoque de investigación se centra en el estudio del tiempo de ocio o tiempo libre de niños, niñas y adolescentes. En este sentido, la investigación realizada hasta la fecha muestra que el tiempo libre no implica tiempo “vacío”, por el contrario se trata de un período de tiempo lleno de oportunidades para la socialización y el aprendizaje.

El análisis del tiempo libre en la adolescencia incluye los momentos del día donde los jóvenes no participan en la escuela, el trabajo o en las actividades de autocuidado, abarcando el tiempo posterior al horario escolar y los fines de semana. El análisis del tiempo libre se caracteriza por la variabilidad, que puede medirse en función de varios criterios. En concreto, las actividades de tiempo libre pueden variar en función del tipo de compañía (ya que se pueden realizar en soledad o con otros, como familia, amistades, pareja, compañeros de clase...), del tipo de actividades a realizar (que pueden implicar acciones físicas, culturales, de entretenimiento...) o en función de su carácter organizado. Por “organizado” se entienden aquellas actividades que se caracterizan por la estructura, la supervisión adulta y el énfasis en la construcción de habilidades (Eccles & Gootman, 2002; Roth & Brooks-Gunn, 2003). Estas actividades son generalmente voluntarias, tienen reuniones regulares y programadas, mantienen el desarrollo sobre la base de las expectativas

y normas de los participantes, ofrecen supervisión y guía desde los adultos y están organizadas en torno al desarrollo particular de las capacidades y el logro de las metas, incrementando generalmente la complejidad a medida que se van desarrollando las habilidades de los participantes. La palabra *organizado* también se usa para diferenciar estas actividades de las no estructuradas (e.g., ver televisión, escuchar música o charlar con los amigos) y de otras formas de tiempo libre más pasivas o de cuidados básicos (e.g., comer, descansar o cuidado personal).

Analizando investigaciones de desarrollo en contextos como el escolar o el familiar, Eccles y Gootman (2002) crearon una lista de ocho características de estos contextos que demuestran facilitar el crecimiento positivo:

1. Seguridad física y psicológica. El contexto proporciona protección, instalaciones y prácticas para promover la salud, permite interacciones seguras y apropiadas con los iguales y desalienta prácticas de salud inseguras.
2. Estructura apropiada. El contexto proporciona reglas y expectativas claras, apropiadas y consistentes, supervisión adulta, guía y monitorización ajustada a la edad, en una atmósfera social predecible donde los límites son conocidos y respetados.
3. Relaciones de apoyo. El contexto ofrece oportunidades estables para formar relaciones con los iguales y adultos donde los intercambios sociales se caracterizan por la calidez, cercanía, cuidado y respeto mutuo, y donde la guía y apoyo desde los adultos está disponible, es apropiado y predecible.
4. Oportunidades de pertenencia. El contexto enfatiza la inclusión de todos los miembros y mantiene un ambiente social que reconoce, aprecia y alienta las diferencias individuales en valores culturales, género, raza y orientación sexual.
5. Normas sociales positivas. El contexto mantiene las expectativas y requisitos para las conductas apropiadas socialmente y fomenta valores y principios morales deseables y aceptables.
6. Apoya la eficacia. El contexto tiene en cuenta y apoya la autonomía, la expresión de opiniones y valores individuales, se concentra en el crecimiento y mejora el rendimiento, alienta y permite a los individuos asumir responsabilidades y supone un reto para llevar a cabo acciones encaminadas a lograr una diferencia.
7. Oportunidades para el desarrollo de habilidades. El contexto ofrece oportunidades para aprender y construir habilidades físicas, intelectuales, psicológicas, emocionales y sociales que faciliten el bienestar en el presente y preparen a los individuos para la salud y el funcionamiento competente en el futuro.
8. Integración de esfuerzos desde la familia, escuela y comunidad. El contexto proporciona oportunidades para experiencias sinérgicas que integren transacciones a través de la familia, la escuela y la comunidad.

A pesar de que ninguna de estas características por sí sola es suficiente para asegurar el desarrollo positivo y existen pocos contextos que puedan proporcionar experiencias óptimas en todas estas áreas, el contexto organizado en el tiempo libre es un buen candidato para poder cumplir estas características.

Además, un criterio de definición de las actividades de tiempo libre organizadas es su voluntariedad, entendiendo que no son requisitos impuestos desde la escuela o la familia, sino que se encuentran en la mayor parte de los casos movidos por la propia motivación. A partir de la alta motivación en una actividad, Csikszentmihalyi (1996) explica el surgimiento del proceso conocido como *fluir* (o, en el término original, *flow*), que se produce cuando los individuos están completamente sumidos en una actividad, hasta el punto de olvidar el tiempo, la fatiga y todo lo demás por la propia actividad. Por lo general, este proceso ocurre cuando las personas son capaces de afrontar los retos de su

entorno con las habilidades apropiadas y, en consecuencia, experimentan una sensación de bienestar, una sensación de dominio y un gran sentido de la autoestima. Concretamente, gracias a la combinación única de dos estados psicológicos como son la motivación intrínseca, por un lado, y la concentración, por otro, se produce en el individuo un sentimiento subjetivo agradable, que le hace sentir despierto, vivo y abierto a las experiencias de desarrollo en una forma que es menos común en otras situaciones de su vida cotidiana. Las investigaciones sugieren que los adolescentes experimentan alta motivación intrínseca, desafío, afectos positivos y atención/concentración, cuando realizan actividades estructuradas, tales como deportes, actividades artísticas, culturales... (Bohnert, Richards, Kolmodin & Lakin, 2008; Csikszentmihalyi & Larson, 1984; Larson & Kleiber, 1993). En contraste, otras actividades no estructuradas están asociadas con bajos niveles de desafío, bajo afecto positivo y baja atención/concentración entre los adolescentes (Larson & Kleiber, 1993).

De hecho, los adolescentes que participan en actividades organizadas o estructuradas han demostrado una serie de beneficios en su desarrollo, como menores tasas de abandono escolar temprano (Mahoney & Cairns, 1997), menor índice de detenciones penales durante la edad adulta (Mahoney & Stattin, 2000), mejor rendimiento académico (Eccles & Barber, 1999), niveles más bajos de depresión, alienación y sentimientos de soledad (Mahoney, Schweder & Stattin, 2002) y probabilidad menor de sufrir malestar psicossomático (Brolin Laftman & Östberg, 2006). Ahora bien, estos beneficios se obtienen cuando la participación en actividades de tiempo libre se refiere a actividades que son de carácter voluntario y estructurado. En contraste, la participación en actividades no estructuradas se asocia con mayor riesgo de conductas problemáticas (Mahoney & Stattin, 2000).

Sin embargo, a pesar de estas evidencias, los chicos y chicas adolescentes gastan la mayor parte de su tiempo de ocio en actividades no organizadas, como ver la televisión, escuchar música o salir con los amigos, mientras que solo una pequeña proporción lo suelen gastar en actividades estructuradas (Larson & Verma, 1999; Mahoney, Larson, Eccles & Lord, 2005), lo que se demuestra de manera clara en el caso de los adolescentes españoles (González-Blasco, 2006; C. Moreno & Delval, 2004; C. Moreno, Muñoz & Pérez, 2004). Ahora bien, a pesar de que las iniciativas de tiempo libre más relacionadas con el contexto organizado (como pueden ser las actividades extraescolares) son más frecuentes en países del norte de Europa y Estados Unidos, en España parecen estar cada vez más presentes, con una previsión de aumento para los próximos años (Parra, Oliva & Antolín, 2009).

La variabilidad en el modo en que los adolescentes organizan su tiempo libre se relaciona con su perfil psicológico y, en este sentido, la variabilidad puede relacionarse con indicadores de salud mental y satisfacción vital (Grob, Stetsenko, Sabatier, Botcheva & Macek, 1999; Larson, Raffaelli, Richards, Ham & Jewell, 1990). La teoría de la autodeterminación ha sido empleada como principio teórico para explorar la importancia de las actividades de tiempo libre para la salud y el bienestar en la infancia y adolescencia (Deci, Connell & Ryan, 1989). La autodeterminación hace referencia a la experimentación de un sentido de elección en la iniciación y regulación de las propias acciones, lo que ayuda a cumplir tres necesidades básicas (conexión con otros, autonomía y competencia), siendo importante satisfacer estas necesidades para asegurar el desarrollo saludable y prevenir resultados negativos como consecuencia de necesidades frustradas. En este sentido, en la interacción de las personas con el ambiente, estos autores explican que se busca retroalimentación para mejorar la competencia, se intenta expresar las elecciones e iniciativas personales y se trabaja para sentirse relacionados con otros de manera significativa; todo lo cual repercute en su salud mental.

Además de la menor probabilidad de resultados académicos y psicológicos negativos, la participación en actividades estructuradas está asociada con objetivos positivos en el desarrollo personal (Hansen, Larson & Dworkin, 2003). La participación ha estado unida a unos niveles más altos de afecto positivo y satisfacción personal, particularmente porque estas actividades conllevan una elección individual y percepción del control personal (Hills & Argyle, 1998). Según Eccles y Barber (1999), los adolescentes que llevaron a cabo actividades realizadas dentro del contexto organizado

de una asociación informaron de un sentido de pertenencia con mayor confianza en las capacidades personales y competencia percibida.

Algunas investigaciones centradas en el uso del tiempo libre en la adolescencia discuten acerca de la importancia de los procesos que se centran en el fenómeno sociológico de la integración social dentro de un grupo (Eccles & Barber, 1999; Youniss, Yates & Su, 1997). La teoría sociológica clásica reconoce que pertenecer a un grupo conlleva procesos de socialización secundaria, que incluyen asimilación de las normas del grupo e internalización de una identidad asociada con los miembros del grupo. En el caso de las actividades juveniles, un joven que forma parte de un equipo, club o actividad grupal, tendrá más probabilidad de que otros participantes lleguen a formar parte de su red de amistades, por lo que aumenta la oportunidad de estar socializado dentro de las normas de un grupo. Concretamente, los adolescentes que juegan juntos en equipos o trabajan juntos en proyectos o representaciones tienen mayor probabilidad de pasar más tiempo juntos, desarrollando nuevas amistades, compartiendo experiencias, discutiendo valores, objetivos y aspiraciones, y co-construyendo culturas e identidades de iguales basadas en la actividad (B. B. Brown, 1990).

En este sentido, la importancia del capital social es cada vez más mencionada en los trabajos de investigación sobre los comportamientos de ocio y tiempo libre. El capital social hace referencia a la “capacidad de los individuos para controlar los recursos escasos a través de su participación en redes o estructuras sociales más amplias” (Portes, 1998, p. 6). Los beneficios que puede suponer el capital social para la salud pueden adoptar la forma de recursos humanos, físicos, culturales o simbólicos (Devine & Parr, 2008). Las ventajas del capital social tienen su base en el hecho de que las redes sociales favorecen la difusión de información sobre hábitos saludables de vida, incrementando de esta forma la probabilidad de que las normas de comportamiento saludable sean adoptadas y ejerciendo, a la vez, un control social preventivo sobre las conductas nocivas o perjudiciales. Además, otra vía hipotética de conexión entre el capital social y la salud son los procesos psicosociales o biológicos. Así, se considera que el capital social puede incrementar el apoyo afectivo, el reconocimiento social y la autoestima, todos ellos considerados reductores del estrés y relacionados con un mejor estado de salud mental. El capital social se puede desagregar en dos componentes: por un lado, el factor estructural (objetivo y medible) y, por otro lado, el factor cognitivo (subjetivo e intangible). Pues bien, el capital social se vincula con el tiempo libre a través del componente estructural, ya que este componente hace referencia a la extensión y la intensidad de la participación en organizaciones y asociaciones (Díaz-Serrano & Stoyanova, 2008). El mayor interés por la relación entre capital social y tiempo libre se ve corroborado por la publicación reciente de un número especial dedicado a este tema en la revista *Journal of Leisure Research* (2005, 37(4)), en cuya introducción Glover y Hemingway (2005) señalaron que “a pesar de este incremento de atención, sin embargo, el capital social sigue siendo sorprendentemente poco investigado en los estudios de tiempo libre” (p. 388).

Analizando las diferencias de género en la frecuencia de las actividades de tiempo libre organizadas, los datos muestran mayor frecuencia en los chicos cuando las actividades están orientadas al deporte, mientras que las actividades más relacionadas con la cultura (como ir a museos, tocar instrumentos musicales o leer libros) son más frecuentes en las chicas (Hendry & Kloep, 2006; Garton & Pratt, 1991; Mota, Santos & Ribeiro, 2008; Observatorio de la Juventud, 2008). Con el paso de la edad, los adolescentes van cambiando sus preferencias en las actividades de tiempo libre no estructuradas, observando en general una disminución de la preferencia por estas actividades a lo largo de la adolescencia; mientras que no se encuentran diferencias con la edad en el tiempo dedicado a las actividades más estructuradas (Garton & Pratt, 1991; Mota & Escultas, 2002).

Tal y como explican D. M. Casey, Ripke y Huston (2004), las actividades estructuradas realizadas fuera del contexto escolar y con supervisión de los adultos son uno de los factores de protección para los adolescentes de familias económicamente más desfavorecidas; sin embargo, se encuentra

una paradoja cuando se observa que el acceso de estos adolescentes a estas actividades de tiempo libre está limitado por los recursos de sus familias y por la distribución de los programas en la comunidad. Muchos de los programas que se realizan fuera de la escuela son muy costosos, ya que hay que abonar una inscripción, así como cuotas por los uniformes, instrumentos, equipamiento y transporte; por lo tanto, no es extraño que varias investigaciones hayan demostrado la menor participación de los adolescentes pertenecientes a familias con baja capacidad adquisitiva en este tipo de actividades estructuradas (Capizzano, Tout & Adams, 2000; Garton & Platt, 1991; *National Center for Youth Statistics*, 1996).

2.5 Relación entre los contenidos de los estilos de vida saludables durante la etapa adolescente.

Algunos investigadores concluyen sus estudios con el análisis realizado en el apartado anterior, en el que se ha ido desgranando una a una las variables aisladas e independientes que conforman los estilos de vida saludables. Este forma de proceder, aunque bien delimitada, no deja de mostrar una realidad excesivamente diseccionada del comportamiento complejo de los individuos y, por tanto, resulta difícil extraer conclusiones acerca de cómo proceder para su modificación o reforzamiento. Dicho de otra manera, aquellos enfoques que se centran únicamente en analizar de forma independiente las variables que conforman los estilos de vida saludables se consideran simplistas si no avanzan un segundo paso en el que se trate de conocer cómo se relacionan entre sí dichas variables. Solo así, cuando se aborde esa relación, se habrá conseguido que el término *estilo de vida* pierda su significado original (Coreil et al., 1992; Donovan, Jessor & Costa, 1991; Elliot, 1993).

Ahora bien, las investigaciones realizadas con población adulta y de la tercera edad han mostrado relaciones débiles y dispares entre las conductas que conforman el estilo de vida saludable. Tal y como señala Ungemack (1994) estos resultados pueden explicarse por las características intrínsecas de la muestra tratada, ya que la adultez y vejez son etapas del desarrollo en las que las conductas de salud ya están instauradas y se mantienen de forma independiente unas de otras. Así, Williams y Wechsler (1972) explican, en su investigación realizada con mujeres de 35 a 54 años, que los comportamientos relacionados con la salud no correlacionan entre sí, debido a que las conductas protectoras de la salud difieren en tres aspectos básicos:

- No todas las personas se encuentran en el mismo nivel de enfermedad o salud, o sea, que habrá quien necesite llevar a cabo conductas protectoras de la salud desde la prevención primaria y quien las necesite desde la prevención secundaria.
- Algunas conductas requieren ser practicadas a diario (como por ejemplo, la higiene dental) mientras que otras tienen una naturaleza más esporádica (como por ejemplo, los chequeos médicos) o, incluso, tan solo se deben llevar a cabo una vez en la vida (como la vacunación).
- Además, las conductas relacionadas con la salud también difieren en función de la comodidad o esfuerzo que requiera su acción.

Sin embargo, la etapa adolescente tiene características diferentes, de manera que es posible analizar la dimensionalidad de las conductas que conforman los estilos de vida saludables en esta etapa evolutiva. Concretamente, la investigación ha demostrado que muchas conductas relacionadas con la salud están interrelacionadas y tienden a covariar sistemáticamente durante la adolescencia (Jessor, 1984). De hecho, las uniones intraindividuales entre las conductas -su tendencia a coocurrir dentro del mismo adolescente- sugieren la existencia de un síndrome, una constelación organizada de comportamientos, más que una colección de actividades discretas e independientes. Este modo de entender el estilo de vida tiene importantes implicaciones para conocer el origen y naturaleza de cada comportamiento, así como para planificar programas de prevención e intervenciones en la población adolescente.

Existen diversas explicaciones que tratan de revelar las razones por las que las diversas conductas

que conforman los estilos de vida correlacionan de forma clara durante la adolescencia. Elliot (1993) recoge cinco explicaciones diferentes:

1. Las conductas tienen una causa común, como pueden ser rasgos de personalidad, desorden clínico, orientación social o proceso de desarrollo.
2. Las conductas están vinculadas con la experiencia social y se aprenden en grupo, unas unidas a otras.
3. Las conductas constituyen medios alternativos para alcanzar algunas metas personales.
4. Las conductas se hallan vinculadas con las expectativas normativas de grupos particulares o culturas.
5. Las conductas están vinculadas causalmente unas con otras.

En el estudio de la dimensionalidad de los estilos de vida relacionados con la salud han existido tres tradiciones de investigación que difieren en el número de dimensiones propuestas, concretamente se trata de la unidimensionalidad, bidimensionalidad y multidimensionalidad (Elliot, 1993; Pastor, Balaguer & García-Merita, 1998a; Steele & McBroom, 1972; Williams & Wechsler, 1973).

Los autores de la primera tradición defendían que las conductas de riesgo para la salud, junto a otros comportamientos problemáticos de la edad adolescente (como por ejemplo, delincuencia o absentismo escolar), son manifestaciones de una propensión general hacia la desviación, una predisposición hacia la no-convencionalidad. Todas estas conductas problemáticas o de riesgo conformarían el *síndrome de conducta problema* y compartirían un conjunto de factores determinantes que les afecta. El principal exponente de esta visión es la teoría de la conducta problema (Jessor & Jessor, 1977), que ha inspirado a muchos otros trabajos sobre *unidimensionalidad* en los estilos de vida de los adolescentes.

En uno de los trabajos empíricos más clásicos de esta tradición se encontró que el consumo de drogas, el consumo de alcohol y la conducta desviada (como el vandalismo, el absentismo escolar o las peleas) se relacionan positivamente con el consumo de marihuana (Jessor, Chase & Donovan, 1980). Estas mismas variables, junto a la conducta sexual precoz, se analizaron posteriormente, encontrando que un solo factor era suficiente para explicar la variabilidad de estas conductas (Donovan & Jessor, 1985). Sin embargo, replicaciones posteriores de dicho estudio, realizadas en tres momentos temporales distintos, mostraron que el porcentaje de varianza explicado era bajo (Osgood, Johnston, O'Malley & Bachman, 1988). Así mismo, las diferentes investigaciones de la tradición unidimensional de los estilos de vida han mostrado que la mayor fuerza de relación entre las conductas que ponen en riesgo la salud de los adolescentes recae en las conductas adictivas, concretamente consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de drogas ilegales.

Los mismos autores de la anterior tradición se han ocupado también de estudiar la relación de las conductas que realzan o protegen la salud (alimentación, actividad física, higiene dental...) (Donovan et al., 1993), conectando así con la segunda tradición en el estudio de la dimensionalidad de los estilos de vida en la adolescencia, conocida como *bidimensionalidad*. Esta perspectiva postula que las distintas conductas relacionadas con la salud se agrupan en dos dimensiones, abarcando una de ellas a aquellas conductas que comprometen o ponen en riesgo la salud, mientras que la otra dimensión incluiría las conductas que realzan la salud. Sin embargo, la relación existente entre las conductas que realzan la salud es más débil que la relación encontrada entre las conductas de riesgo para la salud.

La mayor parte de las investigaciones que ofrecieron apoyo empírico a la bidimensionalidad de los estilos de vida surgieron a partir del estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), por lo que muestran muchas coincidencias en la muestra utilizada, así como en las variables de estilos de vida tenidas en cuenta (Aaro, Laberg & Wold, 1995; Jessor, Turbin & Costa, 1998; Nutbeam, Aaro

& Wold, 1991; Thuen, Klepp & Wold, 1992). Por ejemplo, estos últimos autores realizaron análisis factoriales con diversas variables relacionadas con los estilos de vida que promueven o bien comprometen la salud de los adolescentes, realizando dichos análisis de manera independiente para los adolescentes de 11, 13 y 15 años. Sus resultados muestran la existencia de dos factores diferenciados en los tres grupos de edad, con una varianza explicada en ambos factores de 43%, 44% y 37%, para cada grupo de edad respectivamente.

Por otro lado, desde la tradición *multidimensional* se reúnen los trabajos que encuentran múltiples dimensiones de agrupación al estudiar diversas conductas relacionadas tanto con estilos de vida que comprometen la salud como con aquellas que la protegen. En este caso, los estudios muestran mayor heterogeneidad y menor acuerdo en el número de dimensiones que se crean al agrupar los estilos de vida, que rondan entre 4 y 10 dimensiones. Existen varias razones para explicar esta disparidad de resultados, como es el hecho de que los estudios que se enmarcan en la tradición multidimensional recogen muestras de edades y países distintos, así como mayor diversidad de variables y, por lo tanto, encuentran soluciones factoriales más dispares que los estudios pertenecientes a la tradición bidimensional y unidimensional. Por otro lado, esta diversidad de resultados se podría deber además a la existencia de múltiples definiciones operacionales de las variables de estilos de vida (por ejemplo, para evaluar el consumo de alcohol algunos instrumentos miden la frecuencia de consumo mientras otros utilizan la cantidad diaria o semanal). En definitiva, esta disparidad de criterios ha provocado que las investigaciones realizadas desde esta tradición no muestren coincidencia en el número de dimensiones en las que se pueden agrupar los estilos de vida relacionados con la salud (Belloc & Breslow, 1972; Krick & Sobal, 1990; Tapp & Goldenthal, 1982; Williams & Wechsler, 1972).

En relación con la evolución a lo largo de la adolescencia de la asociación de las variables de estilos de vida, algunos autores señalan aproximadamente los 14-15 años como el momento evolutivo donde las conductas aparecen más relacionadas, dando lugar a un menor número de factores (Donovan et al., 1993; Pastor et al., 1998a; Terre, Drabman & Meydrech, 1990), y es a partir de esa edad cuando se incrementa la prevalencia de múltiples conductas de riesgo para la salud (Brener & Collins, 1998).

El estudio de las conductas de salud desde un punto de vista multidimensional tiene importantes implicaciones para la conceptualización, medida y modificación de las conductas de salud. Conceptualmente, la multidimensionalidad significa que las conductas de salud no son ni monolíticas ni independientes. En lugar de eso, los modelos teóricos deben incorporar conceptos que abarquen múltiples conductas y no tratar los comportamientos de salud como una entidad singular. Desde la perspectiva de la medición, la implicación de la multidimensionalidad se centra en la viabilidad de las medidas multi-item para evaluar una determinada conducta de salud, sin tener que dar más peso a unas conductas frente a otras en función del número de variables utilizadas en su medida. Sin embargo, es necesario aún definir los dominios de cada concepto o conducta de salud, identificando claramente los ítems o conductas de referencia como base de las observaciones que pueden ser utilizadas para la medición. Las implicaciones de la multidimensionalidad para la modificación de conducta asumen el hecho por el que los comportamientos que coocurren regularmente deben compartir algunas causas comunes. La diferenciación de las conductas en múltiples categorías, sobre la base de la existencia de más de una dimensión de la salud, implica diferencias en las causas de las conductas a través de las dimensiones. De ser así, definir bien las dimensiones servirá de base para aumentar la eficacia de los intentos de identificar antecedentes de conductas de salud modificables, proporcionando así una mejor base para la elección de los objetivos de las intervenciones (Kulbok & Cox, 2002; Vickers, Conway & Hervig, 1990).

Actualmente los expertos parecen haber dado por finalizado este debate con un mayor apoyo a la tradición multidimensional de los estilos de vida en la etapa adolescente, a pesar de que no exista acuerdo del número exacto de factores que conforman los estilos de vida en esta etapa. Considerando las implicaciones de la multidimensionalidad en el estudio del estilo de vida, posterior-

mente, otros autores han comenzado a preguntarse acerca del modo en que se relaciona la salud y las conductas de riesgo, teniendo en cuenta que estas conductas pueden estar agrupadas en dimensiones. En este sentido, Rutten (1995) ha sistematizado los modelos posibles a utilizar en el estudio de la asociación entre salud y comportamientos de riesgo, clasificándolos en tres tipos, bivariable, aditivo y multivariable. A pesar de que Rutten se centró en las conductas de riesgo, por encuadrarse en una época donde predominaba el enfoque de déficit en la salud, sus conclusiones pueden también ser consideradas a la hora de valorar la relación entre conductas protectoras y salud.

El primer modelo hace referencia al método más comúnmente utilizado para un análisis descriptivo de la relación de las conductas de riesgos y la salud. Los estudios realizados desde este *modelo bivariado* se basan en simples relaciones de causa y efecto, despreciando la compleja interrelación de las variables de estilos de vida. Lamentablemente, este análisis simplista parece dominar los sistemas de evaluación de las conductas relacionadas con la salud, de modo que las medidas políticas de intervención se han centrado en una lógica basada únicamente en la relación entre una causa y un efecto.

El segundo enfoque, conocido como *modelo aditivo*, es típico de aquellos análisis de las conductas de riesgo para la salud un poco más complejos y se basa, en gran medida, en métodos de regresión múltiple. A pesar de que este tipo de análisis controla la fuerza de explicación relativa de determinados factores de riesgo (es decir, cantidad de variación explicada), muestra algunas deficiencias. Concretamente, estos modelos asumen una concepción lineal, aditiva y recursiva (es decir, que las relaciones causales trabajan en una sola dirección). Implícitamente este enfoque omite las asociaciones no lineales y los efectos de interacción que con bastante probabilidad existen, debido a la interdependencia entre las conductas que componen los estilos de vida. Como en el caso de los modelos bivariados, las políticas derivadas de este enfoque tienden a centrarse únicamente en las causas y en los efectos, solo que ahora se hace hincapié en identificar qué variable explicadora representa la mayor cantidad de variación dentro del modelo.

Por último, el tercer enfoque, conocido como *modelo multivariable*, difiere notablemente de los dos anteriores, ya que se centra en formas complejas de interacción que constituyen las pautas de las conductas de riesgo para la salud, tal y como se podría entender desde la tradición multidimensional de los estilos de vida. Siguiendo este modelo, un riesgo para la salud no se considera como una tendencia aislada de comportamiento, sino más bien como un componente de una constelación duradera de riesgos para la salud que toman forma como estilos de vida. En este caso, es el patrón de estilo de vida el que se evalúa en un continuo desde salud pobre a salud ideal. Centrarse en la constelación formada por las variables de estilos de vida es bastante diferente de resumir los efectos de la única variable, según lo sugerido por los dos modelos anteriores. En esta perspectiva multivariada, una variable con una posición central dentro del complejo de interrelaciones de variables puede ser más importante para la prevención de enfermedades y promoción de la salud que las variables con mayor efecto directo pero con una posición periférica dentro de la constelación de las variables de estilos de vida relacionados con la salud.

La investigación de las constelaciones de estilos de vida relacionados con la salud evita la preocupación de las causas singulares o dominantes de una conducta de riesgo, ya que coloca los riesgos específicos dentro de un patrón más complejo. Por ejemplo, en materia de estilos de vida saludables de las mujeres mayores, la falta de actividad física se ajusta muy bien con no fumar, no consumir alcohol y con otras formas de conducta saludable; sin embargo, la constelación de riesgo de los chicos jóvenes combina la falta de actividad física con una mayor probabilidad de fumar y de consumir alcohol. Por lo tanto, las políticas e intervenciones derivadas del modelo multivariable deben ser capaces de hacer frente a la complejidad y la especificidad de los patrones de comportamiento de salud, según las características concretas de la población destinataria (Rutten, 1995).

Teniendo en cuenta la importancia del estudio de los estilos de vida saludables para la intervención, ya sea desde un enfoque bivariable, aditivo o multivariable, las estrategias para abordar los

estilos de vida relacionados con la salud se encuentran entre las intervenciones más eficaces y disponibles para reducir la incidencia y gravedad de las principales causas de enfermedad y discapacidad, sobre todo para el caso de los cuatro comportamientos clásicos: alcohol, tabaco, actividad física y alimentación (Whitlock, Orleans, Pender & Allan, 2002). Existen multitud de revisiones que demuestran un significativo progreso en el desarrollo de intervenciones efectivas para modificar diferentes factores de riesgo, de forma aislada, uno en cada momento. Sin embargo, no sucede lo mismo con el desarrollo de los métodos más efectivos para hacer frente a los múltiples riesgos de comportamiento, a pesar de las investigaciones que demuestran cómo la coexistencia de múltiples riesgos es un hecho generalizado en la adolescencia, adultez y vejez (Pronk, Anderson et al., 2004).

De hecho, en los últimos años, en consonancia con el enfoque multivariable en el estudio de los estilos de vida, algunas investigaciones se están dedicando a conocer la manera específica en la que las diferentes variables de estilos de vida correlacionan en la población adolescente. Así, por ejemplo, Sánchez (2007) ha encontrado que cerca del 80% de los adolescentes americanos de 11 a 15 años tienen múltiples factores de riesgo relacionados con la dieta y la actividad física. Kremers, de Bruijn, Schaalma y Brug (2004) han mostrado la existencia de una asociación negativa entre las conductas sedentarias, por un lado, y la frecuencia de actividad física y el consumo de fruta y verdura, por otro lado, en una amplia muestra de adolescentes alemanes. Giannakopoulos, Panagiotakos, Mihas y Tountasa (2008) encuentran, en una muestra de más de 2000 adolescentes griegos de 12 a 17 años, que el consumo de tabaco correlaciona positivamente con la edad, el tiempo dedicado al juego y el consumo de refrescos, mientras que el consumo de zumo de fruta, productos lácteos para el desayuno y la frecuencia de los desayunos se asocian inversamente con el consumo de tabaco.

Ante este panorama, los investigadores, políticos y profesionales especializados en la promoción de la salud deberían estar dispuestos a romper con el paradigma de riesgo-aislado que ha dominado la pasada investigación relacionada con el cambio de estilos de vida, para desarrollar nuevos modelos y paradigmas de investigación de riesgo-múltiple, intercomportamental e interdisciplinar (Orleans, 2004). De este modo, un enfoque integrado, que se dirija a las múltiples conductas de riesgo para la salud, debe ser también más eficiente que centrarse en un único factor de riesgo, ahorrando tiempo, esfuerzo y recursos al sistema de salud (Pronk, Peek & Goldstein, 2004). Por lo tanto, ante esta nueva perspectiva de intervención, cada vez más profesionales demandan guías y modelos de intervención para el cambio de múltiples conductas relacionadas con la salud, que además tengan en cuenta las características específicas de la población destinataria.

Los primeros pasos sistematizados de este nuevo paradigma se pueden encontrar a finales de siglo XX con el nacimiento del Consorcio del Cambio de Conducta (*Behavioral Change Consortium*, BCC), a través de la unión de 15 Proyectos o institutos nacionales de salud de los Estados Unidos de América, la Fundación *Robert Wood Johnson* y la Asociación Americana del Corazón. Este organismo se inició con la intención de expandir la investigación en los cambios de conductas de salud, centrándose en varias amenazas contemporáneas para la salud, como eran la dependencia al tabaco, la pérdida de actividad física y la alimentación no saludable (Solomon & Kington, 2002; Sorenson & Steckler, 2002).

El BCC ha servido como un modelo de investigación colaborativa a través de los diferentes institutos nacionales de salud de los Estados Unidos, así como a través de diferentes contextos, poblaciones y estrategias de intervención, siguiendo los siguientes principios (Solomon & Kington, 2002):

- Centrarse en determinantes sociales y comportamentales de la enfermedad, lesión y discapacidad.
- Usar múltiples enfoques (como por ejemplo, educación, apoyo social, leyes, incentivos o programas de cambio comportamental).

- Dirigirse a múltiples niveles de influencia simultáneamente (como individuos, familias, comunidades y naciones).
- Tener en cuenta las necesidades especiales de los grupos destinatarios (es decir, basarse en la edad, género, raza, clase social, etc.).
- Tener una visión a largo plazo de los resultados en salud, ya que los cambios frecuentemente necesitan muchos años para llegar a establecerse.
- Implicar a la variedad de sectores de nuestra sociedad que tradicionalmente no han estado asociados con los esfuerzos de la promoción de la salud, incluyendo leyes, empresas, educación, servicios sociales y medios de comunicación.

Algunas limitaciones del BCC se centran en su conciencia de promoción de la salud a través, paradójicamente, de la prevención de la enfermedad y el estudio únicamente de los estilos de vida clásicos (alcohol, tabaco, actividad física y alimentación). Sin embargo, a pesar de esas limitaciones, este colectivo tiene la importancia de formar parte de los primeros intentos de demostrar la necesidad de intervenir en múltiples conductas de salud o estilos de vida, para así aprovechar la sinergia creada a partir de su interrelación. De hecho, los expertos que forman parte de este consorcio denuncian la poca claridad existente en la investigación sobre la interrelación entre diferentes conductas relacionadas con la salud, a pesar de las décadas de investigación en este área (Ory, Jordan & Bazzarre, 2002).

En la misma línea, la Fundación *Robert Wood Johnson* y el *Bayer Institute for Health Care Communication* de los Estados Unidos de América han fundado en 2001 el proyecto conocido como *Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care*, con el objetivo de revisar la existencia de evidencias sobre las estrategias de intervención en múltiples riesgos y elaborar recomendaciones para la investigación, la intervención y la política (Orleans, 2004). A pesar de que este proyecto se centra también en las cuatro conductas de riesgo clásicas (tabaco, alcohol, actividad física y alimentación), consideran que si se crea una adecuada plataforma de intervención y evaluación para estos cuatro comportamientos, en el futuro podría ampliarse para incluir también a otros comportamientos de riesgo para la salud (Pronk, Peek et al., 2004). Estos autores hacen una serie de recomendaciones para trabajar desde esta nueva perspectiva:

- Llevar a cabo diálogos o grupos de discusión con múltiples participantes, como clínicos, dirigentes del sistema de salud o políticos.
- Plantear una agenda de política pública, organizada en torno a cuestiones públicas relacionadas con el contexto de la intervención en múltiples factores de riesgo.
- Apoyar de manera continua la transferencia de los resultados de la investigación a las aplicaciones prácticas de la intervención en múltiples factores de riesgo.
- Iniciar algunos proyectos de demostración alrededor de la intervención en múltiples factores de riesgo.
- Apoyar una agenda de investigación más amplia que se centre en la intervención en múltiples factores de riesgo.

Como se puede apreciar a lo largo de esta revisión, las investigaciones que se preocupan del análisis múltiple de los estilos de vida se centran sobre todo en las conductas que ponen en riesgo la salud, así como en la prevención a nivel secundario y terciario de aquellos pacientes con determinadas dolencias o con riesgos de desarrollarlas, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares o diabetes. Así mismo, existen evidencias que demuestran que, desde esta perspectiva, la intervención sobre múltiples conductas de riesgo puede producir efectos pequeños, pero estadísticamente significativos (Goldstein, Whitlock & DePue, 2004; Orleans, Gruman, Ulmer, Emont & Hollendonner, 1999). Spring, Doran, Pagoto, Schneider, Pingitore y Hedeker (2004) encuentran, en una muestra

de mujeres adultas pertenecientes a un programa destinado al cambio de múltiples estilos de vida (tabaco, actividad física y alimentación), que la intervención tiene más éxito cuando los cambios se realizaban secuencialmente y no simultáneamente. Sin embargo, J. O. Prochaska (2008) demuestra que las intervenciones destinadas a modificar múltiples conductas de riesgo para la salud son efectivas tanto si se atajan las diferentes conductas de riesgo de manera simultánea como si se hace de un modo secuencial. De cualquier modo, la investigación más actual apoya la eficacia de la intervención sobre múltiples conductas de riesgos, a pesar de la inexistencia de acuerdos sobre el mejor modo de hacer esta intervención múltiple.

En lo que respecta a la prevención terciaria de las conductas de riesgo para la salud, es decir, la prevención de las conductas de riesgo que ya están instauradas en la persona, Noar, Chabot y Zimmerman (2008) proponen tres enfoques para la adaptación de las teorías clásicas acerca del cambio de conductas aisladas al campo del cambio múltiple de conducta. Así, partiendo de los modelos y teorías clásicas, analizadas con detalle en el apartado 2.3. de este capítulo, concretamente el modelo de creencia de salud (Becker & Maiman, 1975), la teoría de la acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980) y de la conducta planificada (Ajzen, 1991), la teoría social cognitiva (Bandura, 1986) o el modelo transteórico (J. O. Prochaska & DiClemente, 1983), estos autores proponen tres enfoques para el cambio múltiple de conductas: un enfoque de los principios del cambio conductual, otro enfoque centrado en la categoría de la salud/conducta global, y, por último, un enfoque múltiple de comportamiento. De este modo se reconoce una vez más la importancia del cambio múltiple de las conductas de salud y, por ende, de la necesidad de profundizar en el estudio de las constelaciones de dichas conductas en su relación con la salud.

De todos los modelos y teorías de salud, ha sido el modelo transteórico el que ha recibido más apoyo en el estudio e intervención sobre múltiples conductas de riesgo para la salud desde la prevención terciaria, al tener en cuenta varios grados de preparación para el cambio en la conducta de riesgo (J. O. Prochaska et al., 2004, 2005). Concretamente, según este modelo, las personas que cambian sus conductas de salud progresan a través de cinco estados (J. O. Prochaska & DiClemente, 1983): precontemplación (no tiene la intención de cambiar en el futuro previsible), contemplación (tiene la intención de cambiar en los próximos 6 meses), preparación (tiene la intención de cambiar en los próximos 30 días), acción (ha realizado el cambio en los últimos 6 meses) y mantenimiento (hizo el cambio hace más de 6 meses). El modelo transteórico integra tres importantes conceptos para el examen y la intervención sobre las conductas de salud a través de las distintas fases: balance en la toma de decisiones, autoeficacia y procesos de cambio.

En definitiva, todos estos intentos teóricos se centran en la modificación individual de las conductas de riesgo para la salud de manera independiente, desde un enfoque de prevención terciaria. Sin embargo, la investigación no ha aportado aún suficiente información acerca de la intervención múltiple, en el ámbito poblacional y de prevención primaria y secundaria, es decir, para la población que todavía no tiene establecidas de manera permanente dichas conductas de riesgo, como es el caso de la población adolescente. Además, en esta etapa evolutiva es especialmente importante no solo prevenir la instauración de constelaciones de múltiples conductas que ponen en riesgo la salud, sino también aquellas intervenciones destinadas a promover y mantener los patrones múltiples de conductas que demuestren proteger su salud.

La investigación disponible hasta el momento aporta evidencias suficientes sobre la prevalencia de estilos de vida aislados de riesgo para la salud y de sus asociaciones con las características demográficas, incluidas asociaciones bivariadas entre las conductas de estilo de vida y otros factores relacionados con la salud. Sin embargo, solo una parte muy modesta de la investigación aborda las relaciones entre múltiples estilos de vida que protegen o promueven la salud, así como de los clústeres de esas variables y sus correlatos demográficos. En este sentido, queda patente la necesidad de identificar cómo se relacionan los contenidos de los estilos de vida para poner en riesgo o proteger la salud, así como la influencia de variables sociodemográficas y socioeconómica en dicha

relación (Atkins & Clancy, 2004; Coups, Gaba & Orleans, 2004). Así, tal y como señalan los editores invitados del número especial de la revista *Preventive Medicine*, dedicada al enfoque del cambio múltiple de las conductas de salud (*Multiple Health Behavior Change, MHBC*), el campo de la investigación en este ámbito es joven y sus límites están todavía sin definir (J. J. Prochaska, Spring & Nigg, 2008).