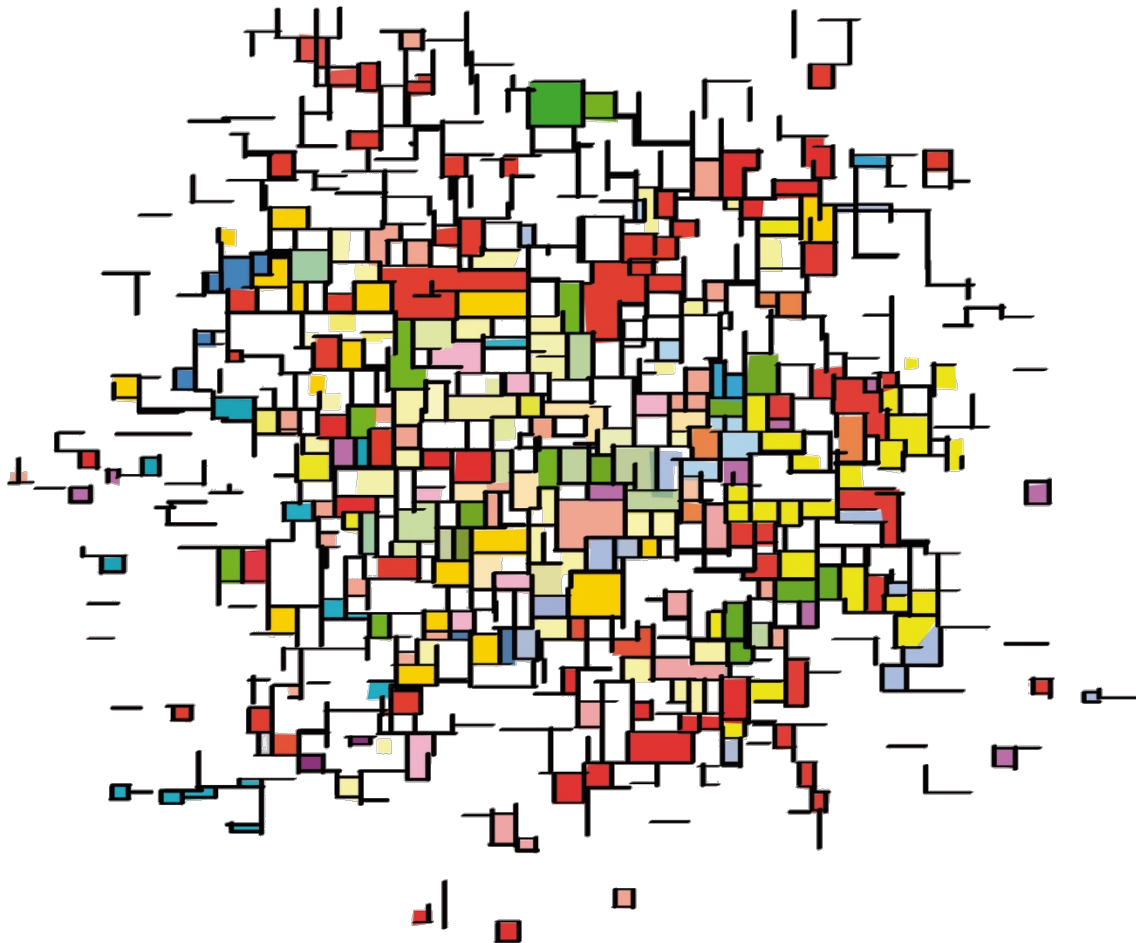


Departamento Psicología de la Salud
Facultad de Ciencias Socio-Sanitarias

TESIS DOCTORAL

Evaluación de variables psicosociales relacionadas con la percepción de riesgo y las conductas de salud en la adultez emergente

2017



Manuel Tirado Zafra-Polo

Dirigida por: Dra. María José Quiles Sebastián



Departamento Psicología de la Salud
Facultad de Ciencias Socio-Sanitarias

Manuel Tirado Zafra-Polo

Dirigida por: Dra. María José Quiles Sebastián

2017

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



María José Quiles Sebastián, Profesora Contratado Doctor del Departamento de Psicología de la Salud de la Facultad de Ciencias Socio-Sanitarias.

CERTIFICO QUE:

El presente trabajo, titulado **“Evaluación de variables psicosociales relacionadas con la percepción de riesgo y las conductas de salud en la adultez emergente”** ha sido realizado por **D. Manuel Tirado Zafra-Polo**, bajo mi dirección y reúne las condiciones para ser defendido ante el Tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Elche, a de de 2017.

Fdo. María José Quiles Sebastian.



Juan Carlos Marzo Campos, Profesor Titular de Universidad y Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Facultad de Ciencias Socio-Sanitarias.

INFORMA que,

Da su conformidad a la lectura de la Tesis Doctoral presentada por D. MANUEL TIRADO ZAFRA-POLO, titulada “**Evaluación de variables psicosociales relacionadas con la percepción de riesgo y las conductas de salud en la adultez emergente**”.

Y para que conste a los efectos oportunos, emite el presente informe en Elche
a de de 2017

Fdo. Juan Carlos Marzo Campos.

Director del Departamento de Psicología de la Salud

*A mis padres,
ejemplos de trabajo y
constancia*

*A Brigit, pilar de mi
vida y mi todo*

Agradecimientos

Quisiera comenzar agradeciendo a mi directora, María José, por todas las horas, trabajo, esfuerzo y dedicación que ha llevado conmigo y con este trabajo desde el primer momento, en el que siempre me ha atendido sin prisas y enseñándome cómo hay que tratar a los alumnos. Pero sobre todo quiero agradecerle la naturalidad con la que ha aceptado mis “despistes” y “desapariciones”, haciéndome que me sienta tranquilo y apoyado en todo momento. Gracias también a Yolanda y a Lidia, por ayudarme en cada “atasco”.

En segundo lugar, quisiera agradecer sinceramente a todos los universitarios y alumnos que han aceptado formar parte de la muestra de esta investigación, así como a los profesores que han cedido su espacio para que pudieran contestar los cuadernillos.

En tercer lugar, quiero agradecer a mis compañeros extraordinarios del CEU, su continua preocupación por el estado de esta tesis, por comprender los momentos de distanciamiento y por asumir parte de trabajo que no he podido hacer, y por apoyarme cada vez que lo he necesitado con sus risas, bromas e historias. Gracias Mariluz, Helena, Gloria, Alejandro, Néstor y Pedro, por todo esto y más. No podría imaginar mejores amigos de trabajo (que no simplemente compañeros). Gracias, de manera especial a Mariluz, por tu aportación artística al diseño de la portada. Gracias, Roberto, por tus aportaciones metodológicas y asesoramiento riguroso en formato APA, y por todo el tiempo dedicado a explicarme el funcionamiento de las ecuaciones estructurales. Gracias a Jacobo, por las largas charlas sobre la importancia de presentar la tesis y por preocuparte por el estado en el que estaba semana a semana. Gracias Anabel, Beatriz, Maira, Janet y Linda por ayudarme con las traducciones “imposibles”. Gracias María, Nuria y César, por permitirme dedicarle el tiempo que esta tesis me ha requerido.

También quiero agradecer a mi tío Jose, por su continua presión para que iniciara y acabara este trabajo, y por haberme abierto las puertas a lo que hoy es mi vida. Te lo agradeceré por siempre. A mi tía Rosa, quien siempre ha estado pendiente del estado de este trabajo y valorando en la distancia, las decisiones que he tomado en este periodo. Y al resto de mi familia Zafra-Polo por sus palabras de ánimo y, sobre todo, por creer en mí y en que sería capaz de hacerlo desde el minuto uno. A mi tío Manolo, por las risas diarias de sus mensajes que me permitían relajarme durante este trabajo y a mi tía Puri, por prepararme esas croquetas que me han dado fuerza para terminar la tesis.

A Luis, Juani y María, por facilitarnos los comienzos de nuestra nueva vida lejos de nuestra casa en el momento en el que empezaba esta andadura. A mis amigos Edu y Yasmina, por permitirme desconectar cuando lo he necesitado y por entender el escaso tiempo que a veces os he dedicado. Gracias por haberos convertido en parte de nuestra familia alicantina. A Lola, Rosi y Emilio, por acogerme como un miembro más de la familia y por el apoyo a todos los niveles que habéis hecho durante todo este tiempo.

A mis padres, Antonio y Fuensanta, por supuesto, quienes han luchado por mi educación, y me han permitido hacerme la persona que he querido ser. No existen palabras de agradecimiento suficientes que puedan abarcar todo lo que han dado y sacrificado por mí. Sois mi ejemplo a seguir y no podría soñar con maestros de vida mejores que vosotros. Quiero agradecer también a Antonio, Leticia, Hugo y Alicia todo el cariño y el ánimo que me mandan a distancia cada día y cada vez que nos vemos, y porque sin ellos tampoco sería quien soy.

Finalmente, quiero agradecer a Brigit, quien comenzó siendo mi compañera de clase, de beca, de proyectos, de másters, de trabajo y se convirtió en mi mejor amiga, mi psicóloga favorita y mi compañera de vida. Mi pilar fundamental para que este trabajo haya salido adelante. Gracias por apoyarme en todo momento, por comprenderme, por compartirlo todo conmigo, por creer en mí, por quererme y por quedarte siempre a mi lado. Gracias por tus ánimos y por ayudarme a no derrumbarme en los momentos más difíciles. Y gracias también a Kiko y Coco por su acompañamiento continuo y ronroneos sin fin.

Gracias en general, a todos los que me han acompañado en estos años alegrándose de los avances.

Índice

JUSTIFICACIÓN	1
Capítulo 1: ADULTEZ EMERGENTE	9
1.1. Historia y aparición de la adultez emergente.....	8
2.2 Teoría de la adultez emergente	12
a. Exploración de la identidad	12
b. Inestabilidad	14
c. Centrarse en uno mismo.	15
d. Sentirse en mitad	16
e. Posibilidades/optimismo	16
1.2.1 ¿Por qué crear una nueva etapa en el ciclo vital?	18
1.3 Desarrollo físico y saludable de la adultez emergente.....	19
1.4 Desarrollo cognitivo de la adultez emergente.	22
1.5 Desarrollo psicosocial de los adultos emergentes	24
1.6 Percepción de riesgo en la adultez emergente	25
1.6.1 Conducta de riesgo sexual.....	26
1.6.2 Conducta de riesgo vial	29
1.6.3 Consumo de alcohol y drogas.....	30
1.7 Conclusión	32
Capítulo 2: CONDUCTA DE RIESGO	35
2.1 La teoría del comportamiento problemático “Problem Behavior Theory”	45
2.2 Enfoque del desarrollo	47
2.3 Enfoque cognitivo.....	48
2.4 Rasgo de personalidad	51
2.4.1 Conducta de riesgo y búsqueda de sensaciones.	52
2.4.2 Conducta de riesgo y autoestima	58
2.4.3. Impulsividad y percepción de riesgo	64
2.4.4 Percepción de riesgo y felicidad	67
2.4.5 Percepción de riesgo y optimismo	70
2.4.6. Satisfacción vital y conducta de riesgo.....	73
2.4.7 Autoeficacia y conducta de riesgo.....	75
3. Variables sociales que influyen en la conducta de riesgo	78
3.1 Apoyo social	78
3.2 Satisfacción familiar	80
3.3 Bienestar social.....	82
Capítulo 3: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	87

Capítulo 4: MÉTODO	105
4.1. Participantes.....	106
4.1.1. Descripción de la muestra	106
4.2 Instrumentos	109
4.2.1 Variables psicológicas.....	109
4.2.2 Variables sociales	124
4.2.3 Conductas de salud.	128
4.3 Procedimiento	131
4.4 Análisis de datos.....	133
Capítulo 5: RESULTADOS	135
Parte I: Descriptivos	142
Parte II: Correlaciones	213
5.2.1 Correlación entre la percepción de riesgo con las variables psicosociales y de salud evaluadas.....	213
Parte III: Comparación de medias	218
Parte IV: Análisis de regresión.....	220
5.4.1 Percepción de riesgo y variables psicológicas	220
5.4.2 Percepción de riesgo y variables sociales.....	221
5.4.3 Percepción de riesgo, y conductas de salud.....	222
5.4.4 Conducta de riesgo y variables psicológicas.....	222
5.4.5 Conducta de riesgo y variables sociales	224
5.4.6 Conducta de riesgo y conductas de salud	225
Parte V: Ecuaciones estructurales	226
5.5.1 Representación gráfica del modelo hipotetizado.....	227
5.5.2. Resultados nivel global: índices de ajuste	229
5.5.3 Resultados nivel analítico del modelo hipotetizado.....	230
5.5.4 Representación gráfica del modelo alternativo	232
5.5.2. Resultados nivel global: índices de ajuste	234
5.5.5 Resultados nivel analítico del modelo alternativo	235
Capítulo 6: DISCUSIÓN	239
6.1 Perfil sociodemográfico, conductas de riesgo y variables psicosociales	288
6.1.1 Diferencias de género	289
6.1.2 Edad.....	296
6.1.3 Tipo de centro	300
6.1.4 Titulación	302
6.1.5 Situación sentimental.....	306
6.1.6 Estado civil de los padres	309

6.1.7. Nivel socioeconómico.....	312
6.2 Relación entre percepción de riesgo y las variables psicosociales	315
6.3 Diferencias en conductas de riesgo en función de la percepción de riesgo.....	317
6.4 Relación de las variables independientes sobre las variables dependientes de percepción de riesgo y conducta de riesgo.....	318
6.4.1 Variables psicosociales y de salud que predicen la percepción de riesgo.....	319
6.4.2 Variables sociales que predicen la percepción de riesgo	320
6.4.3 Variables de salud y que predicen la percepción de riesgo.....	321
6.4.4 Variables psicológicas que predicen la conducta de riesgo.....	322
6.4.5 Variables sociales que predicen las conducta de riesgo.....	324
6.4.6. Conductas de salud que predicen el comportamiento de riesgo.....	326
6.5 Modelo de ecuaciones estructurales	326
6.6. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.....	328
Capítulo 7: CONCLUSIONES.....	289
Capítulo 8: BIBLIOGRAFÍA.....	291
Capítulo 9: ANEXOS	343

JUSTIFICACIÓN

Tradicionalmente las etapas del ciclo vital, se han dividido en infancia, adolescencia, adultez y senectud, cada uno a su vez, dividido en subetapas (Papalia, 2012). Así, la bibliografía y la sociedad siempre ha identificado la adolescencia como etapa en la que se formaba y se consolidaba la personalidad, llegando a su madurez plena cuando se alcanzaban los 18 años, momento en el que el adolescente pasaba a ser llamado adulto, con todas las responsabilidades sociales, legales y emocionales que eso conlleva.

Sin embargo, en los últimos años existe una percepción generalizada de que cada vez la adolescencia se prolonga más en el tiempo, de modo que los jóvenes que alcanzan los 18 años en esta época, distan mucho de los que cumplían 18 años en la década de los 50 o 60. Los estudios de Arnett (2000), han puesto de manifiesto que, efectivamente, se está produciendo un retraso en alcanzar la madurez de la adultez en los jóvenes actuales producidos, entre otras causas, por la crisis económica y por el desarrollo tecnológico. Sin embargo, estos jóvenes de entre 18 y 25-29 años, aunque comparten rasgos con los adolescentes y con los adultos, no reúnen las características para ser clasificados en ninguna de las dos etapas del ciclo vital. Es por esto que en la teoría de Arnett (2015), se desarrolla la teoría de la adultez emergente en la que se describen características distintivas de los jóvenes que aún no han alcanzado la madurez de la adultez, pero tampoco llevan la misma vida que los adolescentes. Se trata de una etapa caracterizada por una *exploración de la*

identidad mucho mayor que durante la adolescencia, debido a la libertad e independencia que les ofrece la edad; por una *inestabilidad*, donde los cambios de hogar, de trabajo, de amigos y de compañeros de estudios, cambian con mayor frecuencia que durante la infancia o la adolescencia; por *centrarse en uno mismo*, ya que se considera una etapa en la que el adulto emergente debe dedicar tiempo a conocerse, a probar y equivocarse para así poder comprender sus emociones y reacciones; por un *sentirse en mitad* de la adolescencia y la adultez. En este sentido, no se identifican con los adolescentes, porque se ven más maduros, sin embargo, aún no se sienten con la suficiente madurez para hacer frente a las responsabilidades de los adultos; y por último, es una etapa caracterizada por el gran abanico de *posibilidades*. Es decir, se trata de un momento en el que hay que tomar decisiones que van a condicionar el camino por el que va a transcurrir el resto de la vida, y se trata de un momento en que tienen cabida multitud de opciones y, prácticamente, cualquier decisión podría ser aceptable.

Por tanto, nos encontramos ante una etapa que sigue a la adolescencia, que tiene características similares, pero con mayor autonomía y libertad. Por este motivo, es un periodo cargado de exploraciones en muchos ámbitos de su vida, lo que puede llevar a realizar conductas que pongan en peligro su salud (Johnston et al., 2012; Ravert, 2013). Tradicionalmente, el estudio de las conductas de riesgo se ha centrado en la etapa adolescente, sin embargo, en los últimos años se ha observado la importancia de investigar este tipo de comportamientos sobre los adultos emergentes.

De este modo, en este trabajo pretendemos hacer un recorrido histórico sobre las principales teorías e investigaciones relacionadas con el comportamiento de riesgo, especialmente, analizando el papel que juega la percepción de riesgo sobre el momento de tomar la decisión de participar en actividades de riesgo. Existen teorías cognitivas que han explicado a lo largo de la historia la toma de decisiones en diferentes ámbitos. Así encontramos, entre otras, la teoría de la acción planeada de Azjen y Fishbein (1980), el modelo de creencias de salud de Rosentock (1974) o la teoría de la autorregulación (Kanfer, 1970), que hacen una aproximación a lo que podría ser entendido como percepción de riesgo como uno de los factores determinantes para tomar la

decisión de participar o no participar en una actividad. Sin embargo, en ninguno de los casos se explica cómo se formaría esta percepción de riesgo. Este punto va a suponer un objetivo importante en el desarrollo de este trabajo.

Esta tesis doctoral tiene dos partes diferenciadas. La primera parte del trabajo está dividida en dos capítulos dedicados a la elaboración de un marco teórico en el que apoyar la segunda parte del trabajo. El capítulo primero, está dedicado a realizar un recorrido histórico que justifica la creación de la nueva etapa de la adultez emergente, a explicar la teoría de Arnett (2015), y a describir en detalle las características físicas, cognitivas y psicosociales de los adultos emergentes. El capítulo finaliza describiendo el tipo de comportamientos que suelen llevar a cabo los adultos emergentes en relación a la sexualidad, a la seguridad vial y al consumo de sustancias.

El segundo capítulo, está dedicado a detallar en profundidad los conceptos de conducta de riesgo y percepción de riesgo. En él, aparecen descritas una serie de teorías que han hecho referencia a estos conceptos. Posteriormente se relatan las principales variables psicosociales que tradicionalmente se han vinculado con el comportamiento de riesgo, tales como la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la autoestima, la satisfacción vital, el optimismo, la felicidad, el apoyo social, la satisfacción familiar y el bienestar social.

La segunda parte del trabajo está formado por un estudio empírico que pretende explicar la formación de la percepción de riesgo a partir de una serie de variables psicosociales y demográficas, así como proponer un modelo que explique la relación de las variables evaluadas sobre la toma de decisiones en el comportamiento de riesgo o de salud. Así, el capítulo tercero expone los objetivos e hipótesis que se plantean en el trabajo. El capítulo 4, está destinado a describir la muestra e instrumentos utilizados, así como el procedimiento y los análisis estadísticos que se han seguido. En el capítulo 5, se muestran los datos y resultados hallados en el estudio empírico. El capítulo 6, está dedicado a discutir los hallazgos encontrados en la investigación. En el capítulo 7, podrán encontrarse las principales conclusiones de este trabajo y, en el capítulo 8, podrá consultarse la bibliografía en la que se ha basado la investigación. Finalmente,

podrán consultarse en los anexos los documentos utilizados tanto para la evaluación de la muestra, como el consentimiento informado en el capítulo 9.

CAPÍTULO 1:

ADULTEZ EMERGENTE

*Let me photograph you in this light in case it is the last time
That we might be exactly like we were before we realized
We were sad of getting old, it made us restless
When we were young...*

WHEN WE WERE YOUNG -ADELE- 2015

*(Deja que te fotografie con esta luz por si es la última vez
que podemos ser exactamente como éramos antes de darnos cuenta
de que hacernos mayores nos pone tristes y que nos inquieta.
Cuando éramos jóvenes...)*

WHEN WE WERE YOUNG-ADELE - 2015

CAPÍTULO 1

ADULTEZ EMERGENTE

A lo largo del primer capítulo, se va a hacer un recorrido por el concepto de Adulthood Emergente que Arnett (2000), introdujo como nueva etapa diferenciadora, que se situaría entre la adolescencia tardía y La adultez temprana. A continuación, se explicará la teoría desarrollada por el mismo autor, donde se explica por qué debe ser considerada un nuevo estadio del ciclo vital. Posteriormente, se van a comentar las principales características que aparecen tanto en el desarrollo físico, como cognitivo-emocional y social de los adultos emergentes. Para finalizar el capítulo se comentará la vinculación que la adultez emergente tiene sobre el comportamiento de riesgo a nivel sexual, vial, y de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales.

1.1. Historia y aparición de la adultez emergente

Alrededor de los años 60, la mayoría de jóvenes de 21 años se encontraban con sus estudios completados, a punto de casarse (si no lo estaban ya), cuidando de un bebé (o esperando uno) y asentados con un trabajo o con el rol de padre o madre para toda la vida. Los jóvenes de aquella época crecían muy rápido y tenían que tomar decisiones importantes sobre su vida a una edad muy temprana (Arnett, 2015). Actualmente, la vida de los jóvenes de 21 años es completamente diferente. El matrimonio y la paternidad no se plantean hasta, por lo menos, 6 años más tarde. Los estudios no terminan hasta varios años después, los cambios de trabajo son frecuentes y los jóvenes no buscan un trabajo solo donde se les pague bien, sino uno donde también disfruten.

Para los jóvenes del siglo XXI, el camino hacia la adultez es más largo. Desde la adolescencia temprana hasta los 28-29 años, exploran las posibilidades que tienen disponibles, tanto en el trabajo como en el amor, y poco a poco se van enfrentando a tomar decisiones importantes en su vida. Esta libertad de explorar diferentes opciones es emocionante ya que es el momento de luchar por los grandes sueños y deseos. Aun así, es una época de ansiedad, porque las vidas de estos jóvenes aún no están asentadas y la mayoría de ellos no saben hacia dónde quieren dirigir sus vidas. Luchan contra la incertidumbre, porque, aunque se encuentran con mucha más libertad que cuando eran niños, aún no son capaces de soportar todo el peso de la responsabilidad que tienen los adultos (Arnett, 2015).

Este periodo no es simplemente una “adolescencia extendida”, porque es una etapa muy diferente a la adolescencia, con mucha más libertad e independencia. Pero tampoco es una “adultez temprana”, ya que este término implica un estado de madurez que aún no han adquirido, ya que la mayoría de los veinteañeros no han alcanzado la transición asociada al estatus de los adultos (especialmente casarse y tener hijos) y la mayoría de ellos sienten que aún no han alcanzado la adultez. Es una nueva etapa del ciclo vital sin precedentes, así que necesita una nueva terminología. Por eso, Arnett (2000) propone el término “adultez emergente”.

En 1960 la edad media para casarse era de 20.3 años para mujeres y de 22.8 años para hombres. Estas edades han ido aumentando progresivamente hasta que observamos que, en 2010, la edad típica para casarse era alrededor de los 26 años en las mujeres y 28 para los hombres. El hecho de posponer el momento de casarse y tener hijos ha creado este nuevo espacio en el ciclo vital (Stritof y Feuerman, 2017).

Para Arnett (2014), este fenómeno viene determinado por una serie de cambios sociales que han tenido lugar desde 1960 hasta la actualidad: *revolución tecnológica, revolución sexual, el movimiento de las mujeres y el movimiento juvenil*. A continuación justificamos en profundidad cómo estos cambios han influido en el desarrollo humano:

La *revolución tecnológica*, se refiere a que el desarrollo de las tecnologías ha modificado la economía completamente. Debido a los avances en este ámbito, las máquinas son capaces de realizar trabajos para los que antes se necesitaba a varias personas, lo que ha provocado un descenso importante en los puestos de empleo disponibles (McGill y Bell, 2013). En consecuencia, los puestos de trabajo manuales han descendido drásticamente, dando lugar a un incremento de los puestos de trabajo en el sector servicios, que requieren habilidades de información y formación en tecnología (McGill y Bell, 2013). Este nuevo sistema requiere que los jóvenes estén bien formados, especialmente para los puestos de mayor estatus y salario. Se hace evidente entonces, que la mayoría de jóvenes deben seguir sus estudios más allá del instituto. Esto implica que los jóvenes tienen que posponer sus planes de casarse y de ser padres hasta después de haber completado su formación (Arnett y Taber, 1994).

El segundo cambio, la *revolución sexual*, viene de la mano del desarrollo tecnológico, con el descubrimiento de la píldora anticonceptiva, en 1964. La facilidad y la disponibilidad de esta pastilla ha llevado directamente hacia la revolución sexual que comenzó a final de los años 60, incluyendo unas normas menos estrictas sobre la moralidad sexual. Actualmente está bastante aceptado que los jóvenes no tienen que casarse para mantener relaciones sexuales estables con una pareja. Hoy en día, la mayoría de las personas mantienen relaciones sexuales antes del matrimonio (Regnerus y Ueker, 2009), y no es algo

a lo que la gente se oponga, a no ser que el inicio ocurra a una edad demasiado temprana o que se hayan tenido muchas parejas sexuales. Aunque no existen unos parámetros o normas específicos sobre los comportamientos sexuales, la mayoría de personas tolera que estos contactos comiencen entre los jóvenes dentro de una relación amorosa.

El tercer cambio es *el movimiento de las mujeres*. A partir de este movimiento, las opciones de las mujeres jóvenes se han incrementado significativamente, en la manera en que las obligaciones que tenían como adultas, hace 50 años, no encajan con las aspiraciones de las jóvenes de hoy. Las mujeres de 1960 tenían una gran presión social por “cazar un hombre” (Silva, 2013). Quedarse soltera no era una opción viable para su estatus social y muy pocas mujeres asistían a la Universidad. Las profesiones a las que podían acceder se reducían a secretaria, camarera, maestra o enfermera. Incluso estos trabajos se suponían que eran temporales para las mujeres jóvenes, porque lo que se esperaba de ellas es que buscaran un marido y tuvieran hijos. No parecían tener otras opciones. Afortunadamente, todo esto ha cambiado. En cualquier nivel de educación, desde el colegio hasta la Universidad, hay un número mayor de chicas que de chicos. El 75% de estudiantes de las universidades son mujeres (Arnett, 2014). Las ocupaciones a las que tienen acceso las mujeres actualmente, son ilimitadas y, aunque los hombres todavía predominan en algunos campos, mujeres y hombres son idénticos en los grados de medicina, empresa o abogacía. Con muchas opciones abiertas y con menos presión para casarse a los 21 años, la vida de las jóvenes ha cambiado drásticamente, y la mayoría quiere disfrutar de la libertad, aprovechando al máximo los años de su adultez emergente, antes de casarse y tener hijos.

El cuarto y último motivo que ha propiciado estos cambios es *el movimiento juvenil*. Este movimiento de los jóvenes, que ocurrió entre los años 60 y 70, rechazaba la adultez y promovía el ser, el actuar y el sentirse joven. Como consecuencia de este movimiento juvenil, hubo un profundo cambio en la manera en que los jóvenes veían el sentido y el valor de convertirse en adulto, y asumir los roles de esposos, padres y trabajadores. Los jóvenes de 1950 estaban deseando entrar en la adultez e independizarse (Modell, 1989). Tal vez porque crecieron en épocas difíciles como la II Guerra Mundial o Guerras Civiles

y lo que perseguían era la estabilidad que le ofrecía un trabajo, un matrimonio, una casa o unos hijos. Además, como muchos de ellos tenían planeado tener, tres, cuatro, cinco hijos o más, tenían una buena razón para empezar a procrear pronto para tener todos los niños que tenían pensado con un espacio de tiempo razonable entre ellos.

Como dice Arnett (2015), los jóvenes de hoy, por el contrario, ven la adultez y sus obligaciones de un modo completamente diferente. Durante su adolescencia tardía y los primeros años de la veintena, el matrimonio, la casa y los niños, no solo no son percibidos como logros personales, sino que son percibidos como aspectos que se deben evitar. La mayoría de ellos prefieren alcanzar esos roles cuando alcancen la edad de 30 años. Es simplemente que durante la adolescencia tardía y la adultez emergente ponderan sus obligaciones y piensan “sí, pero todavía no”. La adultez y los compromisos que conlleva, ofrecen seguridad y estabilidad, pero también representan una puerta cerrada, el final de la independencia, de la espontaneidad y de la sensación de que cualquier opción es posible.

Aunque el incremento de la adultez emergente se refleja en un aumento de la edad de casarse y de ser padres, la edad en la que se contraía matrimonio a principio del Siglo XXI también era relativamente alta, especialmente para los hombres (Kett, 1977). Lo que ha cambiado ahora es que los jóvenes tienen más libertad para explorar un amplio rango de posibilidades al finalizar sus estudios escolares. Los jóvenes del pasado, tenían bastantes más limitaciones, desde las exigencias de los roles de género hasta la manera de ganarse la vida, lo que les impedía disfrutar de sus últimos años de la adolescencia para explorar cualquier opción antes de asentarse. Por el contrario, la adultez emergente disfruta de una libertad sin precedentes.

Recientemente, una generación nacida a partir del año 2000, parece que comparten una serie de características como la obsesión por los medios de comunicación. Los cambios que han provocado la aparición de la adultez emergente parece que han llegado para quedarse. Según parece, hay pocos motivos para dudar de que los jóvenes del siglo XXI van a experimentar un periodo de exploración y de inestabilidad que dura desde la adolescencia tardía

hasta la veintena. Es por esto que Arnett (2014), piensa que la adultez emergente debería ser reconocida como un nuevo estadio que estará presente durante muchas generaciones venideras.

2.2 Teoría de la adultez emergente

En esta teoría, Arnet (2000), intenta justificar por qué la adultez emergente implica una nueva etapa del ciclo vital claramente diferenciada de la adolescencia (una etapa previa) y de la adultez (una etapa que aún no se ha alcanzado). En ella, se describen cinco características propias de esta etapa que caracterizan a estos jóvenes:

a. Exploración de la identidad

Responder a la pregunta de “¿quién soy yo?” y de explorar las diferentes opciones que tiene en la vida, especialmente en el trabajo y el amor. Durante esta exploración, surge el desarrollo de la verdadera identidad, donde se clarifica su sentido de quiénes son y qué quieren hacer con su vida. La adultez emergente aparece como una etapa en la que los jóvenes son más independientes de sus padres, se mudan de casa, aunque no se asientan de manera estable como lo harán en la vida adulta. Es cierto que es durante la adolescencia cuando, tradicionalmente, se ha asociado a la formación de la personalidad. En 1950, Erikson propuso la distinción entre “identidad y rol”, como la crisis central de la adolescencia, que se resolvía durante esta etapa de la vida. Sin embargo, Erikson también aclaró que la adolescencia prolongada, típica de los países industrializados, y la moratoria psicosocial que los jóvenes tenían en la sociedad, durante la cual, los jóvenes adultos tenían libertad de pensamiento y libertad para experimentar sobre sus roles, también tenían cabida en algunas secciones de la sociedad (Erikson, 1968).

Décadas después, esta observación se aplica a la mayoría de jóvenes. Si la adolescencia ocupa una etapa desde los 10 a los 18 años, y la adultez temprana es el periodo desde los 18 a los 25 (aproximadamente), la mayor parte de la exploración de la identidad tiene lugar más en la adultez emergente que en la adolescencia. Además, estudios identifican que es poco frecuente que los

adolescentes logren alcanzar y comprender su identidad al acabar el instituto y, por tanto, deben seguir buscándola hasta bien entrados en los veinte (Scwartz, Zamboanga, Luyckx, Meca y Richie, 2015).

Tanto en el amor como en el trabajo, el proceso de la formación de la identidad comienza en la adolescencia, pero se intensifica en la adultez emergente. En el área de las relaciones románticas, el amor tiende a ser provisional y transitorio durante la adolescencia (Furman, Brown y Feiring 1999). La pregunta que se plantean es “¿con quién me gustaría estar aquí y ahora?”. Al contrario que en las relaciones de los adultos emergentes, donde se busca una conexión más profunda e íntima, donde el amor responde a la pregunta “¿qué tipo de persona soy y qué clase de persona me conviene mejor para compartir toda la vida?” (Shulman y Connolly, 2013).

A través de las relaciones con diferentes personas, los adultos emergentes aprenden acerca de cuáles son las cualidades más importantes de ellos para otras personas y cuáles son las que más disgustan y molestan.

En el ámbito del trabajo, también hay un contraste similar entre la exploración adolescente, que suele ser experimental y transitoria y la de los adultos emergentes, que persiguen encontrar un trabajo que les ofrezca estabilidad y que se adapte al ideal de persona que quieren ser. Durante la adultez emergente, la experiencia laboral está más orientada a labrar un futuro trabajo que le permita establecerse de manera autónoma y de acuerdo a su identidad. En este sentido la pregunta que persigue es “¿qué tipo de trabajo se me da bien? ¿En qué tipo de trabajo me sentiría satisfecho a largo plazo? ¿Qué probabilidad tengo de obtener un trabajo que encaje con mi identidad?”

Tanto en el amor como en el trabajo, las exploraciones durante la adultez emergente incluyen, a menudo, errores y decepciones. Sin embargo estas decepciones permiten entenderse a uno mismo y formar su propia identidad.

Aunque los adultos emergentes se centran en ser más serios en sus decisiones que cuando eran adolescentes, este cambio se hace de una manera gradual. La mayoría de exploraciones de la identidad durante este periodo se siguen haciendo por mera diversión, como un juego, como una manera de

almacenar experiencias nuevas y de vida antes de asentarse y asumir las responsabilidades de la adultez (Ravert, 2009). Para los jóvenes que quieren tener una variedad de experiencias amorosas y sexuales, la adultez emergente es la edad ideal para eso.

b. Inestabilidad

La búsqueda incansable que los veinteañeros llevan a cabo durante su adultez emergente contribuye a que su vida no sea del todo estable. Sin embargo, saben que, tarde o temprano, deberán encontrar una estabilidad en su vida que les permita asentarse y desarrollar sus roles como adultos. Para la mayoría, su plan de vida sufre varias revisiones durante los años de la adultez emergente (Greenspan, 2000). Estas revisiones son consecuencias naturales de las exploraciones que hacen de su identidad. Así, puede que tras seleccionar universidad, no se encuentren a gusto con sus estudios, o que descubran que no se les dé bien seguir el ritmo de las clases, o que simplemente hayan decidido comenzar a trabajar después del instituto y se den cuenta de que necesitan formación en algún aspecto de su vida. O tal vez, hayan decidido mudarse con su pareja para comenzar un futuro en conjunto, pero se den cuenta de que esa relación no tiene futuro. En todos estos casos, los adultos emergentes deben revisar su plan. Con cada revisión del plan, aprenden algo sobre ellos mismos y dan un paso adelante para aclarar qué tipo de futuro quieren para ellos. Pero incluso si logran alcanzar el éxito en alguno de los aspectos de su vida, eso no significa que su vida deje de ser inestable. La mejor manera de ilustrar esta inestabilidad es observar las veces que se mudan de residencia. La primera mudanza se hace para dejar la casa, generalmente para ir a estudiar a la Universidad (Goldscheier y Goldscheier, 1999). Durante este periodo suelen vivir con compañeros de piso con los que pueden llevarse bien o no. Es posible que cambien de residencia si la convivencia con compañeros no es positiva. Puede que más adelante se muden con su pareja. Normalmente la convivencia dirige al matrimonio, pero a veces no, y cuando no es así, deben mudarse otra vez. Y puede que casualmente, una de las mudanzas que llevan a cabo los adultos emergentes sea para volver a la casa familiar (Arnett y Schwab, 2012).

Todas estas mudanzas hacen que la adultez emergente sea una época de inestabilidades, pero también refleja la exploración de la identidad que se lleva a cabo durante esta edad. Muchas de las mudanzas se hacen como fruto de estas exploraciones, ya sea en el trabajo, en el amor o en la educación. De modo que exploración e inestabilidad parecen ir de la mano.

c. Centrarse en uno mismo.

Se trata de la época de la vida en la que las obligaciones con los demás son mucho menos importantes que los intereses propios. No hay una etapa de la vida en la que se esté más centrado en uno mismo que en la adultez emergente. Los niños y los adolescentes son un poco egocéntricos, pero siempre tienen adultos o profesores a los que preguntarles en determinadas situaciones, ya que casi todos viven con al menos uno de los padres. Hay normas de casa y reglas que seguir, y si se rompen pueden enfadar a algún miembro de la familia. Los padres siguen la pista de qué se está haciendo y dónde se está. Aunque los adolescentes crecen siendo más independientes que cuando eran niños, siguen siendo parte del sistema familiar y tienen que seguir rindiendo cuentas a los padres diariamente. Además, casi todos asisten al colegio, incluso aunque no les apetezca, donde los profesores también establecen unas normas a seguir y se exige un comportamiento determinado.

Cuando llega el momento de salir de casa, durante la adultez emergente, se plantean muchas decisiones que se tienen que tomar de manera independiente. ¿Qué cenar? ¿Cuándo lavar la ropa? ¿Cuál es la hora de vuelta a casa? Hay muchas decisiones que son fáciles, sin embargo, también tienen que tomar decisiones complicadas por ellos mismos ¿A qué Universidad ir? ¿Trabajar a la vez que estudiar? ¿Cambiar de compañeros? ¿Finalizar con una relación sentimental? Incluso para los adultos emergentes que siguen viviendo en casa con los padres, tienen que tomar muchas de estas decisiones. Por supuesto que pueden pedir consejo tanto a padres como a amigos, sin embargo, estas situaciones obligan a reflexionar y aclarar las ideas sobre lo que realmente quieren.

Centrarse en uno mismo no significa ser egocéntrico, y no hay nada de peyorativo al decir que esta etapa está caracterizada por centrarse en sí mismo. Centrarse en sí mismo es algo temporal, natural y saludable. Así se desarrollan las habilidades de la vida diaria, se consigue entender quiénes son y qué quieren en la vida, y se comienza a construir la base de lo que serán cuando alcancen la adultez. El objetivo de centrarse en sí mismo es aprender a estar solo y ser una persona autosuficiente.

d. Sentirse en mitad

Los adultos emergentes se sienten en una transición: ya no se consideran adolescentes, pero tampoco adultos. La razón por la que los adultos emergentes se sienten así es debido al criterio que tienen de lo que significa ser adulto. En un estudio transcultural (Facio y Micocci, 2003), se determinaron que los criterios principales que tenían los jóvenes sobre lo que implicaba ser adulto eran tres:

- Ser responsable de uno mismo
- Tomar decisiones de manera independiente
- Ser independiente económicamente

Estos tres criterios son graduales y se van consiguiendo poco a poco. A pesar de que los adultos emergentes comienzan a sentirse adultos en el momento en el que alcanzan los 18 o 19 años, la mayoría de ellos no se sienten completamente adultos hasta que no se encuentran en la segunda mitad de sus veinte. Mientras tanto se sienten a medio camino entre la adolescencia y la adultez.

e. Posibilidades/optimismo

La adultez emergente es la etapa de las posibilidades, donde cualquier tipo de futuro es posible, donde aún hay poco decidido sobre el rumbo que va a tomar la vida. Suele ser una etapa llena de deseos y de grandes expectativas, en parte debido a que pocos sueños se han podido poner a prueba realmente. Durante la adultez emergente se mira hacia el futuro, y se imagina un trabajo

bien pagado y con el que se disfrute, un matrimonio romántico con su alma gemela y unos niños perfectos de los que cuidar.

Otro aspecto que hace de la adultez emergente una época de posibilidades, es la capacidad para cambiar drásticamente la dirección de su vida. A pesar de que han abandonado el hogar familiar, aún no se han comprometido con otras relaciones y obligaciones. Esto es especialmente importante para los jóvenes que han crecido en condiciones difíciles. Es difícil criarse en una familia caótica o infeliz, porque al final del día, los niños o adolescentes vuelven a casa y los problemas familiares terminan por reflejarse en aspectos de su propio comportamiento. Si los padres se pelean, ellos lo escuchan. Si los padres viven en la pobreza, ellos también. Si un padre es adicto al alcohol o a las drogas, rompe el funcionamiento del resto de la familia. Sin embargo, durante la adultez emergente, el hecho de salir del hogar familiar permite que se abra una serie de oportunidades para cambiar su vida completamente.

Incluso para aquellos que vienen de familias saludables y felices, la adultez emergente es una oportunidad para transformarse y ser las personas que quieren ser. Tienen la opción de decidir qué tipo de decisiones quieren tomar. Finalmente, todos los adultos emergentes acabarán tomando decisiones que influirán en el resto de su vida.

Una vez explicados las cinco características de la teoría de la adultez emergente de Arnett, estudios indican que esta época abarca la edad de los 18 a los 25 años en las sociedades desarrolladas. Aun así, para mucha gente, alcanzar la edad de 25 años no implica alcanzar la transición completa a la adultez, sino que muchos de ellos necesitarán más tiempo, probablemente hasta cerca de los 30 años (Arnett y Walker, 2014).

1.2.1 ¿Por qué crear una nueva etapa en el ciclo vital?

¿Por qué no llamar a este periodo simplemente adolescencia tardía, si es verdad que este grupo aún no ha alcanzado la adultez? O ¿por qué no llamarlos jóvenes adultos, si aceptamos que han alcanzado la adultez pero queremos distinguirlos del resto de adultos? O ¿por qué no simplemente llamarlos jóvenes?

Según las investigaciones de Arnett (2015), adolescentes y adultos emergentes tienen características en común, sin embargo sus vidas son muy diferentes. Ya no viven en el hogar familiar, han alcanzado su madurez física, asisten a la universidad, pueden votar, pueden firmar documentos legales, son responsables de sus actos... De modo que las diferencias entre ambas etapas son bastante grandes como para seguir llamando a esta etapa “adolescencia tardía”.

Por otro lado, el término de “adultos jóvenes” tampoco encaja con esta etapa. Están en el camino, pero aún no han alcanzado la adultez. Además, tradicionalmente, el uso de adultos jóvenes ha incluido rangos de edad inespecíficos, incluso para hacer referencia a personas de 40 años (Keniston, 1971). De modo que si llamamos adultos jóvenes a aquellas personas que se encuentran en los veinte, ¿cómo se llamaría a los que tienen 30 años?

Finalmente, el término de “adultez emergente” podría también ser sustituido por “jóvenes”, sin embargo, este también es un término demasiado impreciso; puede englobar desde la infancia hasta la adultez media. Por eso, dado que es una etapa que está surgiendo en las últimas décadas, Arnett encuentra necesario crear un nuevo término para designar a este rango de edad específico.

1.3 Desarrollo físico y saludable de la adultez emergente

Aunque la salud y el estado físico de los adultos emergentes dependen de los propios genes, los hábitos de alimentación y de consumo de sustancias juegan un papel determinante. Estos factores ambientales pueden provocar cambios epigenéticos en la expresión de algunos genes, de manera que se produzcan consecuencias más o menos permanentes (Dolinoy y Jirtle, 2008).

Normalmente, los adultos emergentes gozan de un buen estado físico y de salud. En las últimas décadas se ha reducido significativamente la mortalidad de este grupo de edad (Kochanek, Murphy, Anderson y Scott, 2004), siendo la principal causa de mortalidad los accidentes fortuitos (Xu, Kochanek, Murphy, y Tejada-Vera, 2010).

Los aspectos físicos, cognitivos y emocionales del desarrollo son consecuencias directas de la relación existente entre la conducta y la salud. Sus conocimientos sobre los hábitos saludables van a influir en comportamiento y en las decisiones que tomen en su día a día. Aunque no es suficiente conocer la información sobre los buenos hábitos de salud: la personalidad, las emociones y el ambiente social que los rodea influyen sobre las conductas de salud que deciden llevar a cabo.

Así, se pudo ver en una investigación longitudinal de 15 años relacionada con **la alimentación**, que aquellos jóvenes de entre 18-30 años que incluían con frecuencia las frutas en su dieta, tenían menos probabilidad de sufrir hipertensión que aquellos cuya principal fuente de alimentación era la carne (Steffen Smith, Larson y Butler, 2006). Además, se ha observado un incremento notable en los índices de **obesidad** en esta etapa del ciclo vital, ya que como media, tanto hombres como mujeres pesan 10.8 kilogramos más que en 1960, a pesar de que la altura no ha aumentado considerablemente, alcanzándose así una cifra de hasta el 68% de la población americana con tasas de sobrepeso y obesidad (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

Aunque comer demasiado y tener exceso de peso es el trastorno alimentario más común, no debemos olvidar, aquellas personas que desean mantener un peso bajo, problema muy frecuente en muchos países

desarrollados (Makino, Tsuboi y Dennerstein, 2004). En general, la tasa de prevalencia de los trastornos alimentarios de **anorexia y bulimia en España** son de entre 4.1% y 6.4% (Olesti et al., 2008)

La **actividad física** no solo contribuye a desarrollar un funcionamiento físico saludable (fortalecer el corazón y los pulmones, reducir la presión arterial, construcción de músculos, reducción de enfermedades...) sino que también contribuye a aliviar la ansiedad y la depresión (Barnes y Schienborn, 2003; Berstein et al., 2005). Además, el ejercicio físico también se relaciona con el desarrollo cognitivo, a la vez que favorece el desarrollo de una mente saludable (Kramer, Erickson y Colcombe, 2006).

En relación al **tabaquismo**, fumar no solo se relaciona con el cáncer de pulmón, sino que trae asociada una serie de riesgos como cardiopatías, apoplejías y enfermedades crónicas (NCHS, 2004). Los adultos emergentes son los más propensos a fumar. Más del 40% de las personas entre 21 y 25 años informan que fuman cigarrillos (Samhsa, 2007a). En vista de los riesgos conocidos resulta extraño que haya tanta gente que comience a fumar. Las posibles razones que explican este comportamiento podrían ser: que fumar es adictivo; la tendencia a la adicción puede ser genética y ciertos genes pueden afectar a la capacidad de dejar el hábito (Lerman et al., 1999). Además, el tabaquismo, tiene una fuerte asociación con un nivel socioeconómico; los adultos con una educación inferior tienen una probabilidad tres veces mayor de fumar que los que tienen una licenciatura o un grado superior (NCHS, 2008).

Por otro lado, el **consumo de drogas ilegales** alcanza el punto más alto entre los 18 y 25 años. A medida que los adultos emergentes van encontrando la manera de asentarse, y asumen responsabilidades, tienden a reducir el consumo de drogas (SAMHSA, 2008). En general, aunque una gran mayoría experimentará con el consumo de alcohol, tabaco y marihuana, una proporción mucho menor de jóvenes lo harán con otro tipo de sustancias como el éxtasis, metanfetamintas o heroína (Johnston, O'Malley, Bachman y Schulenberg, 2009).

En relación al **consumo de alcohol**, el consumo de alcohol alcanza su punto más alto durante la adultez emergente. Entre las personas de 18 a 25 años, aproximadamente 57% de las mujeres y el 65% de los hombres consumen

alcohol de manera regular (SAMHSA, 2008). La Universidad parece el momento y el lugar principal para ingerir bebidas alcohólicas, y los universitarios suelen beber con más frecuencia que los jóvenes no universitarios (SAMHSA, 2004).

El consumo de alcohol durante la adultez emergente se relaciona con una serie de actividades como accidentes de tráfico, delitos, contagio de enfermedades de transmisión sexual (Leigh, 1999), con el consumo de sustancias ilegales y tabaco (Hingson, Heeren, Winter y Wechsler, 2003) y con la probabilidad de llevar a cabo ataques sexuales (Brecklin y Ullman, 2010).

Se ha visto que un desarrollo saludable está muy relacionado con la calidad de **las relaciones sociales**. En este sentido, dos aspectos han encontrado relación directa con la salud: la *integración social* y el *apoyo social* (Cohen, 2004).

La *integración social* es la participación activa en una amplia variedad de relaciones, actividades y roles sociales (pareja, vecino, amigo, estudiante...). Estas redes sociales van a influir de manera directa sobre el estado emocional y de salud y van a influir para llevar a cabo conductas saludables como la realización de actividad física, alimentación saludable y abstinencia en el consumo de sustancias (Cohen, 2004). Además, se ha observado que las personas con redes sociales más grandes son menos propensas a sentir ansiedad o depresión (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000), tal vez debido a las disminuciones en los niveles de estrés generado por un fuerte vínculo de relaciones sociales (Grant, Hamer y Steptoe, 2009).

Por otro lado, el *apoyo social* se refiere a los recursos materiales, de información y psicológicos derivadas de la red social, con los que puede contar una persona ante situaciones de estrés. Cuando una persona se siente estresada, un buen apoyo social le permite seguir adelante en la realización de comportamientos saludables tales como realizar ejercicio físico o seguir una alimentación saludable (Cohen, 2004).

Actividades relacionadas con el **desarrollo sexual – reproductivo** suelen ser un apartado importante durante la adultez emergente. Los adultos emergentes suelen tener más parejas sexuales que otros grupos de otras

edades. Los que se inician en las actividades sexuales durante la adultez emergente suelen tomar más precauciones de cara a posibles contagios de ETS o a la aparición de embarazos no deseados que los que comienzan durante los años de la adolescencia (Lefkowitz y Gillen, 2006).

El sexo causal es bastante común, en especial entre universitarios. Los estudiantes se vuelven menos críticos y prejuiciosos acerca de la actividad sexual, sin embargo aún sigue existiendo una doble moral que permite a los hombres mantener mayor número de contactos sexuales que las mujeres (Santelli, Carter, Dittus y Orr 2007). Es en esta época, por tanto, cuando el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) es mayor, y es precisamente durante la adultez emergente cuando se encuentran las tasas más altas de contagio, en especial entre los que consumen alcohol y drogas (SAMHSA, 2007b).

1.4 Desarrollo cognitivo de la adultez emergente.

Según la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget (1976), alcanzar la etapa de las operaciones formales suponía lograr el más complejo desarrollo cognitivo. Sin embargo, una nueva corriente neo-piagetiana destaca un nivel superior al que se le denomina “pensamiento reflexivo” y “pensamiento postformal”.

La capacidad para el ***pensamiento reflexivo*** suele surgir entre los 20 y 25 años. Suele ser un proceso que se termina de madurar en el periodo universitario y es fruto de una maduración de la corteza cerebral completa. Según Dewey (1989), se trata de una consideración activa, persistente y cuidadosa de la información o las creencias a la luz de la evidencia que las apoya y de las conclusiones a las que dan lugar.

Por otro lado, se encuentra el ***pensamiento postformal***, caracterizado por afrontar la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, y también se suele completar en los años universitarios (Labouvie-vief, 2006). Se trata de un pensamiento flexible, abierto, adaptable e individualista, recurriendo a la intuición y a la emoción para entender la complejidad del mundo.

El desarrollo cognitivo durante la adultez emergente se caracteriza principalmente por el pragmatismo de sus pensamientos. Así lo recogen Schaie y Willis (2000), en su modelo del ciclo vital del desarrollo cognoscitivo, en el que sitúan esta edad dentro de una etapa de logro. Atrás queda el periodo dedicado a recopilar información y habilidades necesarias para poder participar en la sociedad, típica de la infancia y la adolescencia. Durante esta etapa, los adultos emergentes utilizan toda la información aprendida para alcanzar sus metas.

En la misma línea pragmática, en la teoría sobre la inteligencia de Sternberg (1985, 1987), dos aspectos importantes del desarrollo cognitivo en la etapa universitaria podrían ser el **insight creativo** (que Sternberg denomina *elemento exponencial*) y la **inteligencia práctica** (*elemento contextual*). Así, la inteligencia práctica podría ser entendida como un conocimiento basado en la información interior, en la práctica o en sentido común, que no se enseña de manera formal en ningún periodo formativo. Es la habilidad de tener éxito basándose en el sentido común, y aunque no correlaciona directamente con los niveles cognitivos, se ha encontrado que puede ser un buen predictor del éxito en los negocios (Sternberg, Grigorenko y Oh, 2001). Este tipo de conocimiento incluye la capacidad de autoadministración (saber cómo motivarse y organizarse el tiempo), de administración de tareas (saber cómo escribir un trabajo o una propuesta) y de administración de otros (saber cuándo y cómo recompensar o criticar a otras personas) (Smith, 2001).

Por otro lado, cobra especial importancia en esta etapa, **la inteligencia emocional**. Según Salovey y Mayer (1990), la inteligencia emocional hace referencia a cuatro competencias relacionadas: las habilidades para percibir, usar, entender y manejar o regular las emociones tanto propias como ajenas, de modo que seamos capaces de usarlas para alcanzar nuestras metas. Permite a las personas aprovechar las emociones para adaptarse eficazmente al ambiente. Así, se ha visto que los universitarios que obtienen buenas puntuaciones en inteligencia emocional tienden a tener mejores relaciones tanto con sus padres como con amigos (Lopes, Salovey y Straus, 2003), mientras que los que obtienen bajas calificaciones admiten que consumen más drogas y alcohol (Brackett, Mayer y Warner, 2004). Además, los que obtienen buenas puntuaciones parecen más accesibles ante sus amigos para ayudarles cuando

necesitan ayuda (Lopes et al., 2004). Del mismo modo, parejas universitarias en las que ambos obtienen buenas puntuaciones, mantienen relaciones más felices que los que obtienen bajas puntuaciones (Brackett, Cox, Gaines y Salovey, 2005).

1.5 Desarrollo psicosocial de los adultos emergentes

La relación que los adultos emergentes suelen tener con los padres es diferente a cuando eran adolescentes. Aunque ya no son niños, los adultos emergentes siguen necesitando la aceptación, empatía y apoyo de sus padres, y el apego a ellos no deja de ser un elemento fundamental para su desarrollo (Aquilino, 2006).

A lo largo de este capítulo hemos hablado en numerosas ocasiones sobre la tendencia de los adultos emergentes a abandonar el hogar familiar para comenzar unos estudios o para comenzar una vida independiente con compañeros de piso o con sus parejas. Sin embargo, es bastante frecuente en los últimos años, que los jóvenes permanezcan en sus casas familiares con sus padres, debido a las dificultades económicas o por la necesidad de seguir estudiando durante más años que las generaciones previas. Sin embargo, estos hijos adultos emergentes que aún viven con sus padres podrían encontrar dificultades a la hora de redefinir su relación con ellos. Aunque vivir con los padres en esta etapa, se ha asociado con una menor satisfacción con la vida, el hecho de que se haya convertido en una situación común entre los jóvenes ha disminuido esta sensación, y actualmente más de la mitad de las familias europeas tienen una visión positiva de tener a los hijos durante más tiempo en el hogar familiar (Jurado-Guerrero, 2001). De este modo, puede que se esté desarrollando una nueva etapa en el ciclo vital, llamada la adultez en casa, en la que padres e hijos convivan y se traten como iguales (Newman y Aptekar, 2007).

La necesidad de desarrollar relaciones íntimas durante la adultez emergente es una tarea fundamental. Las relaciones íntimas requieren de autoconciencia, empatía, habilidad para comunicar emociones, resolver conflictos y respetar los compromisos.

En la adultez temprana, las amistades son menos estables que en otros periodos, debido a la frecuencia con la que cambian de domicilio o de contexto (instituto, universidad, trabajo...) (Collins y Van Dulmen, 2006). Aun así, muchos adultos emergentes mantienen el contacto con sus amigos, a pesar de la distancia. Estas amistades suelen convertirse en amistades incondicionales y de gran calidad (Johnson, Becker, Craig, Gilchrist y Haigh, 2009). En los últimos años, los adultos emergentes utilizan cada vez más redes sociales online como Facebook para mantener sus amistades (Burbary, 2011). A pesar de que se ha sugerido que pueden ser perjudiciales para las propias relaciones, también se ha apuntado que este tipo de comunicación se utiliza a menudo, para mantener y fortalecer relaciones a distancia tanto con amigos como con familiares (Subrahmanyam, Reich, Waecheter, y Espiniza, 2008). Sin embargo, parece que en esta etapa disminuye el número de confidentes íntimos con los que cuenta cada joven. En concreto, el descenso más importante en este número se da entre personas de clase media y que mantienen el contacto a través de correo electrónico o por teléfono, pero no en persona (McPherson, Smith-Lovin y Brasears, 2006).

1.6 Percepción de riesgo en la adultez emergente

Cierto es que a lo largo de la historia, la percepción de riesgo se ha investigado como una característica propia de la adolescencia. Sin embargo, una serie de investigaciones posteriores orienta el foco de atención hacia la adultez emergente. La mayoría de estudios indican que, si se han llevado a cabo comportamientos de riesgo durante la adolescencia (sobre todo durante la adolescencia temprana), aquellas se acentuarán aún más durante la adultez emergente. A continuación se hará una revisión detallada de los diferentes tipos de comportamientos que pueden poner en peligro la salud de los adultos emergentes

1.6.1 Conducta de riesgo sexual

La adultez emergente goza de una libertad en el amor y en el sexo que hasta ahora no se había dado en la historia de la sociedad. A diferencia de las generaciones pasadas, no encuentran tantas opresiones sobre los roles de género o sobre cuáles son las reglas para salir con otra persona. En relación a la sexualidad, también gozan de una libertad inimaginable hace 50 años. La mayoría de ellos tienen varios compañeros sexuales desde la adolescencia tardía hasta que se casan (Arnett, 2015).

Los adultos emergentes, piensan que deben explorar diferentes relaciones ya que esto les va a permitir prepararse para el compromiso del matrimonio. En una variedad de estudios, los adultos emergentes informan de querer casarse, pero en el futuro (Popenoe y Whitehead, 2001). Pero el futuro puede esperar, un año, cinco o incluso diez años o más. Mientras tanto, dedican este tiempo a ganar experiencia a través de diversas relaciones amorosas y sexuales (Popenoe y Whitehead, 2002).

Normalmente, lo que atrae a un adulto emergente sobre otra persona es la atracción física sexual (Berscheid, 2006). Sin embargo, más allá de la atracción sexual, el fundamento del amor se basa en las similitudes que encuentran entre los dos miembros de la pareja (Furman y Simon, 2008). Además, debido a que el mantenimiento de la virginidad hasta el matrimonio ha dejado de ser un ideal en nuestra sociedad, se ha favorecido el incremento de relaciones sexuales entre los adultos emergentes (Regnerus y Uecker, 2011).

Así, debido a la mayor independencia que encuentran los adultos emergentes con respecto a cuando eran adolescentes, y a que en este periodo están mucho más normalizadas las relaciones sexuales, los adultos emergentes tienen menos razones para vivir sus relaciones sexuales de manera furtiva y ansiosa. Durante la adultez emergente, se sienten mucho más seguros sobre su sexualidad y más expertos a la hora de manejar sus emociones y sus experiencias físicas que durante la adolescencia. Sin embargo, sigue habiendo un aspecto que puede generar algo de nerviosismo a los adultos emergentes: contraer una ETS.

En este sentido, aunque los adultos emergentes conocen los riesgos, responden a esta situación de diferentes maneras. Algunos lo ven como una amenaza que les ocurre a los demás, pero no a ellos mismos y otros lo ven como un problema real que les puede afectar directamente, pero aceptan el riesgo como el precio a pagar por disfrutar del placer sexual (Arnett, 2015).

Aunque la mayoría de jóvenes son bastante responsables en sus comportamientos sexuales, una proporción importante de ellos asumen riesgos ocasionales. En este sentido, a pesar de que el contacto sexual durante la adolescencia se entiende como algo bastante generalizado y normalizado, las investigaciones indican que los que se inician precozmente en las relaciones sexuales, son mucho más vulnerables ante los posibles riesgos, e incluso tienden a poner en peligro la salud manteniendo relaciones sin consentimiento (De Graaf, Van de Schoot, Woertman, Hawk y Meeus, 2012), sin el uso del preservativo (Siebenbruner et al., 2007) u otras consecuencias perjudiciales para la salud a largo plazo (Sandfort, Orr, Hirsch y Santelli, 2008). Además, los jóvenes que se inician en las relaciones sexuales demasiado pronto en la adolescencia, tienden a acumular muchas más parejas sexuales a lo largo del tiempo (Rotermann, 2008), tienen más probabilidad de contraer ETS (Kaestle, Halpern, Miller y Ford, 2005), y de tener un embarazo no deseado durante la adolescencia (Wellings et al., 2001).

Los adultos emergentes cuentan con un gran porcentaje de infecciones de transmisión sexual, contagio de VIH y embarazos no deseados (Zolna y Lindberg, 2012). Aunque estos jóvenes solo representan el 25% de la población sexual activa, acumulan alrededor de la mitad de los contagios de ETS (Weinstock, Berman y Cates, 2004).

Según se ha visto, parece existir una tendencia en la pareja a no hablar sobre el uso de anticonceptivos hasta que no se tiene cierto compromiso con esa persona, lo que suele ocurrir un tiempo después de varios contactos sexuales (Lewis, Miquez-Burban y Malow, 2009). Parece que esta conversación les intimida y se sienten avergonzados, o tienen miedo de romper el ambiente durante sus relaciones sexuales. Parece irónico que dos personas tengan la confianza de acostarse juntos pero no puedan hablar sobre cómo lo van a hacer,

pero es algo bastante frecuente en los adultos emergentes. El patrón más frecuente para una pareja comprometida es utilizar el preservativo en las fases iniciales de la relación y luego cambiar a la pastilla anticonceptiva después de unos meses (Lefkowitz y Gillen, 2006; Regnerus y Uecker, 2011).

Por otro lado, se ha observado que mantener relaciones sexuales esporádicas está relacionado con una mayor ingesta de alcohol, y ambos comportamientos encuentran en la adultez emergente su más alta frecuencia. En este sentido, varios estudios reportan que entre una cuarta parte y la mitad de los adultos emergentes informaban haber consumido alcohol antes de la mayoría de sus encuentros sexuales, y que aquellos que beben con más frecuencia tienen más parejas sexuales (Regnerus y Uecker, 2011).

Igualmente, en los últimos años se ha incrementado la figura de “amigo con derecho a roce” o “amigo con beneficios”, donde se mantiene contacto sexual pero sin la existencia de una relación amorosa (Bisson y Levine, 2009). Este tipo de relaciones suele tener problemas a largo plazo (Kliptel, Claxton y Van Dulmen, 2014) debido a que, por un lado, los términos de la monogamia no quedan claros al cien por cien (con los peligros que eso entraña para el contagio de ETS), y por otro, a que las dos partes pueden no sentir lo mismo ya que uno de ellos puede querer que esa situación desemboque en una relación amorosa y el otro no (Bisson y Levine, 2009).

Se ha observado que las redes sociales que cada uno tiene, influye directamente sobre los comportamientos sexuales de riesgo. Así, si la red de amigos tiende a llevar conductas de riesgo sexuales, existe una mayor probabilidad de que ellos también las lleven a cabo (Allison et al., 2012). Es evidente la influencia que los iguales ejercen sobre la exploración de la identidad sexual (Black, Schmiede y Bull, 2013). Durante la transición de la adolescencia a la adultez, los adultos emergentes van desarrollando nuevas maneras de interactuar con otros iguales y de encontrar parejas, a la vez que van modulando ciertos comportamientos y eliminando aquellos que no les resultan útiles (Schwartz, Côté y Arnet, 2005). Además, se ha encontrado que es durante este periodo cuando los jóvenes aceptan más relaciones sexuales causales y las evalúan más positivamente (Lefkowitz, Gillen, Shearer y Boone, 2004).

Investigaciones han intentado describir las diferentes maneras de entender las relaciones sexuales tanto de chicos como de las chicas. Así, en un estudio reciente, los chicos informaron de tener tres veces más parejas que las chicas (Pica, Chou, Bouvier y Palese, 2012) y que éstas prefieren las relaciones sexuales dentro de un compromiso emocional íntimo (Arnett, 2015). En la misma línea, un metaanálisis encontró que los chicos llevaban a cabo más conductas sexuales y eran más permisivos sobre las relaciones sexuales casuales que las chicas (Petersen y Hyde, 2011). Por otro lado, las chicas indicaban más sentimientos de culpabilidad y menos placer durante las primeras veces, aunque estas diferencias disminuían con el tiempo (Sprecher, 2014). Además, las chicas tienden a cumplir las expectativas sociales de tener menos parejas sexuales y tener un inicio más tardío, mientras que los chicos siguen la norma opuesta (Cook, Bauermeister y Zimmerman, 2015).

1.6.2 Conducta de riesgo vial

Los accidentes de tráfico son las principales amenazas que ponen en riesgo la vida y la salud de los adultos emergentes (Graham y Gootman, 2008; Twisk y Stacey, 2007). Atendiendo a la National Highway Traffic Safety Administration (2012), existe una mayor concentración de accidentes entre los 21 y los 24 años. A partir de esta edad, el número de accidentes decrece considerablemente. Este pico de accidentes, lesiones y mortalidad puede explicarse parcialmente por la inexperiencia de los jóvenes (Ferguson, 2003), ya que cometen más errores que los conductores experimentados porque aún tienen problemas para anticipar los posibles problemas que pueden desembocar en un accidente. Aún así, la inexperiencia no explica completamente este aumento de accidentes durante estas edades. Los conductores jóvenes asumen más riesgos como conducir superando los límites de velocidad, o conducir bajo los efectos de alguna sustancia (Ferguson 2003). La tasa de mortalidad por conducir bajo los efectos de alcohol alcanza su pico más alto entre los 21 y 24 años (Hingson y White, 2010).

Otra característica que puede explicar la conducción temeraria, así como cualquier otro tipo de comportamiento de riesgo, es la “búsqueda de sensaciones” (desarrollaremos este concepto más en profundidad en el siguiente capítulo). Se trata de un rasgo de personalidad caracterizado por el grado en que una persona busca la novedad y la intensidad en sus experiencias (Zuckerman, 2007). Conducir a gran velocidad o asumir otros riesgos en la conducción, algunas veces viene motivado por el disfrute de la emoción de la búsqueda de sensaciones (Arnett, 2005).

Este rasgo de personalidad aumenta en la pubertad y tiende a ser más alto durante la adolescencia y los primeros años de los veinteañeros que durante la adultez, lo que permite explicar este tipo de comportamientos entre los más jóvenes (Arnett, 2015). La búsqueda de sensaciones no participa únicamente en la conducción temeraria sino que se ha visto que aquellas personas con una búsqueda de sensaciones mayor, tienden a involucrarse en comportamientos de riesgo tales como el consumo de sustancias (Shakeri, Farnia, Golshani y Yaghoobi, 2014), la delincuencia (Pace et al., 2013) y los comportamientos sexuales de riesgo (Laghi et al., 2015).

1.6.3 Consumo de alcohol y drogas

El consumo de sustancias sigue el mismo patrón que la conducción temeraria: a los 21 años es cuando es mayor la tasa de consumo, disminuyendo al final de los veinte (SAMHSA, 2011). Este consumo es mayor en chicos que en chicas.

Aunque muchos jóvenes consumen sustancias como modo de reducir estados de ánimo desagradables como ansiedad, estrés o depresión (Robinson Sareen, Cox y Bolton, 2011), no todos los adultos emergentes lo hacen por esta razón. Por ejemplo, beber alcohol o fumar marihuana forma parte de actividades sociales cotidianas de los adultos emergentes en la mayoría de países desarrollados, y se llevan a cabo por simple diversión (Arnett, 2005).

En este sentido, muchos adultos emergentes indican que fuman y beben para adaptarse al estilo de vida que llevan en la universidad (Johnston O'Malley,

Bachman y Schulenberg, 2011). Otros lo hacen para desinhibirse, con la esperanza de encontrar un romance o una relación sexual. Emborracharse hace que los estudiantes sientan menos miedo a la hora de relacionarse con otras personas y les da el valor necesario para hablar con las personas que les atraen (Arnett, 2015).

En este sentido, parece lógico pensar que la adultez emergente suele ser una etapa de la vida ideal para desarrollar alguna adicción, entendiendo como adicción un desorden en el que una persona siente una necesidad intensa a llevar a cabo un comportamiento que les proporcione un placer inmediato (Sussman y Sussman, 2011).

Así, consumir drogas u otro tipo de actividad adictiva, está bastante accesible para los adultos emergentes porque muchos de sus iguales llevan a cabo este tipo de conductas (Sussman y Sussman, 2011), particularmente los jóvenes de 21 años. El acceso fácil a estas sustancias les permiten llevar a cabo conductas adictivas, para aquellos que tienen el conocimiento o habilidad de saber cómo. Por ejemplo, las raves, conciertos y pubs suelen abastecer a los adultos emergentes de diferentes sustancias (Sussman et al., 2014).

En segundo lugar, tomar parte en comportamientos de riesgo está relativamente bien visto entre los adultos emergentes, e incluso suelen reforzarse entre ellos (Ravert et al., 2013). Además, la neurobiología del cerebro adolescente aún se encuentra evolucionando durante la adultez emergente. Las áreas cerebrales que impulsan a experimentar, se encuentran reforzadas, mientras que aquellas que se encargan de inhibir estos comportamientos aún tienen conexiones débiles (Agrawal et al., 2012; Sussman et al., 2014). Es frecuente que durante la adultez emergente surjan los trastornos adictivos, sobre todo para aquellos que son genéticamente vulnerables a los efectos gratificantes de las sustancias o de las actividades (Agrawal et al., 2012).

En tercer lugar, es relativamente probable encontrar que el ambiente sociocultural acepte la adicción como algo que se aprende de la sociedad y que muchas veces es reforzado por ella misma (Ravert et al., 2013). Sin duda, las nuevas experiencias (positivas o negativas) cambian las experiencias de uno

mismo, cosa que parece ser un objetivo compartido entre las adicciones y la adultez emergente (Arnett, 2005; Larkin, Wood y Griffiths, 2006).

En un estudio reciente se subraya que esta etapa de la vida es el periodo de mayor prevalencia de consumo de drogas (Stone, Becker, Huber y Catalano, 2012). Entre otras variables, ser varón, tener padres drogodependientes, tener una actitud favorable hacia el consumo de sustancias, exhibir una falta de creencias de orden moral, el absentismo escolar y haber consumido durante la adolescencia, eran los mejores predictores de consumo de sustancias durante la adultez emergente. Así, se podría decir que existen una serie de señales que podemos detectar durante la adolescencia para prevenir el consumo durante la adultez emergente. Estos investigadores también encontraron que cuando los jóvenes se encontraban en un contexto social más libre y con menor control social era más probable consumir sustancias. Especialmente cuando abandonan el hogar familiar para ir a la universidad.

1.7 Conclusión

A lo largo de este capítulo se ha explicado, a través de la evolución histórica, que la adultez emergente es un periodo relativamente reciente que surge como consecuencia de la necesidad de retrasar los planes de matrimonio y paternidad durante unos años, para alcanzar una formación de grado superior que le permita adaptarse al mundo laboral de acuerdo a las exigencias actuales.

Además, se ha descrito la teoría de la adultez emergente de Arnett donde se describen las características de este nuevo periodo vital. Hemos visto que durante este periodo, los adultos emergentes pueden tener problemas externalizantes (comportamientos de riesgo como consumo de sustancias, conducción temeraria, conductas sexuales de riesgo...) o internalizantes (depresión, ansiedad, estrés...).

Finalmente se ha destacado que, aunque tradicionalmente las investigaciones se han centrado en estudiar el comportamiento de riesgo durante la adolescencia, es durante la etapa de la adultez emergente cuando existe un auge de este tipo de conductas que ponen en peligro la salud del joven. Es por

ello, que parece importante indagar sobre qué tipo de variables psicosociales influyen en el adulto emergente para tomar la decisión de llevar a cabo o no, un comportamiento de riesgo que pueda afectar a su estado de salud. Será este el tema del segundo capítulo que se desarrollará a continuación.

Capítulo 2

Conductas de riesgo

*God, tell us the reason
Youth is wasted on the young
It's hunting season and the lambs are on the run
Searching for meaning
But we are lost stars, trying to light up the dark?
LOST STARS - ADAM LEVINE - 2014*

*(Dios, cuéntanos la razón
por la que la juventud se desperdicia en los jóvenes.
Es temporada de caza y los corderos huyen
buscando el sentido.
¿Pero somos todos estrellas perdidas, intentando alumbrar en la oscuridad?)
LOST STARS – ADAM LEVINE – 2014*

CAPÍTULO 2

CONDUCTA DE RIESGO

Como ya hemos visto en el capítulo anterior, la adolescencia y la adultez emergente son los periodos más desafiantes para el desarrollo de la persona. Tanto las experiencias biológicas como las psicológicas determinan una amplia variedad de cambios en esta etapa. A lo largo de estos cambios, los jóvenes van descubriendo una diversidad de comportamientos y emociones que, hasta ahora, no habían experimentado y que se asimilan más a las experiencias adultas. Los cambios biológicos, psicológicos y socio-ambientales que ocurren durante este periodo pueden causar una vulnerabilidad para involucrarse en comportamientos autodestructivos o que ponen en peligro su propia salud. Estas conductas autodestructivas tienen unas consecuencias a largo plazo que pueden influir tanto en su salud como en un correcto desarrollo psicológico y social (Ingersoll y Orr, 1989). Por esta razón, existen numerosas investigaciones sobre el riesgo que asumen tanto adolescentes como adultos emergentes y sobre las consecuencias negativas que van asociadas a la salud (Ögel et al., 2004; Hodgson, 2000). Por ejemplo, estudios sobre comportamiento temerario (Arnett, 1996), actividades criminales, comportamiento sexual de riesgo, fumar, ingesta de alcohol, abuso de drogas y conducción temeraria (Zuckerman y Kuhlman,

2000), destacan los riesgos potenciales de estos comportamientos, y las consecuencias a largo plazo que estos pueden tener.

En este sentido, Jessor, Donovan y Costa (1991), encontraron que esta propensión a los comportamientos de riesgo explicaban problemas en la adultez, incluyendo problemas con el alcohol, con el tabaco, con la marihuana, así como con problemas conductuales. Considerando estas consecuencias a largo plazo, el comportamiento de riesgo ha sido uno de los cambios más ampliamente estudiados a partir de la adolescencia.

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas, no hay consenso sobre el concepto de comportamiento de riesgo. Dependiendo de la perspectiva teórica, ha sido conceptualizado desde diferentes puntos de vista. Por ejemplo, desde la perspectiva de la toma de decisiones, lo definen como un comportamiento voluntario cuyo resultado es incierto y probablemente la razón de las consecuencias negativas (Irwin, 1990; Irwin y Millstein, 1991). De manera parecida, Moore y Gullone (1996), lo definen como un comportamiento que envuelve unas consecuencias potencialmente negativas pero que se encuentran en equilibrio con la percepción de consecuencias positivas. Además, otros teóricos como Zuckerman (1994), ven el comportamiento de riesgo como un rasgo propio, y lo define como un juicio individual parcialmente objetivo y parcialmente subjetivo de la situación.

Como acabamos de ver, los investigadores destacan diferentes aspectos del comportamiento de riesgo. De manera más específica, parece existir un acuerdo en relación a la cuestión de qué conforma un comportamiento de riesgo (Gonzales et al., 1994; Irwin y Millstein, 1992). De este modo, coinciden en que el comportamiento de riesgo influye directamente sobre la salud a largo plazo.

Los juicios individuales sobre el comportamiento de riesgo se han estudiado desde diferentes enfoques y teorías. Así, tanto la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1994), el modelo de creencias de salud (Rosenstock, 1974), la teoría de la acción planeada (Ajzen, 1985), la teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), la teoría de la autorregulación (Kanfer, 1970), y la teoría del comportamiento interpersonal (Triandis, 1977), han realizado varias aproximaciones a este término. Todas estas teorías defienden que las creencias

individuales sobre las consecuencias de sus acciones y la percepción que cada uno tiene sobre su propia vulnerabilidad hacia las posibles consecuencias, juegan un papel clave en el comportamiento. De esta manera, la percepción de riesgo juega un papel fundamental en los programas de promoción de la salud que pretenden destacar los riesgos que pueden sufrir como consecuencia de sus propias acciones, ya que la habilidad de juzgar y prever los riesgos del comportamiento se considera un elemento esencial a la hora de tomar decisiones (Gittler, Quigley-Rick y Saks, 1990; Hodne, 1995).

Por otro lado, se ha especulado sobre la falta de competencia a la hora de reconocer el riesgo por parte de los adolescentes desde los tiempos de Aristóteles. Normalmente han sido vistos como incapaces de juzgar los riesgos adecuadamente y con una fuerte confianza en su invulnerabilidad a resultar herido o dañado. Gran parte del interés que ha tenido la investigación sobre la percepción de riesgo de los jóvenes, viene del deseo de entender por qué se involucran en actividades potencialmente peligrosas, para así poder desarrollar protocolos de intervención que prevengan el inicio de estas conductas (Millstein y Halpern-Felsher, 2002).

Según Ballester, Gil y Girado (2000), entre este tipo de comportamientos de riesgo se encuentran las relaciones sexuales, los desórdenes de alimentación, comportamientos delictivos, deportes de riesgo, homicidios y suicidios, que ponen en peligro la salud y bienestar de los adolescentes.

Esto no significa que los adolescentes no perciban riesgo en sus comportamientos, sino que, a pesar de ser conscientes de las posibles consecuencias negativas, asumen que pueden controlar los riesgos que entrañan estas actividades. De manera que se minimiza la percepción del riesgo que realmente implica la práctica de actividades como deportes de riesgo (salto base, paracaidismo, puenting...), relaciones sexuales (promiscuidad o precocidad), conducción temeraria o consumo de sustancias (García del Castillo, 2012).

En este sentido encontramos que, a partir de la adolescencia, surge lo que se llama *el mito del control*, que permite mantener una alta sensación de control sobre la actividad, y por tanto, disminuir la percepción de riesgo (Cortés

et al., 2001; García del Castillo y Días, 2007; Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín, 2009; Melo y Castanheira, 2010). Así, se considera que el riesgo se configura a partir de la información que el individuo recibe y de las experiencias que se vayan acumulando. Se podría pensar que a medida que la persona va creciendo, la percepción del peligro también aumentaría, pero no siempre es así. Existen una serie de variables que hacen que esta progresión no sea lineal, como las falsas creencias de superioridad y una percepción optimista que minimizan las consecuencias negativas de estas conductas (García del Castillo, 2012).

Si nos fijamos en los modelos de salud tales como el modelo de creencias de salud (Janz y Becker, 1984), la teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), o la teoría de la acción planeada (Ajzen, 1991), se puede observar que existe una relación inversa entre la percepción de riesgo y la realización de conductas de riesgo (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2010; López y Rodríguez-Arias, 2010). Lo que significa que aquellas personas que perciben más riesgo en una determinada actividad, se encontrarían menos dispuestas a llevarlas a cabo, y viceversa, aquellas personas que perciban poco riesgo en realizar una actividad serían más propensos a realizar dicha actividad. Por tanto, podríamos decir que la percepción de riesgo actuaría como protector contra actividades que pongan en riesgo la salud (Mills, Reyna y Estrada, 2008).

Sin embargo, investigaciones han constatado que no siempre que se llevan a cabo conductas de riesgo es porque no se percibe riesgo adecuadamente, por lo que esta relación no se ve tan clara. En este sentido, Horvath y Zuckerman (1993), proponen que, en ocasiones, la evaluación del riesgo se realiza a posteriori de la conducta. Además, también se ha observado que la experiencia influye sobre la percepción del riesgo. De este modo, si el joven ha realizado (o ha visto realizar) una actividad de riesgo sin que aparezcan consecuencias negativas, es posible que disminuya la percepción sobre la peligrosidad que entraña ese comportamiento. Por esta razón, se ha observado que aquellos jóvenes que nunca o raramente experimentan consecuencias negativas, tienden a subestimar los riesgos que realmente existen (Reyna y Farley, 2006).

Cuando los individuos se encuentran ante una situación que nunca han experimentado, la evaluación de los riesgos precede a la realización de la conducta, sin embargo, una vez que se ha experimentado (personalmente o a través de otros), dependerá de la predisposición que se tenga al riesgo la que determinará la interpretación de dicha experiencia (Rosembloom, 2003). Así, la ausencia de consecuencias negativas se traducirá en una menor percepción de riesgo, y por tanto, se aumentará la probabilidad de que la conducta se repita.

Por otro lado, se han constatado en numerosas ocasiones, que los chicos tienen más tendencia a asumir riesgos en sus comportamientos que las chicas (Gómez-Zapiain, Ortiz y Eceiza, 2016; Megías, Cándido, Catena, Molinero y Maldonado, 2014; Villadangos, Errasti, Amigo, Jolliffe y García-Cueto, 2016) y que además, perciben menos riesgos y más beneficios en el consumo de alcohol, de drogas, sexo sin protección o conductas imprudentes (Prat et al., 2012).

En este sentido, en España se ha visto que la situación a este respecto es preocupante. Comenzando por el consumo de alcohol, se puede ver en la Tabla 2.1, los hábitos de abuso consumo que tienen los jóvenes de entre 15 y 34 años. El abuso de alcohol se ha interpretado como consumir 6 unidades de bebida en unas 4-6 horas para los chicos y más de 5 unidades de bebida para las chicas en el mismo tiempo. Podemos observar que este abuso de alcohol es mayor en chicos que en chicas, ya que el 8,2% de los varones de entre 15 y 24 años ingieren intensamente alcohol semanalmente, frente al 2,8% de las mujeres. Podemos observar que aunque, este porcentaje podría parecer pequeño, el porcentaje de jóvenes que abusan del alcohol cada dos o tres semanas se incrementa hasta alrededor del 20% en el caso de los chicos y entre un 11% y un 13,3% en el caso de las chicas.

Tabla 2.1.

Frecuencia de abuso de alcohol dividido por edades y sexo

		Nunca	Menos de una vez al mes	De 1 a 3 días al mes	De 1 a 4 días a la semana	A diario o casi a diario
Hombres	15 a 24 años	44.4	28.0	19.4	8.2	0.0
	25 a 34 años	42.9	29.0	20.6	7.1	0.4
Mujeres	15 a 24 años	56.1	27.9	13.3	2.8	0.0
	25 a 34 años	63.0	22.1	11.0	3.8	0.0

Instituto Nacional de Estadística de España (2014a)

En la Tabla 2.2, se puede apreciar el porcentaje de jóvenes fumadores en España. Estas cifras indican que hasta un 35.1% de chicos y un 24.8% de chicas de entre 25 y 34 años fuman a diario mientras que un 5.5% de chicos y un 4.2% de chicas lo hacen de manera ocasional.

Tabla 2.2

Consumo de tabaco según grupos de edad

	Edad	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	Nunca ha fumado
Hombres	15 - 24 años	21.4	3.6	5.3	69.6
	25 - 34 años	35.1	5.5	15.6	43.7
Mujeres	15 - 24 años	15.5	2.3	7.2	75.0
	25 - 34 años	24.8	4.2	17.6	53.4

Instituto Nacional de Estadística de España (2014b).

En el caso del consumo de cannabis, la droga ilegal de consumo más frecuente en España (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013), los resultados no son más alentadores. Según el INE (2009), volvemos a observar un mayor patrón de consumo en los jóvenes varones. En la Tabla 2.3 se pueden observar los datos detallados del total de jóvenes de entre 16 y 34 años que ha consumido cannabis durante los últimos 12 meses.

Tabla 2.3

Consumo de cannabis durante los últimos 12 meses según sexo y edad

	Edad	Sí	No
Hombres	16 – 24	442.5	1710.5
	25 – 34	446.8	3167.2
Mujeres	16 – 24	213.0	1864.4
	25 – 34	222.9	3255.6
Ambos sexos	16 – 24	655.5	3255.6
	25 – 34	689.6	6422.8

Instituto Nacional de Estadística (2009). *NOTA:* Cifras absolutas expresadas en miles de personas

Como hemos visto, las conductas de riesgo no incluyen únicamente consumo de sustancias, sino que también se manifiestan a través de actuaciones que ponen en riesgo la salud, como conducción temeraria o comportamiento delictivo. En este sentido, podemos observar en la Tabla 2.4 los resultados descriptivos que la Dirección General de Tráfico (2015) indica sobre la siniestralidad de los accidentes de tráfico donde los conductores eran jóvenes de entre 15 y 29 años.

Tabla 2.4.

Edad y sexo de conductores víctimas de accidentes en vías urbanas e interurbanas durante el año 2014.

	Edad	Fallecidos	Heridos hospitalizados	Heridos no hospitalizados
Hombres	15 – 17	16	132	1007
	18 – 20	24	206	2572
	21 – 24	46	344	4962
	25 – 29	97	485	6583
Mujeres	15 – 17	0	11	2014
	18 – 20	5	38	1005
	21 – 24	7	67	2423
	25 – 29	4	125	3495
Total		199	1408	22349

Dirección General de Tráfico (2015).

En relación a las conductas delictivas, el patrón se mantiene. Los jóvenes varones suelen llevar a cabo más conductas de riesgo. Así se muestra en la Tabla 2.5, donde se recogen los datos descriptivos por sexo y edad según los delitos cometidos (imputados) por jóvenes de entre 18 y 30 años.

Tabla 2.5
Delitos imputados por sexo y grupos de edad

		1 delito	2 delitos	3 delitos	Más de 3 delitos
Hombres	18-20 años	13132	2120	568	370
	21-25 años	23150	4095	1038	674
	26-30 años	23052	4201	1115	638
Mujeres	18-20 años	2067	218	43	25
	21-25 años	4141	409	72	40
	26-30 años	3904	468	93	48

Instituto Nacional de Estadística (2014). Explotación del INE del Registro Central de Penados.

Por todo lo anterior, vemos la necesidad de investigar en mayor profundidad cuáles son los motivos por los que los jóvenes ponen en peligro su salud, para así encontrar un buen programa de intervención que resulte útil para prevenir la participación en este tipo de comportamientos de riesgo. Por este motivo, a continuación, se resumen una serie de perspectivas acerca de la percepción de riesgo desde un punto de vista conductual, del contexto evolutivo, cognitivo y de personalidad.

2.1 La teoría del comportamiento problemático “Problem Behavior Theory”

Una de las teorías destacadas que explican la conducta de riesgo es la teoría del comportamiento problemático (Problem Behavior Theory – PBT), de Jessor y Jessor (1997). La PBT define el comportamiento de riesgo como la realización de conductas que se desvían de manera significativa de la norma de la cultura dominante. Los jóvenes que llevan a cabo estos comportamientos (delincuencia, consumo de sustancias, actividad sexual), es porque tienen una tendencia elevada hacia los comportamientos de riesgo.

La PBT hace hincapié en los aspectos socio-ambientales y personales de la conducta de riesgo y los ve como un rasgo de personalidad desadaptativa (Shapiro, Siegel, Scovill y Hays, 1998). Por esta razón, varios investigadores han clasificado esta teoría dentro de la aproximación de personalidad (Shapiro et al., 1998). Por otro lado, una reinterpretación de la PBT evalúa el comportamiento de riesgo como una característica del desarrollo normal del joven. Por ejemplo, Jessor (1991), explica que los comportamientos no saludables como fumar, consumir drogas o alcohol, y otros tipos de comportamientos similares que se desvían de la norma, pueden ser llevados a cabo debido a factores socio-ambientales, como la presión de grupo o el status socioeconómico. Además, esta visión de la PBT recalca los aspectos cognitivos de la conducta de riesgo. Es decir, los adolescentes y jóvenes emergentes que tienden a desarrollar comportamientos de riesgo se caracterizan por tener una serie de actitudes, percepciones y valores muy concretos acerca de ellos mismos y de su contexto (Alexander et al, 1990). Como resultado parece que la PBT entiende el comportamiento de riesgo como una parte normal del desarrollo, a pesar de considerarla un rasgo de personalidad desadaptativa.

En la visión de Jessor y Jessor (1977), además del comportamiento, la percepción del ambiente y los componentes de la personalidad, incluye una serie de variables psicosociales. Por ejemplo, desde el punto de vista más psicológico, incluye rasgos como la autoestima, el locus de control interno/externo o la alienación. Y desde el punto de vista más social, incluye aspectos como el control parental o de los iguales (Jessor, Danovan y Costa, 1991).

En la Teoría de Jessor (1991), se utiliza el concepto de “*propeness*” (tendencia) en tres sistemas (personalidad, ambiente percibido y comportamiento) para describir la tendencia que tienen los adolescentes a involucrarse en comportamientos de riesgo. La *tendencia* en relación a la personalidad, se caracteriza por bajos niveles de logros académicos, autoestima y religiosidad, combinados con unos niveles altos de tolerancia e independencia (Shapiro et al., 1998). La *tendencia*, desde el punto de vista del ambiente percibido, se caracteriza por bajos niveles de apoyo parental y alta influencia de los iguales sobre la toma de decisiones. Por otro lado, la *tendencia* desde el punto de vista del comportamiento se puede dividir en dos subgrupos: comportamientos problemáticos y comportamientos convencionales. La *tendencia*, en este sistema, se caracteriza por una baja implicación en comportamientos convencionales y, lógicamente, una alta implicación en comportamientos problemáticos.

La PBT sugiere que los individuos que llevan a cabo comportamientos problemáticos son aquellos que tienen niveles más altos de *tendencia* en los tres sistemas (Shapiro et al., 1998). Además, la PBT propone que aquellos jóvenes que tienen alta *tendencia* en los tres sistemas, tienen mayor predisposición para tomar parte en más comportamientos de riesgo (Jessor et al., 1991).

Esta teoría se ha utilizado en una gran cantidad de investigaciones, tanto transversales como longitudinales, y se ha demostrado la evidencia empírica que sostiene su marco teórico en diversas ocasiones, relacionado con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con la precocidad sexual o con la conducción de riesgo (Donovan, 1996; Jessor y Jessor, 1977; Vazsonyi et al, 2010). Sin embargo, este modelo se ha centrado en el desarrollo adolescente más que en el desarrollo de la adultez emergente, donde son escasos los trabajos recogidos por la bibliografía científica. Por un lado, encontramos un capítulo desarrollado por el propio Jessor (2016), donde explica la primera aproximación que se ha realizado con esta población a través de un estudio longitudinal, que incluía jóvenes desde el instituto hasta los 27 años. Los resultados a los que llegaron indicaban poca evidencia de que la participación en comportamientos problemáticos durante la adolescencia tuvieran una repercusión sobre el modo de vida que tenían durante la adultez emergente. De manera similar, se

encuentran otros trabajos en esta población donde se se pone de manifiesto que el modelo no se ajusta por completo a los factores que conforman el comportamiento de riesgo en los adultos emergentes (De Leo y Wulfert, 2013; Vazsonyi, et al, 2010; Zamboanga, Carlo y Raffaelli, 2004)

2.2 Enfoque del desarrollo

Este enfoque sugiere que este comportamiento de riesgo no se puede definir de manera aislada al contexto del desarrollo individual (Lerner y Tubman, 1991). Un comportamiento potencialmente peligroso durante la adolescencia temprana no tiene por qué ser un peligro para el desarrollo de la adolescencia tardía y la adultez emergente. Es decir, una misma actividad puede implicar mayor riesgo para un adolescente de 13 años que para uno de 18, aunque el nivel de riesgo sea el mismo para ambos, simplemente por el hecho de que el más joven puede tener menos experiencia. En otras palabras, involucrarse en comportamientos de riesgo, puede significar cosas diferentes para los adolescentes más jóvenes y para los adultos emergentes (Parsons, Siegel y Cousin, 1997).

Desde la perspectiva del desarrollo, la conducta de riesgo es vista como un comportamiento adaptativo para el desarrollo psicológico saludable (Baumrind, 1991) y entendido como una manera de enfrentar las demandas del desarrollo como son la autonomía y la exploración. Los comportamientos normales y evolutivamente apropiados se entienden como normativos y exploratorios. Por otro lado, comportamientos problemáticos y patológicos son entendidos como hábitos negativos. Desde la perspectiva normal / adaptativa, experimentar un comportamiento de riesgo permite al joven comprobar las consecuencias de su conducta. Es decir, vivir experiencias relacionadas con el riesgo, contribuye a mejorar su capacidad de juicio. Por lo tanto, tendrán la habilidad de decidir si llevar a cabo o no ese comportamiento de riesgo. Por otro lado, la falta de experiencia puede influir a la hora de evaluar las posibles consecuencias de este tipo de comportamiento. De manera que esta perspectiva entiende que los adolescentes pueden mejorar cognitivamente a la vez que evalúan las posibles consecuencias de sus actos. En este sentido, tienen la

oportunidad de aprender y discriminar, cuáles son los comportamientos que pueden conllevar más o menos riesgo para su salud.

Como hemos mencionado anteriormente, experimentar cierto grado de riesgo puede ser aceptado desde el punto de vista de esta perspectiva. Por ejemplo, Baumrind (1987), sugirió que existían dos tipos diferentes de comportamiento de riesgo, a los que denominó *patológico* y *adaptativo*. El comportamiento de riesgo adaptativo, favorece una alta autoestima, tolerancia al estrés e iniciativa, como ganancias secundarias (Baumrind y Moselle, 1985). Aunque muchas de las teorías del desarrollo han identificado “experimentadores” como el modelo de adolescente más saludable psicológicamente, esto no significa que actividades como consumo de drogas o relaciones sexuales sin protección, contribuyan a desarrollar adolescentes saludables (Parsons et al., 1997). Aun así, investigaciones han descubierto que algunos comportamientos de riesgo como el consumo de drogas puntual, no implican una desviación de la norma ni una personalidad autodestructiva (Baumrind, 1987; Shedler y Block, 1990). Además, los comportamientos de riesgo pueden ser considerados como un método de desarrollo óptimo de las competencias sociales y psicológicas, la autonomía, la independencia y la autorregulación (Baumrind, 1987).

2.3 Enfoque cognitivo

De acuerdo a la aproximación cognitiva (toma de decisiones), un comportamiento peligroso se puede definir como una acción que implica alguna posibilidad de pérdida (Beyth-Marom, Austin, Fischhoff, Palmgren y Jacobs-Quadrel, 1993). Desde esta perspectiva, tomar parte en un comportamiento peligroso o no, es una decisión racional si la elección refleja los valores y creencias del individuo. Los jóvenes que tienen creencias y valores diferentes, toman decisiones diferentes bajo las mismas circunstancias. Para comparar o evaluar racionalmente su comportamiento, uno necesita examinar los componentes de sus respectivas decisiones (Raiffa, 1968; Von Winterfeldt y Edwards, 1968, Yates, 1990, 1992; citado en Beyth-Marom et al., 1993).

En comparación con las teorías de la personalidad, las teorías cognitivas sugieren que comprender las razones de la conducta de riesgo, es más significativo que considerar las consecuencias de las mismas (Shapiro et al., 1998). Esta perspectiva se centra más en destacar el proceso de toma de decisiones, es decir, más que analizar las consecuencias de las conductas, esta perspectiva se centra en conocer cómo y por qué los adolescentes participan en estos comportamientos.

Las teorías cognitivas como la Teoría de Acción Planeada (TAP) (Ajzen y Fishbein, 1980) o la Teoría de la Hoja de la Decisión (THD) (Janis y Mann, 1977) sugieren que, bajo circunstancias normales, los individuos pueden decidir si llevar a cabo o no conductas de salud (Siegel et al., 1994). La percepción de riesgo identifica el valor y los beneficios del riesgo. Las teorías cognitivas asumen que poseer el conocimiento asociado a los costes y beneficios del comportamiento de riesgo, protege a los individuos de exponerse a estos peligros potenciales. Es por esto que este enfoque se centra más en examinar la percepción que el adolescente tiene sobre los beneficios que puede obtener, cuando toma la decisión de participar o no, en una actividad de riesgo. La gran mayoría de investigadores de esta área han demostrado, por un lado, que la percepción de riesgo se relaciona de manera negativa y significativa con la realización de conductas de riesgo, y por otro, que los beneficios percibidos de la participar en estas conductas correlacionan de forma positiva y con mucha fuerza. En esta línea, encontramos el modelo HAPA (Health Action Process Approach) desarrollada por Swarzer y Luszczinska (2008). Este modelo divide el cambio de comportamiento a través de tres estrategias diferentes, de acuerdo al estado en el que se encuentre cada persona (Abraham, Sheeran, Johnston, 1998). Así, la primera etapa incluye la “percepción de riesgo”, es decir, percibir que la salud está en peligro, lo que puede actuar como motor de cambio hacia una vida más saludable. En segundo lugar, las “expectativas de resultados”, hace referencia a la anticipación de las consecuencias positivas que tendría el cambio de conducta. Finalmente, la “acción autoeficaz”, es la percepción de que se podrá iniciar el comportamiento deseado.

De este modo, podemos observar como los modelos teóricos nombran la percepción de riesgo como un indicador importante para poder desarrollar un

cambio en los hábitos saludables, pero en ninguno de ellos, se explica la formación de esta percepción de riesgo, y cómo unos niveles u otros, influyen en la participación en conductas que ponen en riesgo la salud.

En resumen, participar en conductas de riesgo correlaciona de manera inversa con la percepción de riesgo, y de manera directa con la percepción de los beneficios (Ben Zur y Reshef-Kfir, 2003; Essau, 2004; Horvath y Zuckerman, 1993; Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993; Parsons et al., 1997; Rolison y Scherman, 2003).

Como conclusión, podemos decir que las teorías cognitivas han contribuido a las investigaciones sobre las conductas de riesgo, en tanto en cuanto han incluido la necesidad de examinar el proceso de toma de decisiones de los individuos. Aun así, Sheeran, Gollwitzer y Bargh (2013), puntualizan que estas teorías cognitivas no tienen en cuenta los motivos emocionales que llevan a que el joven tome partido en estas conductas de riesgo. Además, una aproximación puramente cognitiva que intente explicarlo, estaría completamente equivocada.

En esta línea, a pesar de la amplia evidencia empírica que teorías cognitivas como la Teoría de la Acción Planeada, han demostrado en diferentes investigaciones relacionadas tanto con el comportamiento de riesgo como con el de salud (Neipp, Quiles, León, Tirado y Rodríguez-Marín, 2015; Rodríguez-Kuri et al., 2007; Sáiz-Galdós, 2009), no son pocas las críticas que ha recibido sobre el valor predictivo para promover conductas saludables (Sniehotta, Pesseau y Arajúo-Soares, 2014), habiéndose realizado investigaciones donde se destacan carencias como la falta de elementos que incluyan una dimensión emocional (Pedrero, 2007; Sáiz-Galdós, 2009), sociológica (Sáiz-Galdós, 2007) y biológica (Pineda y Torrecilla, 1999; Wise, 1999) para conseguir una descripción más acertada de las conductas.

2.4 Rasgo de personalidad

Desde esta perspectiva, el comportamiento de riesgo es una característica de personalidad que diferencia a unos individuos de otros. En este sentido, el riesgo es considerado un rasgo peculiar de un individuo como la autoestima o la búsqueda de sensaciones. Las investigaciones indican que existen una serie de características de personalidad relacionadas con los comportamientos de riesgo, incluyendo la búsqueda de sensaciones (Rolison y Scherman, 2003; Greene, Kremer, Walters, Rubin y Hale, 2000), la autoestima (Wild, Flisher, Bhana y Lombard, 2004), el locus de control (Rolison, 2002), la impulsividad (Moore y Rosenthal, 1993), el egocentrismo (Greene et al., 2000) y los cinco grandes factores de personalidad (Essau, 2004).

Como acercamiento a esta perspectiva del rasgo de personalidad, Zuckerman (1994), destaca la búsqueda de sensaciones como factor más importante en la toma de riesgo. La búsqueda de sensaciones es la característica que se evalúa con más frecuencia para explicar las conductas de riesgo. De acuerdo a Zuckerman, se trata de un rasgo de la personalidad que impulsa a satisfacer las posibles necesidades de riesgo de algunas personas. Sin embargo, un único rasgo aislado de la personalidad no puede explicar adecuadamente todos los comportamientos de riesgo. Por esta razón, aunque se ha investigado de manera independiente muchos rasgos de la personalidad, también se han realizado investigaciones donde se ha evaluado la personalidad como un todo, para intentar encontrar alguna relación con las conductas de riesgo. Por ejemplo, Essau (2004) investigó el papel que tenían los 5 grandes rasgos de personalidad sobre estas conductas, utilizando el cuestionario de los cinco factores de personalidad de Goldberg (1992). De manera similar, Zuckerman y Kuhlman (2000), examinaron los efectos de la personalidad sobre el riesgo, utilizando el cuestionario de los cinco factores de Zuckerman y Kuhlman (2000). Como resultados, encontraron evidencias de la influencia de los rasgos de personalidad sobre el comportamiento de riesgo. Se han estudiado las relaciones entre los comportamientos de riesgo y una variedad de características de personalidad, destacando variables como la búsqueda de sensaciones, autoestima, impulsividad, egocentrismo y locus de control, siendo la búsqueda de sensaciones, la variable más destacable de todas ellas.

A continuación, vamos a hacer un recorrido profundizando más sobre estas variables de personalidad que más se relacionan con las conductas de riesgo.

2.4.1 Conducta de riesgo y búsqueda de sensaciones.

El concepto de búsqueda de sensaciones fue definido por primera vez por Zuckerman (1979), como la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas, y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas. Existen dos modelos que se han centrado en explicar el concepto de búsqueda de sensaciones. En primer lugar, encontramos el de Zuckerman (1994), para quien la búsqueda de sensaciones incluye cuatro componentes: “*Búsqueda de aventura*”, donde se encontrarían actividades relacionadas con actividades físicas caracterizadas por la velocidad, el peligro y la novedad; “*Búsqueda de la diversidad*”, donde se englobarían actividades relacionadas con vivir nuevas experiencias a través de viajar, la música, el arte o estilos de vida diferentes; “*Desinhibición*”, es una tendencia a ser impulsivo, a resistirse contra las normas sociales y a preferir situaciones improvisadas o inesperadas; “*Aversión al aburrimiento*”, las rutinas, la gente común o las experiencias repetitivas son completamente insoportables. Por otro lado, encontramos la definición desde la perspectiva de Arnett (1994), para el que la búsqueda de sensaciones es un rasgo de la personalidad caracterizado por el deseo que tiene una persona por satisfacer una necesidad de estimulación a través de situaciones novedosas e intensas. La principal diferencia entre ambas perspectivas es que Zuckerman enfatiza la dimensión biológica de la búsqueda de sensaciones, a diferencia de Arnett (Zuckerman y Kuhlman, 2000).

Considerando la búsqueda de sensaciones como un rasgo de personalidad, en los últimos años se han desarrollado una serie de estudios sobre las características biológicas y temperamentales de los buscadores de sensaciones (Sijtsema et al., 2010). En este sentido, este rasgo de personalidad ha sido descrito por Zuckerman en su teoría de la personalidad biopsicosocial como una serie de reacciones bioquímicas que dan lugar en el cerebro (Steinberg, 2008). De acuerdo a este marco conceptual, recientes estudios han

subrayado que los cambios en la búsqueda de sensaciones durante el desarrollo de la adolescencia se explican por los cambios madurativos del cerebro adolescente (Somerville, Jones y Casey, 2010). Estos autores destacan que las áreas subcorticales del cerebro responsables de la novedad, las recompensas o los estímulos emocionales, como son el núcleo accumbens y la amígdala, muestran una respuesta exagerada en los adolescentes. De acuerdo a este modelo del neurodesarrollo (Ernst, Pine, y Hardin, 2006), la mayoría de los comportamientos de riesgo tienen lugar debido a que estas estructuras responsables de la búsqueda de la novedad y de las emociones fuertes se encuentran hiperactivadas, mientras que las estructuras corticales responsables de la inhibición, la planificación y la toma de control aún se encuentra en proceso de maduración durante el desarrollo de la adolescencia. Por tanto, se genera una situación ideal para la participación en comportamientos que entrañen cierto riesgo.

Muchos estudios han demostrado que la búsqueda de sensaciones es significativamente mayor en hombres que en mujeres (Wilson y Daly, 1985; Macdonald, 2008) ya que los niveles de testosterona se relacionan positivamente con la búsqueda de sensaciones (Aluja y Torrubia, 2004), sin embargo, recientemente parece que estas diferencias están desapareciendo cada vez más (Cross, Cryrenne y Brown, 2013).

Los buscadores de sensaciones se caracterizan por tener una baja sensibilidad a los estímulos y, en consecuencia, necesitan altos niveles de estimulación para mantener un estado óptimo del arousal, lo que incluye asumir cierto riesgo. De este modo, muchas investigaciones han remarcado la relación significativa entre tener altos niveles de búsqueda de sensaciones con niveles altos de comportamiento violento (Lynne-Landsman, Graber, Nichols, y Botvin 2011; Pace et al., 2013), con el abuso de sustancias ilegales (Desilva, 1999; Rahmanian y Hasani, 2005), consumo de alcohol (Meszaros et al., 1999) y contactos sexuales de riesgo (Baiocco, Laghi, F y D'Alessio, 2009; Laghi et al., 2015).

En un estudio de Shakeri et al. (2014), analizaron directamente la relación de la búsqueda de sensaciones con el consumo de sustancias. Los resultados

mostraron que los adictos a las sustancias tenían niveles significativamente superiores en búsqueda de sensaciones que los no adictos. Además, concluyeron que aquellos que habían comenzado a consumir drogas tales como crack o metanfetaminas, tenían niveles más altos de búsqueda de sensaciones que aquellos que habían comenzado por los opiáceos tradicionales.

Zuckerman (1979), cree que si se logra identificar a un buscador de sensaciones relativamente pronto durante la adolescencia, sus sensaciones pueden ser satisfechas, proporcionando asesoramiento académico o asesoramiento laboral, impulsándolos a desarrollar trabajos estimulantes e inesperados como bombero, policía o como parte del equipo médico de urgencias. Así, su búsqueda de sensaciones puede verse satisfecha, a la vez que pueden llegar a prestar ayuda a ellos mismos y a la sociedad, y alejarse del consumo de drogas.

Del mismo modo, se ha visto que un apego seguro hacia los cuidadores puede proteger a los adolescentes y jóvenes de conductas disfuncionales, disminuyendo su búsqueda de sensaciones (Barnes y Farrell, 1992), mientras que aquellos que durante la adolescencia se desarrollan con un apego inseguro puede que no encuentren, ni en ellos mismos, ni en otras personas, herramientas para desarrollar su bienestar. Así, suelen recurrir a lo que siempre está disponible: la autoestimulación de sus emociones. En este sentido, estas personas tienden a sustituir el apego de sus relaciones por sensaciones físicas, potencialmente destructivas (Jeammet, 2008).

Asimismo, individuos con altos niveles de búsqueda de sensaciones tienen una tendencia a realizar una gran variedad de comportamientos de riesgo como conducir de manera temeraria, fumar, mantener relaciones sexuales sin protección, el consumir de alcohol y otras sustancias (Zuckerman y Kuhlman, 2000). En otras palabras, los jóvenes que disfrutan con la búsqueda de sensaciones son menos propensos a identificar el riesgo en sus comportamientos de riesgo, y todavía menos a la hora de repetirlos, que sus iguales con menor búsqueda de sensaciones (Hoyle, Stephenson, Palmgreen, Lorch y Donohew, 2002).

Investigaciones han encontrado que la búsqueda de sensaciones es mayor durante la adolescencia que durante la adultez (Arnett, 1994, 1996) y que el comportamiento temerario es mucho más frecuente en los adolescentes y adultos emergentes que en cualquier otro periodo del desarrollo (Jonah, 1986). Por ejemplo, Arnett (1996) examinó la contribución que la búsqueda de sensaciones tenía sobre el desarrollo a la hora de desarrollar comportamientos temerarios o de riesgo. En esta investigación, llevó a cabo dos tipos de estudios: uno con 133 estudiantes de instituto cuyas edades oscilaban entre los 17 y 18 años, y otro con 346 estudiantes de universidad cuya edad variaba entre 18 y 23 años. Utilizó el instrumento de búsqueda de sensaciones de Arnett (AISS) y un cuestionario *ad hoc*, para evaluar la conducta de riesgo. Como resultados, encontraron que, cualquier tipo de comportamiento de riesgo, incluyendo conducción temeraria y consumo de alcohol o drogas, estaban correlacionados con la búsqueda de sensaciones. Estos resultados se verificaron con estudios posteriores (Jonah, 1997), a través del metaanálisis de 40 artículos relacionados, donde se encontraban correlaciones entre la mayoría de comportamientos de riesgo y la búsqueda de sensaciones.

De este modo, podemos decir que, como predictor del comportamiento de riesgo, la búsqueda de sensaciones es uno de los más destacados, en cuanto a características individuales se refiere. Por ejemplo, Rolison y Scherman (2003), examinaron diferentes rasgos del carácter, incluyendo la búsqueda de sensaciones. Los participantes fueron 196 alumnos universitarios con edades entre 18 y 21 años. Se les administró la escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman (SSS-V) (Zuckerman, 2007). Los resultados mostraron que la búsqueda de sensaciones era el predictor más importante del comportamiento de riesgo.

En otro estudio, Rolison (2002) examinó los efectos de la búsqueda de sensaciones y algunos rasgos del carácter. Los participantes fueron 171 adolescentes de entre 18 y 21 años. Los resultados demostraron que el comportamiento de riesgo estaba significativamente afectado por la búsqueda de sensaciones.

En la misma línea, Greene Krcmar, Rubin, Walters y Hale, (2002), investigaron la contribución que la búsqueda de sensaciones y otras características de la personalidad tenían sobre el comportamiento de riesgo en los adolescentes. En total, 381 adolescentes de instituto y 343 estudiantes universitarios participaron en este estudio. Una vez más, los resultados demostraron que el comportamiento de riesgo estaba significativamente relacionado con la búsqueda de sensaciones.

Por otro lado, Horvath y Zuckerman (1993), examinaron las relaciones que existían entre la búsqueda de sensaciones con la impulsividad, estimación del riesgo y comportamiento de riesgo. Los sujetos fueron 447 universitarios de la universidad de Delaware y los resultados de los análisis de regresión múltiple mostraron que la búsqueda de sensaciones seguía siendo el predictor más fuerte.

Un estudio realizado con población algo mayor replicó resultados similares a los ya descritos. En este caso, Rosenbloom (2003), evaluó a 75 jóvenes de entre 20 y 27 años y los resultados volvieron a demostrar una relación positiva entre ambas variables.

Así, Hansen y Breivik (2001), encontraron los mismos resultados con población más joven. Dividieron los comportamientos de riesgo en positivos (escalada, kayak, rafting, etc.) y en negativos (crimen, robos, consumo de sustancias...). Con 360 adolescentes noruegos de entre 12 y 16 años, los resultados encontraron relaciones fuertes entre ambos tipos de conductas.

Del mismo modo, en 2004, Fischer y Smith, evaluaron a 403 estudiantes universitarios. Dividieron los ítems en conductas de riesgo positivas y conductas de riesgo negativas. Los análisis mostraron que la búsqueda de sensaciones tenía una correlación positiva entre ambos tipos de conductas de riesgo.

2.4.1.1. Conducta de riesgo y búsqueda de sensaciones en España

En nuestro país, los resultados encontrados son muy similares a los anteriormente descritos. Más recientemente, otros estudios siguen aportando

información sobre la importancia que tiene la búsqueda de sensaciones a la percepción de riesgo. Así encontramos investigaciones como la de González-Iglesias, Gómez, Gras y Planes (2014), donde relaciona la búsqueda de sensaciones con el consumo de alcohol.

En la investigación de Lorca y Sanz, (2003), queda patente que los sujetos con puntuaciones altas en búsqueda de sensaciones tienen menor probabilidad de rechazar ofertas de alcohol y mayor prevalencia de consumo, y presentan menos expectativas negativas y más expectativas positivas respecto al consumo de esta sustancia. Además, también se ha encontrado que la búsqueda de sensaciones, sobre todo los factores de búsqueda de excitación y desinhibición, son factores predictivos del consumo de tabaco, aunque parece que solo el factor desinhibición influye en el consumo de alcohol (Latorre, Cámara y García, 2014). Del mismo modo, se ha encontrado que existe un patrón de policonsumo muy vinculado a estos mismos factores de búsqueda de excitación y desinhibición (Pérez de Albéniz y Medina, 2016).

Resultados similares encontraron González-Iglesias et al. (2014), quienes encontraron una relación directa entre el consumo de alcohol y los niveles de búsqueda de sensaciones. Sin embargo, también apuntan que el papel que la búsqueda de sensaciones tiene sobre el consumo de alcohol, está mediada por las percepciones sesgadas de los jóvenes sobre el alcohol y las consecuencias. Es decir, encontraron que la relación entre el consumo de alcohol y la búsqueda de sensaciones no es tan clara como se podría pensar, ya que también influye el efecto del refuerzo positivo, que actúa como mediador en esta relación. Es por esto, que la diversión, la posibilidad de entablar relaciones íntimas, olvidar las preocupaciones, etc., al igual que evitar ciertas situaciones como sentirse excluido del grupo o la presión social por beber, moderan la relación entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de alcohol. Así, estos investigadores concluyen que la decisión de consumir alcohol está determinada por un balance de costes y beneficios, y que además, está modulada por la experiencia previa que hayan tenido con la conducta y con su predisposición personal a asumir riesgos.

En otro estudio, realizado por Calafat et al. (2013), analizaron la relación entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de alcohol, así como la utilización de un test de alcoholemia como medida preventiva para dejar de beber. En este estudio, los investigadores acudieron a los lugares de ocio más importantes de tres ciudades españolas y donde seleccionaron la muestra. Los jóvenes escogidos para la investigación accedían a rellenar un cuestionario y a realizar un test de alcoholemia para conocer el estado de embriaguez que llevaban en ese momento de la noche. Los resultados indicaron que solamente el 21.6% de los encuestados admitieron que beberían menos o dejarían de beber y otro 21.5% bebería más de lo que en un principio tenía pensado. A pesar de que la medida preventiva no fuera muy eficaz, se observó que aquellos que decidían seguir bebiendo y no hacer caso de las recomendaciones, puntuaban más alto en búsqueda de sensaciones.

Por otro lado, encontramos que la búsqueda de sensaciones aparece como variable que más se relaciona con la delincuencia y el vandalismo entre los jóvenes (Chico, 2000; Ferriz, 2015).

En resumen, podemos concluir este apartado, afirmando que numerosos estudios han demostrado que el mejor predictor del comportamiento de riesgo es la búsqueda de sensaciones y que, durante la adolescencia temprana hasta la adultez emergente, se siguen llevando a cabo muchos comportamientos de riesgo guiados por la búsqueda de sensaciones.

2.4.2 Conducta de riesgo y autoestima

Aunque las diferencias entre autoestima y autoconcepto están claramente definidas, a menudo estos conceptos pueden interpretarse de tal manera que sus significados se solapan, por eso queremos comenzar el apartado aclarando estos dos constructos psicológicos. Por un lado, podemos definir el autoconcepto como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, y que surgen como consecuencia de un análisis, valoración e integración de informaciones procedentes de la propia experiencia vivida y del feedback social de personas significativas para uno mismo (González-Pienda,

Pérez, Pumariega, y García, 1997). Por otro lado, de acuerdo a la definición de Rosemberg (1965), la autoestima se refiere a la autovaloración de la valía personal y los sentimientos globales sobre la competencia y la autoaceptación.

Así, una serie de investigaciones han demostrado la posibilidad de que el autoconcepto esté estructurado de manera multidimensional y jerárquica, de manera que se integran aspectos descriptivos (cognitivos) de sí mismo, que se corresponden con la autoimagen, y aspectos valorativos (o afectivos), que se corresponderían con la autoestima (Marsh y Craven, 2006). De este modo, Isiksal (2010) y Esnaola, Infante y Zullaika (2011), distinguieron que el autoconcepto estaba formado por 4 componentes: físico, académico, personal y social. En esta línea, se ha empleado el término autoestima para referirse al componente global del autoconcepto, que aparecería en la cumbre de la jerarquía, siendo más transitoria y dependiente del contexto, y más inestables que los componentes específicos del autoconcepto.

De acuerdo a esta diferenciación, la variable seleccionada para esta tesis doctoral ha sido la autoestima, debido a que implica un componente valorativo personal que engloba a su vez todos los componentes del autoconcepto. Una vez aclarada la diferencia entre ambos conceptos, profundizaremos en el concepto de autoestima y su implicación con el desarrollo adolescente y universitario.

En un metaanálisis realizado por Liu y Xin (2014), donde revisaron un total de 68 estudios con una muestra total de 35.499 estudiantes de entre 11 y 18 años, observaron que la autoestima se incrementaba con la edad. Sin embargo, a pesar de esta tendencia, observaron una caída muy significativa de la autoestima durante el periodo de transición del colegio al instituto. Estos resultados son consistentes con los de Robins y Trzesniewski (2005), quienes encontraron que hay una disminución de la autoestima en el paso de la infancia a la adolescencia, y que estos niveles vuelven a incrementarse en el comienzo de la vida adulta para volver a decaer desde las edades medias de la vida adulta hasta la vejez.

Crocker (2002), muestran que estas alteraciones en la autoestima, dependen de sus éxitos y fracasos, en concreto de si estos se producen en las

circunstancias vitales que son contingentes a su percepción de autovalía. Las reacciones afectivas son, a su vez, más intensas ante los éxitos y fracasos que tienen que ver con en estas circunstancias que ponen en juego su autoestima (Crocker, Brook, Niiya y Villacorta, 2006). Así, los jóvenes llevarán a cabo conductas orientadas a mejorar su autovalía, de modo que es lógico pensar que al obtener resultados positivos a desarrollar estos comportamientos, también provocarán emociones positivas que contribuirán a la mejora de su autoestima (Dubois y Tevendale, 1999).

La autoestima es un rasgo de la personalidad que ha sido ampliamente estudiado tanto en la adolescencia como en la adultez emergente en general, y en las conductas de riesgo en particular. A pesar de ello, se han encontrado resultados contradictorios cuando se han intentado encontrar relaciones entre ambas variables (Connor, Poyrazh, Ferrer-Wrender y Grahame, 2004). Mientras que algunos estudios sugieren que la baja autoestima se relaciona con un incremento de conductas de riesgo (Belgrave, Van Oss Marin y Chambergs, 2000, Scheir, Botvin, Griffin y Diaz, 2000), otros estudios encuentran que es la alta autoestima la que se correlaciona significativamente con las conductas de riesgo (Connor et al., 2004; DeSimone, Murray y Lester, 1994). Aún así, los estudios que indican que son los jóvenes con mayor autoestima los que practican más conductas de riesgo, dividieron las conductas en adaptativas y patológicas. Es decir, de acuerdo a estos estudios, una de las características de personalidad relacionadas con las conductas de riesgo adaptativas, es la alta autoestima. Además, las investigaciones han demostrado que las prácticas peligrosas que están relacionadas con la alta o baja autoestima, dependen del tipo de riesgo y del enfoque teórico del estudio. A partir de este punto, utilizaremos conducta de riesgo para referirnos a aquellas conductas desadaptativas que ponen en riesgo la salud.

En población universitaria, Kavas (2009), encuentra relación entre una baja autoestima con el consumo de alcohol y drogas. Además, cuando la autoestima se analiza de manera multidimensional, podemos encontrar investigaciones que relacionan que una baja autoestima familiar y escolar, y una alta autoestima alta en relaciones con iguales, se asocian con un mayor consumo de sustancias (Romero, Luengo y Otero López, 1995) y actúan como

variables mediadoras de la influencia del funcionamiento familiar sobre el consumo (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008). Karatzias, Power y Swanson (2001), por su parte, encuentran que una baja autoestima en el contexto familiar predice conductas de experimentación con alcohol y drogas y una alta autoestima en el contexto con los iguales, predice experimentación con drogas y abuso continuado de alcohol. Otras investigaciones que siguen la misma línea encuentran que los jóvenes que se sienten poco valorados por sus padres presentan un mayor consumo de drogas ya desde la preadolescencia (Pinazo, Pons y Carreras, 2002) y que los jóvenes que muestran una autoestima alta en el contexto social, presentan un mayor consumo de alcohol y drogas (Cava, Musitu y Murgui, 2007).

Por otra parte, los jóvenes con baja autoestima se caracterizan también por presentar una peor salud física (Chan, Chung y Chui, 2010). Entre las actitudes y conductas que se asocian a la baja autoestima y son un riesgo para los problemas de salud, destacan un menor rechazo en las chicas a mantener relaciones sexuales sin protección (Salazar et al., 2004) y la probabilidad de desarrollar trastornos alimentarios de anorexia y bulimia (Gila, Castro, Gómez y Toro, 2005; Stein y Corte, 2003).

La mayoría de las investigaciones coinciden en afirmar que la baja autoestima actúa como precursor de las conductas de riesgo y con problemas de salud (Abernathy, Massas y Romano-Dwyer, 1995). De hecho, se han encontrado argumentos que indican que tener una alta autoestima protegería a los jóvenes de llevar a cabo conductas de riesgo. De acuerdo a esta idea, la baja autoestima ha sido relacionada con comportamientos como fumar, consumir sustancias, mantener relaciones sexuales de riesgo y consumir alcohol (Modrcin-Talbott et al., 1998). Además, las chicas adolescentes con menor autoestima, sufren más contagios de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Igualmente, la baja autoestima se ha asociado significativamente con el abuso de sustancias (Gordon y Caltabiano, 1996), consumo de tabaco, de alcohol y problemas con la bebida (Wild et al., 2004). Por otro lado, varias teorías aseguran que los individuos con baja autoestima se ven inmersos en diversos comportamientos de riesgo debido, por un lado, a la falta de habilidad para afrontar diferentes desafíos de la vida y por otro, debido a las emociones que

experimentan (Wild et al., 2004). Estas teorías también están de acuerdo en que aumentando la autoestima de los adolescentes, se reducen significativamente los comportamientos de riesgo.

En un estudio longitudinal, Jessor et al. (1991), examinaron el papel de algunas variables socioambientales y personales, incluyendo la autoestima, para explicar la conducta de riesgo con 384 estudiantes de instituto y 184 estudiantes universitarios. Se encontró que la tendencia al comportamiento de riesgo durante la adolescencia, estaba relacionada significativamente con una conducta de riesgo durante la adultez temprana. Las variables de personalidad, incluyendo la autoestima, predecían problemas de conducta como consumir alcohol, tabaco y drogas, durante la adultez temprana.

En otro estudio posterior, Wild et al. (2004), investigaron la relación entre seis campos de la autoestima (relaciones con iguales, colegio, familia, deporte, imagen corporal y autovaloración general) con la conducta de riesgo. Participaron 939 estudiantes de instituto. Los resultados sugirieron que las intervenciones más eficaces para evitar que los adolescentes llevaran a cabo conductas de riesgo, eran aquellas orientadas a mejorar su autoestima, y mucho más, si el foco de intervención se centraba en el campo de la familia y de la escuela.

Por otro lado, se ha encontrado que la autoestima funciona como un mecanismo de protección que nos ayuda a limitar los posibles efectos negativos de algunos factores de riesgo como el rechazo personal (Ford y Collins, 2011). En esta línea, Leary (1999), propone la autoestima como un *sociómetro* que funciona como un monitor subjetivo sobre cómo una persona es evaluada por un grupo deseable o a través de las relaciones que tiene. Así, se ha visto que una alta autoestima en adolescentes varones actúa como protector para consumir sustancias como esteroides o anabolizantes (Kindlundh, Hagekull, Isacson y Nyberg, 2001).

Esta variabilidad en la relación entre autoestima y conducta de riesgo se hace más consistente cuando analizamos la autoestima desde un punto multidimensional. Así, la investigación muestra que una autoestima baja en contextos familiares y escolares, y una autoestima alta en el contexto de relación

con los iguales, se asocia con un mayor consumo en los jóvenes. Por otro lado, una alta autoestima en el contexto de relación con los iguales predice la experimentación con drogas y un abuso continuado del alcohol (Rodríguez y Caño, 2012).

2.4.2.1. Conducta de riesgo y autoestima en España.

En nuestro país, las investigaciones han resultado coherentes con los estudios internacionales. De este modo, la autoestima ha resultado ser predictor de las conductas de riesgo para el consumo de cannabis y de otras drogas, pero no en el caso del alcohol (Espada, Antón y Torregrosa, 2008; García, Zaldivar, López y Molina, 2009).

Además, se ha visto que puntuaciones bajas en autoestima se relacionan con conductas agresivas (Garaigordobil y Durá, 2006), conductas antisociales (Calvo, González y Martorell, 2001), violencia escolar (Martínez-Ferrer, Murgui-Pérez, Musitu-Ochoa y Monreal-Gimeno, 2008) y violencia relacional (Moreno, Estévez, Murgui y Musitu, 2009). Por otro lado, se ha encontrado que aquellos jóvenes con menor autoestima son más propensos a mantener relaciones sexuales sin protección (Salazar et al., 2004) y, generalmente, suelen tener peor salud física (Rodríguez y Caño, 2012).

Podemos concluir este apartado, indicando que la influencia de la autoestima sobre el comportamiento de riesgo no encuentra un punto en común en la bibliografía científica, ya que los estudios no son coherentes con el sentido de esta relación. Todo parece indicar que esta variabilidad está originada por las diferentes áreas que engloba la autoestima y que diferentes niveles en cada área, provocará que la autoestima actúe como facilitador o como protector de las conductas de riesgo. Así, mientras que parece que sería un facilitador de consumo de sustancias, actúa también como un protector de las situaciones que generan e implican emociones negativas.

2.4.3. Impulsividad y percepción de riesgo

La impulsividad ha sido una variable de personalidad que tradicionalmente ha estado relacionada con comportamientos de riesgo. Sin embargo, la impulsividad no siempre es negativa. Tal y como definió Dikman (1990), existen dos tipos de impulsividad: *funcional*, relacionada con la capacidad de tomar decisiones rápidas en un momento crítico, y que permiten obtener algún beneficio para la persona, y *disfuncional*, relacionada con la toma de decisiones irreflexivas y sin tener en cuenta las posibles consecuencias, que posiblemente sean negativas para ella.

Se trata de un término en el que existe falta de consenso en cuanto a su definición, características, dimensiones y forma de evaluación (Riaño-Hernández, Guillén y Buela Casal, 2015). Así, encontramos por un lado, definiciones que se centran en aspectos motores del constructo, como las de Leeman, Hoof, Krishnan-Sari, Patock-Peckman y Potenza (2014), quienes hablan de una predisposición para generar reacciones no planeadas y rápidas frente a estímulos internos o externos, y la de Ghahremani et al. (2013), quienes la definen como la toma de decisiones rápidamente, actuar sin pensar y realizar conductas de riesgo. Por otro lado, otras definiciones profundizan en los aspectos más cognitivos como la definición de Barrat (1994), quien la define como un déficit en el procesamiento cognitivo, una falla en la inhibición de respuesta, un rápido procesamiento de la información, dificultad para posponer las recompensas, tendencia a vivir el momento y no pensar antes de actuar, o la definición de Dougherty et al. (2013), quienes la definen como un estilo cognitivo definido por el número de errores antes de elegir la opción correcta y el tiempo que tardan en generar su primera elección.

Dada la dificultad para aceptar una definición general de impulsividad, se han establecido una serie de componentes y rasgos que pueden ayudar a entender el concepto de impulsividad. Así, según De Wit (2009), este concepto estaría formado por cuatro componentes: *urgencia negativa*, cuando se actúa de manera impulsiva ante una situación negativa; *falta de perseverancia*, cuando ante la presencia del aburrimiento, la persona se rinde ante él; *falta de premeditación*, cuando se actúa sin tener en cuenta las posibles consecuencias;

y *búsqueda de sensaciones*, cuando la persona busca actividades que le resulten excitantes. Por otro lado, encontramos tres rasgos de la impulsividad: “*componente motor*”, actuar sin pensar; “*componente atencional*”, inestabilidad cognitiva y atencional, y “*componente de no planificación*”, que hace referencia a la falta de planificación (Gilbert et al., 2011).

A pesar de la falta de consenso en el término, en este trabajo vamos a utilizar la definición de impulsividad de Cyders (2013) según la cual, es un constructo multidimensional que integra una variedad de rasgos tales como actuar sin premeditación, buscar sensaciones, asumir riesgos, ser más sensible a la recompensa que a los riesgos, la urgencia y otros constructos relacionados. Esta falta de premeditación puede llevar al joven a tomar decisiones erróneas, poniendo, muchas veces, en peligro su salud. Se ha visto que las personas que piensan detenidamente sobre las consecuencias de sus actos suelen involucrarse más en actividades o comportamientos saludables como comer saludablemente o hacer ejercicio (Adams y Nettle, 2009; Piko y Brassai, 2009).

Así, encontramos que la impulsividad se ha relacionado recientemente con diferentes problemas psicológicos como la ideación suicida (Rimkeviciene, O’Gorman, y De Leo, 2015; Salvo y Castro, 2013) o las autolesiones sin intención de suicidio (Lockwood, Daley, Townsend y Sayal, 2016), la bulimia (Vaz-Leal et al., 2014), diferentes adicciones como a la comida, a las compras, al sexo o la ludopatía o internet (De Sola-Gutierrez, Rubio-Valladolid y Rodríguez-de Fonseca, 2013), al trastorno bipolar (Karakus y Taman, 2011) o al trastorno límite de la personalidad (Moeller, Barrat, Dougerty, Schmitz y Swann, 2001). Además, se relaciona fuertemente con el consumo de alcohol durante la adolescencia y la adultez emergente (Coskunpinar, Dir y Cyders, 2013; Stautz y Cooper, 2013), con el consumo de tabaco (Pérez-Fuentes et al., 2015), así como con un pobre desempeño en tareas que evalúan funciones ejecutivas (Mota et al., 2013). Además, se ha encontrado que los jóvenes consumidores de alcohol puntúan más alto en impulsividad disfuncional que los no consumidores (Narváez y Caro, 2015), del mismo modo que se han encontrado diferencias significativas en los niveles de impulsividad disfuncional entre jóvenes con problemas de alcoholismo y aquellas que simplemente consumen alcohol, pero no tienen un problema con la bebida (MacKillop, Mattson, MacKillop, Castelda y Donovic, 2007). Por otro

lado, la impulsividad también se ha mostrado como un factor determinante en las conductas de recaídas, sobre todo en el consumo de tabaco (Perea y Oña, 2011) o en el mantenimiento de las dietas (Churchill y Jessop, 2011).

Investigaciones similares han encontrado relación entre la impulsividad con el consumo y sobreconsumo de medicamentos no recetados, pero que se venden con receta (analgésicos, estimulantes, tranquilizantes o sedantes) (Hall, Howard y McCabe, 2010; McCauley et al., 2011). Además se ha observado que las personas que consumen medicamentos sin recetar cuando conducen, también puntúan más alto en impulsividad y perciben menos riesgo, ya que piensan que estos medicamentos les aportan beneficios mientras conducen, ya que los mantienen despiertos y les dotan de la energía que necesitan para conducir (Benotsch et al., 2015).

En relación con los contactos sexuales de riesgo, la impulsividad también juega un papel importante. Se ha observado que tanto hombres como mujeres que utilizaron algún método anticonceptivo en sus últimas relaciones sexuales puntuaban menos en impulsividad que los que no lo usaron (Quinn y Fromme, 2010), y que niveles altos de impulsividad predecían mayor promiscuidad sin protección (Charnigo et al., 2013).

Por todo lo anterior, parece que la impulsividad es un factor de riesgo para el inicio en el consumo de drogas (Pérez-Fuentes, et al., 2015). Por eso se viene hipotetizando desde hace cuatro décadas, que el comportamiento de riesgo es consecuencia directa de un déficit en el control de impulsos (Eysenck y Eysenk, 1977).

En los últimos años se está empezando a relacionar la impulsividad con la regulación emocional, proponiendo que esta impulsividad es una “falta de habilidad para inhibir una respuesta dominante y para activar una respuesta subdominante” (Rotbarth y Bates, 2006, p.129). Este proceso, también llamado “control del esfuerzo”, se utiliza para regular las experiencias y expresiones emocionales, así como comportamientos. Además hay pruebas de que un bajo control del esfuerzo se relaciona con problemas de conducta externalizantes en niños (Eisenberg et al., 2005). En este sentido, se ha podido observar que aquellas personas con unos índices superiores en impulsividad conseguían

menos éxito vital que los que obtenían puntuaciones menores (Ghahramani, Sohrabi, Kakhki y Besharat, 2016; Merrel y Tymms, 2001). Así, investigaciones posteriores han intentado explicar la relación entre impulsividad y la regulación emocional y se ha sugerido que la desregulación emocional en adolescentes, sobre todo en aquellos con tendencia a la impulsividad o al enfado, suele provocar niveles más altos de comportamientos de riesgo externalizantes (Curry y Youngblade, 2006), mientras que la habilidad para saber manejar y autorregular las emociones, contribuyen a controlar los efectos de la impulsividad (Movallali, Rostami, Dehkordi, Alkasir y Veisi, 2015).

2.4.3.1 Conducta de riesgo e impulsividad en España

En población española, los resultados son similares a los ya mencionados. Por ejemplo, encontramos que un estilo cognitivo impulsivo está relacionado con un mayor consumo de drogas (Calvete y Estévez, 2009; Narváez y Caro, 2015), de alcohol y de tabaco (Pérez-Fuentes, 2015). Además, la impulsividad y el consumo de alcohol se ha relacionado también con el riesgo de suicidio, sobre todo cuando el joven no tiene una buena red de apoyo social (Salvo y Castro, 2013). Por otra parte, la impulsividad se ha mostrado como factor relevante en conductas de recaída, destacando el consumo de tabaco (Perea y Oña, 2011).

Por otro lado, se ha visto que existe una relación entre impulsividad y comportamiento delictivo (Ferriz, 2015) y el nivel de agresividad (Penado, Andreu y Peña, 2012).

2.4.4 Percepción de riesgo y felicidad

Las investigaciones relacionadas con felicidad, han dado lugar a dos perspectivas diferenciadas (Deci y Ryan, 2000; Ryan y Deci, 2001). Por un lado, **el hedonismo**, que se basa en la percepción subjetiva de calidad de vida, incluyendo tanto emociones positivas como negativas, así como una evaluación cognitiva de la satisfacción vital. Desde este punto de vista, si esta percepción personal es positiva obtenemos algún tipo de placer vital. Por otro lado,

encontramos **la plenitud**. La satisfacción con la vida no puede únicamente estar relacionada con la búsqueda de placer, y por tanto, esta perspectiva se centra en el pleno funcionamiento y compromiso de las personas. De este modo, la felicidad solamente se podría alcanzar como resultado de un funcionamiento psicológico óptimo. Desde este punto de vista, el bienestar requiere autonomía, competencia y la creación de lazos afectivos.

Podríamos definir la felicidad como la evaluación afectiva y cognitiva de la propia vida, en la que predominen las sensaciones positivas y se encuentren ausentes las negativas (Diener y Lucas, 2000). Por otro lado, encontramos teorías que definen la felicidad como sinónimo de salud psicológica y, por tanto, las personas felices suelen cumplir cuatro características: son capaces de encontrar sus propios recursos (sentimiento de independencia o control de la propia vida), consiguen niveles satisfactorios de intimidad (amistad, empatía y capacidad de disfrutar de la compañía de otras personas), adquieren cierta competencia en algunas áreas de su vida (capacidades y conciencia de estas habilidades) y desarrollan conductas de salud (ser consciente y practicar comportamientos saludables) (Kehle, Bray, Margiano, Theodore y Zhou, 2002).

De acuerdo a las diferencias entre sexos, encontramos que numerosos estudios no han encontrado diferencias significativas entre los adolescentes chicos y chicas (Hunagund y Hangal, 2014; Uusitalo-Malmivaara y Lehto, 2013; Vera-Villarroel, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Zych y Buela-Casal, 2011), pero algunos estudios han encontrado que las mujeres adultas obtienen puntuaciones ligeramente superiores en felicidad que los hombres (Aldous and Ganey, 1999). En relación a la edad, pocos estudios han investigado la relación con la felicidad, y los resultados son dispares. La mayoría de ellos no encuentran diferencias en la edad (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009; Huebner Ash y Laughlin, 2000), mientras que otros encuentran que a medida que se crece, las puntuaciones de felicidad disminuyen (Vera-Villarroel et al, 2012), y otros encuentran modelos con forma de "U", donde los niveles más altos de felicidad se encuentran entre las edades de 20 y 29 años y a partir de los 50 (Blanchflower y Oswald, 2006).

El concepto de felicidad se ha estudiado desde diferentes aproximaciones, y diversas investigaciones han analizado las correlaciones con otros constructos como la salud, los rasgos de personalidad o el comportamiento. Según Argyle, (1997), existe una relación bidireccional entre la salud y la felicidad, de manera que la salud afecta a la felicidad y viceversa. Así, se ha encontrado que existe una relación inversa entre felicidad y psicopatología (Bartels et al., 2013) y que cuanto más feliz es un adolescente, menos síntomas tiene (Agbaria, Ronen y Hamama, 2012). Los resultados hallados con adultos son idénticos. De este modo, adultos que practicaban actividades que les provocaban placer, indicaban niveles menores de estrés y de depresión (Henderson, 2013).

Otras líneas de investigación han analizado la relación con los rasgos de personalidad y los resultados son similares. En este caso, se han encontrado correlaciones negativas entre felicidad y neuroticismo y positivas con extroversión (Hills y Argyle, 2001) y apertura a la experiencia (Pelechano et al., 2013).

En población universitaria, se ha destacado que la felicidad está relacionada positivamente con la amistad (Demir y Davidson, 2013), con el altruismo y las habilidades sociales (Demir et al., 2012), con la cooperación (Rigby, 1998), con el éxito académico y con la autoestima (Salmela-Aro y Tuominen-Soini, 2010; Sato y Yuki, 2014). Estudios recientes también sugieren que las personas con mayor autocontrol emocional son más felices (Cheung, Gillebaart, Kroese y De Ridder 2014).

En esta línea, una investigación de Vázquez (2015), analizó cómo afectan los niveles de felicidad cuando la persona se enfrenta a una enfermedad. Los resultados indicaron que, la gente más feliz se siente más saludable que la menos feliz, aún teniendo el mismo diagnóstico. Además, también encontraron que la salud puede influir sobre la felicidad pero no todos los problemas de salud implican una disminución de la satisfacción vital. Por ejemplo, algunos problemas psicológicos como depresión, estrés, insomnio o anorexia, y algunas enfermedades físicas como problemas cardíacos, migrañas o cáncer tienen un impacto negativo sobre la satisfacción vital, mientras que otros desórdenes como

la hipertensión, la diabetes o la disfunción sexual no tienen relación con la satisfacción vital. Además, se encontró que la gente feliz enferma menos que la infeliz.

2.4.5 Percepción de riesgo y optimismo

El optimismo se definió por primera vez, como variable de estudio, como una predisposición estable que las personas tienen a pensar que es más probable que ocurran cosas buenas que malas (Scheier y Carver, 1985). Cuando hablamos de optimismo, no podemos evitar hacer referencia al pesimismo, y es que, desde que surgió esta variable de investigación, la bibliografía científica no ha conseguido dejar claro si se trata de dos extremos del mismo continuo (ser optimista o no ser pesimista), o por el contrario son variables diferentes (Carver y Scheir, 2013; Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009; Segersrom, Evans y Eisenlohr-Moul, 2011).

En un primer momento, el optimismo fue conceptualizado como un rasgo con dos extremos, donde en uno de ellos se situaría el optimismo, y en el otro, el pesimismo (Bastianello, Pacico y Hutz, 2014; Carver y Scheier, 2013). Sin embargo, de acuerdo con Benyamini (2005), las personas tienen un nivel de optimismo o de pesimismo, dependiendo de las circunstancias de su vida. Así, podemos encontrar que las personas pueden mostrarse públicamente pesimistas, tal vez como estrategia defensiva para afrontar la ansiedad relacionada con las expectativas futuras, ajustando esas expectativas a niveles más bajos a los deseados, y sin embargo, mostrarse optimistas en otros aspectos de sus vidas privadas. Esto parece indicar que tanto optimismo como pesimismo actúan de manera independiente (Benyamini, 2005). Esta idea está apoyada por otras investigaciones como la de Bryant y Cvengos (2004), quienes encontraron que un porcentaje significativo de la muestra obtenían a la vez, puntuaciones altas en optimismo y en pesimismo, lo que apoya la conceptualización de que se trata de dos constructos diferentes.

En esta línea, diferenciando personas optimistas de pesimistas, se ha encontrado que obtener puntuaciones altas en optimismo está relacionado, por un lado, con una mayor satisfacción vital, mayor autoestima, mayor asertividad,

mejor humor general y mayor asertividad, y por otro, con menos desajuste psicológico y menos agresividad (Chang, 2001). Además, Patton, Bartrum y Creed (2004), también encontraron que los niveles de optimismo predecían la planificación, las relaciones sociales y las metas planteadas durante los estudios. A resultados similares llegaron Rottinghaus Day y Borgen (2005), quienes informaron de correlaciones directas entre el optimismo y la adaptación a la carrera, siendo los estudiantes más optimistas los que estaban más comprometidos con su educación y sus estudios universitarios. Por otro lado, también se ha relacionado que aquellos alumnos con puntuaciones más altas en pesimismo informaron sentirse menos satisfechos con su vida, refirieron más síntomas de estrés y de depresión, así como una peor planificación y logros en sus estudios (Chang, 2001; Patton et al., 2004; Vera-Villareal et al., 2011).

Más recientemente, Sun y Shek (2012), confirmaron que tener esperanza por el futuro y ser optimista, se podrían considerar como constructos importantes en la construcción de los pensamientos sobre el futuro. Esto coincide con la visión de Scheier y Carver (1993), quienes encontraron que cuando una meta es importante, la persona actuará para alcanzar el objetivo deseado, esperando obtener resultados positivos. Además, las personas buscan dirigir sus esfuerzos para alcanzar las metas que consideran importantes, y cuanto más valor se le dé a la meta, mayor es la motivación para conseguirla (Carver y Scheier, 2003). Igualmente, la cantidad de esfuerzo que se dedique a conseguir la meta, dependerá totalmente de si la persona tiene la suficiente seguridad en que va a alcanzar los objetivos (Scheier, Carver y Bridges, 2001). En este sentido, las investigaciones subrayan que tener un punto de vista positivo sobre el futuro, juega un papel crucial en el desarrollo de los adolescentes y jóvenes, y que a su vez, se pueden observar sus efectos en su comportamiento, en su salud y en su bienestar psicológico (Sun y Shek, 2012). Sobre todo, se relaciona con menos comportamientos de riesgo, con mejores aspiraciones educativas y compromiso con su formación y con mejor resistencia y resiliencia al estrés (Brown, 2015; Savickas, 2013). Además, Crok (2015), encontró correlaciones positivas entre el optimismo con la satisfacción vital, la afectividad positiva, el sentido de coherencia y el bienestar psicológico.

Estudios empíricos muestran que el optimismo y el pesimismo tienen efectos significativos tanto en el bienestar físico como mental (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010; Scheier et al., 2001). Además, estudios demuestran que está altamente relacionado con el desarrollo académico (Aspinwall y Taylor, 1992) y con un mejor afrontamiento de enfermedades de transmisión sexual (Taylor et al., 1992). En este contexto, el optimismo aparece como una estrategia que permite a la gente ser más feliz, tener más éxito y encontrarse más sanos en sus vidas (López y Snyder, 2003). Es evidente que la manera en la que los optimistas y pesimistas entienden la vida tiene un impacto importante en sus vidas. Estas personas se diferencian en el modo en el que afrontan los problemas, en cómo afrontan las situaciones adversas, así como en los recursos que consiguen tanto sociales como socioeconómicos (Scheier et al., 2010).

Las diferencias en los niveles de optimismo que encontramos entre unas personas y otras son muy relevantes para la psicología clínica porque esta dimensión está asociada de manera directa e indirecta a un nivel tanto individual como social, con riesgo a la psicopatología. En el nivel más básico, el optimismo, por definición, está inversamente relacionado a la desesperanza, factor de riesgo de los trastornos depresivos (Alloy et al., 2006). En un nivel más amplio, el optimismo se relaciona con otros factores como el estatus socioeconómico y la integración social, que tienen efectos protectores tanto para la salud mental como física (Kawachi y Berkman, 2001; Lorant et al., 2003).

Relacionado con conductas de la salud de riesgo, se ha encontrado que el optimismo se relaciona la realización de actividad física (Huffman, et al., 2016) y la elección de una alimentación más saludable, pero a su vez, parece existir una relación con conductas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol y conducción temeraria (Cameron, Bertenshaw y Sheeran, 2015).

2.4.5.1. Conducta de riesgo y optimismo en España

Las investigaciones en España, indican resultados similares. Por ejemplo, Logroño (2009), encontró que el optimismo actúa como protector contra el abandono de las materias en la universidad y por tanto, la permanencia del

alumnado en las aulas. Además, influye sobre las emociones de manera que, a medida que aumenta el optimismo, disminuyen las reacciones emocionales negativas (Fernández, González y Trianes, 2015), lo cual, actúa, indirectamente sobre el control de las emociones y por tanto, disminuyendo la participación en conductas de riesgo. Además, se entiende que el optimismo es una variable central en la salud física y psicológica debido a los efectos positivos que tiene sobre la adaptación al medio, y por su capacidad para proteger a las personas contra situaciones estresantes o tensas (Fernández et al., 2015).

Además, se ha encontrado, que el optimismo, cuando va unido a un buen apoyo social percibido, incrementa la satisfacción vital y las emociones positivas, mientras que disminuye las emociones negativas y la depresión (Marrero y Carballeira, 2010).

2.4.6. Satisfacción vital y conducta de riesgo

La satisfacción vital o satisfacción con la vida, se define como la evaluación cognitiva que las personas hacen sobre la calidad de sus vidas o sobre a calidad de algunas áreas específicas, como la familia, los amigos o el trabajo (Gilman y Huebner, 2003), junto con un componente subjetivo de bienestar (Diener y Diener, 1995). Se ha descrito como un bienestar subjetivo y como una representación de calidad de vida (Khaufman, Kosberg, Leeper, y Tang 2010). Según Pavot y Diener (1993), la satisfacción vital es un proceso de evaluación consciente que permite a las personas clasificar su propio rango de satisfacción vital basados en unos criterios estándares a través de la comparación con los otros, y comprobar si se encuentran en un rango adecuado o no de calidad de vida y, por tanto, sentir o no, esta satisfacción vital (Lewis, Huebner, Malone y Valois, 2011).

Además, se ha visto que la satisfacción vital es un predictor muy potente de felicidad. Así, evaluaciones positivas de satisfacción vital están asociadas con niveles altos felicidad y con haber logrado una “buena vida”, mientras que las evaluaciones negativas, se asocian con depresión e infelicidad (Proctor, Linley y Maltby, 2009). En este sentido, se ha observado que este segundo grupo de

personas tienen más tendencia a llevar a cabo conductas de riesgo tales como promiscuidad sexual, abuso de drogas y alcohol y participación en actividades violentas (Hallfors et al, 2004; Savi-Cakar, Tagay y Karatas, 2015).

Por esto, la satisfacción vital se entiende como un factor protector de comportamiento de riesgo (Sun y Shek, 2010). Niveles altos de satisfacción vital están relacionados de manera positiva unas buenas relaciones interpersonales, intrapersonales, vocacionales y con la salud y los estudios, mientras que bajos niveles de satisfacción vital son predictores de una serie de resultados negativos, incluyendo comportamientos de riesgo relacionados con el consumo de sustancias y comportamiento agresivo, síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima, baja autoeficacia, sentimiento de soledad) o índices de salud física como malnutrición (Ye et al., 2014). Además, tienden a involucrarse en actividades delictivas (Sun y Shek, 2010). Se ha visto también, que la satisfacción vital ha demostrado ser un protector contra los efectos del estrés y el desarrollo de conductas psicopatológicas (Suldo y Huebner, 2004) así como de conductas delictivas (Mohamad, Mohamad, Ali y Awang, 2016; Jung y Choi, 2017).

2.4.6.1. Conducta de riesgo y satisfacción vital en España

Algunos estudios españoles indican que los niveles de satisfacción vital están relacionados con el aumento del control emocional y de autoestima (Gutiérrez y Romero, 2014) y con mayores niveles de satisfacción laboral (Pena, Rey y Extremera, 2012), subrayándose la relación existente entre la satisfacción con la vida con la habilidad de manejar y comprender las emociones. En esta línea, Topa, Morales, Morian y Beléndez (2010), encontraron que la satisfacción vital se relacionaba con una mayor identificación y apoyo social y un menor cansancio emocional y menos quejas sobre la salud.

No se han identificado estudios en nuestro país que identifiquen la satisfacción vital con conductas de riesgo directamente, pero como se ha podido observar, sí que existen investigaciones que destacan la relación existente con la regulación emocional y el apoyo social. Por tanto cabe suponer que la

satisfacción vital actuará como protector de las conductas de riesgo. Es decir, aquellos adultos emergentes que se experimenten una mayor satisfacción vital, se involucrarán, en menor medida, en conductas de riesgo que pongan en peligro su salud.

2.4.7 Autoeficacia y conducta de riesgo

De acuerdo con Bandura (1997), la autoeficacia se define como la percepción que tiene un individuo sobre las propias capacidades relacionadas con el aprendizaje o con la habilidad de llevar a cabo determinadas tareas. De este modo, la manera en la que se forma esta percepción es fruto resultante de una interacción entre un aprendizaje vicario, la información recibida por otros significativos, por la experiencia previa que se tenga con respecto a una situación y por factores fisiológicos derivados de la interpretación de la situación (Schunk y Meece, 2006).

Al igual que ocurría con la autoestima, existe mucha relación entre los conceptos de autoeficacia y de autoconcepto, a pesar de que hacen referencia a constructos psicológicos conceptualmente diferentes. Así, mientras que el autoconcepto hace referencia a una evaluación cognitiva de diversos aspectos personales, permaneciendo esta relativamente estable, la autoeficacia depende directamente de la valoración específica del contexto, lo que la hace más fácilmente modificable (Marsh, Craven y McInerney, 2003). De esta forma, mientras que la autoeficacia permite establecer juicios sobre tareas o actividades concretas para las que un individuo se siente capacitado, el autoconcepto incluye evaluaciones globales sobre la valía en una determinada área (Zimmerman y Cleary, 2006).

Relacionado con las conductas de riesgo, se han encontrado numerosos estudios que ponen de manifiesto la importancia de la autoeficacia como factor protector contra conductas de riesgo, de modo que bajos niveles de autoeficacia, se relacionan con una baja participación en conductas de riesgo (Kinard y Webster, 2010). Así, en situaciones relacionadas con conductas sexuales, se ha visto que aquellos jóvenes con puntuaciones más elevadas en autoeficacia

sexual llevan a cabo menos conductas de riesgo relacionadas con las relaciones sexuales causales, los contactos sin protección bajo el consumo de alcohol o la tenencia de varias parejas sexuales simultáneas (Bannon y Foubert, 2017; Ballester, Gil-Llario, Ruiz-Palomino y Giménez-García, 2013; Leddy, Chakravarty, Dladla, de Bruyn y Darbes, 2015; Leyva et al., 2017; Mahat, Scoloveno y Scoloveno, 2016). Del mismo modo, la autoeficacia percibida para rechazar alcohol, se ha visto que actúa como factor preventivo contra las conductas de riesgo relacionadas con la ingesta de alcohol (Ehret, Ghaidarov y LaBrie, 2013; Gilles, Turk y Fresco, 2006; Kenney Napper y LaBrie, 2014). En relación con el consumo de tabaco, se ha encontrado que existe un mayor consumo cuando los niveles de autoeficacia son bajos (Dijkstra, Sweeney y Gebhardt, 2001; Engels, Williams, Marc y Devries, 2005), especialmente en mujeres (Hinojosa-García, Alonso-Castillo y Castillo-Murarira, 2012).

Sin embargo, en nuestra investigación, dada la variedad de conductas de riesgo planteadas (relaciones sexuales, conducción temeraria, comportamiento vandálico y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas), evaluamos la autoeficacia de una manera general, es decir, sin que esta percepción de autoeficacia esté ligada a un contexto o situación determinada. En este sentido, muchas investigaciones ponen de manifiesto la utilización de una medida de autoeficacia general para valorar las competencias en un sentido amplio (González y Landero, 2008; Luszczynska, Scholz y Swarzer, 2005; Sanjuán, Pérez y Bermudez, 2000). En este caso, la bibliografía al respecto se encuentra más limitada.

Así, encontramos estudios que muestran la relación inversa entre autoeficacia general y el comportamiento de riesgo. De este modo, relacionado con el consumo de tabaco, se ha visto que aquellos universitarios fumadores, puntuaban menos en autoeficacia general (Kumar, Talwar, Roy, Raut y Singh, 2014). De igual modo, D'Silva y Aminabhavi (2013), encontraron que los consumidores de drogas también obtenían puntuaciones más bajas en autoeficacia general.

Sin embargo, la búsqueda bibliográfica ha encontrado algunas excepciones relacionadas con el consumo de alcohol. En este sentido,

encontramos que en un estudio de Nueva Zelanda, donde el papel protector de la autoeficacia específica sobre el alcohol seguía las líneas descritas anteriormente, investigaron el papel que la autoeficacia general tendría sobre el consumo de alcohol, encontrándose con que la dirección de la relación era completamente la contraria. En este caso, encontraron que aquellos universitarios con puntuaciones más elevadas en autoeficacia general eran los que con más frecuencia consumían alcohol (Blank, Connor, Gray y Tuskin, 2016). Por otro lado, Bucio-Gómez (2015), encontró resultados similares relacionados con la habilidad de rechazar el alcohol. De este modo, aunque la autoeficacia general parezca mantener su papel protector con las conductas de riesgo, en el caso del alcohol la relación no queda claramente definida.

En el trabajo de López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo (2002), se propone una explicación de por qué la autoeficacia puede actuar en los dos sentidos. Así, explican que en relación a las conductas adictivas, la autoeficacia puede tanto introducirnos en una conducta adictiva como prevenir su aparición, dependiendo de las metas y de las expectativas de resultados personales. Si los jóvenes creen que beber o consumir otro tipo de sustancias les proporciona ventajas importantes para ellos, la autoeficacia se dirige a las conductas necesarias para experimentar o iniciar el hábito, pero en el caso de que quieran abandonar el hábito, si perciben que el consumo les proporciona ventajas importantes para ellos, se pone en peligro la eficacia relativa a la propia habilidad para abandonarlo.

Por otro lado, se ha encontrado que la autoeficacia es uno de los aspectos que más influye en los pensamientos y sentimientos de las personas para predecir su bienestar subjetivo (Bandura, 1992). En este sentido, diversos estudios han identificado relaciones positivas entre la autoeficacia y la satisfacción vital (Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005; Khan y Husain, 2010; Azizli, Atkinson, Baughman y Giammarco, 2015) y la autoestima, el optimismo y bienestar (Luszczynska, Scholz y Scwarzer, 2005). Además, se han encontrado relaciones entre la percepción de autoeficacia general con comportamientos de salud, relacionados con la práctica de actividad física y deporte (Reigal, Videra y Gil, 2016).

De este modo, concluye este apartado donde hemos hecho una revisión de variables personales que pueden influir en la decisión de participar o no, en comportamientos de riesgo tales como consumo de sustancias, conducta violenta, conducción irresponsable o contacto sexual sin protección. Se ha hecho una revisión de los estudios más relevantes y más actuales de la bibliografía nacional e internacional que tienen que ver con la temática de esta tesis doctoral.

3. Variables sociales que influyen en la conducta de riesgo

En el punto anterior se han desarrollado diferentes teorías que intentan explicar el comportamiento de riesgo desde el punto de vista del individuo. Sin embargo, no podemos dejar de lado que el ser humano es inherentemente social, y por tanto, sus comportamientos van a estar relacionados directamente con la manera que cada persona tenga de relacionarse con el ambiente. En este sentido, a continuación hacemos una recopilación de variables que se han visto que influyen en la asunción de un comportamiento de riesgo.

3.1 Apoyo social

El apoyo social puede conceptualizarse como la ayuda real o percibida por parte de la comunidad, las redes sociales o los amigos cercanos (Hombrados-Mendieta, Gómez, Domínguez, García y Castro, 2012).

Según Cohen et al., (2000), el apoyo social puede entenderse desde dos dimensiones: la estructural y la funcional. El apoyo social como estructura, hace referencia al tamaño de la red social, mientras que la dimensión funcional hace referencia a la utilidad que esta red tiene sobre la persona. A su vez, el apoyo social funcional podría subdividirse en tres componentes: *emocional*, donde el apoyo se muestra a través de la empatía, amor y confianza; *instrumental*, donde se aporta solución a los problemas; *informativo*, donde la red de apoyo actúa como una fuente de información que ayuda a tomar decisiones o brinda información útil para afrontar un problema (Hombrados et al., 2013).

El apoyo social se trata de una de las variables más estudiadas, como factor protector ante situaciones estresantes o cambios vitales, o como afrontamiento de enfermedades (Feldman et al., 2008). Además, investigaciones

posteriores han puesto de manifiesto la relación que tiene sobre la salud y el bienestar de las personas (Evon, Esserman, Ramcharran, Bonner y Fried, 2011; López-Navas, 2011).

Sin embargo, Cohen et al. (1988), ya había propuesto tres modelos en los que explicaba cómo el apoyo social podía influir sobre la salud. El primero, el *modelo genérico*, plantea la influencia del apoyo social sobre los estilos de vida y procesos biológicos; el segundo, el *modelo psicosocial*, expone el efecto del apoyo social ante el estrés, neutralizándolo, moderándolo, redefiniéndolo, aliviándolo o incluso, agravando sus efectos; y por último, el tercero, el *modelo de especificidad del apoyo o de congruencia ecológica*, describe la influencia del apoyo social sobre las conductas de afrontamiento a través de la valoración cognitiva de las personas.

Para los jóvenes, las relaciones de amistad, juegan un papel muy importante en el desarrollo de su personalidad. Se ha observado que tener buenas relaciones de amistad, y por tanto, una buena red de apoyo social, consigue aportar a los jóvenes una sensación de seguridad y acompañamiento en los momentos críticos (Orcasita y Uribe, 2010). En este sentido, se ha observado que una mejor calidad en las relaciones de apoyo social, prevenían comportamientos que ponían en peligro la salud (Gavriel-Fied y Ronen, 2016). Del mismo modo, percibir un buen apoyo social se ha mostrado con protector contra el consumo de tabaco (Mendel, Berg, Windle y Windle, 2012).

Sin embargo, otras investigaciones han indicado que algunas amistades pueden constituir un factor de riesgo para el consumo de sustancias. En algunos estudios se ha encontrado que cuanto mayor es el contacto entre compañeros que incitan al consumo, mayor es la probabilidad de que ellos también lo hagan (Bustamante Strike, Brands, Cunningham y Wright, 2009; Van Schoor, Bot y Engels, 2008). Así, se ha visto que universitarios que suelen alcanzar periodos de embriaguez, tienen amigos que también lo hacen (Urrego-Mendoza, 2002). En este sentido, los jóvenes pueden verse socialmente presionados a consumir como requisito para sentirse aceptados por el grupo. Los iguales suelen ser modelos directos de consumo que favorecen este tipo de comportamiento (Arbour, Kwan, Lowe, Taman y Faulkner, 2010; Cicognami y Zani, 2011).

Además, el consumo del joven puede estar influenciado por la la cantidad que piensan que sus iguales consumen, que normalmente suele estar sobreestimado (Lema, Varela, Duarte y Bonilla, 2011).

La percepción de un bajo apoyo social, unido a que los pares lleven a cabo comportamientos de riesgo, predicen conductas de consumo de sustancias (Mendel et al., 2012). En la misma línea, un estudio realizado con adolescentes indica, que aquellos que han comenzado a mantener contactos sexuales, perciben un menor apoyo social en comparación con aquellos que aún no se han iniciado (Orcasita et al., 2012). En este sentido, la influencia de los iguales durante el desarrollo de la adultez emergente es muy importante porque van a ser los referentes a los que acudir ante cualquier duda, lo que implica un riesgo, ya que estas fuentes de información o de apoyo pueden no ser las más adecuadas (Black et al., 2013). Es decir, durante la transición, los adultos emergentes están constantemente modificando sus patrones sexuales (Schwartz et al., 2005), por lo que se muestran más predispuestos a aceptar relaciones sexuales de una manera más positiva (Lefjowitz et al., 2004) y no tienen un apoyo social instrumental adecuado para manejar los posibles problemas que sobrevengan.

3.2 Satisfacción familiar

Se ha observado que la situación familiar también influye en el desarrollo de comportamientos de riesgo en los jóvenes. Teniendo en cuenta que las relaciones familiares juegan un papel muy importante en el desarrollo de los jóvenes, es lógico pensar que también influirán en los comportamientos que lleven a cabo (Morris, Silk, Steinberg, Myers y Robinson, 2007), ya sean conductas de riesgo o conductas protectoras (Becoña et al., 2012; De la Torre, Casanova, Villa-Carpio y Cerezo, 2013). En este sentido, una gran parte de la investigación ha recaído sobre los estilos de crianza, y se ha observado su implicación directa como factor de riesgo o preventivo, sobre todo, en el consumo de sustancias por parte de los jóvenes (Martínez-Loredo et al., 2016).

En este sentido, Prieto-Montoya, Cardoña-Castañeda y Vélez-Álvarez (2016), encontraron que tanto el estilo autoritario como el negligente son estilos de crianza que favorecen la participación en comportamientos de riesgo, mientras que los estilos indulgentes y democráticos actuaban como prevención del consumo de sustancias. En este sentido, Vermeulen-Smita, Verdurmena, Engelsa y Volleberghc, (2015), encontraron que el hecho de que los padres prohibieran el consumo de cannabis estaba asociado a unas bajas tasas de consumo de sustancias entre los jóvenes. En la misma línea, Montgomery, Fisk y Craig (2008), encontraron que el control parental actúa como factor preventivo contra el consumo de sustancias.

Sin embargo, Leeman et al. (2014), aseguran que el estilo indulgente también estaría relacionado con el consumo de sustancias, especialmente, en la adolescencia. Igualmente, el estilo negligente estaría relacionado con un mayor riesgo de consumo de cocaína y tabaco (Martínez, Fuentes, García y Madrid, 2013). Por lo tanto, parece que la existencia de un bajo control parental (e.g. niveles bajos de supervisión, seguimiento y cariño), está relacionada con mayores conductas delictivas y consumo de sustancias (Fagan, Van Horn, Hawkins y Jaki, 2013; Farrell, Henry, Mays y Schoeny, 2011).

En cualquier caso, las investigaciones señalan que el estilo democrático es el que favorece el ajuste de los hijos, por lo que la participación en comportamientos de riesgo por parte de los jóvenes, será menor si estos perciben su estilo de crianza de este modo (Pettit, Laird, Dodge, Bates y Criss, 2001). Por otro lado, otro factor que influye en el comportamiento de los jóvenes, es la comunicación familiar. Así, se ha observado que jóvenes que mantienen estilos comunicativos más adecuados con sus padres suelen llevar a cabo menos conductas de riesgo que aquellos cuya comunicación no es adecuada. En este sentido, Moreno, Muñoz-Tinoco, Pérez y Sánchez-Queija (2006), analizaron una muestra de consumidores y no consumidores de sustancias, y encontraron que, aquellos que no consumían, mantenían estilos de comunicación positivos con sus familiares; sin embargo, aquellos que tenían mayor consumo de sustancias, revelaron no tener comunicación alguna con sus progenitores o que solo la tenían con el padre.

En el clima familiar, también hay que destacar como factor de riesgo la conflictividad en el hogar a la hora de relacionar el ambiente familiar con las conductas violentas. Así, se ha encontrado por un lado el estudio de Barragán et al. (2016), quienes encontraron que había un mayor consumo de alcohol en aquellos jóvenes que discutían con sus padres y hermanos, y por otro, el de Moreno et al. (2006), donde se destaca que los jóvenes con mala relación familiar tenían mayor consumo de sustancias. En esta misma línea, se ha encontrado, que en aquellas familias donde existen escasas muestras de afecto y bajo apoyo emocional, se incrementan las conductas de violencia (Lösel y Farrington, 2012), y que jóvenes que pertenecen a familias donde se muestra afecto, tienen una menor participación en comportamientos delictivos (Derzon, 2010). Por otro lado, en un estudio realizado con adolescentes se ha visto que la separación entre los padres es un factor asociado con el consumo de sustancias entre los jóvenes (Atilola et al., 2014).

3.3 Bienestar social

En relación al bienestar social, podemos decir que se trata de una adecuación de las expectativas personales al ambiente y contexto que te rodea. En este sentido, Erikson (1996), vincula el bienestar psicológico con el contacto social y las relaciones interpersonales. Además, Allardt (1996), añade que este bienestar surge a partir del arraigo y los contactos comunitarios, de los patrones activos de amistad y la participación social. Hay otros autores que añaden más elementos a la ecuación como son el matrimonio, la familia y el contacto social (Diener, 1994), los recursos sociales (Veenhoven, 1994), las relaciones positivas con los demás (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002), las experiencias de paternidad (Ryff, Schmutte y Lee, 1996), y el funcionamiento social (Smith, Avis y Assmann, 1999).

Por tanto, podemos concluir que “el bienestar social es sencillamente «la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (Keyes, 1998, p. 122). Según este autor, el bienestar social está compuesto de las siguientes dimensiones:

1. *Integración social*. La evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. Indica que las personas sanas

se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia, tienden lazos sociales con familia, amigos, vecinos, etc.

2. *Aceptación social.* Es imprescindible estar y sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad, pero es necesario que dicha pertenencia disfrute, al menos, de dos cualidades: confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros (atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad), y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.

3. *Contribución social.* Que esa confianza en los otros y en nosotros mismos vaya acompañada del sentimiento de utilidad. En este sentido contribución es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.

4. *Actualización social.* Esta dimensión se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos (confianza en el progreso y en el cambio social).

5. *Coherencia social.* Se refiere a la capacidad que tenemos para entender su dinámica. Es decir, se ve un sentido a lo que pasa, y encontramos una lógica en los acontecimientos que nos rodean.

La relación que se establece entre el bienestar social y el comportamiento de riesgo nos hace suponer que a menor bienestar social mayor probabilidad de participar en conductas de riesgo. En este sentido, encontramos que jóvenes en contextos inciertos o en situaciones estresantes suelen utilizar un estilo de afrontamiento evitativo que incluye el distanciamiento del problema, lo que puede contribuir a una mayor desinhibición conductual y menor autorregulación ante el consumo de alcohol (Gómez-Acosta y Londoño-Pérez, 2013). Además, según Cava, Musitu y Murgui, (2007), aquellos jóvenes que se sienten menos integrados en la sociedad llevan a cabo más conductas violentas. Resultados que se vieron replicados por Moreno et al. (2009), quienes encontraron que aquellos jóvenes que buscan integrarse en la sociedad y sentirse respetados y valorados, son más propensos al uso de la violencia para conseguir sus objetivos.

En conclusión, se puede decir que, a pesar de la existencia de diferentes modelos explicativos del comportamiento de riesgo, no se ha encontrado ninguno con validez reconocida científicamente que sea capaz de predecir estas conductas de riesgo en adultos emergentes. Del mismo modo, ninguno de ellos aporta una explicación acerca de cómo se forma la percepción de riesgo, pese a que en muchos de los modelos teóricos aparece como elemento importante en la toma de decisiones. Se ha realizado un recorrido por una serie de variables psicosociales que han demostrado tener implicación en la realización de comportamientos de riesgo. En el siguiente capítulo se plantearán los objetivos y las hipótesis que persigue la realización de esta tesis doctoral.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

*Tonight, we are young.
So let's set the world on fire.
We can burn brighter than the sun.
WE ARE YOUNG – FUN – 2012*

*(Esta noche somos jóvenes.
Así que, quememos el mundo.
Podemos brillar más que el sol)
WE ARE YOUNG – FUN – 2012*

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Las conductas de riesgo han sido ampliamente estudiadas, dada la gran importancia y las posibles consecuencias que pueden tener en la salud de los jóvenes. Aunque tradicionalmente los estudios se han centrado más en la etapa adolescente, recientes investigaciones demuestran la gran importancia de extender el estudio de estos comportamientos a los años donde se cursa la universidad. En esta etapa, denominada adultez emergente, que engloba las edades entre 18 y 29 años, es cuando se produce un auge de conductas de riesgo, mayor que en la adolescencia, favorecido por una mayor autonomía e independencia (Arnett, 2015).

Diferentes teorías indican que, la decisión de llevar a cabo conductas de riesgo, es fruto de una causa multifactorial donde intervienen diversas variables psicosociales (Jessor y Jessor, 1977; Lerner y Tubman, 1991). Aunque muchos modelos teóricos intentan explicar la formación de estos comportamientos de riesgo, todos ellos han recibido críticas o han sido inconsistentes entre diferentes estudios.

A pesar de ello, parece que hay consenso en determinar variables como la Búsqueda de Sensaciones o la Impulsividad como variables predisponentes al comportamiento de riesgo (Movallali et al., 2015; Sijtseman et al., 2010), de manera que niveles superiores de ambos factores, conllevarían niveles superiores de conductas de riesgo. Por otro lado, también parece existir consenso en que variables como la Felicidad y la Satisfacción Vital protegen contra las conductas de riesgo, promoviendo conductas de salud (Garigordobil, 2015; Savi-Çakar et al., 2015). En este mismo sentido, encontraríamos que variables sociales como la Satisfacción familiar y el Bienestar social también actúan como promotoras de conductas de salud (Gómez-Acosta et al., 2013; Prieto-Montoya et al., 2016).

Sin embargo, existen una serie de variables cuya implicación con las conductas de riesgo y de salud son inconsistentes entre unas investigaciones y otras. En este sentido encontramos, por un lado, la Autoestima, el Optimismo y la autoeficacia, y por otro, el Apoyo social. En el caso de la Autoestima se encuentran resultados parcialmente contradictorios. Los estudios encuentran consenso en que una baja autoestima predispone al comportamiento de riesgo (Kavas, 2009; Chan et al., 2010), sin embargo, otros estudios han encontrado que una autoestima alta, también puede actuar como como facilitador de conductas de riesgo (Connor et al., 2004; Rodríguez y Caño, 2012). Algo similar ocurre para el Optimismo, donde niveles bajos de optimismo parecen estar relacionados con mayores conductas de riesgo (Carver et al., 2010). Sin embargo, aunque en la mayoría de investigaciones niveles altos de optimismo se encuentran relacionados directamente con mayores conductas de salud (Sun y Shek, 2012), otras encuentran una relación contraria (Cameron et al., 2015), de modo que los que poseen niveles muy altos de optimismo tenderían a llevar a cabo más conductas de riesgo. En el caso de la autoeficacia general, se han encontrado investigaciones en las que actúa como papel protector contra las conductas de riesgo (Bannon y Foubert, 2016; Leyla et al., 2017), pero con un papel contradictorio para el consumo de alcohol, donde parece que existe una relación directa entre tener una mayor autoeficacia y mayor tendencia al consumo de alcohol (Blank et al., 2016; Bucio-Gómez, 2015).

Por otro lado, en relación al Apoyo Social, ocurre algo similar. La mayoría de investigaciones coinciden al afirmar que una buena red de apoyo social previene la participación en conductas de riesgo (Mendel et al., 2012; Orcasita et al., 2012). Sin embargo, si la red social que acompaña al adulto emergente participa en conductas de riesgo, puede que inflencie al joven a participar en los mismos comportamientos (Bustamante et al., 2009; Van Schoor et al., 2008), de modo que aunque perciba una buena red de apoyo social, esta no le va a prevenir de poner en peligro su salud a través de conductas de riesgo.

En función de todo lo expuesto, se plantearon los siguientes **objetivos generales** considerando las siguientes *variables psicosociales*: Percepción de Riesgo, Conductas de Salud, Conductas de Riesgo, Búsqueda de Sensaciones, Impulsividad, Autoestima, Felicidad, Optimismo, Autoeficacia General, Satisfacción Vital, Apoyo Social, Satisfacción familiar y Bienestar social; y las siguientes *variables sociodemográficas*: género, edad, tipo de centro, titulación, situación emocional, estado civil de los padres y situación laboral.

1. Evaluar determinadas conductas de riesgo y variables psicosociales en función del género, edad, titulación, situación sentimental y estado civil de los padres y nivel socioeconómico
2. Analizar la relación entre la percepción de riesgo y las variables psicosociales y de salud
3. Analizar si existen diferencias entre el grupo de universitarios que tiene mayor percepción de riesgo y el que percibe menor riesgo, en relación a las conductas de salud llevadas a cabo.
4. Identificar las variables psicosociales y de salud que conforman la percepción de riesgo.
5. Diseñar una propuesta de modelo teórico que explique la relación existente entre la percepción de riesgo, las variables psicosociales y la participación en conductas de riesgo o de salud.

A continuación, se presentan las hipótesis que se corresponden con cada uno de los objetivos generales:

Del objetivo general 1:

Evaluar determinadas conductas de riesgo y variables psicosociales en función del género, edad, situación sentimental, tipo de centro, titulación y estado civil de los padres.

Existen numerosos estudios en la bibliografía científica que coinciden en que los jóvenes de *género* masculino participan en mayor medida que las del género femenino en conductas y actividades que ponen en riesgo su salud (DGT, 2015; Gómez-Zapiain, et al., 2016; INE, 2009; INE, 2014a; INE, 2014b; Megías et al., 2014; Villadangos et al., 2016), encontrándose que son los chicos quienes más abusan del alcohol, más fuman, más consumen cannabis, se ven inmersos en más accidentes de tráfico, y quienes son imputados en mayor medida por delitos cometidos. Por otro lado, las investigaciones destacan que son los chicos quienes perciben menor riesgo a la hora de participar en determinadas conductas de riesgo y más beneficios al llevarlas a cabo (Prat et al., 2012).

En relación a la edad, según estudios como los de Somerville et al. (2010) o los de Ernst et al. (2006), el cerebro del adulto emergente, se encuentra en un proceso madurativo que aún no ha concluido desde la adolescencia, en el que áreas del cerebro responsables de la búsqueda de emociones fuertes se encuentran hiperactivadas, mientras que aquellas responsables de la planificación y la inhibición, aún no se encuentran completamente maduras. En este sentido, podría parecer lógico pensar que los universitarios más jóvenes tengan una mayor participación en conductas de riesgo que aquellos universitarios de mayor edad

Por otro lado, en relación a la situación sentimental, Arnett (2015) destaca que uno de los factores que provocan una reducción significativa de conductas de riesgo es el matrimonio. Según sus investigaciones, cuando un adulto emergente se casa, disminuyen las conductas de riesgo y se incrementan las de salud. En este sentido, nuestra muestra no incluye ningún universitario casado, pero sí se ha dividido la muestra en “soltero”, “con pareja ocasional” o “con pareja estable”.

De acuerdo a la *titulación*, no se han encontrado estudios que puedan arrojar luz a elaborar unos objetivos justificados empíricamente. Sin embargo, podríamos pensar que aquellos universitarios pertenecientes a grados más relacionados con la salud tengan una menor participación en conductas de riesgo que el resto de universitarios.

En relación al estado civil de lo padres, se ha visto que los jóvenes que viven en hogares desestructurados o conflictivos, son más propensos a participar en conductas de riesgo (Atiola et al., 2014; Barragán et al., 2016;). Sin embargo, aquellos que viven en hogares donde se sienten satisfechos y seguros, toman parte en menos conductas de riesgo (Derzon, 2010).

Del mismo modo, se ha observado que pertenecer a un ambiente socioeconómico más bajo, tiene relación con llevar a cabo conductas de riesgo (Jessor, 1991).

Por todo ello, las hipótesis de que se plantean son las siguientes:

- *Hipótesis 1: La participación en conductas de riesgo será mayor en los chicos que en las chicas.*
- *Hipótesis 2. Los universitarios más jóvenes llevarán a cabo más conductas de riesgo que los de mayor edad.*
- *Hipótesis 3: Los universitarios pertenecientes a centros privados llevarán a cabo menos conductas de riesgo que los que acudan a universidades públicas.*
- *Hipótesis 4: Los universitarios que se encuentren cursando titulaciones relacionadas con la promoción de la salud obtendrán puntuaciones más bajas en la participación en conductas de riesgo.*
- *Hipótesis 5: Los adultos emergentes que se encuentren en una relación estable tendrán una menor participación en conductas de riesgo que aquellos que se encuentren solteros o con parejas ocasionales.*
- *Hipótesis 6: Aquellos universitarios que se encuentran en familias cuyos padres se encuentran casados, llevarán a cabo menos conductas de riesgo que aquellos universitarios cuyos padres se encuentran*

divorciados y que aquellos que solamente tienen uno de los dos progenitores vivos.

- *Hipótesis 7. Aquellos universitarios pertenecientes a ambientes socioeconómicos bajos, llevarán a cabo más conductas de riesgo que los pertenecientes a ambientes socioeconómicos más altos.*

Del objetivo general 2:

Analizar la relación entre percepción de riesgo y las variables psicosociales y de salud.

La adultez emergente se caracteriza por ser una etapa inestable donde surge una exploración de la identidad, fruto de las numerosas opciones que tienen disponibles. Es decir, se trata de un momento en la vida en la que se puede decidir qué camino se va a seguir y las opciones son múltiples, lo que llena de optimismo al adulto emergente. En este momento se consolidan unos hábitos que se mantienen desde la adolescencia, se desechan otros y se crean nuevos estilos de vida (Arnett, 2015). Es en este momento donde las conductas de salud cobran mayor importancia. Así, encontramos que la práctica de *actividad física* favorece el desarrollo de un cuerpo y una mente más saludables (Kramer et al., 2006); que unos buenos *hábitos alimentarios* favorecen la salud y previene al cuerpo de sufrir enfermedades como la hipertensión (Steffen et al., 2006); que la formación de unas buenas *relaciones sociales* tienen una relación directa con la salud (Cohen, 2004); el momento en el que el *desarrollo sexual* adquiere su punto de mayor madurez hasta el momento, lo que permite la exploración saludable de estas relaciones sociales.

Sin embargo, otros hábitos de vida como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, el sedentarismo o los contactos sexuales de riesgo también forman parte del desarrollo de los adultos emergentes. En este caso suponen hábitos que ponen en peligro la salud de los jóvenes.

En este sentido, encontramos que hay unas variables psicosociales que actúan promoviendo la salud:

- *La Felicidad*, que se vincula con un estado de salud física y mental más positivo (Agbaria et al., 2012). Incluso cuando las personas atraviesan una enfermedad, las que se sienten más felices se sienten más saludables que los que no (Vázquez et al., 2015).
- *La Satisfacción Vital*, que está muy vinculada a la felicidad y a la salud (Sun y Shek, 2012), se relaciona directamente con otros aspectos positivos de la vida como la formación de una buena red de apoyo social y de manera negativa con problemas psicológicos (Ye et al., 2014).
- *El Bienestar Social*, que se relaciona con la salud de manera que aquellos jóvenes que pertenecen a contextos sociales adecuados donde se sienten seguros, llevan a cabo menos conductas de riesgo (Gómez-Acosta y Londoño-Pérez, 2013). Por lo que, cuanto más positivo sea el ambiente de crianza y desarrollo, mejor salud se percibirá y menos conductas de riesgo se llevarán a cabo.
- *La Satisfacción Familiar*, según la cual, cuanto más seguro es el apego a la familia y mejor estilo comunicativo hay entre sus miembros, mayores conductas de salud se llevan a cabo (Martínez-Loredo, 2016; Moreno et al., 2006). Del mismo modo, si el clima familiar está deteriorado y cargado de discusiones frecuentes, es probable que se favorezcan las conductas de riesgo (Barragán et al., 2016).

Por otro lado, existen otras variables que favorecen la participación en conductas de riesgo:

- *La Búsqueda de Sensaciones*, está directamente vinculada con el comportamiento de riesgo y es una de las variables más estudiadas al respecto. Han sido numerosas las investigaciones que han asociado la búsqueda de sensaciones con el comportamiento de riesgo de tipo violento, de consumo de sustancias ilegales, de alcohol y con relaciones sexuales de riesgo (Laghi et al., 2015; Meszaros et al., 1999; Pace et al., 2013; Rahmanian y Hasani, 2005).

- La *Impulsividad* es otra de las variables que se ha visto muy relacionada con el comportamiento de riesgo. Así, múltiples investigaciones han puesto de manifiesto la relación entre impulsividad y conductas de consumo (Coskunpinar et al., 2013; Narváez y Caro, 2015; Pérez-Fuentes et al., 2015).

Finalmente, existen otras variables cuya vinculación con las conductas de riesgo o de salud no quedan claras:

- La *Autoestima* es una variable en la que se han encontrado resultados poco concluyentes. La mayoría de investigaciones apuntan que tener una buena autoestima previene el comportamiento de riesgo promocionando las actividades saludables, de modo que aquellas personas con baja autoestima serían las que tendrían una tendencia mayor a llevar a cabo conductas de riesgo (Wild et al., 2004; William et al., 2010). Sin embargo, otras investigaciones apuntan que es la alta autoestima la que se correlaciona con las conductas de riesgo (Belgrave et al., 2000; Scheir et al., 2001), aunque en estos casos, el riesgo al que se hacía referencia, tenía que ver con la práctica de deportes de riesgo, no con actividades que pudieran provocar problemas de salud a largo plazo (consumo de sustancias...).
- El *Optimismo* es otra de las variables donde no se halla consenso. La mayoría de las investigaciones parecen acordar que niveles altos de optimismo se relacionan con las ganas de vivir y, por tanto, con conductas de salud (Carver et al., 2010; Huffman et al., 2016). Sin embargo, otras investigaciones han puesto de manifiesto que un exceso de optimismo podría influir sobre el “mito del control”, conocido como optimismo irreal (Martínez-Torvisco, 2016) según el cual, se piensa que se es invulnerable a cualquier consecuencia negativa ya que se piensa que todo va a salir bien. En este caso, un exceso de optimismo podría relacionarse con mayor probabilidad de llevar a cabo conductas de riesgo.
- Finalmente, en relación al *Apoyo social*, encontramos un consenso generalizado en relación a que una buena red de apoyo social favorece

las conductas de salud (Gavriel-Fied y Ronen, 2016; Mendel et al., 2012). Sin embargo, otras investigaciones han encontrado que este efecto protector depende del tipo de red social que se tenga. De este modo, si los iguales de los que se rodean llevan a cabo conductas de riesgo, es bastante probable que el joven también las lleve a cabo (Arbour et al., 2010; Cicognami y Zani, 2011; Lema et al., 2011).

Dada la amplia bibliografía existente entre las variables psicosociales vinculadas a las conductas de riesgo, se quiere comprobar la implicación que estas variables tienen sobre la percepción de riesgo, de este modo, se plantean las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis 8: Existirán relaciones positivas entre la percepción de riesgo las variables psicológicas de felicidad, satisfacción vital, optimismo, autoestima, y relaciones inversas entre la percepción de riesgo y la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la participación previa y la percepción de beneficios.*
- *Hipótesis 9: existirán relaciones positivas entre la percepción de riesgo y las variables sociales de apoyo social, bienestar social y satisfacción familiar.*
- *Hipótesis 10: Existirán relaciones positivas entre la percepción de riesgo y las conductas de salud.*

Del objetivo general 3

Analizar si existen diferencias entre el grupo de universitarios que tiene mayor percepción de riesgo y el que percibe menor riesgo, en relación a las conductas de salud llevadas a cabo.

La percepción de riesgo es una evaluación consciente o inconsciente que la persona realiza sobre el peligro y las posibles consecuencias negativas que puede tener un comportamiento determinado. Entre estas actividades, se incluyen aquellas relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

ilegales, comportamientos delictivos como robar, conducir de manera temeraria o mantener conductas vandálicas y el mantenimiento de contactos sexuales sin protección (Férriz, 2015; Zuckerman y Kuhlman, 2000). El resultado de esta evaluación puede influir sobre la toma de decisiones para llevar a cabo o no la actividad. Es decir, si como resultado de esta evaluación, el joven interpreta que existe un riesgo bajo, o que las posibles consecuencias no serían negativas para su salud, probablemente decidiera participar en esa actividad. De modo contrario, si tras esa evaluación previa, el joven interpreta que existe un riesgo alto para su salud, o que las consecuencias a largo plazo podrían ser negativas para algún aspecto de su vida, probablemente decidirá no llevar a cabo esa actividad (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2010; López et al., 2010; Mills et al., 2008).

Sin embargo, esta relación entre percepción de riesgo y conducta de riesgo, no siempre está tan clara. En este sentido, la toma de decisiones para llevar a cabo este comportamiento no solo depende de la evaluación de riesgos realizada, sino que también depende de otras variables como la experiencia previa que se haya tenido con esa actividad (i.e. si un joven se emborracha y disfruta de la fiesta más que cuando no alcanza ese estado de embriaguez, probablemente decida volver a emborracharse en la siguiente ocasión que tenga) o de la percepción de control que tengan (que le permite mantener una sensación de control sobre la actividad). En ambos casos, la percepción de riesgo decaería significativamente (García del Castillo, 2012; Melo y Castanheira, 2010).

Por esto, nuestra hipótesis sería la siguiente:

Hipótesis 11: Los universitarios con menor percepción de riesgo tendrán una menor participación en conductas de riesgo que los que tengan una mayor percepción de riesgo.

Del objetivo general 4

Identificar las variables psicosociales y de salud que conforman la percepción de riesgo.

Las variables descritas en el objetivo general 2, han demostrado tener un papel predictivo sobre la participación en conductas de riesgo a lo largo de la bibliografía revisada. Sin embargo, poco se ha estudiado hasta el momento, sobre la formación de la percepción de riesgo. En este trabajo queremos comprobar si esas variables, no solo contribuyen a la participación en comportamientos de riesgo, sino que también, favorecen la formación de la percepción de riesgo. Cabe pensar que si la percepción de riesgo está directamente vinculada a la participación en actividades que ponen en riesgo la salud (Ajzen y Fishbein, 1980; Janis y Mann, 1977; Siegel et al., 1994), las variables asociadas a esa participación, podrían estar también influyendo sobre la formación de la percepción de riesgo. Además, los niveles de participación previos, es decir, la experiencia que el joven haya tenido con el comportamiento de riesgo en otras ocasiones, junto con los beneficios percibidos que encuentre en la participación en esa conducta, podrían jugar un papel importante en la formación de la percepción de riesgo. Por tanto, las hipótesis que nos planteamos son las siguientes:

- *Hipótesis 12: Las variables psicológicas, junto con la participación previa y los beneficios percibidos predecirán la formación de la percepción de riesgo.*
- *Hipótesis 13: Las variables sociales predecirán la formación de la percepción de riesgo en los adultos emergentes.*
- *Hipótesis 14: Las variables de salud predecirán la formación de la percepción de riesgo en los adultos emergentes.*
- *Hipótesis 15: Las variables psicológicas, junto con la percepción de beneficios y percepción de riesgo predecirán la participación en conductas de riesgo en adultos emergentes.*

- *Hipótesis 16: Las variables sociales predecirán la participación en conductas de riesgo en adultos emergentes.*
- *Hipótesis 17: Las variables de salud predecirán la participación en conductas de riesgo en adultos emergentes.*

Del objetivo general 5

Realizar un modelo de ecuaciones estructurales donde se relacionen todas las variables del estudio.

Como se ha comentado en la justificación del objetivo general 3, la mera percepción de riesgo no tiene porqué predecir el comportamiento de riesgo, sino que existen una serie de variables asociadas que pueden influir sobre la decisión de participar o no en una actividad. En nuestro trabajo hemos recopilado una serie de *variables psicológicas* (búsqueda de sensaciones, impulsividad, autoestima, felicidad, optimismo y satisfacción vital), *variables sociales* (apoyo social, satisfacción familiar y bienestar social) y *variables demográficas* (edad, género, titulación, situación sentimental y estado civil de los padres) que han demostrado su influencia, no solo en esta toma de decisiones, sino también sobre el nivel de percepción de riesgo.

Muchos modelos teóricos han sido elaborados para intentar justificar la toma de decisiones. De hecho, en la mayoría de los programas de promoción de la salud, se hace hincapié sobre la percepción de riesgo como factor preventivo contra el comportamiento de riesgo (Hodne, 1995). Así, si se quiere prevenir sobre el consumo de drogas, se ponen en conocimiento todas las posibles consecuencias negativas para la salud que ese comportamiento puede conllevar. Sin embargo, ninguno de los modelos explica la formación de la percepción de riesgo en las personas

En este sentido, modelos como el de la teoría del modelo problemático de Jessor y Jessor (1977), indican que las conductas de riesgo surgen como resultado de un desequilibrio entre factores predisponentes (entre ellos la percepción de riesgo) y factores protectores, en el que si existen más factores predisponentes, el joven llevará a cabo conductas de riesgo; mientras que si los factores protectores prevalecen sobre los predisponentes, la persona no llevará a cabo conductas que pongan en riesgo su salud. Sin embargo, no explican el proceso de formación de esa percepción de riesgo. Del mismo modo, las teorías cognitivas como la teoría de la acción planeada (Ajzen y Fishbein, 1980), identifican la percepción de riesgo como un factor que previene la participación en actividades que ponen en riesgo la salud. Sin embargo, al igual que la teoría anterior, no explica la formación de la percepción de riesgo. Del mismo modo, el modelo de creencias de salud (Rosenstock, 1974), da importancia a la vulnerabilidad o gravedad percibida como uno de los factores promotores de la salud, pero no explica cómo se forma esta vulnerabilidad o gravedad percibida. Ante este panorama teórico, parece que la percepción de riesgo es entendida como un factor psicológico más, al igual que lo pueden ser la impulsividad o la autoestima.

En este sentido, y de acuerdo a las teorías mencionadas, las posibles opciones que cabe plantearse sobre el modo en que las variables de este estudio podrían interactuar, serían las siguientes:

1. Por un lado, la posibilidad de que la relación entre la percepción de riesgo y las conductas de riesgo se encuentren influidas por las variables psicosociales.

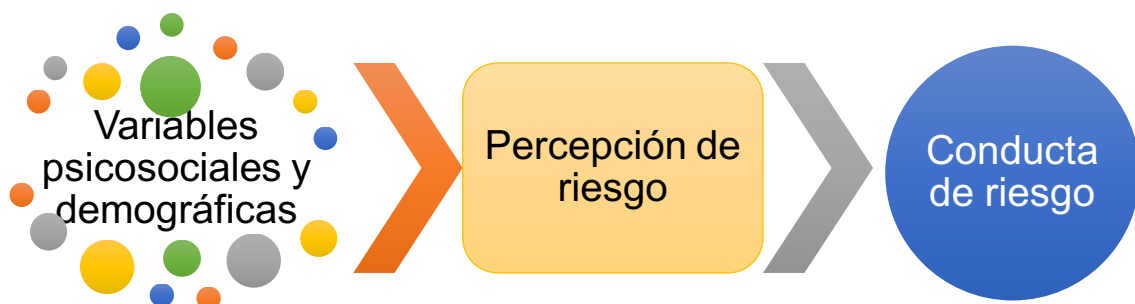


2. Por otro lado, que los niveles altos o bajos de estas variables anulen el efecto de la evaluación sobre la percepción de riesgo, y por tanto que la realización de actividades de riesgo sea consecuencia directa de las variables psicosociales sin que la percepción de riesgo influya en ningún sentido



Sin embargo, en nuestro trabajo nos planteamos que la formación de la percepción de riesgo surge a partir de una serie de experiencias y variables demográficas y psicosociales. En este caso, proponemos la tercera opción:

3. Finalmente, la posibilidad de que la presencia de niveles altos o bajos de algunas variables psicosociales influyan sobre la formación de la percepción de riesgo y por tanto sobre la realización de conductas de riesgo.



Dado que la tercera opción es, precisamente, la que queremos comprobar en nuestro trabajo, la hipótesis planteada con respecto a este objetivo es la siguiente:

Hipótesis 18: Las conductas de riesgo, estarán determinadas por el nivel de percepción de riesgo que, a su vez, estará conformado por una serie de variables psicosociales.

Capítulo 4

Método

*Forever young
I want to be forever young
Do you really want to live forever,
Forever, and ever?*
FOREVER YOUNG- ALPHAVILLE- 1984

*(Joven para siempre,
quiero ser joven para siempre
¿De verdad quieres vivir para siempre,
para siempre jamás?)*
FOREVER YOUNG- ALPHAVILLE- 1984

CAPÍTULO 4

MÉTODO

El capítulo actual se va a desarrollar de acuerdo a los siguientes puntos:

- En primer lugar se llevará a cabo una descripción de la muestra utilizada en esta investigación, así como el procedimiento de muestreo desarrollado.
- A continuación, se presenta la validación y adaptación al castellano del cuestionario de Percepción de Riesgo (RIPS) a la muestra de universitarios españoles
- En tercer lugar, se presenta la descripción de cada uno de los cuestionarios utilizados en este trabajo
- En el cuarto punto, se describe el procedimiento llevado a cabo durante el proceso de investigación.
- Finalmente, se incluye una descripción de los análisis de datos llevados a cabo en el estudio empírico.

4.1. Participantes

Este estudio empírico se ha realizado con la participación de jóvenes españoles que se encontraban estudiando algún grado universitario en universidades españolas. La selección de los sujetos se ha realizado de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Encontrarse estudiando alguna carrera universitaria.
- Tener nacionalidad española.
- Tener una edad comprendida entre 18-29 años.

4.1.1. Descripción de la muestra

Se invitó a participar a un total de 670 universitarios a esta investigación. De todos ellos, 14 se negaron a participar, 19 decidieron no entregar el cuadernillo y 38 cuestionarios fueron descartados por no haberse completado el cuadernillo completo. Finalmente, nuestra muestra ha estado constituida por 599 universitarios españoles (ver Tabla 4.1). De acuerdo al género, 459 eran mujeres (76.6%) y 140 eran hombres (23.4%). La edad de los participantes estaba comprendida entre 18 y 29 años que, de acuerdo con Arnett (2014), son las edades que comprende la adultez emergente, aunque la mayor proporción se encontraba entre los 18 y 22 años ($M = 20.17$; $D.T. = 2.32$). La muestra ha sido seleccionada de acuerdo a un muestreo incidental.

De acuerdo a la titulación que se encontraban cursando, se observa que 283 (47.2%), estudiaban psicología, 135 (22.5%), trabajo social, 108 (18%) ciencias de la educación, 59 (9.8%) ciencias de la actividad física y el deporte y 14 (2.3%), fisioterapia. Del mismo modo, de acuerdo con el centro donde se encontraban realizando, la muestra se reparte entre 318 estudiantes de la Universidad Miguel Hernández, de Elche (53.1%), 162 estudiantes de la Universidad de Granada (27%) y 119 estudiantes de la Universidad Cardenal Herrera de Elche (19.9%). En relación a la situación sentimental, encontramos que 314 universitarios se encuentran solteros (52.4%), 231 se encuentran en estos momentos en una relación estable (38.6%), 46 se declaran con pareja ocasional (7.7%) y 8 universitarios se denominan como en otra situación diferente a las anteriores (1.3%).

Tabla 4.1
Frecuencias de variables sociodemográficas destacables

Sexo	N	Porcentaje
Mujeres	459	76.6%
Hombres	140	23.4%
Edad	N	Porcentaje
18 – 19 años	294	49.1%
20 – 21 años	194	32.4%
23 – 23 años	59	9.8%
24 – 25 años	22	3.7%
26 – 27 años	20	3.3%
28 – 29 años	10	1.7%
Situación emocional	N	Porcentaje
Soltero	314	52.4%
Con pareja ocasional	46	7.7%
Con pareja estable	231	38.6%
Otro	8	1.3%
Universidad	N	Porcentaje
Privada	119	19.9%
Pública	480	80.1%
Situación laboral	N	Porcentaje
Trabaja	78	13.0%
No trabaja	521	87.0%
Nivel socioeconómico	N	Porcentaje
Bajo	30	6.7%
Medio	445	74.3%
Medio – alto	112	18.7%
Alto	2	0.3%
Titulación	N	Porcentaje
Educación primaria	54	9.0%
Educación infantil	54	9.0%
Psicología	283	47.2%
Trabajo social	135	22.5%
CAFD	59	9.8%
Fisioterapia	14	2.3%

De acuerdo a la situación familiar, encontramos que 471 estudiantes indican que sus padres se encuentran casados o conviviendo juntos (78.6%), 98 indican que se encuentran divorciados (16.4%), 23 informan que su madre es viuda (3.8) y 7 que su padre es viudo (1.2%). Además, 561 estudiantes (93.7%) indican que conviven con al menos un miembro de su familia mientras que los 38 alumnos restantes (6.3%), indican que viven solos o con compañeros de piso ajenos a su familia

Actualmente, solamente se encuentran trabajando 78 estudiantes (13%). Además, se observa que el 80.1% de los padres y el 64.4% de las madres tienen trabajo en el momento de la recogida de la información, siendo el 53.4% de las familias quien encuentran a ambos progenitores trabajando. Por otro lado, en relación al nivel socioeconómico familiar informado por los universitarios, encontramos que el 6.7% indican tener un nivel bajo, el 74.3%, un nivel medio, el 18.7, un nivel medio-alto, y finalmente el 0.3% indican tener un nivel alto.

4.2 Instrumentos

En esta investigación hemos utilizado un método de recogida de información de lápiz y papel consistente en un cuadernillo que contenía, por un lado, un cuestionario sociodemográfico, que ha sido descrito en el apartado anterior y, por otro, una batería de cuestionarios para evaluar una serie de variables psicológicas (Búsqueda de Sensaciones, Impulsividad, Autoestima, Autoeficacia, Felicidad, Optimismo y Satisfacción Vital) y variables sociales (Apoyo Familiar, Apoyo Social y Bienestar Social). Además, se incluyó un cuestionario de Percepción de Riesgo y otro de Conductas de Salud. El cuadernillo completo puede consultarse en el Anexo 1. A continuación se describen en detalle cada una de las pruebas utilizadas así como el análisis de los datos psicométricos de cada uno.

4.2.1 Variables psicológicas

Percepción de riesgo

Se ha utilizado el cuestionario Risk Perception Scale (RIPS-R) desarrollado originalmente por Siegel et al. (1994), y revisada posteriormente por Parsons, Siegel y Cousins (1997). Para este estudio se utilizó la adaptación al castellano desarrollada por Tirado y Quiles (document interno de la UMH, 2017).

Este instrumento, tras la revisión de Parsons et al. (1997), estaba compuesto originalmente de 17 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 9 puntos, que se repetían en cuatro ocasiones para evaluar la participación, la intención de participación futura, la percepción de riesgo y la percepción de beneficios. La escala de percepción de riesgo, a su vez evaluaba 6 factores (alcohol, drogas ilegales, comportamiento sexual, estereotipo masculino, aceptación social y comportamiento imprudente).

A lo largo de la bibliografía, han parecido dificultades para poder replicar la misma estructura en del instrumento en otros países. Así, la primera aproximación encontrada se realizó en población israelí (Ben-Zur y Reshef-Kfir, 2003), donde el cuestionario final contó con 27 ítems con opciones de respuesta

de 5 puntos (0 = nunca/sin riesgo y 4 = a diario/alto riesgo). En esta ocasión se repetían en tres ocasiones para evaluar la participación, la percepción de riesgo y la percepción de beneficios (pero no la intención futura) y la escala de percepción de riesgo era evaluada como un único factor.

Posteriormente, Zimmerman (2010), adaptó el instrumento a población suiza. En esta ocasión, utilizó 23 ítems a partir de las versiones de Siegel et al. (1994) y de Ben-Zur y Reshef-Kfir (2003), más 5 nuevos de creación propia. La escala final estuvo compuesta por 28 ítems que incluían actividades de bajo riesgo (e.g.: no estudiar para los exámenes) y de riesgo alto (e.g.: consumir drogas). En esta ocasión, recuperó la escala Likert de 9 puntos, pero mantuvo las escalas de participación, percepción de riesgo y percepción de beneficios (que no intención futura).

Poco después, Özmen y Sümer (2011), llevaron a cabo la validación en población turca. En esta ocasión, encontraron varios problemas para conseguir adaptar el instrumento de una manera correcta. Así, decidieron coger 8 ítems de la primera versión de Siegel et al. (1994) y 7 ítems de la versión adaptada de Ben-Zur y Reshef-Kfir (2003), además de los 17 de la versión revisada de Parsons et al. (1997) para crear un cuestionario con 32 ítems. Al realizar el análisis factorial, 9 ítems no saturaron en ninguno de los factores obtenidos y se desearon, obteniendo el cuestionario final compuesto por 23 ítems que se dividían en dos factores: Conductas de alto riesgo, y conductas de bajo riesgo. Estos investigadores también decidieron mantener la escala Likert de 9 puntos original.

Para la adaptación de este cuestionario al castellano, se siguieron las indicaciones de la guía para la adaptación de instrumentos transcultural propuesta por Guillemin, Bombardier y Beaton (1993). La guía propone diferentes pasos:

1. Dos traductores expertos bilingües, con conocimiento en el ámbito de investigación llevaron a cabo dos traducciones independientes de la versión original del inglés al castellano.

2. Comparación de la traducción para evaluar diferencias en la interpretación e identificar puntos de desacuerdo entre ellos, hasta alcanzar un acuerdo en la primera versión. Esta versión se volvió a traducir al inglés por parte de otros dos traductores.
3. Los investigadores revisaron esta versión y comprobaron que evaluaba el constructo de percepción de riesgo.
4. Para evaluar la comprensión de los ítems de la escala de respuesta, se evaluó una muestra piloto de 15 jóvenes universitarios, con el fin de identificar posibles entre los ítems o dificultades.
5. Finalmente se realizaron los ajustes pertinentes en la redacción de los ítems, considerado la literatura en el español en el ámbito de la percepción de riesgo y determinando la versión definitiva.

Para el estudio de validación y fiabilidad se administró el cuestionario a 112 jóvenes universitarios de edades comprendida entre 18 y 25 años ($M = 22.50$; $DT = 2.36$) pertenecientes a dos centros de la provincia de Alicante seleccionados por un muestreo incidental. El 26.2% ($N = 28$) fueron varones y el 73.8% ($N = 79$) fueron mujeres.

Tras la administración de los cuestionarios se llevaron a cabo los siguientes análisis para comprobar las propiedades psicométricas de la escala:

1. Análisis de la estructura factorial mediante análisis exploratorio de componentes principales con el método Varimax de rotación ortogonal. Para la solución final se consideraron los siguientes criterios:
 - Factores con valor propio superior a la unidad
 - Factores que presentaran coherencia teórica
 - Se utilizó el criterio de Stevens (1922, citado en Martínez-Arias, 1995), que establece al menos un 15% de varianza compartida por el factor y la variable, lo que supone una saturación igual a 0.40.
2. Análisis de ítems a través de sus estadísticos descriptivos e índices de discriminación.
3. Análisis de la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach.

A continuación se presentan los resultados de los diferentes análisis (ver Tabla 4.2.1)

Tabla 4.2.1

Datos psicométricos de la validación y factores de la escala

Factor	Ítems	M (DT)	F1	F2	F3	Ítem -test
Riesgo alto	15. Conducir/montar en coche sin cinturón de seguridad	6.16 (1.75)	.830	.122	.191	.54
	5. Tomar Speed / anfetaminas	7.11 (1.64)	.789	.281	-.234	.50
	13. Conducir después de haber bebido alcohol	7.02 (1.64)	.748	.306	-.022	.49
	9. Montar en coche con un conductor borracho	6.88 (1.57)	.732	.290	-.040	.52
	14. Tomar Crack o cocaína	7.23 (1.66)	.729	.339	-.173	.50
	6. Robar en tiendas	5.90 (2.06)	.702	-.062	-.012	.40
	16. Tomar medicamentos recetados sin autorización médica o en exceso	5.93 (1.92)	.640	.170	.080	.43
	11. Fumar marihuana	5.27 (2.26)	.639	.215	.087	.53
	8. Fumar cigarrillos	4.85 (1.93)	.594	.048	.070	.51
	12. Mantener relaciones sexuales sin preservativo	6.18 (2.05)	.562	.415	.174	.32
Riesgo moderado	3. Emborracharse	5.39 (1.88)	.354	.781	.019	.55
	4. Atracón / purga	4.88 (2.15)	.185	.742	-.140	.36
	2. Beber alcohol	3.35 (1.68)	.179	.720	.324	.50
Riesgo bajo	7. Mantener relaciones sexuales	1.46 (1.48)	-.122	.365	.753	.27
	10. Tomar medicamentos en las dosis recetadas	1.35 (1.77)	.253	-.123	.734	.18
	1. Conducir un coche	2.65 (1.77)	-.050	-.012	.713	.27
GLOBAL						

DT = Desviación típica; F1 = Factor 1 (Conductas de riesgo alto); F2 = Factor 2 (Conductas de riesgo moderado); F3 = Factor 3 (Conductas de riesgo bajo). Ítem-test: Correlación ítem-test; Alfa= alfa de Cronbach

El patrón quedó finalmente compuesto por tres factores que explicaron el 56.49% de la varianza. El factor 1, llamado “conductas de riesgo alto”, estuvo formado por 9 ítems que hacen referencia a conductas cuya realización implica un riesgo alto para la salud, como consumir cocaína o mantener relaciones sexuales sin protección, y que explicaron el 38.81% de la varianza. Las saturaciones factoriales oscilaron desde .817 del ítem 15 (*Conducir o ir en coche*

sin cinturón de seguridad), hasta .562 del ítem 12 (*Mantener relaciones sexuales sin preservativo*).

El factor 2, denominado “conductas de riesgo moderado”, incluyó 3 ítems que explicaron el 12.35% de la varianza. Las saturaciones oscilaron desde .781 del ítem 3 (*Emborracharse*) hasta .720 del ítem 2 (*Beber alcohol*).

Finalmente, el tercer factor denominado “Conductas relacionadas con la salud, o conductas de riesgo bajo” incluyó 3 ítems que explicaron el 8.59% de la varianza. Las saturaciones factoriales oscilaron desde .753 del ítem 7 (*Mantener relaciones sexuales*) hasta .713 del ítem 1 (*Conducir un coche*).

Se decidió eliminar el ítem “*Caminar solo por la noche*” porque no alcanzó una saturación factorial superior a .40 en ninguno de los tres factores.

Se llevó a cabo el análisis estadístico de los ítems, mediante los estadísticos descriptivos (media y desviación típica), índice de correlación ítem-total, índice de consistencia interna, a través del alfa de Cronbach). La Tabla 4.2.2 muestra las propiedades psicométricas de cada uno de los ítems dentro de cada factor.

En el caso de nuestra investigación, la escala final estuvo formada por 16 ítems que recogen actividades saludables y de riesgo, y que deben ser respondidos desde tres puntos de vista.

1. *Participación*. Se plantean los 16 ítems con una escala de respuesta que oscila entre 0 (nunca) y 8 (a diario) donde los participantes deben responder de acuerdo a su nivel de participación en ese comportamiento en los últimos 3 meses
2. *Percepción de riesgo*. Los mismos 16 ítems son planteados, en esta ocasión con una escala de respuesta que oscila entre 0 (nada arriesgado) y 8 (extremadamente arriesgado). En esta ocasión los participantes deben responder a los ítems identificando el nivel de peligro que perciben en cada una de las actividades propuestas.
3. *Percepción de beneficios*. De nuevo, los mismos 16 ítems son planteados, con una opción de respuesta que oscila entre 0 (Nada beneficioso) y 8 (extremadamente beneficioso). Los participantes deben responder

indicando qué nivel de beneficios perciben en la realización de esas actividades.

La escala de *percepción de riesgo* tiene a su vez tres subescalas (Ver Tabla 4.2.1):

Factor 1, denominado “*Conductas de riesgo alto*”: Hace referencia a actividades que suponen un alto riesgo para salud. Un ejemplo de un ítem de este factor es “¿Qué nivel de riesgo o peligro crees que conlleva fumar marihuana? Esta subescala está formada por los ítems 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15 y 16

Factor 2, denominado “*Conductas de riesgo moderado*”. Hace referencia a conductas con riesgo moderado para la salud o que pueden estar normalizados entre los universitarios. Un ejemplo de un ítem de este factor es “¿Qué nivel de riesgo o peligro crees que conlleva emborracharse? Esta subescala está formada por los ítems 2, 3 y 4.

Factor 3, denominado “*Conducta de riesgo bajo*”. Incluye actividades frecuentes que pueden desarrollarse de manera saludable si se siguen unas pautas establecidas. Un ejemplo de un ítem de este factor es “¿Qué nivel de riesgo o peligro crees que conlleva conducir un coche? Esta subescala está formada por los ítems 1, 7 y 10.

Los análisis de fiabilidad de los factores y de la escala global indicaron valores adecuados tal y como se puede observar en la Tabla 4.2.2.

Tabla 4.2.2

Fiabilidad de los factores de percepción de riesgo

Factor / escala	Alfa de Cronbach
Conducta de riesgo alto	.895
Conducta de riesgo moderado	.733
Conducta de riesgo bajo	.637
Escala global	.871

Siguiendo las recomendaciones de los autores originales (Parsons et al., 1997), los análisis fueron realizados teniendo en cuenta las puntuaciones globales, tanto de la participación en conductas de riesgo como en la percepción de beneficios. En la siguiente Tabla 4.2.3 se pueden observar las puntuaciones medias obtenidas para la escala de participación en conductas de riesgo, así como sus propiedades psicométricas. El alfa de cronbach de esta escala es de $\alpha = .637$

Tabla 4.2.3

Puntuaciones estadísticas y psicométricas de la subescala de participación en conductas de riesgo.

Ítems	M	DT	Correlación ítem-test	Alfa si se suprime ítem
1. Conducir un coche	4.83	3.36	.255	.643
2. Beber Alcohol	2.60	1.91	.473	.612
3. Emborracharse	1.16	1.40	.538	.604
4. Atracón / Purga	1.02	1.65	.415	.603
5. Tomar Speed / Anfetaminas	.02	.193	.828	.639
6. Robar en tiendas	.05	.288	.898	.638
7. Mantener relaciones sexuales	3.95	2.42	.402	.590
8. Fumar cigarrillos	1.71	2.95	.336	.598
9. Montar en coche con un conductor borracho	.48	1.10	.581	.622
10. Tomar medicamentos en las dosis recetadas	3.29	3.06	.124	.673
11. Fumar marihuana	.50	1.39	.338	.614
12. Mantener relaciones sexuales sin preservativo	2.03	2.74	.457	.578
13. Conducir después de haber bebido	.41	.961	.412	.612
14. Tomar crack o cocaína	.01	.097	.844	.639
15. Conducir /montar en coche sin cinturón de seguridad	.71	1.57	.292	.640
16. Tomar medicamentos recetados sin autorización médica o en exceso	.68	1.343	.265	.626

DT = Desviación típica

Por otro lado, se analizaron las propiedades psicométricas de la escala de la percepción de beneficios, encontrándose que el alfa de Cronbach era de $\alpha = .627$. En la Tabla 4.2.4 se pueden observar las puntuaciones medias y los demás datos psicométricos para cada uno de los ítems de la escala.

Tabla 4.2.4

Puntuaciones estadísticas y psicométricas de la subescala de Percepción de beneficios

	Ítems	M	DT	Correlación ítem-test	Alfa si se suprime ítem
1.	Conducir un coche	5.57	1.84	.194	.613
2.	Beber Alcohol	2.06	1.45	.477	.586
3.	Emborracharse	.083	1.14	.536	.603
4.	Atracón / Purga	.065	1.18	.282	.610
5.	Tomar Speed / Anfetaminas	.021	.77	.706	.609
6.	Robar en tiendas	.63	1.43	.401	.597
7.	Mantener relaciones sexuales	6.40	1.42	.338	.594
8.	Fumar cigarrillos	.49	1.25	.417	.609
9.	Montar en coche con un conductor borracho	.20	.863	.388	.618
10.	Tomar medicamentos en las dosis recetadas	4.64	2.69	.201	.643
11.	Fumar marihuana	.74	1.41	.338	.603
12.	Mantener relaciones sexuales sin preservativo	1.49	2.22	.329	.613
13.	Conducir después de haber bebido	.25	1.00	.138	.622
14.	Tomar crack o cocaína	.06	.33	.674	.621
15.	Conducir /montar en coche sin cinturón de seguridad	.22	.63	.232	.627
16.	Tomar medicamentos recetados sin autorización médica o en exceso	.48	1.01	.224	.620

DT = Desviación típica

Como conclusión, se puede decir que la adaptación al castellano del cuestionario RIPS cuenta con una estructura factorial y unas propiedades psicométricas adecuadas, siendo un cuestionario capaz de evaluar tanto la percepción de riesgo como la percepción de beneficios de un modo global o inespecífico, así como a participación en conductas de riesgo, de manera adecuada para nuestra población.

Búsqueda de sensaciones

Para evaluar esta variable hemos utilizado la Sensation Seeking Scale en su forma V (SSS – form V), elaborado originalmente por Zuckerman, Eysenck y Eysenck (1978). Esta escala contiene 40 ítems que describen situaciones, preferencias o gustos, a los que se responde señalando “Sí” o “No” a cada una de ellos. A su vez, evalúa 4 subescalas:

- **Búsqueda de Emociones (BEM).** Hace referencia al deseo de participar en actividades o deportes que impliquen velocidad o cierto tipo de peligro. Un ejemplo de ítem sería *“Me gustaría lanzarme en paracaídas”*. Los ítems que componen esta subescala son: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, y 37.
- **Búsqueda de Experiencias (BEX).** Representa la búsqueda de experiencias a través de la mente y los sentidos, a través de viajes o de llevar un estilo de vida inconformista. Un ejemplo de ítem sería *“He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones”*. Los ítems que componen esta subescala son: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34 y 38.
- **Desinhibición (DES).** Representa el deseo de desinhibirse social y sexualmente. Con frecuencia está asociado a beber alcohol con amigos, a salir de fiesta y a buscar variedad entre las parejas sexuales. Un ejemplo de este ítem sería *“tener muchas bebidas es la clave para una buena fiesta”*. Los ítems que componen esta subescala son: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35 y 39
- **Susceptibilidad para el Aburrimiento (SAB).** Hace referencia a la aversión por la rutina o repetición, por las personas aburridas y a la inquietud que surge cuando la cosas son siempre igual. Un ejemplo de este ítem sería *“No tengo paciencia con las personas grises o aburridas”*. Los ítems que componen esta subescala son: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36 y 40.

Esta escala a su vez obtiene una puntuación total de búsqueda de sensaciones que incluye la suma de todas las subescalas. En esta investigación hemos utilizado la validación española de Pérez y Torrubia (1986), cuya versión no difiere en forma ni contenido de la original. Los índices de fiabilidad se

calcularon diferenciando entre sexos. En la siguiente Tabla 4.3, se puede observar una comparativa entre los índices de la escala original, la adaptación española y la investigación actual

Tabla 4.3

Comparativa entre los coeficientes de fiabilidad de las diferentes subescalas y total de la SSS-form V, de la adaptación española y la investigación actual diferenciado por sexos.

	Hombres					Mujeres				
	BEM	BEX	DES	SAB	TOT	BEM	BEX	DES	SAB	TOT
Validación	.78	.65	.75	.62	.82	.72	.62	.65	.52	.77
Estudio actual	.81	.36	.62	.52	.73	.77	.38	.65	.53	.75

BEM= Búsqueda de emociones. BEX= Búsqueda de excitación. DES= Desinhibición. SAB: Sensibilidad al aburrimiento. TOT= Total.

Impulsividad

Para medir esta variable, se ha utilizado la Barrat Impulsiveness Scale, en su forma BIS-11 elaborada originalmente por Barrat (1994). Para esta investigación se ha utilizado la adaptación y validación al castellano de Oquendo et al. (2001). Esta escala se compone por 30 ítems relacionados con algunos pensamientos o comportamientos que se responden utilizando una escala tipo Likert de 4 alternativas: *raramente o nunca (0)*, *Ocasionalmente (1)*, *A menudo (3)* y *Siempre o Casi Siempre (4)*. Este cuestionario evalúa 3 subescalas, más una escala de impulsividad total resultante de la suma de las tres subescalas:

- **Impulsividad cognitiva.** Hace referencia a la toma de decisiones rápidas. Un ejemplo de esta subescala sería *“Mis pensamientos pueden tener gran velocidad”*.
- **Impulsividad motora.** Incluye actuaciones y comportamientos irreflexivos. Un ejemplo de este ítem sería *“Compro cosas impulsivamente”*.

- **Impulsividad no planeada.** Se caracteriza por que el presente es lo único que se tiene en cuenta, sin prever cómo de desarrollará el futuro. Un ejemplo de esta subescala es: “Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano”.

En la siguiente Tabla 4.4.1, se pueden observar los ítems que conforman cada subescala

Tabla 4.4.1

Ítems para cada subescala del BIS-11

Subescala	Ítems
Impulsividad cognitiva	4, 7*, 10*, 13*, 16, 19*, 24, 27
Impulsividad motora	2, 6*, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26, 29
Impulsividad no planeada	1*, 3, 5*, 8*, 11*, 14, 17*, 20, 22*, 25, 28, 30*

Oquendo et al. (2001). *NOTA:* Los ítems marcados con un asterisco deben ser considerados de manera inversa

La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 120, aunque no existe un punto de corte propuesto. Una mayor puntuación se interpreta con mayor índice de impulsividad.

A continuación se puede observar en la Tabla 4.4.2 una comparativa entre los índices de fiabilidad obtenidos en la validación original del cuestionario y los obtenidos en nuestra investigación.

Tabla 4.4.2

Índices de fiabilidad del BIS en su validación original y estudio actual

	Cognitiva	Motora	No planeada	Total
Oquendo (2001)	.728	.890	.695	
Estudio actual	.440	.625	.293	.584

NOTA: Índices de fiabilidad calculados en base al Alfa de Cronbach

Autoestima

Para evaluar la autoestima en nuestra muestra, hemos utilizado la Rosenberg Self-esteem Scale, de Rosenberg (1989). Se trata de una escala autoaplicada de 10 ítems que evalúan la autoestima de una manera unidimensional o global y a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, que van desde *totalmente en desacuerdo (1)*, hasta *totalmente de acuerdo (4)*. Un ejemplo de ítem es *“En general, estoy satisfecho conmigo mismo”*. Para esta investigación se utilizó la validación al castellano de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007), quienes adaptaron el cuestionario a población universitaria replicando la misma estructura que la de la escala original.

Para evaluar la autoestima a través de este cuestionario, las respuestas a los ítems 1, 3, 4, 7 y 10 serán tenidas en cuenta de manera positiva o directa, y las respuestas a los ítems 2, 5, 6, 8 y 9 serán tenidas en cuenta de manera inversa o negativa. Esta escala está construida de manera que a mayor puntuación se obtenga en el test, mayor autoestima se posee. Las puntuaciones pueden oscilar entre 10 y 40. Los resultados de fiabilidad para la adaptación española fue de $\alpha = 0.84$ y la obtenida en esta investigación ha sido de $\alpha = .884$ ($\alpha = 0.803$ para hombres y $\alpha = .887$ para mujeres).

Satisfacción Vital:

Para evaluar esta variable utilizamos The satisfaction with Life Scale, de Diener, Emmons, Larsen y Griffin, (1985), que consta de 5 ítems que evalúan la satisfacción vital en una única dimensión. Para esta investigación se utilizó la adaptación al castellano de Atienza, Pons, Balaguer y García-Mérita (2000), que mantiene los 5 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 1 (*Totalmente en desacuerdo*) y 5 (*Totalmente de acuerdo*). Un ejemplo de los ítems es *“En la mayoría de los aspectos, mi vida es como quiero que sea”*. En esta adaptación, se encontró un alfa de Cronbach de $\alpha = .84$. En la investigación actual, la fiabilidad es de $\alpha = .81$ ($\alpha = .797$ para los hombres y $\alpha = .821$ para las mujeres).

Los cinco ítems se puntúan de manera directa, de modo que mayores puntuaciones indican mayor satisfacción vital. Estas puntuaciones pueden oscilar entre 5 y 35 y no existe punto de corte.

Felicidad.

Para medir la felicidad, se ha utilizado la Escala de Felicidad de Lima (EFL), desarrollada por Alarcón (2006). Es un instrumento compuesto por 27 ítems con una respuesta tipo Likert que oscila entre 1 (*Nunca*) y 5 (*Siempre*). A su vez, evalúa 4 subescalas de la felicidad:

- **Sentido positivo:** Hace referencia a tener sentimientos positivos hacia uno mismo y a la vida. Es decir, se trata del afecto positivo que se percibe frente al nivel de actividad en los roles de la vida diaria. Un ejemplo de este ítem es "*La mayoría del tiempo me siento feliz*".
- **Satisfacción con la vida:** Hace referencia al estado subjetivo positivo de satisfacción que cada uno tiene. En este sentido, resulta de la evaluación de la situación presente y futura. Un ejemplo de este ítem es "*En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal*".
- **Realización personal:** se refiere a la orientación de la persona hacia las metas que considera valiosas en su vida. Un ejemplo de esta subescala es "*Hasta ahora, he conseguido cosas que para mí son importantes*".
- **Alegría de vivir.** Hace referencia a las experiencias positivas que se han vivido y, en general, a sentirse bien con la vida. Un ejemplo de esta subescala es "*Es maravilloso vivir*".

Las puntuaciones pueden oscilar entre 27 y 135. Aunque no hay punto de corte, el instrumento se interpreta de manera que a mayor puntuación mayor nivel de felicidad. En la Tabla 4.5.1 se pueden observar los ítems que pertenecen a cada subescala.

Tabla 4.5.1

Ítems que componen cada subescala del EFL

Subescalas	Ítems
Sentido positivo	2*, 7*, 11, 14*, 17, 18*, 19*, 20*, 22*, 23*, 26*
Satisfacción con la vida	1, 3, 4, 5, 6, 10
Realización personal	8, 9, 21, 24, 25, 27
Alegría de vivir	12, 13, 15, 16

Alarcón (2006). *NOTA:* Los ítems marcados con un asterisco deben ser considerados de manera inversa

En relación a la fiabilidad, en la Tabla 4.5.2 se pueden observar las alfas de Cronbach obtenidas tanto en el estudio de creación del EFL como en el estudio actual.

Tabla 4.5.2

Índices de fiabilidad del EFL original y la utilización en este estudio

	Sentido positivo	Satisfacción con la vida	Realización personal	Alegría de vivir	Total
Alarcón (2006)	.88	.79	.76	.72	.91
Estudio actual	.65	.85	.77	.79	.91

Alarcón (2006). *NOTA:* Índices de fiabilidad calculados en base al Alfa de Cronbach

Optimismo

Para evaluar el optimismo utilizamos el Life orientation Test, elaborado originalmente por Scheier y Carver (1985). Consta de 10 ítems que se responden a través de una escala Likert de 5 puntos oscilando entre 0 (*Muy en desacuerdo*) y 5 (*Muy de acuerdo*). En esta investigación se ha utilizado la adaptación al castellano de Otero, Luengo, Romero-Gómez y Castro (1998), que replicaron el test en forma y contenido al original. El cuestionario evalúa dos subescalas: optimismo y pesimismo. Está compuesto de tres ítems que evalúan el optimismo (e.g. *En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor*); tres ítems que evalúan

pesimismo, (e.g. *Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará*), y cuatro ítems más, que los autores incluyeron para que no resultara tan evidente el objetivo del cuestionario, y por tanto, se excluyen de la evaluación (e.g. *Para mí es importante estar siempre ocupado*). Las puntuaciones de ambas subescalas son directas y se interpretan de manera independiente, por tanto, mayores puntuaciones obtenidas, indican mayores niveles de optimismo y de pesimismo. Ambas subescalas pueden obtener puntuaciones que oscilan entre 0 y 12 puntos.

El alfa de Cronbach en la adaptación al castellano para la subescala de optimismo fue de $\alpha = 0.711$ y de $\alpha = 0.706$ para la subescala de pesimismo. En esta investigación se obtuvieron unos alfas de $\alpha = .692$ para optimismo ($\alpha = .683$ para hombres y $\alpha = .692$ para mujeres) y $\alpha = .617$ para pesimismo ($\alpha = .540$ en hombres y $\alpha = .639$ en mujeres).

Autoeficacia General:

Para la evaluación de la Autoeficacia, se utilizó la Escala de Autoeficacia General (AEG) de Schwarzer y Baessler (1996), en concreto la versión en castellano desarrollada por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000). Esta escala, formada por 10 ítems, mide el sentimiento estable de competencia para manejar un rango amplio de situaciones en la vida y ha sido analizada en población española en diversas ocasiones, siendo sus propiedades psicométricas adecuadas para su uso (Sanjuán et al., 2000; Martín, Alonso y Pallejá, 2002). Se responde con una escala tipo Likert con 4 opciones, desde *muy en desacuerdo* (puntuación = 1) hasta *muy de acuerdo* (puntuación = 4) respecto a las indicaciones de cada ítem. Un ejemplo de ítem es *"Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente"*. El alfa de Cronbach de la versión utilizada es de $\alpha = .87$. En esta investigación se ha obtenido un $\alpha = .887$ ($\alpha = .873$ para hombres y de $\alpha = .889$ para mujeres). Las puntuaciones de esta escala pueden oscilar entre 10 y 40, de modo que puntuaciones mayores indican mayor autoeficacia, y no hay punto de corte.

4.2.2 Variables sociales

Apoyo social.

Para evaluar la variable de apoyo social, se ha utilizado el Social Provisions Scale (SPS), originalmente desarrollada por Cutrona y Russell (1987). En esta investigación se ha utilizado la validación al castellano de Martínez-López, et al. (2014). Es un cuestionario compuesto por 24 ítems que evalúan las seis provisiones sociales de Weiss (1974):

- **Alianza Confiable:** se refiere a la garantía de que se puede contar con una persona en caso de necesitar una ayuda tangible (e.g. *Hay personas a las que puedo acudir en momentos difíciles*).
- **Orientación:** hace referencia a la facilidad para contactar con personas que puedan proporcionarnos información o consejo sobre alguna situación. Suele estar relacionado con profesores, médicos o cualquier profesional que pueda asesorarnos (e.g. *Cuento con una persona de confianza a quien acudir si tengo problemas*).
- **Apego:** se refiere a la identificación de una persona con la que se tiene una cercanía emocional de la que se deriva una sensación de seguridad (e.g. *Me siento muy próximo emocionalmente con al menos una persona*).
- **Integración Social:** se refiere al sentimiento de pertenencia a un grupo donde se comparten intereses, preocupaciones y aficiones similares (e.g. *Siento que formo parte de un grupo que piensa como yo*).
- **Refuerzo de Valía:** hace referencia al reconocimiento de las propias habilidades y de la valía personal, tanto por uno mismo como por los demás (e.g. *Hay personas que admiran mis habilidades*).
- **Oportunidad de Cuidar:** Se refiere a la sensación de que otras personas confían en uno para buscar su bienestar (e.g. *Hay personas que acuden a mí en busca de ayuda*).

Cada subescala está evaluada por 4 ítems, de manera que dos de ellos evalúan la ocurrencia de la provisión (las puntuaciones serán tomadas en cuenta de manera positiva), y los otros dos la ausencia de la misma (las puntuaciones serán tomadas en cuenta de manera inversa). En la Tabla 4.6.1 se puede ver la correspondencia de los ítems de cada subescala. Además de la puntuación de

cada una de las provisiones, es posible obtener una puntuación total de apoyo social a partir del sumatorio de las puntuaciones de todas las provisiones. El total que puede obtenerse en la escala global, oscila entre 24 y 96 puntos y no existe punto de corte.

Tabla 4.6.1

Correspondencia de ítems a cada subescala de Apoyo social

Subescala	Ítems
Alianza confiable	1, 10*, 18*, 23
Orientación	3*, 12, 16, 19*
Apego	2*, 11, 17, 21
Integración social	5, 8, 14*, 22*
Refuerzo de valía	6*, 9*, 13, 20
Oportunidad de cuidar	4, 7, 15*, 24*

Martínez-López et al (2014). NOTA: Los ítems marcados con asteriscos deben tenerse en cuenta de manera inversa para el cálculo de la puntuación de la subescala

Se responden a través de una escala Likert de 4 puntos que oscilan entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 4 (*totalmente de acuerdo*), de manera que puntuaciones más altas indicarían una mayor sensación de apoyo social. En la siguiente Tabla 4.6.2 se pueden observar las puntuaciones del Alfa de Cronbach obtenidos tanto en la versión validada al castellano como las obtenidas para esta investigación:

Tabla 4.6.2

Coefficientes de alfa de Cronbach de la escala SPS obtenidos en la validación y en la investigación actual

Dimensiones	Validación	Estudio actual
Alianza Confiable	.75	.78
Orientación	.73	.78
Apego	.64	.64
Integración Social	.68	.70
Refuerzo de Valía	.60	.57
Oportunidad de cuidar	.55	.50
Apoyo social total	.87	.89

Martínez-López et al (2014). NOTA: Índices de fiabilidad calculados en base al Alfa de Cronbach

Bienestar social

Para evaluar el nivel de bienestar social se utilizó la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998), en su versión adaptada al castellano de Blanco y Díaz (2005). Esta escala está compuesta por 25 ítems con un formato de respuesta Likert de 5 puntos, oscilando entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*). Además de una puntuación global de Bienestar Social, evalúa a su vez 5 dimensiones de la misma:

- **Aceptación social:** se refiere a que no solo hay que sentirse integrado, sino que además hay que tener confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los demás, así como aceptar los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida (e.g. *Creo que no se debe confiar en la gente*).
- **Actualización social:** Se refiere a tener confianza en que la sociedad avanza, crece y se desarrolla hacia proporcionar el bienestar de sus integrantes (e.g. *Veo que la sociedad está en continuo desarrollo*)
- **Coherencia Social:** Se refiere a la capacidad que tenemos para entender la dinámica de la evolución social. Es decir, incluye la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo y una preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo (e.g. *No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo*).
- **Integración social social:** se refiere a la evaluación que hacemos de nuestra interacción con la sociedad. Según Keyes (1998), las personas sanas se sienten parte de la comunidad y cultivan el sentimiento de pertenencia, creando lazos sociales entre familiares, amigos y vecinos (e.g. *Siento que soy una parte importante de mi comunidad*).
- **Contribución social:** Implica un sentimiento de utilidad, es decir, que se tiene algo útil que aportar a la sociedad, y que lo que uno aporta es valorado (e.g. *Creo que puedo aportar algo al mundo*).

En la Tabla 4.7.1, se puede observar la correspondencia de los ítems con las subescalas, además de la diferenciación de ítems que puntúan de manera directa y los que lo hacen de manera inversa. La puntuación total que se puede

conseguir en la escala global puede variar entre los 25 y los 125 puntos, sin punto de corte, de manera que una puntuación alta indica mayor bienestar social

Tabla 4.7.1

Ítems que conforman cada escala del cuestionario de Bienestar social

Subescalas	Ítems
Aceptación social	6*, 7*, 8*, 9*, 10*, 11*
Actualización social	17*, 18*, 19, 20*, 21*
Coherencia social	22*, 23*, 24*, 25*
Integración social	1, 2, 3, 4, 5*
Contribución social	12, 13*, 14*, 15*, 16

Blanco y Díaz (2005). NOTA: Los ítems marcados con asteriscos deben tenerse en cuenta de manera inversa para el cálculo de la puntuación de la subescala

En relación a la fiabilidad del instrumento, en la Tabla 4.7.2. se puede observar una comparativa entre las alfas de Cronbach de la validación del cuestionario y los obtenidos en esta investigación.

Tabla 4.7.2

Coefficientes de Cronbach de la escala global y subescalas tanto de la validación al castellano como de esta investigación

	Validación	Estudio actual
Aceptación social	.83	.88
Actualización social	.79	.66
Coherencia social	.68	.64
Integración social	.69	.77
Contribución social	.70	.80
Total	.83	.88

Blanco y Díaz (2005). NOTA: Índices de fiabilidad calculados en base al Alfa de Cronbach.

Satisfacción familiar

Para evaluar la satisfacción familiar, se ha utilizado el cuestionario APGAR, originalmente desarrollado por Smilkstein (1978). Tradicionalmente, este cuestionario ha sido utilizado en contextos sanitarios para abordar en consultas médicas, problemas familiares. Sin embargo, numerosas investigaciones han utilizado este cuestionario para evaluar el apoyo familiar percibido así como la satisfacción con las relaciones familiares tanto en adolescentes (Pérez-Milena et al., 2009; Suárez-Cuba y Alcalá-Espinoza, 2014), como en población universitaria (Cardona, Osorio y Villa 2009).

En esta investigación se ha utilizado la validación al castellano de Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1996). Se trata de un cuestionario compuesto por 5 ítems con una respuesta de 3 puntos que oscila entre 0 (*casi nunca*) y 2 (*Casi siempre*). Cada ítem evalúa un factor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos, pero la puntuación se interpreta de modo global. Así, si la persona obtiene una puntuación de entre 7 y 10 puntos, la calificación de la satisfacción familiar es normal; si obtiene entre 4 y 6 puntos, es interpretado con una disfunción moderada; y si la puntuación se encuentra entre 0 y 3 puntos, se interpreta como disfunción familiar severa. El alfa de Cronbach de la validación fue de $\alpha = .84$ y en esta investigación de $\alpha = .79$.

4.2.3 Conductas de salud.

Se ha utilizado una adaptación reducida del “Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios (CEVJU), desarrollada por Saravia y Chau (2013). La versión final utilizada está compuesta por 51 ítems con opción de respuesta tipo Likert de 4 puntos, donde 1, quiere decir *nunca* y 4, *siempre*.

El instrumento está formado por una enumeración de actividades donde los participantes deben responder de acuerdo a la frecuencia con la que la llevan a cabo. Esta encuesta se subdivide a su vez en 5 bloques:

- **Actividad física y deporte:** hace referencia a la frecuencia con la que se practica algún tipo de actividad física, ya sea aeróbica o relajante (e.g. “haces actividad física en tu vida cotidiana”)

- **Hábitos alimentarios:** Hace referencia a las rutinas alimentarias cotidianas en relación a los de alimentos que se incluyen en la dieta (e.g. *“Limitas tu consumo de grasas”*),
- **Higiene del sueño:** incluye preguntas sobre la calidad del sueño y del descanso (e.g. *“Duermes al menos 7 horas”*);
- **Autocuidado y cuidados médicos:** Hace referencia a una serie de actividades que se llevan a cabo para prevenir problemas de salud desde un punto de vista personal (e.g.: *“Evitas las exposiciones largas al sol”*) y médico (e.g. *Vas al médico para hacerte un chequeo general una vez al año”*)
- **Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas:** incluye preguntas acerca de los hábitos de consumo de alcohol (e.g.: *“Consumes alcohol más de dos veces por semana”*), de tabaco (e.g.: *“Fumas cigarrillos o tabaco”*) y de otras drogas (e.g.: *consumes alcohol o alguna otra droga cuando te enfrentas a situaciones de angustia o problemas en tu vida”*)
- **Salud sexual:** Se añadieron dos preguntas *post hoc* para esta investigación sobre los hábitos sexuales (e.g.: *“Si mantienes relaciones sexuales utilizas preservativo”*).

Los criterios de evaluación y puntuación utilizados en este trabajo siguen las directrices de Saravia y Chau (2013). Así, la manera de puntuar esta encuesta consiste en calcular el punto medio de las posibles opciones de respuesta para cada bloque, que será entendido como punto de corte (Ver Tabla 4.8.1). Los participantes que se sitúen por debajo de este punto medio serán aquellos que no lleven a cabo conductas de salud y serán catalogados como “no saludable”, mientras que aquellos que sí lo superen, serán clasificados como “saludables”.

Tabla 4.8.1

Puntos de corte para cada bloque

Bloques	Nº ítems	Posibles puntuaciones	Punto medio
Actividad física y deporte	5	5 – 20	12.5
Hábitos alimentarios	14	14 – 56	35
Higiene del sueño	7	7 – 28	17.5
Autocuidado y cuidado médico.	14	14 – 56	35
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	9	9 – 36	22.5

4.3 Procedimiento

La recogida de datos comenzó en el curso 2014-2015 con la aplicación de una prueba piloto para realizar la validación del RIPS-R al castellano. En esa primera fase, se contactó con 112 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre 17 y 25 años. Tras la adecuación del cuestionario y diseñada la versión final del mismo, se creó el cuadernillo con los cuestionarios necesarios para la evaluación de las variables de estudio de esta tesis doctoral. La recogida de datos, por tanto, tuvo lugar durante los cursos 2015-2016 y principios del 2016-2017.

A través del contacto con los profesores universitarios, se acordó un calendario donde acceder al aula a realizar la medición de los estudiantes. De este modo, el profesor concluía su clase 45 minutos antes y permitía el acceso al responsable de la investigación. Antes de comenzar la prueba, se informó a los sujetos de que su participación era completamente voluntaria y anónima y que no habría ninguna manera de poder relacionar sus datos con ellos mismos. Se informó también, de que los datos recogidos solamente serían tratados para el desarrollo de esta investigación y no se cederían a terceras partes. Los participantes fueron informados de que, si decidían formar parte de la investigación y transcurridos varios minutos después del inicio decidían no seguir adelante respondiendo el cuadernillo, podían cambiar de opinión con respecto a su participación en el estudio, destruyéndose el cuadernillo y, por tanto, eliminando sus respuestas de la base de datos.

A continuación, el investigador informaba del objetivo de investigación y de la duración aproximada del cumplimentado del cuadernillo. Una vez explicado esto, se procedió a la entrega del cuadernillo a todos los alumnos que cumplieran los criterios de inclusión (entre 18 y 29 años).

En la primera página del cuestionario, se entregaba grapado el consentimiento informado, donde aparecía el nombre del investigador principal, el objetivo del estudio y tipo de cuestionarios a rellenar. Además volvía a aparecer la información de anonimato y voluntariedad explicada previamente.

Finalmente había un lugar donde el participante debía poner la fecha del día de cumplimentación y su firma, consintiendo que sus datos fueran utilizados para formar parte de la investigación. Al finalizar el cuadernillo, el participante arrancaba la primera hoja (consentimiento informado) y lo depositaba en una mesa formando dos montones: uno con el cuadernillo y otro con los consentimientos informados. De esta manera, en caso de que la firma permitiera identificar a la persona por su nombre y/o apellidos, se garantizaba el anonimato de los cuadernillos.

El investigador principal se encontraba en el aula en todo momento para proporcionar cualquier ayuda, si era necesaria, y para verificar la correcta cumplimentación de los cuestionarios. Por tanto, la recogida de datos se realizó en el aula y durante horario académico.

4.4 Análisis de datos

Los datos se han analizado con el programa estadístico IBM SPSS Statistics, en su versión 22, y con el paquete complementario Amos Graphics, para el desarrollo de las ecuaciones estructurales. Los análisis realizados son los siguientes:

- **Análisis descriptivos:** se ha realizado un análisis descriptivo comparando cada una de las variables de estudio con las variables sociodemográficas evaluadas. Los análisis realizados en este sentido son medias, desviaciones típicas, frecuencias y rangos.
- **Diferencias de medias:** Se ha utilizado la prueba T de Student para muestras independientes cuando se ha querido realizar una comparación entre dos grupos de acuerdo a una variable (i.e.: conocer la diferencias en autoestima de chicos y chicas). Siguiendo las recomendaciones de Cohen (1988), se realizaron las mediciones de tamaño del efecto para aquellas diferencias significativas ($p \leq 0.05$). El estadístico *d* de Cohen, indica que el efecto estudiado está presente en la muestra estudiada, es decir, aparece como una manera de comprobar la diferencia real existente entre dos grupos, suavizando el sesgo de los tamaños muestrales. De este modo, se utilizó el índice *d* según la clasificación de Cohen: si la puntuación se encuentra alrededor de 0.20, encontramos un tamaño del efecto pequeño; si se coloca alrededor de 0.50, el tamaño del efecto es medio, y si lo hace alrededor del 0.80, diremos que el tamaño del efecto es grande. Es decir, cuanto mayor sea el índice, mayor seguridad tendremos en decir que las muestras son diferentes con respecto al factor evaluado. En psicología, el tamaño del efecto suele ser pequeño, de modo que se ha considerado un tamaño del efecto que se sitúa alrededor el 0.40. Por otro lado, cuando se ha querido conocer las diferencias entre tres o más grupos se ha utilizado la prueba ANOVA de un factor (i.e.: Conocer las diferencias entre autoeficacia de universitarios pertenecientes a los nivel socioeconómicos bajo, medio, medio – alto o alto). En este caso, cuando se han hallado resultados significativos, se ha

utilizado la prueba *post hoc* de Bonferroni, que consiste en una prueba que compara cada una de las posibles combinaciones de parejas que puede haber dentro del factor medido (i.e.: compara la media de autoeficacia de los universitarios pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con la autoeficacia de universitarios de un nivel medio; a continuación la compara con los pertenecientes a un nivel medio-alto). De este modo hace comparaciones 1 : 1, para encontrar entre qué grupos específicos se encuentra la diferencia de medias significativas.

- **Análisis de correlaciones:** Se ha realizado un análisis de correlación de Pearson para encontrar qué grado de relación tienen dos variables diferentes (e.g.: autoestima y percepción de riesgo)
- **Análisis de predicciones:** Se utilizó el análisis de regresión aplicando el método de pasos sucesivos (Stepwise) para evaluar el poder predictivo de cada variable. Este método fija un nivel de tolerancia (independencia entre variables independientes), y previo a la inclusión de una variable en el análisis comprueba si su tolerancia es superior al nivel fijado. En caso de no serlo, esta variable no entraría a formar parte del análisis. De esta manera, se evita el error asociado a la multicolinealidad. El orden de entrada con este método, es de mayor a menor correlación con las variables criterio. Para evitar el sesgo de los tamaños muestrales, y como medida del tamaño del efecto, se utilizó en estos análisis el coeficiente de correlación r de Pearson. Elevando al cuadrado este coeficiente (R^2), se obtiene el porcentaje de varianza de la variable dependiente que es explicada por las variables predictoras. Se siguieron las sugerencias de Cohen (1988), quien clasifica, en este caso, el tamaño del efecto como pequeño si $r \approx 0.10$, medio si $r \approx 0.30$ y grande si $r \approx 0.50$.
- **Ecuaciones estructurales lineales:** Se crearon los modelos con variables latentes de los elementos integrantes del modelo para comprobar su validez como modelo causal. Se trata de una técnica confirmatoria que identifica la fuerza y dirección de las relaciones causales entre las variables propuestas en el modelo. La aplicación de Modelos de Ecuaciones Estructurales implica la estimación de parámetros desconocidos basándose en datos observados (Matriz de covarianza o

correlaciones). Realiza análisis tanto analíticos (constatan las relaciones causales entre las diferentes variables o constructos) como globales (evalúan el grado de ajuste de la causalidad global propuesta).

El nivel analítico proporciona una estimación cuantitativa del impacto que una variables ejerce sobre otras. Estos estimadores son los coeficientes estructurales (β_{ij}), e indican la proporción de desviación típica que la variable antecedente (j), explica de la variable que recibe su efecto (i). Cuando el coeficiente estructural es estadísticamente significativo, podemos afirmar que la variable “j” ejerce un efecto directo sobre la variable “i” de una magnitud “ β_{ij} ”. El contraste empírico de cada una de las relaciones de influencia propuestas en el modelo, se realiza por medio de los coeficientes estructurales, atendiendo al nivel de significación (índice t) y al signo que representan.

Según Kelloway (1998), a nivel global, el programa estima diversos índices de bondad de ajuste: *global*, *comparativo* y de *parsimonia*. Los *índices de ajuste global*, hacen referencia a la capacidad del modelo para reproducir la matriz actual de covarianza. La evaluación de *comparación* se refiere a la contrastación de dos modelos para determinar cuál de los dos ajusta mejor los datos, mientras que los índices de *parsimonia*, favorecen la búsqueda del mayor ajuste con un menor número de parámetros.

Según Batista y Coenders, (2000), se pueden destacar una serie de índices para cada tipo de bondad de ajuste. Así, comenzando con los *índices de ajuste global*, destacan:

- a. **RMR:** que se corresponde a la raíz cuadrada de las medias de los cuadrados de las discrepancias entre la matriz de covarianza supuesta y la observada. Su límite menor es cero y cuando más se acerca a este índice, mejor es el ajuste.
- b. **RMSEA:** se trata de un error de aproximación que proporciona un índice de estimación sobre la falta de ajuste en población. Es una medida de la discrepancia por grados de libertad del modelo. Si su valor es igual o menor a 0.05, se puede concluir que el modelo presenta un muy buen ajuste de los datos, considerando los grados de libertad del mismo. Si el valor es igual a 0.08 o menor, se puede

concluir que el modelo presenta un error de aproximación a la población razonable. Sin embargo, si se obtienen valores superiores a 0.1, se debe rechazar el modelo.

- c. **GFI:** Se trata de un índice de bondad de ajuste que indica la cantidad total de varianza y covarianza explicada por el modelo. Presenta valores comprendidos entre 0 y ± 1 . Si esta puntuación es igual o superior a 0.90, indica un buen ajuste del modelo
- d. **AGFI:** Se trata de un índice que ajusta el anterior a los grados de libertad del modelo propuesto. Estima la varianza explicada por el modelo, considerando los grados de libertad del mismo, es decir, constituye una modificación de GFI para ponderar la parsimonia del modelo. Una diferencia elevada entre GFI y AGFI indica la inclusión de parámetros triviales y, a veces, no significativos.

En cuanto a los *índices comparativos*, podemos destacar los siguientes:

- a. **NFI:** Se trata de un índice de bondad de ajuste normativo que indica el poder explicativo del modelo sobre un modelo nulo que estable por hipótesis la independencia entre variables. EN este sentido, su valor para un modelo particular, refleja la proporción de la diferencia en el ajuste entre el modelo más restrictivo y el modelo menos restrictivo. Es una medida absoluta de ajuste y representa la proporción de covarianza que explica el modelo independientemente de sus grados de libertad. Este índice puede tener valores entre 0 y 1, siendo 1 el ajuste perfecto, y valores inferiores a 0,9, indicarían que el modelo puede ser mejorado.
- b. **NNFI:** Se trata de un índice de bondad de ajuste no normativo que representa la proporción de covarianza entre las variables observadas eplicadas por el modelo, con la particularidad de que considera los grados de libertad asociados a modelo. No tiene un rango de valores limitado, aunque el criterio ofrecido para evaluar la bondad de ajuste del modelo es de 0.90. Valores por debajo de este punto indican que el modelo puede ser mejorado, y

puntuaciones por encima de este punto, indicarían que el modelo tiene un ajuste satisfactorio.

- c. **IFI:** hace referencia a un índice de incremento de ajuste. Sus valores oscilan entre 0 y 1, y cuanto mayor es el índice, mejor es el ajuste
- d. **CFI:** este índice comparativo se basa en la distribución no centralizada de chi-cuadrado. Oscila entre 0 y 1, siendo los valores superiores a 0.90 los que indicarían un buen ajuste de los datos.

Finalmente, entre los *índices de parsimonia*, podríamos destacar:

- a. **PGFI:** consiste en un índice de ajuste parsimonioso, que ajusta al GFI a los grados de libertad del modelo, por lo que ofrece información sobre la bondad de ajuste del modelo y sobre su parsimonia. Puede obtener puntuaciones entre 0 y 1. Si la puntuación es mayor a 0.50, indica un buen ajuste del modelo.
- b. **PNFI:** se trata de un índice de ajuste normativo parsimonioso que ajusta el NFI a los grados de libertad del modelo, ofrece información sobre la bondad de ajuste del modelo y sobre su parsimonia. Es un método útil para comparar el ajuste de los modelos anidados, ya que prueba si el incremento en la información tota es explicado por el modelo menos restrictivo. Puede obtener puntuaciones entre 0 y 1, siendo las puntuaciones superiores a 0.50 las que indicarían un buen ajuste de modelo. La principal utilidad de este índice, al igual que el PGFI, es que permite comparar modelos basándose en la bondad de ajuste y parsimonia de los mismos.

Para finalizar, se añade en la Tabla 4.9 un resumen de los índices descritos, así como las puntuaciones óptimas.

Tabla 4.9

Resumen de índices de ajuste y valores óptimos

Ajuste	Índice	Valor óptimo
Global	RMR: Residuo cuadrático Medio Estandarizado	<.05
	RMSEA: Error cuadrático medio de aproximación	<.10
	GFI: Índice de bondad de ajuste ajustado	>.90
	AGFI: Índice de bondad de ajuste ajustado	>.90
Comparativo	NFI: índice de bondad de ajuste normativo	>.90
	NNFI Índice de bondad de ajuste no normativo	>.90
	IFI: Índice de incremento de ajuste	>.90
	CFI: Índice de Incremento comparativo	>.90
Parsimonia	PGFI: Índice de bondad de ajuste parsimonioso	>.50
	PNFI: Índice de ajuste normativo parsimonioso	>.50

Kelloway (1998); Pamies (2011).

Capítulo 5

Resultados

*You are the Dancing Queen, young and sweet, only seventeen
Dancing Queen, feel the beat from the tambourine
You can dance, you can jive, having the time of your life
See that girl, watch that scene, dig in the Dancing Queen
DANCING QUEEN – ABBA – 1976*

*(Eres la reina del baile, joven y dulce, solo diecisiete años.
La reina del baile, siente el ritmo de la pandereta.
Puedes bailar, puedes bailar el jive, es el momento de tu vida.
Mirad a esa chica, observad la escena, acercaos a la reina del baile)
DANCING QUEEN – ABBA – 1976*

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

En este capítulo se va a hacer un recorrido por los resultados más relevantes hallados en esta investigación. Está compuesto por tres apartados bien diferenciadas.

Parte I: Resultados descriptivos de las variables utilizadas en el estudio, de acuerdo a las variables sociodemográficas evaluadas.

Parte II: Elaboración de correlaciones entre la percepción de riesgo y las variables psicosociales evaluadas.

Parte III: Realización de regresión múltiple con las diferentes variables psicosociales evaluadas.

Parte IV: Exploración de relaciones entre las variables con respecto a la conducta de riesgo.

Parte V: Elaboración de un modelo de ecuaciones estructurales para la participación en conductas de riesgo

Parte I: Descriptivos

En esta parte se van a describir los resultados descriptivos obtenidos para los niveles de percepción de riesgo, búsqueda de sensaciones, impulsividad, autoestima, satisfacción vital, autoeficacia general, optimismo, pesimismo, felicidad, apoyo social, bienestar social apoyo familiar, percepción de riesgo y conducta de salud, en alumnos universitarios. Además, se analizarán si existen diferencias significativas en función del género, edad, universidad, titulación, cantidad de suspensos, situación emocional, estado civil de los padres, situación laboral del universitario, situación laboral de los padres del universitario, cantidad de familiares con los que se convive y el nivel socioeconómico al que se pertenece.

Para comenzar el apartado, se incluye una tabla (ver Tabla 5.1) descriptiva de los datos sociodemográficos más relevantes evaluados en este estudio. En ella, se pueden observar que se ha evaluado a un porcentaje superior de mujeres (76.6%) que de hombres (23.4%); que predominan los universitarios con edades entre los 18 y los 21 años (81.5%) y que acuden a la universidad pública (80.1%); Asimismo, se puede observar que se han evaluado a alumnos de 6 titulaciones, siendo las que más sujetos se han recogido las de psicología (47.2%) y de trabajo social (22.5%). También se puede observar que el 85.8% de la muestra no ha suspendido ninguna asignatura en la última evaluación.

En relación a la situación emocional en la que se encuentra el universitario, encontramos que el 52,4% no tienen pareja en el momento de la evaluación, mientras que el 38.6% se encuentran en una relación estable. Encontramos también que un porcentaje alto de los padres se encuentran casados (78.6%).

Tabla 5.1
Frecuencias de las variables sociodemográficas

Variable		N	Porcentaje %
Género	Mujeres	459	76.6
	Hombres	140	23.4
Edad	18-19	294	49.1
	20-21	194	32.4
	22-23	59	9.8
	24-25	22	3.7
	26-27	20	3.3
	28-29	10	1.7
Universidad	Pública	480	80.1
	Privada	119	19.9
Titulación	Educación primaria	54	9.0
	Educación infantil	54	9.0
	Psicología	283	47.2
	Trabajo social	135	22.5
	CAFD	59	9.8
	Fisioterapia	14	2.3
Suspensos	0	514	85.8
	1	48	8.0
	2	20	3.3
	3	8	1.3
	4	6	1.0
	6	3	0.5
Situación emocional	Soltero	314	52.4
	Con pareja ocasional	46	7.7
	Con pareja estable	231	38.6
	Otro	8	1.3
Estado civil de los padres	Casados	471	78.6
	Divorciados	98	16.4
	Madre viuda	23	3.8
	Padre viudo	7	1.2
Situación laboral	Trabaja	78	13.0
	No trabaja	521	87.0

Tabla 5.1 (Continuación)
Frecuencias de las variables sociodemográficas

Variable		N	Porcentaje %
Situación laboral del padre	Trabaja	480	80.1
	No trabaja	119	19.9
Situación laboral de la madre	Trabaja	386	64.4
	No trabaja	213	35.6
Nivel Socioeconómico	Bajo	40	6.7
	Medio	445	74.3
	Medio-alto	112	18.7
	Alto	2	0.3
Número de personas de la familia con la que convive	0	38	6.3
	1	50	8.3
	2	172	28.7
	3	315	52.6
	4	16	2.7
	5	8	1.3

CAFD = Ciencias de la actividad física y del deporte

De acuerdo a la situación laboral, solo el 13% se encuentran trabajando a la vez que estudian. Sin embargo, en relación a la situación laboral de los padres, encontramos que una mayoría de padres (80.1%) y más de la mitad de las madres (64.4%) se encuentran trabajando. Encontramos también que un 28.7% conviven con 2 familiares y un 52.6% lo hacen con tres miembros de su familia. Solo aparece un 6.3% que viven solos o con compañeros de piso.

En relación al nivel socioeconómico el 6.7% se identifican como con un nivel socioeconómico bajo, el 74.3% lo hacen con un nivel socioeconómico medio, el 18.7% con un nivel socioeconómico medio-alto y el 0.3% con un nivel socioeconómico alto.

5.1. Percepción de riesgo

Las puntuaciones obtenidas por la escala de Percepción de Riesgo (Siegel y Parsons, 1997), oscilaron entre 7 y 99 puntos, siendo la media global de $M = 84.37$ ($DT = 13.25$).

Si realizamos los análisis de acuerdo al *género*, encontramos que no existen diferencias para ningún factor ni para la escala global, de modo que podemos decir que tanto varones como mujeres tienen el mismo nivel de percepción de riesgo hacia las mismas actividades (ver Tabla 5.2).

Tabla 5.2

Diferencias en las subescalas de percepción de riesgo en función del género

		N	Media	DT	<i>p</i>
Factor 1	Hombres	139	63.12	9.51	.166
	Mujeres	459	64.60	9.30	
Factor 2	Hombres	139	13.83	3.95	.260
	Mujeres	459	14.29	3.87	
Factor 3	Hombres	139	6.05	3.50	.685
	Mujeres	459	5.92	3.29	
Total	Hombres	139	83.02	13.60	.242
	Mujeres	459	84.79	13.13	

DT = Desviación típica

En relación al *tipo de universidad* al que acudan los alumnos, podemos dividir la muestra entre alumnos que acuden a un centro privado y los que acuden a centro público. En este caso, no encontramos diferencias significativas en ninguna escala. Sin embargo sí que hay diferencias de acuerdo a la *titulación* que se encuentran estudiando en la subescala de Factor 2 ($F = 3.67$; $p = .003$) y escala total ($F = 2.82$; $p = .013$) (Ver Tabla 5.3). Al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias en la escala Factor 2 aparecen entre los alumnos que estudian educación primaria y los que estudian Fisioterapia ($p = .035$). Así, parece que los alumnos que estudian educación primaria tiene mayor percepción de riesgo que los que estudian fisioterapia. Sin embargo, en

la escala global, que en un principio aparecían diferencias significativas, Bonferroni no encuentra estas diferencias.

Tabla 5.3

Diferencias en las subescalas de percepción de riesgo en función de la titulación

Subescalas	Titulación	N	Media	DT	<i>p</i>
Factor 1	Educación primaria	54	66.01	8.08	.051
	Educación infantil	54	64.42	12.69	
	Psicología	283	63.19	8.54	
	Trabajo social	135	65.97	9.17	
	CAFD	58	64.28	10.10	
	Fisioterapia	14	61.26	9.37	
Factor 2	Educación primaria	54	15.31	4.32	.003**
	Educación infantil	54	14.40	4.37	
	Psicología	283	13.85	3.68	
	Trabajo social	135	14.81	3.68	
	CAFD	58	13.40	3.74	
	Fisioterapia	14	11.78	4.9	
Factor 3	Educación primaria	54	6.38	3.11	.926
	Educación infantil	54	6.05	3.49	
	Psicología	283	5.84	3.32	
	Trabajo social	135	6.02	3.51	
	CAFD	58	5.9	3.20	
	Fisioterapia	14	5.78	3.30	
Total	Educación primaria	54	73.90	10.93	.013*
	Educación infantil	54	71.00	15.36	
	Psicología	283	69.31	10.98	
	Trabajo social	135	72.56	11.41	
	CAFD	58	69.69	12.12	
	Fisioterapia	14	65.42	15.31	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; DT = Desviación Típica.

Sin embargo, al analizar la percepción de riesgo de acuerdo a los *suspensos* obtenidos en la última evaluación, no se encuentran diferencias significativas ($p = .572$), de manera que tanto los que no suspenden ninguna como los que suspenden hasta 6 asignaturas, tienen una percepción de riesgo similar.

De acuerdo a la *situación sentimental*, tampoco se encuentran diferencias significativas ($p = .604$). Así, tanto los solteros, como los que tienen pareja estable u ocasional parecen tener los mismos niveles de percepción de riesgo ($p = .460$). Del mismo modo, el *estado civil de los padres* tampoco parece influir sobre la percepción de riesgo de los universitarios, de manera que aquellos jóvenes cuyos padres están casados, puntúan de manera similar a los que sus padres están divorciados y a los que solamente tienen uno de sus progenitores. Del mismo modo, encontramos que las personas con las que se convive, tampoco parece estar relacionado con el nivel de percepción de riesgo. Se podría decir que aquellos jóvenes que viven con familiares puntúan de manera similar a los que viven solos o con compañeros de piso.

En relación a la *situación laboral*, parece que tampoco existen diferencias entre los universitarios que trabajan y los que no ($p = .152$). Del mismo modo, no parece afectar la *situación laboral de los padres*, de modo que aquellos jóvenes cuyos padres se encuentran trabajando puntúan de manera similar que aquellos cuyos padres se encuentran en paro, o que aquellos que tienen solamente uno de los progenitores trabajando.

De acuerdo a la *edad*, solamente se encuentran diferencias significativas en el factor 3 ($F = 3.03$, $p = .010$). Al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que existen diferencias entre el grupo de 28-29 años con los de 18-19 ($p = .005$) y con los de 20-21 ($p = .029$). De este modo, parece que los universitarios de mayor edad perciben más riesgo que los más jóvenes al realizar actividades normalizadas (conducir, mantener relaciones sexuales o consumir medicamentos prescritos correctamente), sin embargo perciben un riesgo similar en aquellas actividades que ponen en peligro la salud (emborracharse, fumar, consumir sustancias...)

5.2 Búsqueda de sensaciones

Las puntuaciones obtenidas a través de SSS-V (Pérez y Torrubia, 1978), oscilaron entre 42 y 72, siendo la media global de $M = 21.87$ ($DT = 5.40$).

Atendiendo al *género*, encontramos que la media global para varones fue de $M = 22.82$ ($DT = 5.20$) y para mujeres de $M = 21.59$ ($DT = 5.42$). Los resultados mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres tanto en la escala global de Búsqueda de Sensaciones ($t = 2.36$; $p = .018$) como en las subescalas de búsqueda de emociones ($t = 2.25$; $p = .024$) y desinhibición ($t = 2.88$; $p = .004$), de manera que los niveles de Búsqueda de sensaciones de los varones son significativamente superiores a los de las mujeres, con una d de Cohen por encima de .20, lo cual indica un tamaño del efecto pequeño (Ver Tabla 5.4).

Tabla 5.4

Diferencias en las subescalas de búsqueda de sensaciones en función del género

		N	Media	DT	p	/d/
Búsqueda de emociones	Hombres	140	6.79	2.76	.024*	.22
	Mujeres	459	6.21	2.62		
Búsqueda de experiencias	Hombres	140	6.69	1.58	.098	-
	Mujeres	459	6.93	1.49		
Desinhibición	Hombres	140	5.04	2.11	.004**	.28
	Mujeres	459	4.43	2.18		
Sensibilización al aburrimiento	Hombres	140	4.30	2.07	.145	-
	Mujeres	459	4.01	2.05		
TOTAL	Hombres	140	22.82	5.20	.018*	.23
	Mujeres	459	21.59	5.42		

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$; DT = Desviación Típica; /d/ = Estadístico d de Cohen.

En relación al *tipo de universidad* al que acuden los alumnos, se observó que los alumnos que acuden a una universidad pública, tienen mayores niveles de búsqueda de experiencias ($t = -4.18$; $p = .000$), mientras que los niveles en Sensibilidad al aburrimiento son menores ($t = 2.47$; $p = .014$). Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas en el resto de subescalas ni en la escala global (Ver Tabla 5.5)

Tabla 5.5

Diferencias en las subescalas de búsqueda de sensaciones en función del tipo de centro

		N	Media	DT	p	/d/
Búsqueda de emociones	Pública	119	6.43	2.68	.113	-
	Privada	479	6.00	2.57		
Búsqueda de experiencias	Pública	119	7.01	1.51	.000***	.44
	Privada	479	6.36	1.44		
Desinhibición	Pública	119	4.65	2.19	.082	-
	Privada	479	4.26	2.11		
Sensibilidad al aburrimiento	Pública	119	3.97	2.07	.014*	.26
	Privada	479	4.50	1.99		
TOTAL	Pública	119	22.06	5.39	.101	-
	Privada	479	21.12	5.36		

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$; DT = Desviación típica. /d/ = Estadístico d de Cohen.

Al realizar un análisis diferenciando por las *titulaciones* que estudian los universitarios, encontramos que existen diferencias significativas tanto en la escala global de Búsqueda de Sensaciones ($F = 5.06$; $p = .000$) como en las subescalas de búsqueda de emociones ($F = 4.99$; $p = .000$), búsqueda de experiencias ($F = 7.48$; $p = .000$), desinhibición ($F = 2.29$; $p = .000$) y sensibilidad al aburrimiento ($F = 4.70$; $p = .000$) (Ver Tabla 5.6). En la Tabla 5.2.3 podemos observar las medias obtenidas diferenciadas por titulaciones.

Tabla 5.6

Diferencias en las subescalas de búsqueda de sensaciones en función del tipo de Universidad

Subescalas	Titulación	N	Media	DT	<i>p</i>
Búsqueda de emociones	Educación primaria	54	6.28	2.49	.000***
	Educación infantil	54	5.50	2.61	
	Psicología	283	6.20	2.75	
	Trabajo social	135	6.32	2.55	
	CAFD	58	7.76	2.22	
	Fisioterapia	14	7.21	1.78	
Búsqueda de experiencias	Educación primaria	54	6.70	1.42	.000***
	Educación infantil	54	6.07	1.41	
	Psicología	283	6.89	1.51	
	Trabajo social	135	7.39	1.43	
	CAFD	58	6.74	1.54	
	Fisioterapia	14	6.07	1.50	
Desinhibición	Educación primaria	54	4.54	2.10	.044*
	Educación infantil	54	3.85	2.06	
	Psicología	283	4.56	2.12	
	Trabajo social	135	4.96	2.28	
	CAFD	58	4.33	2.29	
	Fisioterapia	14	4.93	2.03	
Sensibilización al aburrimiento	Educación primaria	54	4.72	1.775	.000***
	Educación infantil	54	4.11	2.11	
	Psicología	283	3.69	2.04	
	Trabajo social	135	4.36	2.04	
	CAFD	58	4.53	2.08	
	Fisioterapia	14	4.86	2.20	
TOTAL Búsqueda de Sensaciones	Educación primaria	54	22.24	4.96	.000***
	Educación infantil	54	19.54	5.43	
	Psicología	283	21.34	5.24	
	Trabajo social	135	23.03	5.51	
	CAFD	58	23.36	5.48	
	Fisioterapia	14	23.07	4.41	

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$; DT = Desviación típica. CAFD = Ciencias de la actividad física y del deporte.

Comenzando por el primer factor, al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni encontramos que se trata de los alumnos que estudian CAFD los que se diferencian del resto de universitarios, de manera que se encuentran diferencias significativas en puntuaciones de Búsqueda de Emociones entre estos jóvenes y el resto (diferencias con educación primaria $p = .043$; con educación infantil $p = .000$; con psicología $p = .001$; con trabajo social $p = .007$). Así, parece que es el grupo que más búsquedas de emociones tiene de toda la muestra recogida.

En segundo lugar, relacionado con la Búsqueda de experiencias, encontramos diferencias significativas entre los estudiantes de Educación infantil con psicología ($p = .003$) y trabajo social ($p = .000$), y entre psicología y trabajo social ($p = .022$). En este caso, parece que los alumnos con mayor búsqueda de experiencias son los que estudian trabajo social y los que menor búsqueda de experiencias persiguen, estudian educación infantil.

Para continuar, encontramos diferencias significativas en la subescala Desinhibición ($p = .041$). En este caso, se encuentran diferencias significativas entre los alumnos de trabajo social y los de educación infantil ($p = .023$). De nuevo, parece que son los alumnos de trabajo social los que tienen mayores niveles en Desinhibición y los de educación infantil los que tienen puntuaciones más bajas.

Finalizando las subescalas, encontramos que en la Susceptibilidad al aburrimiento, existen diferencias significativas entre psicología y trabajo social ($p = .027$) y educación primaria ($p = .010$). En este caso, parece que los alumnos que más toleran el aburrimiento son los de psicología, mientras que aquellos que lo toleran menos, son los estudiantes de educación primaria.

Teniendo en cuenta la puntuación global en Búsqueda de sensaciones, encontramos que existen diferencias significativas entre los alumnos que cursan trabajo social con educación infantil ($p = .001$) y psicología ($p = .040$), y entre los que estudian CAFD y educación infantil ($p = .002$). En este sentido, encontramos que los alumnos que obtienen puntuaciones más elevadas en Búsqueda de Sensaciones son los que estudian Trabajo social y CAFD. Por otro lado, parecen

ser los alumnos de educación infantil los que tienen niveles menores en búsqueda de sensaciones.

Por otro lado, al analizar los datos de acuerdo a los *suspensos* que los alumnos han obtenido en la última evaluación. En este sentido, no se han encontrado diferencias significativas en las medias de búsqueda de sensaciones entre los alumnos que no han suspendido ninguna asignatura y los que han suspendido hasta 6 asignaturas en la última evaluación realizada.

Tabla 5.7

Diferencias en las subescalas de búsqueda de sensaciones en función de la situación sentimental

Subescalas	Situación sentimental	N	Media	DT	p
Búsqueda de emociones	Soltero	314	6.31	2.73	.68
	Con pareja ocasional	46	6.80	2.5	
	Con pareja estable	230	6.30	2.60	
	Otro	8	6.50	2.39	
Búsqueda de experiencias	Soltero	314	6.83	1.56	.85
	Con pareja ocasional	46	6.96	1.55	
	Con pareja estable	230	6.92	1.47	
	Otro	8	7.13	1.13	
Desinhibición	Soltero	314	4.72	2.20	.014*
	Con pareja ocasional	46	5.20	1.98	
	Con pareja estable	230	4.24	2.12	
	Otro	8	4.50	2.87	
Sensibilización al aburrimiento	Soltero	314	4.26	2.05	.007**
	Con pareja ocasional	46	4.61	2.23	
	Con pareja estable	230	3.73	2.00	
	Otro	8	4.13	1.64	
TOTAL Búsqueda de Sensaciones	Soltero	314	22.12	5.55	.029*
	Con pareja ocasional	46	23.57	5.32	
	Con pareja estable	230	21.18	5.12	
	Otro	8	22.25	4.77	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$; DT = Desviación Típica.

Si atendemos a la *situación sentimental* en la que se encuentran en el momento de la medición, podemos encontrar diferencias significativas en las subescalas de Desinhibición ($F = 3.54$; $p = .014$), Sensibilidad al aburrimiento ($F = 4.10$, $p = .007$) y en la escala global de Búsqueda de Sensaciones ($F = 3.03$; $p = .029$). Al realizar las pruebas *post hoc*, se ha podido observar que los universitarios que tienen pareja estable obtienen puntuaciones más bajas en el factor desinhibición, que los que tienen pareja ocasional ($p = .043$), al igual que en el factor sensibilidad al aburrimiento, donde los que se encuentran en una relación estable también tienen niveles menores que los que tienen pareja ocasional o los que se encuentran solteros ($p = .041$ y $p = .015$, respectivamente) (Ver Tabla 5.7).

Del mismo modo, al analizar los niveles de Búsqueda de Sensaciones en relación al *estado civil de los padres*, encontramos que, también hay diferencias significativas tanto en la escala global ($F = 6.11$; $p = .000$) como en las subescalas de Búsqueda de emociones ($F = 4.73$; $p = .003$) y Desinhibición ($F = 2.39$; $p = .033$) (Ver Tabla 5.8).

Al realizar las pruebas *post hoc* de Bonferroni, se observa que aquellos universitarios cuya madre es viuda, tienen niveles significativamente más bajos en Búsqueda de Sensaciones, que aquellos jóvenes cuyos padres se encuentran casados o divorciados ($p = .009$ y $p = .008$, respectivamente). En este caso, no parece ocurrir lo mismo cuando el padre es viudo, ya que los universitarios en esta situación no muestran diferencias significativas con el resto de jóvenes cuyos padres se encuentran casados o divorciados.

Tabla 5.8

Diferencias en las subescalas de búsqueda de sensaciones en función del estado civil de los padres

Subescalas	Estado civil	N	Media	DT	p
Búsqueda de emociones	Casados	470	6.46	2.62	.003**
	Divorciados	98	6.34	2.72	
	Madre viuda	23	4.48	2.53	
	Padre viudo	7	5.00	2.77	
Búsqueda de experiencias	Casados	470	6.86	1.54	.250
	Divorciados	98	7.08	1.43	
	Madre viuda	23	6.53	1.33	
	Padre viudo	7	6.39	1.38	
Desinhibición	Casados	470	4.62	2.18	.033*
	Divorciados	98	4.69	2.16	
	Madre viuda	23	3.87	2.16	
	Padre viudo	7	2.57	0.79	
Sensibilización al aburrimiento	Casados	470	4.10	2.04	.126
	Divorciados	98	4.24	2.18	
	Madre viuda	23	3.22	1.95	
	Padre viudo	7	3.29	1.38	
TOTAL Búsqueda de Sensaciones	Casados	470	22.03	5.34	.000**
	Divorciados	98	22.36	5.39	
	Madre viuda	23	18.09	5.18	
	Padre viudo	7	17.14	4.10	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; DT = Desviación Típica

Si realizamos los análisis comparando los niveles de Búsqueda de Sensaciones relacionados con los *familiares con los que conviven*, podemos encontrar que no existe ninguna relación entre sí, de manera que tanto aquellas personas que conviven con sus padres, hermanos y/o abuelos, tienen niveles similares de Búsqueda de Sensaciones que los que viven solos o con compañeros de piso.

De acuerdo a la *situación laboral* de los jóvenes no encuentra relación ni con la Búsqueda de Sensaciones ni con ninguna subescala. Resultados similares encontramos cuando cruzamos datos con la *situación laboral del padre*. Sin embargo, sí se encuentran diferencias con respecto a la *situación laboral de la madre*, en relación a la subescala de Desinhibición ($t = 2.19, p = .024$) de modo que aquellos universitarios cuyas madres trabajan, tienen niveles superiores en Desinhibición ($M = 4.72; DT = 2.24$) que aquellos cuyas madres no se encuentran trabajando ($M = 4.31; DT = 2.03$).

En relación al *nivel socioeconómico*, parece que no existen diferencias en cuanto a la Búsqueda de Sensaciones ni a ninguna subescala asociada, de manera que aquellos jóvenes con un nivel socioeconómico más bajo tienen niveles de Búsqueda de Sensaciones similares a los pertenecientes a un nivel socioeconómico más alto.

Para finalizar, si analizamos el nivel de Búsqueda de Sensaciones relacionados con la *edad*, encontramos que solamente hay diferencias significativas en la subescala de susceptibilidad al aburrimiento ($F = 3.27, p = .006$) (ver Tabla 5.9). Al realizar el análisis Bonferroni, encontramos que las diferencias se encuentran entre los grupos de 18-19 años y los de 20-21 ($p = .036$), de manera que parece que los universitarios más jóvenes toleran mejor el aburrimiento que los de 20 – 21 años.

Tabla 5.9

Diferencias en las subescalas de búsqueda de sensaciones en función de la edad

Subescala	Edades	N	Media	DT	<i>p</i>
Búsqueda de emociones	18-19	294	6,57	2,503	.100
	20-21	194	6,29	2,808	
	22-23	58	6,19	2,401	
	24-25	22	5,05	3,273	
	26-27	20	5,60	2,720	
	28-29	10	6,10	3,573	
Búsqueda de experiencias	18-19	294	6,89	1,568	.189
	20-21	194	6,73	1,509	
	22-23	58	6,88	1,407	
	24-25	22	7,36	1,329	
	26-27	20	7,25	1,040	
	28-29	10	7,60	1,647	
Desinhibición	18-19	294	4,71	2,206	.352
	20-21	194	4,40	2,190	
	22-23	58	4,48	2,178	
	24-25	22	4,64	1,891	
	26-27	20	3,95	2,024	
	28-29	10	5,40	2,011	
Susceptibilidad al aburrimiento	18-19	294	4,33	1,947	.006**
	20-21	194	3,75	2,155	
	22-23	58	3,79	1,971	
	24-25	22	4,86	2,274	
	26-27	20	3,40	1,916	
	28-29	10	4,40	2,503	
Búsqueda de Sensaciones Total	18-19	294	22,50	5,218	.060
	20-21	194	21,18	5,718	
	22-23	58	21,34	4,828	
	24-25	22	21,91	5,580	
	26-27	20	20,20	4,196	
	28-29	10	23,50	7,276	

****p* ≤ .001; DT = Desviación Típica.

5.3 Impulsividad

Al analizar los datos obtenidos a través del BIS-11 (Oquendo et al., 2001), se observa que las puntuaciones mínimas y máximas obtenidas han sido de 28 y 91 puntos. La media global para impulsividad total ha sido de $M = 57.24$ ($DT = 10.21$).

Los análisis no han mostrado diferencias significativas en función del género en la escala global ni en las subescalas de impulsividad motora e impulsividad no planeada. Únicamente, en el factor de impulsividad cognitiva las diferencias han resultado significativas ($t = 3.81$; $p = .000$) siendo los varones los que más puntuaban, con una d de Cohen de .38, lo que indica un tamaño del efecto medio (Ver Tabla 5.10).

Tabla 5.10

Diferencias en las subescalas de impulsividad en función del género

	Género	N	Media	DT	p	/d/
Impulsividad Cognitiva	Hombres	140	17.51	4.15	.000***	.38
	Mujeres	459	15.85	4.59		
Impulsividad Motora	Hombres	140	18.83	5.33	.484	-
	Mujeres	459	19.20	6.25		
Impulsividad No Planeada	Hombres	140	21.83	4.81	.879	-
	Mujeres	459	21.90	4.77		
Impulsividad total	Hombres	140	58.17	9.59	.222	-
	Mujeres	459	56.96	10.38		

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica; /d/ = Estadístico d de Cohen.

Al analizar las diferencias en impulsividad teniendo en cuenta la *titularidad de la universidad*, encontramos que no hay diferencias significativas en ninguna de las subescalas entre los alumnos que estudian en una Universidad pública y los que lo hacen en una privada. Sin embargo, si analizamos la impulsividad en

relación con la *titulación* que estudian los jóvenes encontramos que sí existen diferencias tanto en las subescalas de Impulsividad Cognitiva ($F = 3.81$; $p = .002$) e Impulsividad Motora ($F = 5.33$; $p = .000$), como en la escala global de Impulsividad ($p = .009$) (Ver Tabla 5.11).

Tabla 5.11

Diferencias en las subescalas de impulsividad en función de la titulación

Subescalas	Titulación	N	Media	DT	p
Impulsividad cognitiva	Educación primaria	54	16.54	4.60	.002**
	Educación infantil	54	14.26	4.77	
	Psicología	283	16.12	4.55	
	Trabajo social	135	16.38	4.43	
	CAFD	58	17.52	4.04	
	Fisioterapia	14	18.43	4.20	
Impulsividad motora	Educación primaria	54	20.30	6.42	.000***
	Educación infantil	54	18.72	4.96	
	Psicología	283	18.00	6.11	
	Trabajo social	135	21.04	6-13	
	CAFD	58	19.28	4.44	
	Fisioterapia	14	19.43	7.27	
Impulsividad no planeada	Educación primaria	54	21.06	4.85	.245
	Educación infantil	54	22.54	4.77	
	Psicología	283	21.83	4.55	
	Trabajo social	135	21.59	4.92	
	CAFD	58	22.48	4.97	
	Fisioterapia	14	23.93	6.14	
Impulsividad total	Educación primaria	54	57.89	9.86	.009**
	Educación infantil	54	55.52	9.87	
	Psicología	283	55.95	10.06	
	Trabajo social	135	59.01	10.63	
	CAFD	58	59.28	8.67	
	Fisioterapia	14	61.79	13.46	

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$; DT = Desviación típica; CAFD = Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Comenzando por la subescala de Impulsividad Cognitiva, al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, se encuentran diferencias significativas entre los alumnos que estudian educación infantil con los que estudian CAFD ($p = .002$) y fisioterapia ($p = .031$). Así, parece que los estudiantes de educación infantil son los que tienen unos niveles más bajos en impulsividad cognitiva, siendo los estudiantes de fisioterapia y CAFD los que obtienen puntuaciones más altas en esta subescala.

En la segunda subescala, encontramos diferencias significativas entre los alumnos de psicología y los de trabajo social ($p = .000$), de manera que parece que son los últimos los que tienen unos niveles más altos de impulsividad motora, mientras que los de psicología muestran las puntuaciones más bajas.

Finalmente, al analizar la escala de impulsividad global, encontramos que en un principio aparece como significativa al realizar el análisis de anova ($F = 3.13$; $p = .009$), sin embargo al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, no se encuentran diferencias entre ninguno de los grupos. Por tanto, parece que la titulación que se esté estudiando no influye sobre los niveles de impulsividad total

En relación a los *suspensos* que cada alumno ha sacado en la última evaluación, no se encuentran diferencias significativas ni en las subescalas ni en la escala global de Impulsividad.

Si nos fijamos en la relación existente entre la Impulsividad y la *situación sentimental*, podemos observar que existen diferencias significativas en la subescala de Impulsividad No Planeada ($F = 4.36$; $p = .005$). Tras realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias se encuentran entre los grupos de alumnos que tienen pareja estable y aquellos que se encuentran solteros ($p = .003$). De este modo, los datos parecen indicar que los universitarios con parejas estables suelen tomar decisiones más planificadas que los que se encuentran solteros (Ver Tabla 5.12).

Tabla 5.12

Diferencias en las subescalas de impulsividad en función del situación sentimental

Subescalas	Situación sentimental	N	Media	DT	<i>p</i>
Impulsividad cognitiva	Soltero	314	16.40	4.55	.749
	Con pareja ocasional	46	15.57	5.26	
	Con pareja estable	230	16.14	4.35	
	Otro	8	16.00	5.73	
Impulsividad Motora	Soltero	314	19.29	5.96	.414
	Con pareja ocasional	46	20.17	5.86	
	Con pareja estable	230	18.68	6.22	
	Otro	8	19.00	5.34	
Impulsividad No Planeada	Soltero	314	21.34	4.63	.005**
	Con pareja ocasional	46	21.20	5.46	
	Con pareja estable	230	22.77	4.70	
	Otro	8	21.63	5.20	
Impulsividad Total	Soltero	314	57.03	9.72	.930
	Con pareja ocasional	46	57.04	11.91	
	Con pareja estable	230	57.59	10.47	
	Otro	8	56.63	12.52	

** $p \leq .01$ DT = Desviación típica.

Si realizamos los análisis en función del *estado civil de los padres*, encontramos que volvemos a encontrar diferencias significativas, pero esta vez en la subescala de Impulsividad Motora ($F = 3.95$; $p = .008$) (Ver Tabla 5.13). Según podemos observar al realizar la prueba *Post hoc* de Bonferroni, se encuentran diferencias significativas entre los alumnos cuyas madres son viudas, de manera que parecen puntuar con menos impulsividad motora que aquellos alumnos cuyos padres se encuentran casados ($p = .037$).

Tabla 5.13

Diferencias en las subescalas de impulsividad en función del estado civil de los padres

Subescalas	Estado civil padres	N	Media	DT	p
Impulsividad cognitiva	Casados	470	16.19	4.46	.271
	Divorciados	98	16.53	4.87	
	Madre viuda	23	16.91	4.43	
	Padre viudo	7	13.29	5.43	
Impulsividad Motora	Casados	470	19.39	5.94	.008**
	Divorciados	98	18.90	6.24	
	Madre viuda	23	15.87	6.67	
	Padre viudo	7	14.57	3.15	
Impulsividad No Planeada	Casados	470	21.74	4.73	.492
	Divorciados	98	22.35	5.04	
	Madre viuda	23	22.87	4.14	
	Padre viudo	7	21.29	5.82	
Impulsividad Total	Casados	470	57.32	10.05	.154
	Divorciados	98	57.78	10.54	
	Madre viuda	23	55.65	11.45	
	Padre viudo	7	49.14	10.46	

** $p \leq .01$ DT = Desviación típica.

Según las personas que rodean la *convivencia*, no parece existir diferencias en impulsividad, de modo que los niveles son similares en aquellos jóvenes que conviven con sus padres, hermanos y/o abuelos que los que lo hacen solos o con compañeros de piso ajenos a su familia.

Atendiendo a la influencia de la *situación laboral*, encontramos que tampoco influye sobre el nivel de impulsividad de los universitarios. Del mismo modo, si analizamos la influencia que tiene la *situación laboral de los padres*, encontramos que tampoco influye el hecho de que el padre o la madre se encuentren trabajando o no, de manera que los niveles de impulsividad a todos los niveles son similares entre aquellos jóvenes cuyos padres trabajan y aquellos cuyos padre no lo hacen.

Por otro lado, si atendemos al *nivel socioeconómico* de la familia, encontramos que tampoco influye en los niveles de impulsividad de los universitarios, de modo que parece no influir que una familia tenga un nivel socioeconómico alto o bajo sobre la impulsividad de los universitarios.

Tabla 5.14

Diferencias en las subescalas de impulsividad en función de la edad

Subescala	Edades	N	Media	DT	p
Impulsividad Cognitiva	18-19	294	16.21	4.70	.226
	20-21	194	16.11	4.50	
	22-23	58	16.74	3.65	
	24-25	22	14.73	4.41	
	26-27	20	16.70	4.83	
	28-29	10	18.90	4.91	
Impulsividad Motora	18-19	294	19.91	5.87	.000***
	20-21	194	18.69	6.18	
	22-23	58	18.48	5.91	
	24-25	22	18.86	5.53	
	26-27	20	13.65	5.39	
	28-29	10	19.30	6.05	
Impulsividad no planeada	18-19	294	21.40	4.75	.01**
	20-21	194	21.75	4.52	
	22-23	58	23.48	4.96	
	24-25	22	22.95	5.41	
	26-27	20	22.95	5.72	
	28-29	10	24.60	2.80	
Impulsividad total	18-19	294	57.53	10.06	.137
	20-21	194	56.55	10.14	
	22-23	58	58.71	9.43	
	24-25	22	56.55	11.54	
	26-27	20	53.30	11.81	
	28-29	10	62.80	12.02	

** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

Para finalizar, si analizamos los datos de acuerdo a la *edad*, encontramos diferencias significativas tanto en la subescala de Impulsividad Motora ($F = 4.76$; $p = .000$) como en la Impulsividad no Planeada ($F = 3.04$; $p = .010$) (Ver Tabla 5.14). Las diferencias encontradas tras realizar la prueba de Bonferroni en la subescala de Impulsividad Motora se producen entre los grupos de 26-27 años con respecto a los grupos de 18-19 ($p = .000$), 20-21 ($p = .005$) y 22-23 ($p = .028$). De este modo, parece que los alumnos con 26-27 años tienen puntuaciones más bajas en impulsividad motora que los alumnos más jóvenes.

Por otro lado, para la subescala de Impulsividad no Planeada, encontramos diferencias solamente en el grupo más joven de estudiantes con el grupo de 22-23 años ($p = .035$). En este caso, los alumnos de 18-19 años parecen tener menos Impulsividad no Planeada.

5.4 Autoestima

Las puntuaciones obtenidas a través de la “Escala de Autoestima de Rosenberg” (1973), oscilaron entre 12 y 40, con una media de $M = 31.18$ ($DT = 5.92$). Al describir las puntuaciones obtenidas en función del *género*, encontramos que la media de los varones es $M = 32.72$ ($DT = 5.47$) y la de las mujeres es de $M = 30.72$ ($DT = 5.99$). Al realizar la prueba t de Student encontramos que esta diferencia de medias es significativa ($t = 3.52$; $p = 0.000$). Al calcular la d de Cohen, para el tamaño del efecto encontramos que tiene un valor de $d = 0.35$, lo que indica un tamaño del efecto medio.

Al analizar los datos de acuerdo al *tipo de centro* al que acuden los universitarios, se ha encontrado diferencias significativas en cuanto a autoestima. Mientras que los alumnos que acuden a una universidad privada obtienen una puntuación media de $M = 29.56$ ($DT = 5.84$), los que acuden a la universidad pública obtienen una puntuación media en autoestima de $M = 31.58$ ($DT = 5.88$) con una significación de $p = .001$ ($t = -3.32$). De modo que parece que los alumnos que acuden a la universidad pública tienen niveles más altos de autoestima.

Si tenemos en cuenta las puntuaciones de autoestima que obtiene los universitarios dependiendo de la *titulación* que se encuentran estudiando, encontramos que existen diferencias significativas entre los estudiantes ($F = 5.91$; $p = .000$) (Ver Tabla 5.15).

Tabla 5.15

Diferencias en autoestima en función de la titulación

Titulación	N	Media	DT	p
Educación primaria	52	30.13	6.46	
Educación infantil	54	29.17	5.26	
Psicología	283	32.00	6.03	.000***
Trabajo social	135	29.95	5.72	
CAFD	59	33.34	4.84	
Fisioterapia	14	29.21	5.17	

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica; CAFD = Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Al realizar las pruebas *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias aparecen entre los alumnos de educación infantil con los de psicología ($p = .017$) y CAFD ($p = .002$), entre los alumnos de psicología y trabajo social ($p = .012$), y entre los de trabajo social con los de CAFD ($p = .003$). De este modo, parece que son los alumnos de educación infantil los que puntúan con menos autoestima, seguidos de los que estudian trabajo social, mientras que los estudiantes de CAFD parecen tener la puntuación más alta en autoestima, seguidos de los de psicología, de todos los estudiantes evaluados.

Si atendemos al número de *suspensos*, no se encuentran diferencias significativas en relación a la autoestima, de manera que aquellos que no suspendieron ninguna asignatura en la última evaluación tienen puntuaciones similares de autoestima que aquellos que suspendieron hasta 6 asignaturas.

En relación a la *situación sentimental* en la que se encuentran los universitarios, encontramos que existen diferencias significativas ($F = 2.59$; $p = .05$) (Ver Tabla 5.16).

Tabla 5.16

Diferencias en autoestima en función de la situación sentimental

Situación sentimental	N	Media	DT	<i>p</i>
Soltero	312	30.58	6.28	.05*
Con pareja ocasional	46	31.07	5.63	
Con pareja estable	231	31.98	5.43	
Otro	8	32.38	5.26	

* $p \leq .05$; DT = Desviación típica.

Al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias aparecen entre los grupos soltero y con pareja estable ($p = .039$), de manera que parece que aquellos jóvenes que se encuentran en una relación consolidada tienen niveles superiores de autoestima que aquellos que se encuentran solteros.

Si por el contrario, analizamos el *estado civil de los padres*, encontramos que no existen diferencias significativas en autoestima entre los universitarios cuyos padres se encuentran casados y aquellos cuyos padres se han divorciado, o incluso entre aquellos a los que les falta uno de los progenitores. Del mismo modo, las personas con las que se convive no parece tener relación con los niveles de autoestima, de manera que parece no influir vivir con los padres o familiares, o, por el contrario, vivir solo o con compañeros de piso.

En relación a la *situación laboral*, sí que se encuentran diferencias significativas en la autoestima. Mientras que la puntuación media de los que sí trabajan es de $M = 32.74$ (DT = 5.95), la de los que no lo hacen es de $M = 30.95$ (DT = 5.90), con una significación de $p = .013$ ($t = 2.48$). De este modo, se podría decir que los que además de estudiar, trabajan, tienen puntuaciones superiores en autoestima que los que solamente estudian. Sin embargo, la *situación laboral de los padres*, ya sea que trabajen los dos, uno o ninguno, no parece influir sobre la autoestima del universitario.

Tabla 5.17

Diferencias en autoestima en función del nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	N	Media	DT	<i>p</i>
Bajo	40	28.85	6.56	.021*
Medio	443	31.14	6.07	
Medio – Alto	112	32.20	4.82	
Alto	2	29.50	6.36	

* $p \leq .05$; DT = Desviación típica.

El *nivel socioeconómico*, por otro lado, sí que arroja diferencias significativas en autoestima ($F = 3.25$; $p = .021$) (Ver Tabla 5.17). Al realizar el análisis *post hoc* de Bonferroni, encontramos que existen diferencias significativas entre los alumnos con un nivel socioeconómico medio-alto y aquellos con uno bajo ($p = .013$). De este modo, parece que los alumnos con un nivel medio-alto tienen niveles más altos de autoestima que aquellos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo.

Tabla 5.18

Diferencias en autoestima en función de la edad

Edad	N	Media	DT	<i>p</i>
18-19	294	29,90	6,077	.000***
20-21	192	32,04	5,542	
22-23	59	33,20	5,461	
24-25	22	32,59	5,378	
26-27	20	33,15	6,226	
28-29	10	33,50	4,143	

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

Finalmente, si analizamos los niveles de autoestima en relación a la *edad*, también encontramos diferencias significativas ($F = 6.16$; $p = .000$) (Ver Tabla 5.18). Al realizar las pruebas *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias aparecen entre los más jóvenes. De modo que existen diferencias en

autoestima entre los universitarios de 18-19 años y los de 20-21 ($p = .001$) y 22-23 ($p = .001$). Así, parece que los más jóvenes tienen niveles más bajos de autoestima que otros compañeros mayores.

5.5 Satisfacción vital

Tras el análisis de los resultados obtenidos a través del cuestionario “*The Satisfaction with Life Scale*” (Atienza et al., 2000), encontramos que las puntuaciones oscilan entre 5 y 35, siendo la media grupal de $M = 23.56$ ($DT = 5.965$). Si atendemos a las puntuaciones diferencias por *géneros*, encontramos que no hay diferencias significativas entre las medias de ambos grupos ($p = .474$) siendo la puntuación media de los hombres de $M = 23.87$ ($DT = 5.8$) y de las mujeres de $M = 23.46$ ($DT = 6.01$).

Al analizar la satisfacción vital de acuerdo a la *titulación*, encontramos que no existe diferencia significativa al respecto ($p = .333$), de manera que parece que el tipo de estudios que se estén cursando no se relaciona con el nivel de satisfacción vital de los universitarios, ya que todos puntúan de manera similar. Del mismo modo, si analizamos el nivel de Satisfacción Vital en relación a los *suspensos* no se encuentran diferencias significativas ($p = .885$), por lo que parece que los que no tienen ningún suspenso puntúan de manera similar en esta variable a los que suspenden varias asignaturas.

En relación a la *situación sentimental*, encontramos que aquellos universitarios que se encuentran en una relación estable ($M = 24.52$; $DT = 5.12$) tienen una puntuación media superior a los que se encuentran solteros ($M = 22.77$; $DT = 6.43$), con una significación de $p = .004$ ($F = 4.56$). Igualmente ocurre con el *estado civil de los padres*, donde también se encuentran diferencias significativas ($F = 4.47$; $p = .004$). Al realizar el estadístico *post hoc* de Bonferroni, observamos que las diferencias aparecen entre aquellos universitarios cuyos padres se encuentran casados ($M = 23.99$; $DT = 5.64$) y aquellos cuya madre es viuda ($M = 20.61$; $DT = 6.24$) con una significación de $p = .046$. Sin embargo no se encuentran diferencias de satisfacción vital con

aquellos universitarios cuyos padres se encuentran divorciados, o con aquellos cuyo padre está viudo.

Por otro lado, los resultados no indican la existencia de diferencias significativas de Satisfacción Vital en aquellos jóvenes que *conviven* con sus familiares y los que lo hacen solos o con compañeros de piso.

De acuerdo a la *situación laboral*, encontramos que no existen diferencias entre la satisfacción vital de los universitarios que se encuentran trabajando y los que solo estudian. Asimismo, tampoco se encuentran diferencias en relación a la situación laboral de los padres, de modo que las puntuaciones en Satisfacción vital entre aquellos jóvenes cuyos padres se encuentran trabajando, son similares a las que ambos padres están en paro o que solamente uno de ellos trabajan.

Sin embargo, al realizar los análisis comparativos con el *nivel socioeconómico*, sí se encuentran diferencias significativas ($F = 10.64$; $p = .000$) (Ver Tabla 5.19). Al realizar la prueba de Bonferroni, encontramos que existen diferencias entre los grupos de nivel bajo, medio y medio alto. De manera que podríamos decir que la Satisfacción Vital aumenta al mismo ritmo que el nivel socioeconómico, y por tanto, que los de un nivel más alto, obtienen puntuaciones más altas en Satisfacción Vital que los jóvenes de un nivel socioeconómico más bajo.

Tabla 5.19

Diferencias en Satisfacción Vital por nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	N	Media	DT	p
Bajo	40	19.35	5.23	
Medio	444	23.47	5.97	.000***
Medio – Alto	112	25.32	5.42	
Alto	2	27.00	2.83	

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

Finalmente, al analizar los niveles de Satisfacción Vital en relación con la *edad*, encontramos que no existen diferencias significativas ($p = .382$), de manera que tanto los más jóvenes como los mayores puntúan de manera similar en esta variable.

5.6 Felicidad

Al analizar la Escala de Felicidad de Lima (2006), encontramos que las puntuaciones mínimas y máximas son 57 y 130 puntos, respectivamente. La media de toda la muestra en felicidad total es de $M = 102.4$ ($DT = 13.38$).

Al analizar los datos diferenciando por *género*, no se han encontrado diferencias significativas, de manera que tanto hombres como mujeres puntúan de manera similar tanto en la escala global de felicidad como en las subescalas.

En relación a la *universidad* en la que estudian, tampoco se aprecian diferencias significativas en Felicidad, del mismo modo que no se encuentran diferencias entre los alumnos de diferentes *titulaciones*. De manera que parece que los niveles de todos los universitarios evaluados son similares, sin distinguir estudios ni universidades públicas o privadas. Sin embargo sí que parece que el rendimiento académico podría estar relacionado. En este sentido, se ha encontrado que los alumnos que no tienen ningún *suspense* puntúan más en la subescala de sentido positivo ($M = 42.94$; $DT = 4.51$) que los que suspenden 4 asignaturas ($M = 36.67$; $DT = 6.47$) con una significación de $p = .014$ ($F = 5.33$).

Si atendemos a la *situación sentimental*, encontramos que existen diferencias en la escala global de felicidad ($F = 4.77$; $p = .003$). Así, al realizar la prueba de Bonferroni, encontramos que las diferencias aparecían entre los solteros y los que se encuentran en una pareja estable ($F = 4.77$; $p = .003$), siendo estos últimos los que mayores puntuaciones obtuvieron.

Del mismo modo, aparecieron diferencias significativas en tres de las cuatro subescalas: Sentido positivo ($F = 4.10$; $p = .007$), Satisfacción con la vida ($F = 3.16$; $p = .024$), realización personal ($F = 5.08$; $p = .002$). En todos los casos, tras realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias

aparecieron entre los que son solteros y los que se encuentran en una relación estable. En todos los casos, las puntuaciones de los que se encuentran en una relación estable fueron mayores en sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y felicidad total (Ver Tabla 5.20).

Tabla 5.20

Diferencias en Felicidad por situación sentimental

Subescalas	Situación sentimental	N	Media	DT	<i>p</i>
Sentido positivo	Soltero	313	42,20	5,205	.007**
	Con pareja ocasional	46	43,65	3,701	
	Con pareja estable	229	43,52	4,019	
	Otro	8	42,50	3,891	
Satisfacción con la vida	Soltero	313	21,78	4,304	.024*
	Con pareja ocasional	46	22,91	3,926	
	Con pareja estable	229	22,74	3,564	
	Otro	8	21,38	3,815	
Realización personal	Soltero	313	20,59	4,372	.002**
	Con pareja ocasional	46	21,83	4,813	
	Con pareja estable	229	21,93	3,542	
	Otro	8	21,13	4,486	
Alegría de vivir	Soltero	313	15,97	2,919	.068
	Con pareja ocasional	46	16,83	2,341	
	Con pareja estable	229	16,30	2,582	
	Otro	8	14,63	3,068	
Felicidad total	Soltero	313	100,5399	14,52162	.003**
	Con pareja ocasional	46	105,2174	12,56612	
	Con pareja estable	229	104,4978	11,47370	
	Otro	8	99,6250	12,52355	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$; DT = Desviación típica.

En relación al *estado civil de los padres* también encontramos diferencias entre los jóvenes. Así, volvemos a encontrar diferencias en las subescalas de satisfacción con la vida ($F = 6.39$; $p = .000$), realización personal ($F = 4.45$; $p = .004$) y de alegría de vivir ($F = 2.79$; $p = .040$) y en la escala global ($F = 4.24$;

$p = .006$) (Ver Tabla 5.21). A pesar de estas puntuaciones, al realizar la prueba de Bonferroni, encontramos que la única subescala que mantiene estas diferencias es la de satisfacción con la vida, donde aparecen diferencias entre los universitarios cuyos padres están casados y los que sus padres están divorciados ($p = .009$). Así, parece que los universitarios cuyos padres están casados, puntúan más en satisfacción con la vida. No se encuentran diferencias en las otras subescalas ni en la escala global.

Tabla 5.21

Diferencias en Felicidad en función del estado civil de los padres

Subescalas	Situación sentimental	N	Media	DT	p
Sentido positivo	Casados	468	43,01	4,478	.296
	Divorciados	98	42,11	5,380	
	Madre viuda	23	42,39	5,541	
	Padre viudo	7	41,57	5,711	
Satisfacción con la vida	Casados	468	22,58	3,743	.000***
	Divorciados	98	21,18	4,698	
	Madre viuda	23	20,35	4,529	
	Padre viudo	7	19,43	5,533	
Realización personal	Casados	468	21,49	3,996	.004**
	Divorciados	98	20,50	4,580	
	Madre viuda	23	19,65	4,830	
	Padre viudo	7	17,71	2,289	
Alegría de vivir	Casados	468	16,24	2,666	.040*
	Divorciados	98	16,07	2,996	
	Madre viuda	23	15,17	2,855	
	Padre viudo	7	13,86	4,298	
Felicidad total	Casados	468	103,3269	12,67321	.006**
	Divorciados	98	99,8673	15,30827	
	Madre viuda	23	97,5652	14,82267	
	Padre viudo	7	92,5714	16,91013	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

Sin embargo, si analizamos los niveles de felicidad de acuerdo a la *convivencia* que tienen estos jóvenes, encontramos que existen diferencias significativas en la escala global de felicidad dependiendo del número de personas con las que convivan ($F = 2.68$, $p = .021$). Así, se encuentra que las medias de felicidad global de las personas que conviven solo con un familiar es de $M = 97.54$ ($DT = 15.96$) y la de los que conviven con tres familiares es de $M = 103.53$ ($DT = 12.32$) con una significación de $p = .048$.

En relación a la *situación laboral*, se encuentran diferencias significativas entre los que trabajan y los que no. Así, encontramos que los universitarios que se encuentran trabajando puntúan más en sentido positivo de la vida que los que solamente estudian ($M = 43.79$; $DT = 4.61$; $M = 42.68$; $DT = 4.70$, respectivamente; $t = 1.96$; $p = .05$). Sin embargo no se encuentran diferencias significativas ni en la escala global, ni en el resto de subescalas. Por otro lado, la *situación laboral familiar* se ha visto que influye parcialmente. No se encuentran diferencias significativas en relación a la situación laboral del padre, pero sí a la de la madre, en concreto en las subescala de satisfacción con la vida ($t = 2.30$; $p = .022$) y alegría de vivir ($t = 2.08$; $p = .038$) y en la escala global de felicidad ($t = 2.04$; $p = .041$) (Ver Tabla 5.22).

Tabla 5.22

Diferencias en Felicidad en función del trabajo de la madre

	Trabaja	N	Media	DT	p	/d/
Sentido positivo	Sí	384	43.05	4.62	.106	-
	No	212	42.41	4.81		
Satisfacción con la vida	Sí	384	22.51	4.02	.022*	.20
	No	212	21.72	3.98		
Realización personal	Sí	384	21.35	4.19	.254	-
	No	212	20.95	4.08		
Alegría de vivir	Sí	384	16.32	2.68	.038*	.17
	No	212	15.83	2.88		
Felicidad total	Sí	384	103.24	13.35	.041*	.17
	No	212	100.90	13.33		

* $p \leq .05$; DT = Desviación típica; /d/ = Estadístico d de Cohen.

Así, parece que los universitarios cuyas madres trabajan, puntúan más en satisfacción con la vida, en alegría de vivir y en felicidad total. Sin embargo el tamaño del efecto es pequeño, por lo que no podemos generalizar los resultados fuera de la muestra.

Tabla 5.23

Diferencias en felicidad en función del nivel socioeconómico

Subescalas	Nivel socioeconómico	N	Media	DT	<i>p</i>
Sentido positivo	Bajo	40	39.95	6.06	.000***
	Medio	443	42.80	4.67	
	Medio-alto	111	43.93	3.75	
	Alto	2	44.50	3.53	
Satisfacción con la vida	Bajo	40	19.70	4.06	.000***
	Medio	443	22.12	4.05	
	Medio-alto	111	23.54	3.41	
	Alto	2	24.00	.000	
Realización personal	Bajo	40	18.98	3.68	.000***
	Medio	443	21.16	4.16	
	Medio-alto	111	22.16	3.95	
	Alto	2	24.50	3.53	
Alegría de vivir	Bajo	40	14.23	3.39	.000***
	Medio	443	16.20	2.74	
	Medio-alto	111	16.59	2.35	
	Alto	2	17.50	.707	
Felicidad total	Bajo	40	92.85	13.97	.000***
	Medio	443	102.28	13.44	
	Medio-alto	111	106.21	11.11	
	Alto	2	110.50	7.77	

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

En relación al *nivel socioeconómico*, encontramos que también existen diferencias significativas en relación a la felicidad global ($F = 10.54$; $p = .000$) y para todas las subescalas: sentido positivo ($F = 7.35$; $p = .000$), satisfacción vital

($F = 9.86$; $p = .000$), realización personal ($F = 6.14$; $p = .000$) y alegría de vivir ($F = 7.86$; $p = .000$) (Ver Tabla 5.23). Al realizar las prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que existen diferencias entre todos los grupos, salvo en el nivel socioeconómico alto, probablemente por la escasa muestra de ese grupo. Sin embargo, el resto de valores sugieren la idea de que a mayor nivel socioeconómico mayor felicidad en cualquier subescala.

Para finalizar, si realizamos los análisis de acuerdo a la *edad*, no se encuentran diferencias significativas entre ningún grupo, de manera que los adultos emergentes más jóvenes tienen puntuaciones similares a los de mayor edad en felicidad.

5.7 Optimismo y pesimismo

A continuación se plantean los resultados obtenidos a través del cuestionario Life Orientation Test (Scheier y Carver, 1985) que avaua dos escalas: optimismo y pesimismo. Encontramos que los valores mínimos y máximos son 0 y 12 para ambas subescalas, lo que coincide con la puntuación mínima y máxima que se puede obtener en el LOT. Si analizamos las puntuaciones medias, encontramos que para el optimismo son de $M = 8.00$ ($DT = 2.36$) y de $M = 5.18$ ($DT = 2.31$) para el pesimismo.

Atendiendo a las diferencias en función del género, encontramos que los varones ($M = 8.37$; $DT = 2.19$) obtienen puntuaciones más elevadas que las mujeres ($M = 7.88$; $DT = 2.39$). Estas puntuaciones resultaron significativas ($t = 2.15$; $p = 0.032$). Sin embargo, la diferencia de medias en pesimismo de varones ($M = 5.17$; $DT = 2.18$) y de mujeres ($M = 5.18$; $DT = 2.35$) no resultó significativa ($p = .96$).

Al analizar los datos de acuerdo al *tipo de centro* en el que se encuentran estudiando, encontramos que existen diferencias significativas en pesimismo ($t = 3.65$; $p = .000$), pero no en optimismo ($p = .505$). Así, se observa que los alumnos que acuden a un centro privado puntúan más en pesimismo que los que acuden a un centro público (Ver Tabla 5.24).

Tabla 5.24

Diferencia en optimismo y pesimismo en función del tipo de centro

Escala	Tipo de centro	N	Media	DT	p	/d/
Optimismo	Privado	119	8.13	2.21	.505	-
	Público	480	7.96	2.39		
Pesimismo	Privado	119	5.87	2.30	.000***	.38
	Público	480	5.01	2.28		

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica; /d/ = Estadístico d de Cohen.

Además, si realizamos estos análisis diferenciando por la *titulación* que se encuentran estudiando los universitarios, volvemos a encontrar que solamente existen diferencias en la subescala de pesimismo ($F = 5.60$; $p = .000$), pero no en la de optimismo ($p = .077$) (Ver Tabla 5.25). Al realizar la prueba de Bonferroni, encontramos que las diferencias en pesimismo aparecen entre los grupos de psicología con educación primaria ($p = .002$) y trabajo social ($p = .003$). De este modo, podríamos decir que los jóvenes estudiantes de psicología puntúan significativamente menos en pesimismo que otros estudiantes de educación primaria y trabajo social.

Tabla 5.25

Diferencia entre optimismo y pesimismo en función de la titulación

Escala	Titulación	N	Media	DT	p
Optimismo	Educación primaria	54	8.09	2.11	.077
	Educación infantil	54	7.93	2.10	
	Psicología	283	7.89	2.39	
	Trabajo social	135	7.78	2.152	
	CAFD	59	8.76	2.03	
	Fisioterapia	14	8.86	2.90	
Pesimismo	Educación primaria	54	5.98	2.34	.000***
	Educación infantil	54	5.59	2.23	
	Psicología	283	4.70	2.20	
	Trabajo social	135	5.59	2.33	
	CAFD	59	5.17	2.35	
	Fisioterapia	14	6.14	2.47	

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica; CAFD = Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Al analizar la influencia de los *suspensos* sobre el optimismo y el pesimismo, encontramos que no existen diferencias significativas entre ellos, de manera que los que aprueban todas las asignaturas no difieren en esta variable de los que suspenden varias asignaturas.

Sin embargo, al analizar los datos de acuerdo a su *situación sentimental*, volvemos a encontrar diferencias solamente para la subescala de pesimismo ($F = 3.93$; $p = .009$) (Ver Tabla 5.26). Al realizar el análisis de Bonferroni, encontramos que existen diferencias entre los solteros y los que tienen pareja estable ($p = .005$). Así podemos decir que los solteros puntúan más en pesimismo que los que se encuentran en una relación sentimental.

Tabla 5.26

Diferencias en optimismo y pesimismo en función de la situación sentimental

Subescalas	Situación sentimental	N	Media	DT	p
Optimismo	Soltero	314	7.92	2.42	.360
	Con pareja ocasional	46	8.50	2.15	
	Con pareja estable	231	8.02	2.28	
	Otro	8	7.25	3.01	
Pesimismo	Soltero	314	5.44	2.42	.009**
	Con pareja ocasional	46	5.33	2.01	
	Con pareja estable	231	4.77	2.13	
	Otro	8	5.63	3.11	

** $p \leq .01$; DT = Desviación típica.

Sin embargo, parece que el *estado civil de los padres* no altera los niveles de optimismo o pesimismo, de modo que aquellos jóvenes cuyos padres están casados tienen niveles similares a aquellos cuyos padres están divorciados o que aquellos que solo tienen uno de los dos progenitores. Del mismo modo, los niveles de optimismo y pesimismo parecen ser similares de acuerdo a las personas con las que conviven. Así tanto si se vive en familia como si se vive solo o con compañeros de piso, los niveles de estas variables son similares.

En relación a la *situación laboral* personal, encontramos diferencias en cuanto a los niveles de optimismo. Así, encontramos que las puntuaciones de los universitarios que trabajan ($M = 8.56$; $DT = 2.23$) son significativamente superiores a los que no lo hacen ($M = 7.91$; $DT = 2.37$), con una significación de $p = .023$ ($t = 2.28$). De este modo, parece que los trabajadores son más optimistas que los que solamente estudian. Sin embargo, en este caso, la *situación laboral de los padres* no parece alterar los resultados de optimismo ni de pesimismo de los adultos emergentes evaluados. De modo que aquellos jóvenes cuyos padres trabajan los dos, tendrán niveles similares de optimismo y pesimismo que aquellos cuyos padres no trabajan ninguno, o que aquellos que solamente trabajan uno de los progenitores.

Por el contrario, *el nivel socioeconómico* sí ha demostrado tener relación con las puntuaciones de optimismo ($F = 7.89$; $p = .000$) y pesimismo ($F = 3.44$; $p = .017$). En este caso, se encontraron diferencias tanto para la escala de optimismo como para la de pesimismo (Ver Tabla 5.27). Al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que, tanto en optimismo como en pesimismo, las diferencias se encuentran entre el grupo de nivel socioeconómico bajo, con el de nivel medio ($p = .000$) y medio-alto ($p = .000$), pero no entre estos últimos. Así, podemos decir que los datos sugieren que los jóvenes pertenecientes a un nivel socioeconómico más bajo, puntúan menos en optimismo y más en pesimismo que aquellos que pertenecen a niveles medios o medio-altos.

Tabla 5.27

Diferencias en optimismo y pesimismo en función del nivel socioeconómico

Subescalas	Nivel socioeconómico	N	Media	DT	p
Optimismo	Bajo	40	6.35	2.63	.000***
	Medio	445	8.05	2.34	
	Medio-alto	112	8.34	2.14	
	alto	2	9.50	.707	
Pesimismo	Bajo	40	6.35	2.56	.017*
	Medio	445	5.12	2.30	
	Medio-alto	112	5.07	2.18	
	alto	2	3.50	2.12	

** $p \leq .01$; DT = Desviación típica.

Para finalizar, si analizamos las diferencias con respecto a la *edad*, encontramos que, en un primer momento, parecen existir diferencias significativas en las puntuaciones de pesimismo, sin embargo al realizar la prueba de Bonferroni, estas diferencias no son apreciables. De modo que podemos decir que existen niveles similares de optimismo y pesimismo para todas las edades evaluadas.

5.8 Autoeficacia general

En relación a los datos analizados de la Escala de Autoeficacia General (Sanjuán et al, 2000), encontramos que las puntuaciones oscilan entre 15 y 40, siendo la media global de $M = 30.54$ ($DT = 4.92$). Analizando estos datos por *género*, encontramos que la puntuación media de Autoeficacia en hombres es de $M = 31.66$ ($DT = 4.56$) y de las mujeres es de $M = 30.21$ ($DT = 4.98$), diferencia que resulta significativa al realizar la prueba t de Student ($t = 3.07$; $p = 0.002$). En este caso al analizar el tamaño del efecto, encontramos que la *d* de Cohen es $d = 0.30$, lo que indica un tamaño del efecto pequeño para generalizar estos resultados a otra población.

Si analizamos los datos de acuerdo al *tipo de universidad* en la que estudian los jóvenes, encontramos que existen diferencias significativas. Así, encontramos que los que acuden a la Universidad privada tienen una puntuación media de $M = 29.43$ ($DT = 5.20$) mientras que los que lo hacen a una pública obtienen un puntuación de $M = 30.82$ ($DT = 4.81$), siendo una diferencia significativa de $p = .006$ ($t = -2.77$) , obteniéndose un estadístico *d* de Cohen de $d = .28$.

Tabla 5.28

Diferencias en autoeficacia en función del titulación

Titulación	N	Media	DT	<i>p</i>
Educación primaria	54	30.67	5.10	
Educación infantil	54	27.70	4.90	
Psicología	283	30.90	5.05	.000***
Trabajo social	135	30.27	4.67	
CAFD	58	31.66	3.9	
Fisioterapia	13	31.92	4.19	

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

Del mismo modo, si cruzamos los datos de autoeficacia con el tipo de *titulación* que se encuentran estudiando, encontramos que existen diferencias significativas ($F = 4.93$; $p = .000$) (Ver Tabla 5.28).

Al realizar el análisis *post hoc* de Bonferroni, se observa que las diferencias se encuentran entre los estudiantes de educación infantil con el resto de estudiantes de educación primaria ($p = .023$), psicología ($p = .000$), trabajo social ($p = .016$) y CAFD ($p = .000$). De modo, que parece claro que los datos indican que los universitarios que estudian educación infantil tienen niveles más bajos en autoeficacia que el resto de los estudiantes evaluados. Sin embargo, no existen diferencias significativas al relacionar el número de suspensos con el nivel de autoeficacia general ($p = .722$). En este caso, se podría decir que los alumnos que no tienen asignaturas suspensas y aquellos que suspenden hasta 6 materias, tienen niveles similares de autoeficacia.

Por otro lado, si analizamos la *situación sentimental* de los universitarios, encontramos que tampoco existen diferencias significativas ($p = .199$). Así, parece que, en esta ocasión, los estudiantes solteros, los que tienen una relación ocasional y los que tienen una relación estable, obtienen puntuaciones similares en autoeficacia. Exactamente lo mismo ocurre con el *estado civil de los padres* ($p = .835$). Todos los grupos parecen obtener puntuaciones similares en autoeficacia, independientemente de que sus padres se encuentren casados, divorciados o carezcan de uno de ellos.

En consonancia con los resultados hallados, encontramos que tampoco existen diferencias en los niveles de autoeficacia relacionados con *las personas con las que se convive* ($p = .154$), de manera que los que conviven con sus familiares obtienen puntuaciones similares a los que lo hacen solos o con compañeros de piso.

Tabla 5.29

Diferencias en autoeficacia por situación laboral

Trabaja	N	Media	DT	p	/d/
Sí	77	31.71	4.62	.025*	.28
No	520	30.37	4.95		

* $p \leq .05$; DT = Desviación típica; /d/ = d de Cohen.

De acuerdo a la *situación laboral* personal, encontramos diferencias significativas entre los que trabajan, además de estudiar, y los que solamente acuden a la universidad para estudiar ($t = 2.24$; $p = .025$) (Ver Tabla 5.29).

Por otro lado, la *situación laboral de los padres* no parece tener vinculación a la autoeficacia general de los universitarios, de modo que los jóvenes cuyos padres se encuentran trabajando parecen puntuar de manera similar a los que tienen a uno o a los dos padres sin trabajar ($p = .438$).

De este modo, encontramos igualmente que los niveles de autoeficacia son similares para todos los grupos si analizamos la relación con el *nivel socioeconómico*, de manera que tanto los que pertenecen a un nivel bajo, tienen puntuaciones similares en autoeficacia respecto a aquellos que pertenecen a un nivel medio o medio-alto ($p = .145$).

Finalmente, al analizar los datos con la *edad*, encontramos diferencias significativas ($F = 2.88$; $p = .014$) con respecto a la autoeficacia (Ver Tabla 30).

Al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias significativas aparecen entre los extremos, de modo que los datos indican que los más jóvenes se sienten menos eficaces que los que tienen 28-29 años ($p = .042$).

Tabla 5.30

Diferencias en autoeficacia en función de la edad

Edad	N	Media	DT	p
18-19	294	29.99	4.82	
20-21	192	30.90	4.91	
22-23	57	30.91	4.96	.014*
24-25	22	32.05	5.11	
26-27	20	30.50	5.56	
28-29	10	34.70	3.80	

* $p \leq .05$; DT = Desviación típica.

5.9 Apoyo social

Al analizar el Social Provisions Scale (Martínez-Lopez et al., 2014), encontramos como valores mínimos y máximos 51 y 95, con una media global de $M = 81.07$ ($DT = 8.91$). Al realizar los análisis en función del género, encontramos que existen diferencias significativas entre géneros, en la escala de apoyo social global ($t = -2.97$; $p = .006$) y en dos sub escalas: apego ($t = -2.97$; $p = .008$) y oportunidad de cuidar ($t = -4.52$; $p = .000$). En todas ellas, las mujeres puntúan más alto que los hombres (Ver Tabla 5.31).

Tabla 5.31

Diferencias en apoyo social y subescalas en función del género

Escala	Género	N	Media	DT	p	/d/
Alianza confiable	Hombres	140	14.31	1.99	.051	
	Mujeres	459	14.65	1.74		
Orientación	Hombres	140	14.01	2.25	.07	
	Mujeres	459	14.37	1.98		
Apego	Hombres	140	13.15	2.47	.008**	.27
	Mujeres	459	13.77	2.04		
Integración social	Hombres	140	13.37	2.11	.096	
	Mujeres	459	13.69	1.9		
Refuerzo de valía	Hombres	140	11.86	1.84	.40	
	Mujeres	459	12.02	1.99		
Oportunidad de cuidar	Hombres	140	12.41	1.77	.000***	.43
	Mujeres	459	13.16	1.68		
Total	Hombres	140	79.12	9.06	.006**	.28
	Mujeres	459	81.66	8.61		

** $p \leq 0.01$; NOTA.: DT = Desviación Típica; /d/ = d de Cohen.

Si analizamos los datos de acuerdo al *tipo de universidad*, encontramos que no existen diferencias significativas en ninguno de los grupos. Así, tanto alumnos que acuden a la universidad privada como los que lo hacen a la pública, puntúan de manera similar en apoyo social y todas las subescalas. Del mismo modo, al analizar si existían diferencias en relación a la *titulación*, tampoco se encuentran diferencias significativas. Por tanto, parece que todos los jóvenes tienen puntuaciones similares, independientemente de la titulación que se esté cursando. Lo mismo ocurre al analizar el apoyo social con respecto a la cantidad de *suspensos* que se han obtenido en la última evaluación, no se encuentran diferencias entre los que aprueban todo y los que tienen hasta 6 suspensos.

Tabla 5.32

Diferencias en Apoyo Social en función de la situación sentimental

Subescalas	Situación sentimental	N	Media	DT	p
Alianza confiable	Soltero	314	14.40	1.87	.070
	Con pareja ocasional	46	15.00	1.55	
	Con pareja estable	230	14.70	1.76	
	Otro	8	15.13	1.45	
Orientación	Soltero	314	14.07	2.20	.048*
	Con pareja ocasional	46	14.48	2.27	
	Con pareja estable	230	14.56	1.77	
	Otro	8	14.25	1.29	
Apego	Soltero	314	12.99	2.32	.000***
	Con pareja ocasional	46	14.20	1.71	
	Con pareja estable	230	14.38	1.72	
	Otro	8	13.75	2.19	
Integración social	Soltero	314	13.55	2.10	.227
	Con pareja ocasional	46	14.13	1.31	
	Con pareja estable	230	13.63	1.87	
	Otro	8	13.00	1.31	
Refuerzo de valía	Soltero	314	11.82	2.02	.207
	Con pareja ocasional	46	12.15	1.95	
	Con pareja estable	230	12.16	1.89	
	Otro	8	12.25	1.83	
Oportunidad de cuidar	Soltero	314	12.95	1.80	.852
	Con pareja ocasional	46	13.09	1.81	
	Con pareja estable	230	13.03	1.61	
	Otro	8	12.63	1.77	
Apoyo social total	Soltero	314	79.77	9.04	.002**
	Con pareja ocasional	46	83.04	7.73	
	Con pareja estable	230	82.44	8.22	
	Otro	8	81.00	7.50	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

De acuerdo a la *situación sentimental*, encontramos diferencias significativas en la escala global ($F = 4.88$; $p = .002$) y en las sub escalas de

orientación ($F = 2.64$; $p = .048$) y apego ($F = 21.32$; $p = .000$) (Ver Tabla 5.32). Al realizar la prueba *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias en la subescala de orientación se encuentran entre los grupos soltero y con pareja estable ($p = .038$). Esto parece indicar que los jóvenes con pareja estable identifican mejor a una persona a la que pueden acudir en caso de necesitar consejo o información sobre una situación. En relación a la subescala de apego, encontramos que existen diferencias entre los solteros con los que tiene pareja ocasional ($p = .001$) y pareja estable ($p = .000$), pero no entre estos dos últimos. Así, los datos sugieren que aquellos que se encuentran en una relación sentimental (estable o esporádica) puntúan más en apego que los que se encuentran solteros, lo que significa que, los que se encuentran en pareja, identifican una figura emocional segura cercana con más facilidad. Finalmente, encontramos diferencias en la escala global de apoyo social entre los solteros y los que tienen pareja estable ($p = .003$). En este sentido, los que se encuentran en pareja, parecen percibir un mayor apoyo social que los solteros.

En relación al *estado civil de los padres*, no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las subescalas, por tanto, parece que los jóvenes cuyos padres están casados perciben un apoyo similar a aquellos cuyos padres se encuentran separados o que aquellos que solamente tienen uno de los dos padres vivos. Del mismo modo, al analizar la influencia de la convivencia, no se encuentran diferencias significativas entre aquellos que conviven con sus familiares y aquellos que lo hacen solos o con compañeros de piso.

De acuerdo a la *situación laboral* personal, sí se encuentran algunas diferencias significativas en la escala global ($t = 2.27$; $p = .017$) y en la subescala de apego ($t = 3.31$; $p = .001$). Así, podemos observar que los universitarios que trabajan perciben mayor apego y apoyo social que aquellos que no lo hacen (Ver Tabla 5.33).

Tabla 5.33

Diferencias en apoyo social y subescalas en función de la situación laboral personal

Escala	Trabaja	N	Media	DT	p	/d/
Alianza confiable	Sí	77	14.82	1.69	.202	-
	No	521	14.54	1.82		
Orientación	Sí	77	14.70	1.79	.060	-
	No	521	14.23	2.08		
Apego	Sí	77	14.30	1.85	.001***	.24
	No	521	13.53	2.19		
Integración social	Sí	77	13.75	1.80	.514	-
	No	521	13.60	1.98		
Refuerzo de valía	Sí	77	12.40	2.14	.063	-
	No	521	11.92	1.93		
Oportunidad de cuidar	Sí	77	13.25	1.93	.153	-
	No	521	12.94	1.70		
Total	Sí	77	83.22	8.26	.017*	.28
	No	521	80.75	8.97		

* $p \leq .05$; *** $p < 0.01$; DT = Desviación Típica. /d/ = d de Cohen.

En relación a la *situación laboral de los padres*, encontramos que no existen diferencias entre el apoyo social percibido por los jóvenes relacionado con si el padre trabaja o no, sin embargo, sí que las encontramos para el caso de la madre. En este sentido, se encuentran diferencias para las subescalas de alianza confiable ($t = 2.02$; $p = .044$) y la de integración social ($t = 2.35$; $p = .020$).

Tabla 5.34

Diferencias en apoyo social y subescalas en función de la situación laboral de la madre

Escala	Trabaja madre	N	Media	DT	p	/d/
Alianza confiable	Sí	385	14.68	1.83	.044*	.18
	No	213	14.37	1.76		
Integración social	Sí	385	13.76	1.89	.020*	.19
	No	213	13.37	2.06		

* $p < 0.05$; DT = Desviación Típica; /d/ = d de Cohen.

En este caso, podemos indicar que los datos sugieren que aquellos jóvenes cuyas madres trabajan, puntúan más alto en alianza confiable (acudir una persona si hay algún problema) y en integración social (sentir que se forma parte de la sociedad), que aquellos jóvenes cuyas madres no trabajan (Ver Tabla 5.34).

En relación al *nivel socioeconómico*, encontramos diferencias significativas en varias subescalas del apoyo social: Alianza confiable ($F = 6.86$; $p = .000$), orientación ($F = 4.51$; $p = .004$) y la escala global de apoyo social ($F = 4.96$; $p = .002$) (Ver Tabla 5.36). Se han realizado los análisis *post hoc* de Bonferroni para cada resultado significativo obtenido en la comparación de medias. Comenzando por la primera subescala significativa, encontramos que en la alianza confiable, existen diferencias significativas entre el grupo de bajo nivel socioeconómico con los grupos de medio ($p = .000$) y medio alto ($p = .000$), pero no entre estos últimos. De este modo, parece que los jóvenes pertenecientes a un nivel bajo, tienen más dificultad para encontrar una persona a la que acudir cuando se tiene un problema.

De acuerdo a la segunda subescala significativa, encontramos resultados similares en orientación. Así, parece que los alumnos pertenecientes a niveles bajos, tienen más dificultad para encontrar a alguien a quien pedir consejo o información ante una situación desconocida. En esta ocasión vuelve a haber diferencia entre los jóvenes que pertenecen a un nivel bajo y los que pertenecen a un nivel medio ($p = .002$) o medio-alto ($p = .006$), pero no entre estos.

Analizando la tercera subescala, integración social, volvemos a encontrar que existen diferencias entre los jóvenes pertenecientes al nivel bajo y los que pertenecen a los niveles medios ($p = .046$). Así, parece que los universitarios con niveles más bajos encuentran mayor dificultad para integrarse en la sociedad que aquellos pertenecientes a otros niveles.

Finalmente, encontramos que en la escala global de apoyo social, el patrón se repite y se encuentran diferencias entre los sujetos pertenecientes a un nivel bajo frente a los que pertenecen a un nivel medio ($p = .002$) o medio-alto ($p = .002$), sin embargo, no existen diferencias entre estos últimos. Así, podemos decir que los universitarios que pertenecen a niveles socioeconómicos

medios o medio-altos se sienten más integrados socialmente que los que se identifican con un nivel más bajo.

Tabla 5.35

Diferencias en apoyo social en función del nivel socioeconómico

Subescalas	Nivel socioeconómico	N	Media	DT	p
Alianza confiable	Bajo	40	13.35	2.381	.000***
	Medio	444	14.64	1.769	
	Medio-alto	112	14.74	1.592	
	Alto	2	14.00	2.828	
Orientación	Bajo	40	13.15	2.685	.004**
	Medio	444	14.37	1.998	
	Medio-alto	112	14.38	1.918	
	Alto	2	14.00	1.414	
Apego	Bajo	40	12.88	2.355	.119
	Medio	444	13.64	2.159	
	Medio-alto	112	13.83	2.088	
	Alto	2	13.50	2.121	
Integración social	Bajo	40	12.80	2.323	.050*
	Medio	444	13.66	1.986	
	Medio-alto	112	13.72	1.651	
	Alto	2	14.00	2.828	
Refuerzo de valía	Bajo	40	11.35	1.703	.105
	Medio	444	11.97	2.032	
	Medio-alto	112	12.21	1.725	
	Alto	2	13.00	2.828	
Oportunidad de cuidar	Bajo	40	12.43	2.086	.164
	Medio	444	13.02	1.722	
	Medio-alto	112	13.04	1.605	
	Alto	2	14.00	2.828	
Apoyo social total	Bajo	40	75.95	10.456	.002**
	Medio	444	81.31	8.867	
	Medio-alto	112	81.92	7.896	
	Alto	2	82.50	14.849	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

Para finalizar el análisis descriptivo de esta variable, se ha analizado la relación entre la integración social y la *edad*, se ha realizado un análisis anova, y no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos. Así, parece que los universitarios de entre 18-19 años tienen puntuaciones similares al resto de estudiantes de mayor edad.

5.10. Bienestar social

Al analizar los datos recogidos de la Escala de Bienestar Social (Blanco y Díaz, 2005), encontramos que la puntuación mínima obtenida ha sido de 50 y la puntuación máxima de 125, con una media global de $M = 91,19$ ($DT = 12.24$).

Atendiendo a las diferencias entre *géneros*, encontramos que no existen diferencias significativas ni para la escala global ni para ninguna subescala. De modo que tanto hombres como mujeres puntúan de manera similar en todas las escalas de bienestar social.

Tabla 5.36

Diferencias en bienestar social y subescalas en función del tipo de universidad

Escala	Centro	N	M	DT	p	/d/
Aceptación social	Privado	118	18.74	4.62	.309	-
	Público	477	19.25	4.96		
Actualización social	Privado	118	18.08	3.17	.041*	.21
	Público	477	18.75	3.16		
Coherencia social	Privado	118	14.11	2.71	.035*	.22
	Público	477	14.75	3.01		
Integración social	Privado	118	18.89	3.35	.665	-
	Público	477	19.03	2.95		
Contribución social	Privado	118	19.55	3.40	.369	-
	Público	477	19.87	3.41		
Bienestar social	Privado	118	89.37	11.65	.07	-
	Público	477	91.64	12.35		

* $p \leq .05$; DT = Desviación Típica; /d/ = d de Cohen.

Si analizamos los datos de acuerdo *al tipo de universidad* al que acuden, encontramos diferencias significativas en las subescalas de actualización social ($t = -2.044$; $p = .041$) y de coherencia social ($t = -2.10$; $p = .035$) (Ver Tabla 5.36). Podemos encontrar que los universitarios que acuden a un centro público parecen sentirse más actualizados y coherentes con la sociedad, esto es, sienten que avanzan a la vez que la sociedad y que su comportamiento se corresponde con el momento social actual en mayor medida que aquellos que acuden a centros privados. En relación a la *titulación* que están cursando, encontramos diferencias significativas solamente en la subescala de contribución social, donde los estudiantes de psicología ($M = 18.84$; $DT = 3.07$) puntúan significativamente menos que los de trabajo social ($M = 19.24$; $DT = 2.87$; $p = .002$). En este sentido, parece que los alumnos de trabajo social se encuentran más sensibilizados con la tarea de aportar algo a la sociedad que los de psicología. No se encuentran diferencias en el resto de estudiantes de otras titulaciones.

Tabla 5.37

Diferencias en bienestar social y subescalas en función de la cantidad de suspensos

Escala	Suspensos	N	Media	DT	p
Actualización social	0	511	18.66	3.21	.005**
	1	48	18.98	2.79	
	4	6	14.17	2.23	
Integración social	0	511	19.02	2.97	.009**
	1	48	19.52	2.94	
	4	6	18.00	3.85	
Contribución social	0	511	19.93	3.36	.002**
	1	48	19.63	3.34	
	4	6	17.50	2.88	
Bienestar social	0	511	91.33	12.15	.016*
	1	48	92.75	12.59	
	4	6	76.50	8.6	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$; DT = Desviación típica.

En el caso de los *suspensos*, se encuentran diferencias significativas en la escala de bienestar social global ($F = 2.81$; $p = .016$) y las subescalas de actualización social ($F = 3.35$; $p = .005$), integración social ($F = 3.08$; $p = .009$), y contribución social ($F = 3.79$; $p = .02$) (Ver Tabla 5.37). Tras realizar el análisis *post hoc* de Bonferroni, encontramos que existen diferencias entre los que tienen 4 asignaturas suspensas y aquellos que tienen una o ninguna (no entre estos dos últimos). Podemos observar como en todos los casos, los que tienen cuatro suspensos puntúan significativamente menos que los que tienen uno o ninguno. Así, los datos parecen sugerir que los que suelen aprobar todo, o solamente tienen una asignatura suspensa perciben mayor bienestar social que los que suspenden 4 asignaturas.

Por otro lado, en relación a la *situación sentimental* en la que se encuentran, no existen diferencias entre los grupos, de manera que los que se encuentran en pareja estable, obtienen puntuaciones similares en bienestar social a los que se encuentran solteros o con pareja esporádica. Del mismo modo, *el estado civil de los padres* no parece tener relación con esta variable. Así, los universitarios cuyos padres se encuentran casados, puntúan de manera similar en bienestar social a los que sus padres se encuentran divorciados o a los que han perdido a uno de los padres.

Los resultados relativos a la *convivencia* vuelven a arrojar datos similares, ya que no se encuentran diferencias significativas en bienestar social entre los jóvenes que conviven con sus familiares y aquellos que lo hacen en solitario con con compañeros de piso.

Sin embargo, en relación a la *situación laboral* personal encontramos diferencias significativas entre aquellos que trabajan y aquellos que solamente estudian tanto en la escala de bienestar social global ($t = 2.04$; $p = .04$) como en la subescala de contribución social ($t = 2.56$; $p = .016$). Se podría decir que, los resultados resultan coherentes ya que los universitarios que se encuentran trabajando perciben que contribuyen a la sociedad en mayor medida que los que no trabajan. Igualmente, los que trabajan tienen puntuaciones superiores en bienestar social (Ver Tabla 5.38).

Tabla 5.38

Diferencias en bienestar social y subescalas en función de la situación laboral personal

Escala	Trabaja	N	Media	DT	p	/d/
Contribución social	Sí	76	20.74	3.70	.01**	.30
	No	519	19.67	3.34		
Bienestar social total	Sí	76	93.86	13.46	.04*	.24
	No	519	90.79	12.02		

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$; DT = Desviación típica; /d/ = d de Cohen.

Por otro lado, no parece haber diferencias en relación a la *situación laboral de los padres*, de manera que los jóvenes cuyos ambos padres se encuentran trabajando no tienen diferencias significativas en bienestar social con respecto a aquellos cuyos padres no trabajan o solamente lo hacen uno de ellos.

En relación al *nivel socioeconómico*, sí que volvemos a encontrar diferencias significativas entre los universitarios para las subescalas de aceptación social ($F = 3.76$; $p = .011$), integración social ($F = 2.74$; $p = .042$) y bienestar social total ($F = 3.09$; $p = .026$) (Ver Tabla 5.39). Al realizar la prueba de Bonferroni, observamos que tanto para la subescala de adaptación social como para la escala global de bienestar social, existen diferencias significativas entre el nivel bajo y el medio, de manera que encontramos que las puntuaciones de los universitarios pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo obtienen puntuaciones significativamente menores en aceptación y bienestar social. Sin embargo, para la subescala de integración social, las diferencias aparecen en este caso con los pertenecientes al nivel bajo y los del nivel medio-alto. Así, parece que los que se encuentran en un nivel socioeconómico medio-alto se sienten más integrados socialmente que aquellos que pertenecen a un nivel bajo.

Tabla 5.39

Diferencias en bienestar social y subescalas en función del nivel socioeconómico

Subescalas	Nivel socioeconómico	N	Media	DT	<i>p</i>
Aceptación social	Bajo	39	16.87	5.09	.011*
	Medio	444	19.46	4.88	
	Medio-alto	110	18.70	4.69	
	Alto	2	19.50	6.36	
Integración social	Bajo	39	17.74	3.53	.042*
	Medio	444	19.03	3.06	
	Medio-alto	110	19.28	2.62	
	Alto	2	20.50	4.95	
Bienestar social total	Bajo	39	85.51	12.28	.026*
	Medio	444	91.68	12.40	
	Medio-alto	110	91.15	11.09	
	Alto	2	93.50	20.50	

* $p \leq .05$; DT = Desviación típica.

Para finalizar, al realizar los análisis en función de la *edad*, no parecen encontrarse diferencias significativas. De este modo, podemos decir que los universitarios de 18-19 años no difieren en bienestar social con respecto a sus compañeros de mayor edad hasta 28-29 años.

5.11 Satisfacción familiar

En relación a las puntuaciones del cuestionario APGAR (Bellón et al, 1996), encontramos que las puntuaciones mínimas y máximas oscilan entre 0 y 10, que coinciden con el mínimo y el máximo que se puede obtener en el cuestionario. La puntuación media global obtenida es de $M = 7.82$ ($DT = 2.28$). Si diferenciamos estas puntuaciones por *género*, encontramos que los varones puntúan con $M = 7.77$ ($DT = 2.28$) y las mujeres obtienen una puntuación media de $M = 7.83$ ($DT = 2.28$) no observándose diferencias significativas ($p = .78$; $t = -.28$).

En relación al los estudios, si diferenciamos por *tipo de universidad* a la que asisten, no se encuentran diferencias significativas entre los que acuden a una privada y los que lo hacen a una pública ($p = .101$). Del mismo modo, no se aprecian diferencias significativas por *titulación* ($p = .135$), de manera que el tipo de estudios que se estén cursando no se encuentra relacionado con la satisfacción familiar. Tampoco se encuentran diferencias de acuerdo a la cantidad de *suspensos* que se obtienen en la última evaluación, de manera que los que aprueban todas las asignaturas no parecen diferir en satisfacción familiar de los que suspenden hasta 6 materias ($p = .585$).

En relación a la *situación sentimental*, encontramos que aquellos universitarios solteros no difieren significativamente de los que se encuentran en una relación ocasional o estable, en satisfacción familiar ($p = .073$). Del mismo modo, el *estado civil de los padres* no parece influir sobre la percepción de apoyo familiar ($p = .073$). Así, tanto los universitarios cuyos padres se encuentran casados como los que se encuentran divorciados, o solo con uno de los dos progenitores vivos, perciben un apoyo y satisfacción familiar similar. Igualmente, no parece que la convivencia en familia afecte a los niveles de apoyo familiar percibido, ya que no se encuentran diferencias al respecto entre los que conviven con sus familiares y los que lo hacen solos o con compañeros de piso ($p = .125$).

De acuerdo a la *situación laboral*, encontramos que no existen diferencias en la percepción de apoyo familiar entre los universitarios que estudian y aquellos que además trabajan ($p = .552$). De mismo modo, la *situación laboral de los padres* no parece ser una variable que influya sobre la percepción que los jóvenes tienen del apoyo familiar que reciben ($p = .125$). De manera que el hecho de que los dos padres se encuentren trabajando, o solamente lo haga uno o ninguno de ellos, no influye sobre esta variable.

Sin embargo, si analizamos la influencia sobre el *nivel socioeconómico* de los universitarios sí que encontramos diferencias significativas ($F = 7.17$; $p = .000$) (Ver Tabla 5.40). Al realizar las pruebas *post hoc* de Bonferroni, encontramos que las diferencias aparecen entre los grupos de nivel socioeconómico bajo y los grupos medio ($p = .001$) y medio-alto ($p = .000$), pero no hay diferencias entre estos últimos. De manera que parece que los jóvenes

que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo se encuentran menos satisfechos con el apoyo familiar que perciben.

Tabla 5.40

Diferencias en satisfacción familiar en función del nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	N	Media	DT	p
Bajo	39	6.38	3.08	.000***
Medio	444	7.82	2.25	
Medio-alto	110	8.33	1.85	
Alto	2	7.50	.070	

*** $p \leq .001$; DT = Desviación típica.

Finalmente, si analizamos los datos de acuerdo a la *edad*, no encontramos diferencias significativas ($p = .925$). De manera que aquellos universitarios más jóvenes perciben niveles similares de apoyo familiar a los que tienen mayor edad, hasta 28-29 años.

5.12 Conductas de salud

La encuesta que recoge los comportamientos de salud, hace referencia a la frecuencia con la que los universitarios llevan a cabo las actividades propuestas. De acuerdo a las indicaciones de Saravia y Chau (2013), se crearon dos grupos diferentes en función de las puntuaciones obtenidas. En este caso, los participantes que superaban el punto de corte propuesto para cada bloque forman el grupo “saludable” (quienes llevan a cabo conductas de salud con una frecuencia alta), mientras que aquellos que no lo superan, formarían el grupo de “no saludable” (quienes llevan a cabo conductas de salud con más baja frecuencia). En este sentido, los datos serán analizados en función de los porcentajes de personas que pertenecen a cada grupo, en función de los bloques

de salud evaluados. Así, podremos analizar si hay una mayoría de universitarios que deciden llevar a cabo conductas de salud relacionadas con la actividad física, la alimentación, el sueño, los cuidados médicos y no médicos, el consumo y las relaciones sexuales saludables, o por el contrario, hay una mayoría de jóvenes que participan en estas actividades de manera menos saludable.

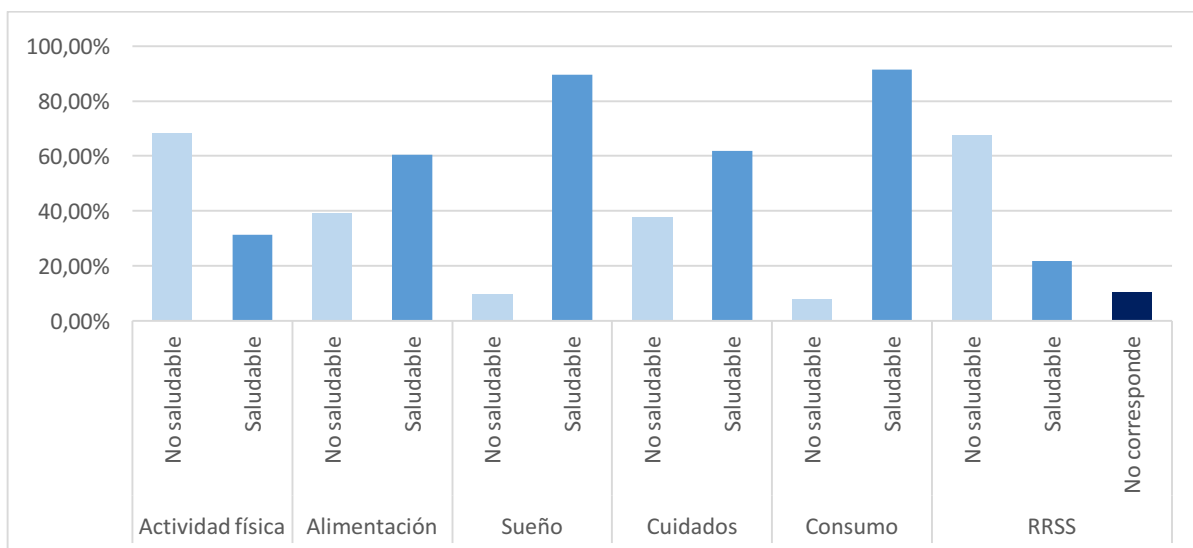


Figura 5.1. Porcentajes de conductas de salud

Al analizar todos los datos de la muestra recogida en general, encontramos que existe una mayoría de universitarios que llevan a cabo conductas saludables relacionadas con la alimentación, el sueño, el autocuidado y cuidados médicos, y sobre el consumo de sustancias. Sin embargo, parecen existir comportamientos poco saludables relacionados con la actividad física y las relaciones sexuales (Ver Figura 5.1).

Si diferenciamos estos datos atendiendo a las diferencias por *género*, podemos destacar que existe un porcentaje mayor de varones que practican deporte frente a las mujeres, sin embargo, estas parecen que mantienen más conductas saludables de autocuidado y de cuidados médicos que los hombres. Por otro lado, llama la atención el porcentaje elevado en ambos *géneros* de conductas sexuales no saludables (Ver Figura 5.2).

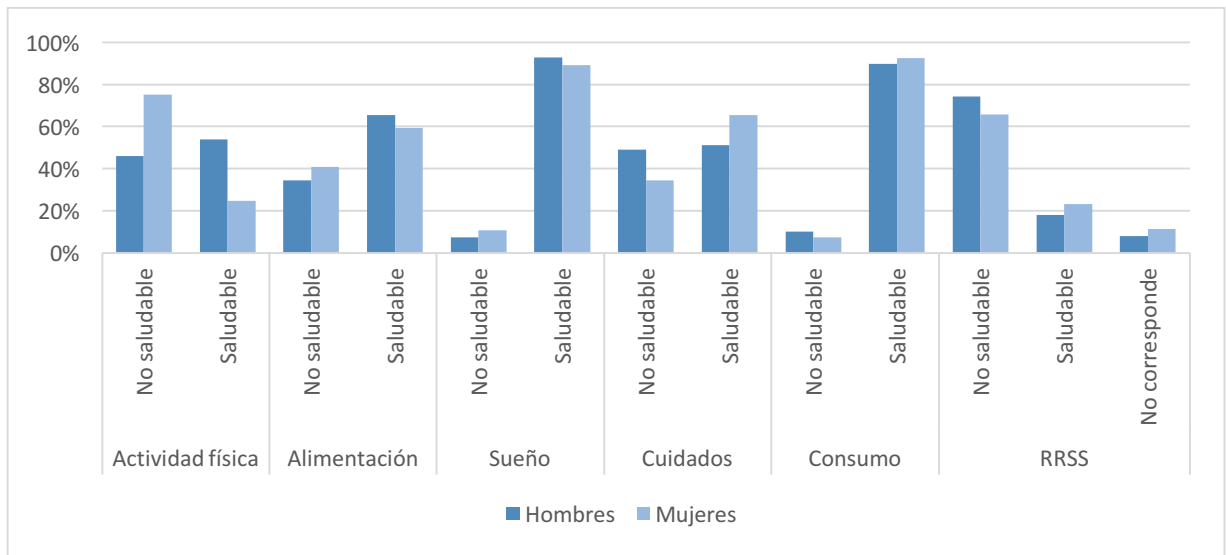


Figura 5.2 Porcentajes de conductas de salud en función del género

De acuerdo al *tipo de universidad* a la que acuden los jóvenes, encontramos que datos bastante similares en todos los factores de salud evaluados (Ver Figura 5.3)

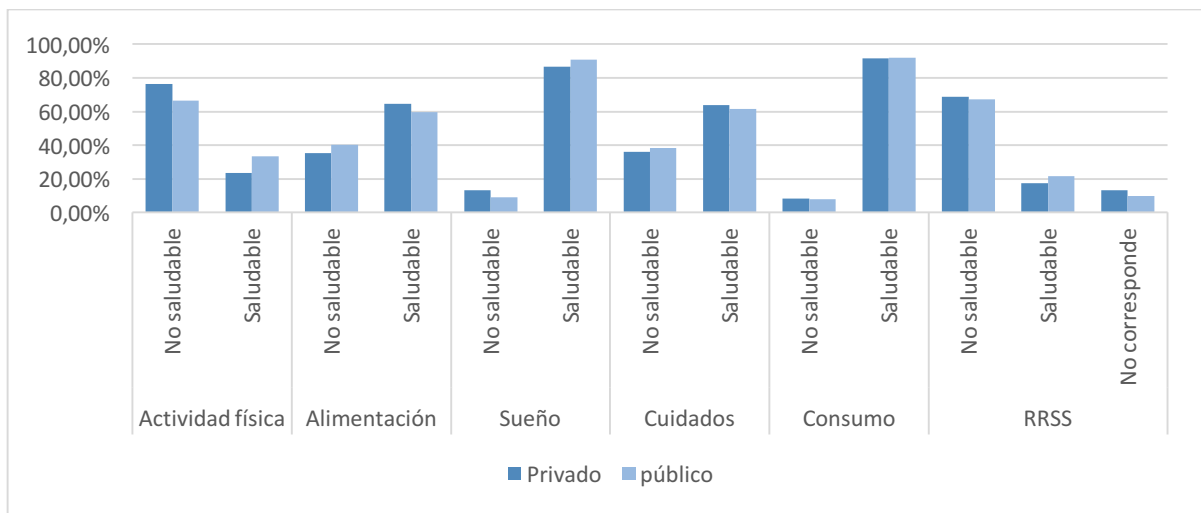


Figura 5.3. Porcentajes de conductas de salud en función del tipo de centro

Sin embargo, cuando diferenciamos los datos según la *titulación* que están estudiando, sí que podemos encontrar algunas diferencias claras entre unos jóvenes y otros. Así, observamos que son los alumnos que estudian grados relacionados con la salud, como son CAFD y Fisioterapia, los que llevan a cabo conductas de salud en mayor medida (Ver Figura 5.4).

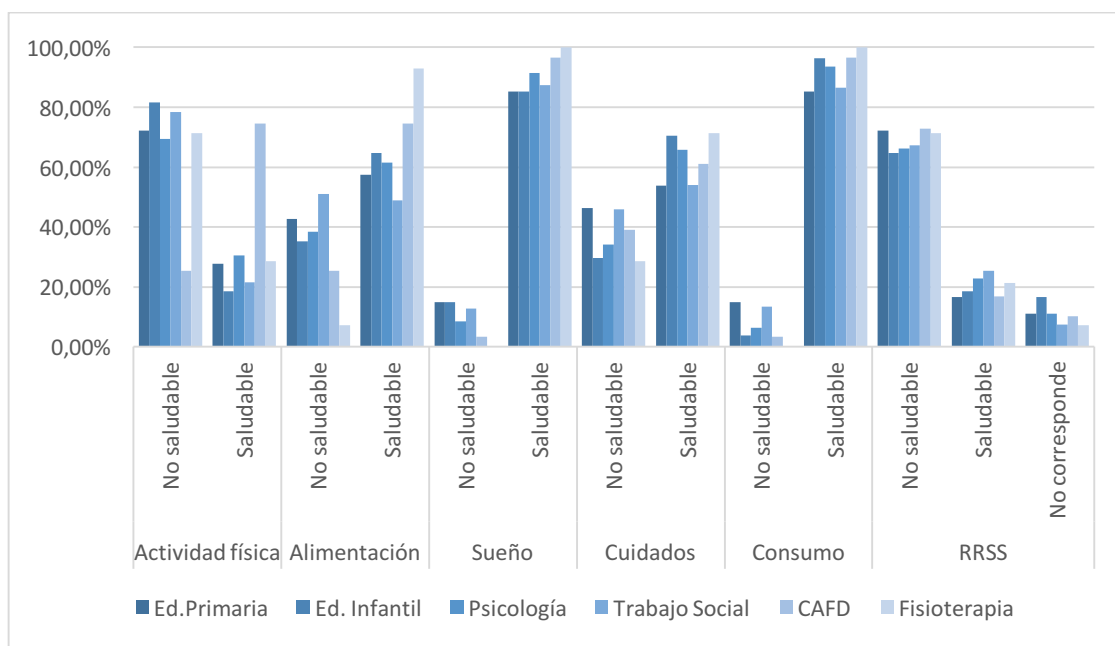


Figura 5.4. Porcentajes de conductas de salud en función de la titulación

Si realizamos la distinción de acuerdo al número de *suspensos*, no aparece ningún patrón de conducta de salud relacionado con el rendimiento académico. Tal vez, se podría destacar el factor de consumo, donde los que más suspenden, parecen tener conductas menos saludables relacionadas con el consumo de tabaco, de alcohol y de sustancias, que aquellos que las aprueban todas o que suspenden menos asignaturas. Sin embargo, estos datos hay que tomarlos con cautela debido a la escasa muestra recogida con más de 4 suspensos (Ver Figura 5.5).

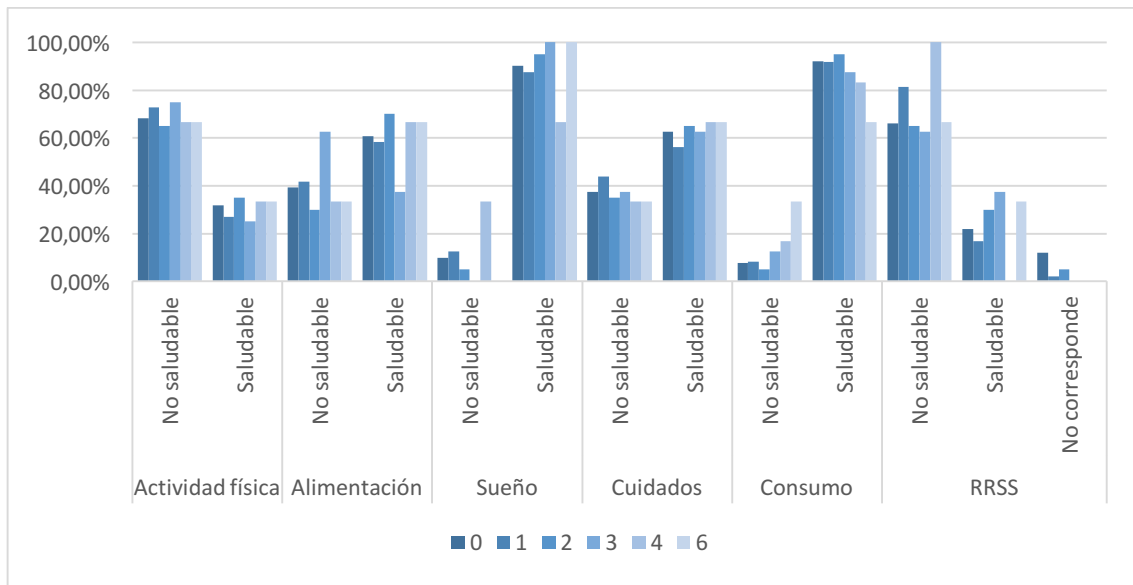


Figura 5.5. Porcentajes de conductas de salud en función de la cantidad de suspensos

Por otro lado, al clasificar los datos de acuerdo a la *situación sentimental* en la que se encuentran los universitarios, encontramos, por un lado que no parecen existir diferencias en los factores saludables de actividad física, alimentación, sueño y consumo. Sin embargo, parece existir una diferencia más importante en las escalas de cuidados y de relaciones sexuales. Así, parece que los universitarios que se encuentran en una pareja estable, llevan a cabo más conductas saludables en estos últimos dos factores (Ver Figura 5.6).

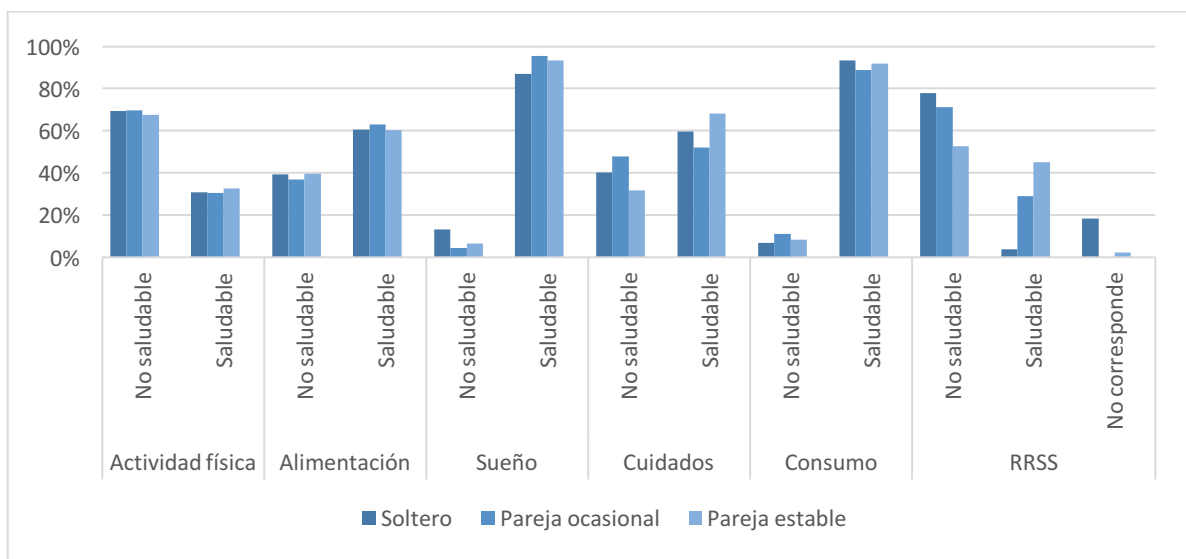


Figura 5.6. Porcentajes de conductas de salud en función de la situación sentimental

Por otro lado, si diferenciamos los datos de acuerdo al *estado civil de los padres* de los universitarios, podemos observar que en el factor de actividad física y de alimentación, parece que los hijos de madres viudas llevan a cabo menos conductas de salud que el resto de jóvenes. Mientras que en el sueño y en las relaciones sexuales, los hijos de padres viudos son los que menos conductas de salud parecen desarrollar. En los factores de consumo y de cuidados personales, también parecen que los hijos de padres viudos llevan a cabo menos conductas de salud, sin embargo estas diferencias son mucho menos claras que en el caso anterior (Ver Figura 5.7).

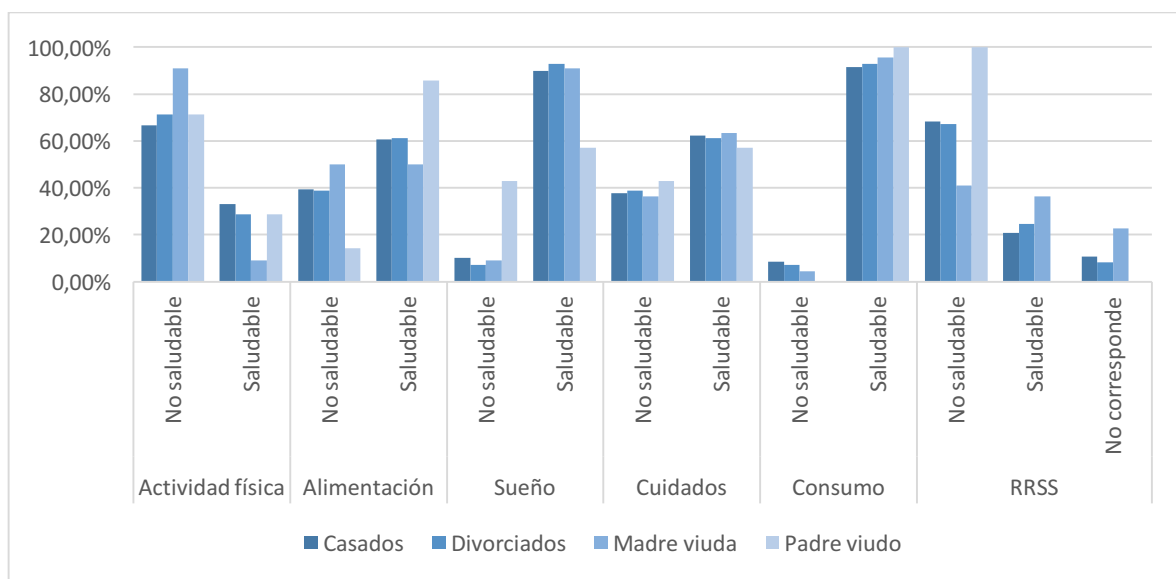


Figura 5.7. Porcentajes de conductas de salud en función del estado civil de los padres

En relación a la *situación laboral* personal, encontramos que aquellos jóvenes que, además de estudiar, trabajan, llevan a cabo más conductas de salud relacionadas con la actividad física. Sin embargo en el resto de factores no parecen mostrar diferencias importantes (Ver Figura 5.8).

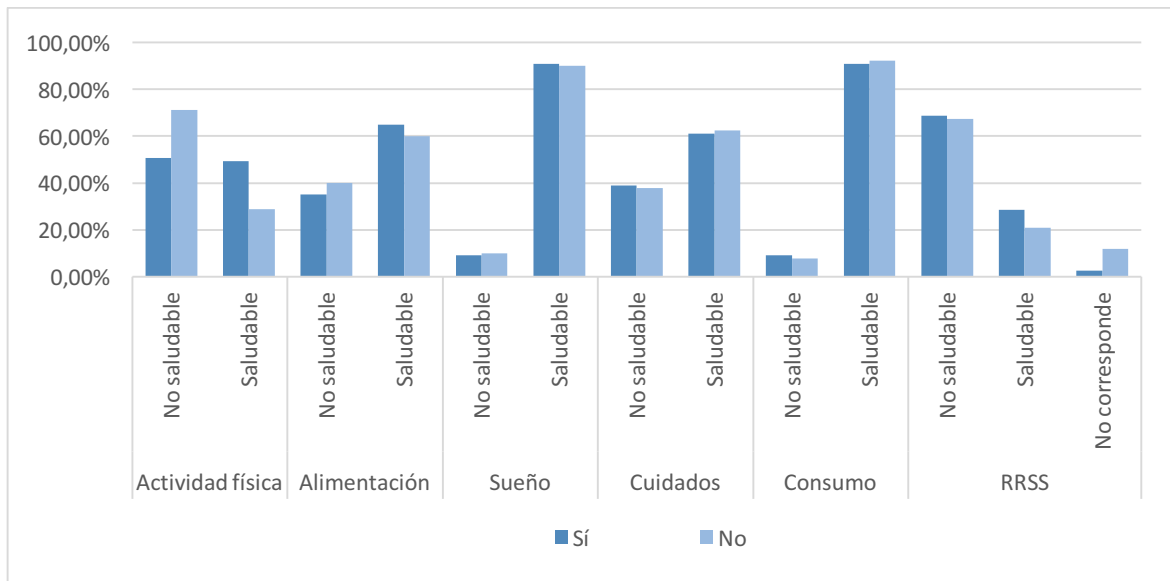


Figura 5.8. Porcentajes de conductas de salud en función de la situación laboral

De acuerdo al *nivel socioeconómico*, podemos observar como parece que hay una tendencia en los factores de actividad física, alimentación y de sueño, donde las conductas de salud aumentan con el nivel socioeconómico, de modo que los universitarios de niveles más altos llevan a cabo más conductas de salud relacionadas con estos factores. Sin embargo, en el factor de cuidado personal y médico, parece que los jóvenes de niveles medios y medios altos puntúan menos en conductas saludables que los del nivel bajo. En el resto de factores no parecen encontrarse diferencias importantes entre los universitarios de los tres niveles socioeconómicos (Ver Figura 5.9).

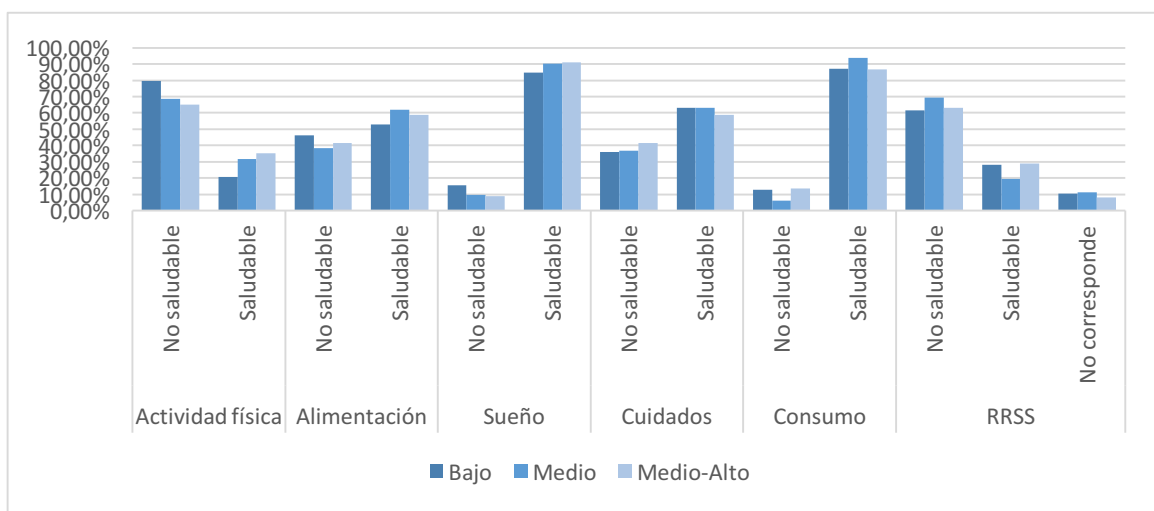


Figura 5.9. Porcentajes de conductas de salud en función del nivel socioeconómico

Finalmente, en relación a la *edad*, encontramos que los universitarios de entre 22-23 años, son los que mayores conductas de salud relacionadas con la actividad física llevan a cabo. En relación a la alimentación, este mismo grupo, junto con los de 26-27 son los que más conductas de salud ponen en práctica. De acuerdo a la higiene del sueño y el cuidado personal y médico, vuelve a ser el grupo de 26-27 años los que más conductas de salud parecen desarrollar. En el factor de consumo, parecen ser los de mayor edad los que llevan a cabo conductas más saludables, aunque con un porcentaje bastante similar a los universitarios de 18-19 años. Finalmente, en el área de las relaciones sexuales, es el grupo de entre 24-25 años los que parecen desarrollar conductas más saludables (Ver Figura 5.10).

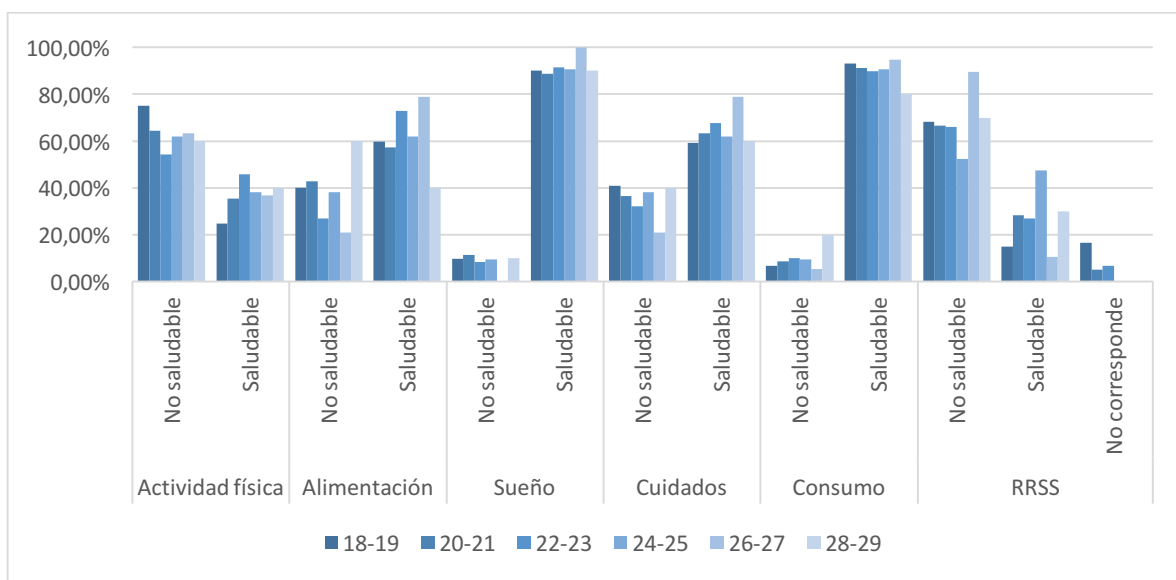


Figura 5.10. Porcentajes de conductas de salud en función de la edad

5.13. Conductas de riesgo

En relación a las conductas de riesgo, se ha evaluado con la primera subescala del RIPS (Parsons et al., 1997). Del mismo modo que en las conductas de salud, se trata de una encuesta que evalúa la participación en una serie de comportamientos.

Los datos se van a exponer del mismo modo que en el punto anterior, donde se hablaba de las conductas de salud. Sin embargo, paralelamente, se

han realizado análisis de comparación de medias T de Student o prueba Anova en cada caso para describir con mayor rigurosidad las diferencias existentes entre los diferentes grupos.

Para poder interpretar las puntuaciones que aparecen en las siguientes figuras, es necesario recordar que las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 8. En la siguiente Tabla 5.42 se pueden observar la escala de equivalencia de puntuaciones:

Tabla 5.42

Tabla de equivalencias para las puntuaciones de conductas de riesgo

Nunca	Raramente (2 – 3 veces en 3 meses)		A veces (2 – 3 veces por mes)		A menudo (2 – 3 veces por semana)		A diario	
0	1	2	3	4	5	6	7	8

Parsons et al. (1997)

De acuerdo a las puntuaciones medias obtenidas por la muestra en general, encontramos que, en la muestra recogida, la frecuencia de realización de conductas de riesgo es baja (Ver Figura 5.11). Sin embargo, los datos van a ser comentados de acuerdo a sus diferencias estadísticas, independientemente de las puntuaciones obtenidas. En el apartado de discusión se matizarán las afirmaciones realizadas en este punto.

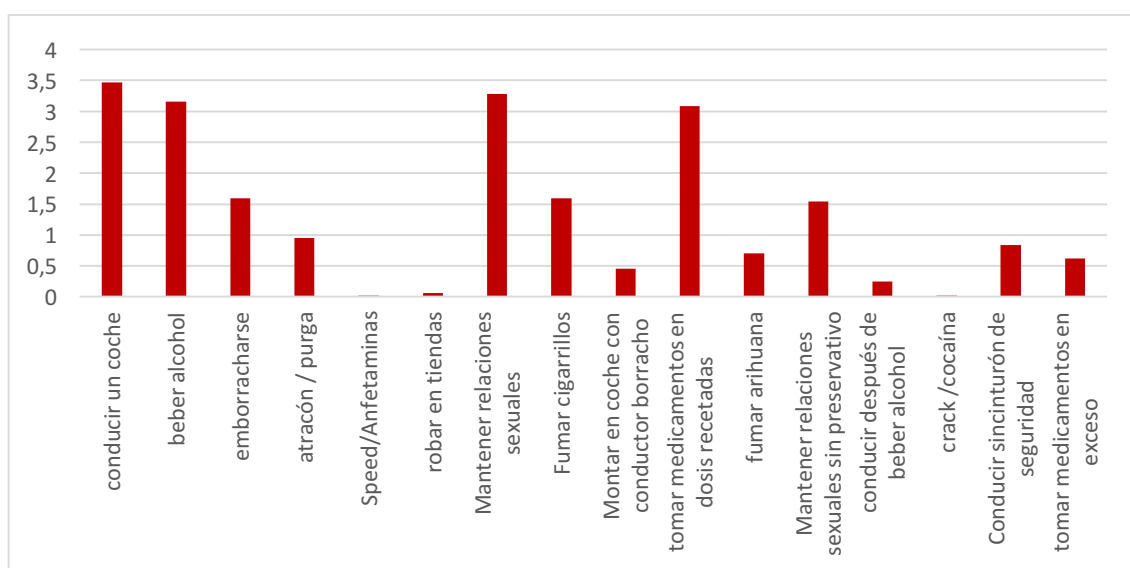


Figura 5.11 Puntuaciones medias de conductas de riesgo

Al realizar los análisis diferenciando por *género*, encontramos que las puntuaciones son bastante similares entre hombres y mujeres. Sin embargo, parecen existir diferencias en las conductas de conducir un coche, ya que los hombres ($M = 4.34$; $DT = 3.32$) puntúan significativamente más que las mujeres ($M = 3.21$; $DT = 3.23$; $t = 3.53$; $p = .000$), en la conducta de tomar medicamentos en las dosis recetadas, ya que las mujeres ($M = 3.28$; $DT = 2.86$) puntúan significativamente más que los hombres ($M = 2.43$; $DT = 2.71$; $t = -3.103$; $p = .002$) y en la conducta de conducir después de haber consumido alcohol, donde las puntuaciones de los varones ($M = .40$; $DT = .97$) son significativamente mayores que las de las mujeres ($M = .21$; $DT = .69$; $t = 2.18$; $p = .031$) (Ver Figura 5.12).

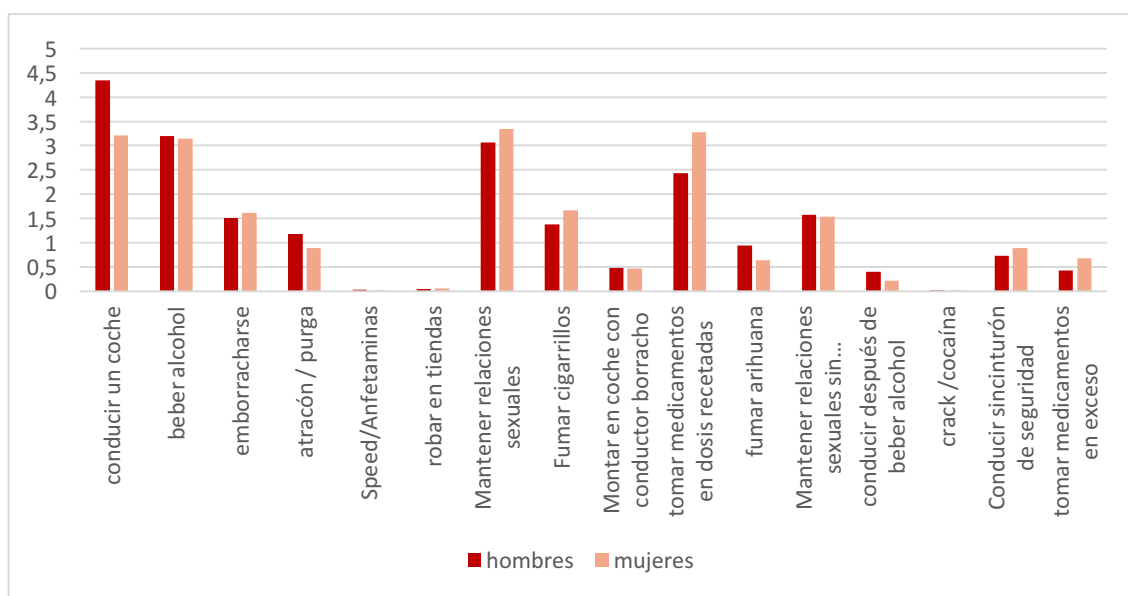


Figura 5.12. Puntuaciones medias de conductas de riesgo en función del género

Al diferenciar los resultados de conductas de riesgo por *tipo de centro*, donde se observaron diferencias significativas en la conducta de emborracharse, donde los estudiantes de la universidad pública ($M = 1.66$; $DT = 1.58$) puntúan significativamente más que los de la universidad privada ($M = 1.31$; $DT = 1.44$; $t = -2.17$; $p = .030$). También se encuentran diferencias significativas en la conducta de robar en tiendas, donde, a pesar de que la puntuación es muy

reducida, los alumnos de la universidad pública ($M = .07$; $DT = .366$) puntúan más que los de la privada ($M = .01$; $DT = .092$; $t = -3.12$; $p = .002$). En la conducta de mantener relaciones sexuales, los alumnos de la pública ($M = 3.41$; $DT = 2.51$) también puntúan significativamente más que los de la universidad privada ($M = 2.77$; $DT = 2.52$; $t = 2.36$; $p = .014$). Finalmente, a pesar de las puntuaciones bajas para ambos grupos, en el comportamiento de consumir crack o cocaína, los jóvenes que asisten a la universidad pública ($M = .02$; $DT = .25$) también puntúan significativamente más que los que lo hacen en una universidad privada ($M = .00$; $DT = .00$; $t = -1.98$; $p = .048$). En el resto de conductas, los comportamientos son similares entre ambos grupos de universitarios (Ver Figura 5.13).

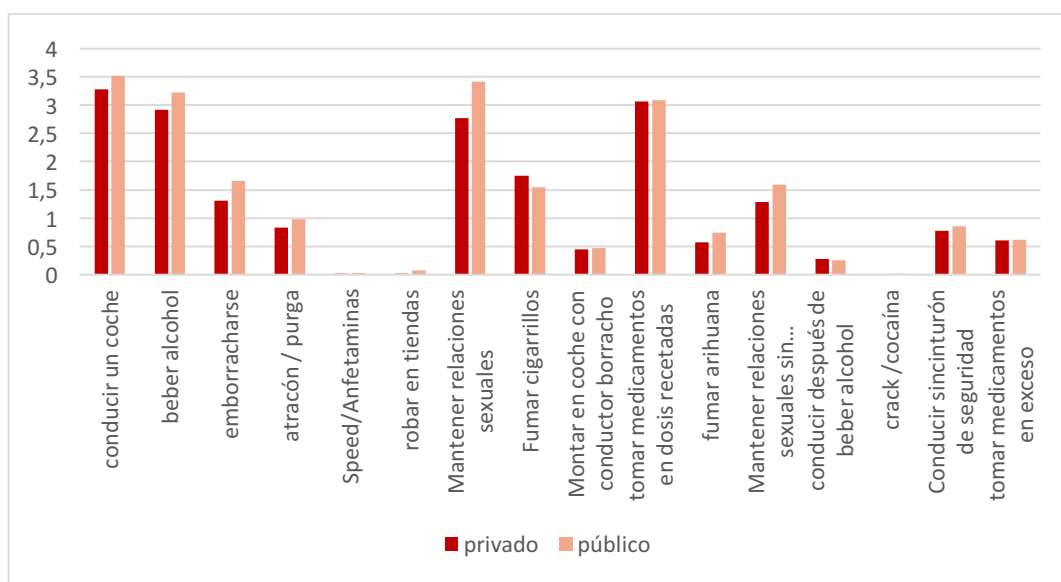


Figura 5.13. Puntuaciones medias de conductas de riesgo en función de tipo de universidad

Al realizar los análisis de acuerdo a las diferentes titulaciones, encontramos que existen diferencias en cuanto a beber alcohol ($F = 5.25$; $p = .000$). En este caso las diferencias aparecen entre los estudiantes de trabajo social con los de educación infantil ($p = .000$) y psicología ($p = .009$), y entre los de educación primaria y educación infantil ($p = .049$). De este modo, parece que los universitarios que estudian trabajo social son los que con mayor frecuencia beben alcohol (2 – 3 veces por mes) y los que estudian educación infantil los que con menos frecuencia lo hacen (2 – 3 veces en tres meses).

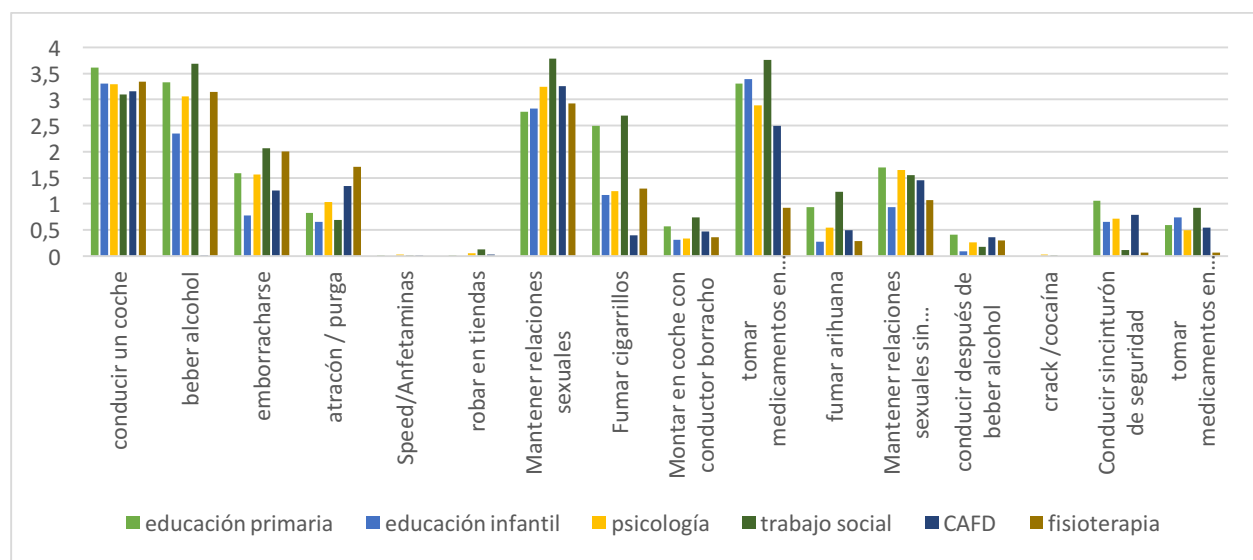


Figura 5.14 Puntuaciones medias de conductas de riesgo en función de la titulación

Algo similar ocurre con la conducta de emborracharse, se encuentran diferencias significativas entre los grupos ($F = .42$; $p = .000$). Concretamente entre los de educación infantil con trabajo social ($p = .000$) y con psicología ($p = .009$), y entre estos dos últimos entre ellos ($p = .026$). En este caso, la situación es bastante similar a la anterior. Los que con menor frecuencia parecen emborracharse son los de educación infantil, mientras que los que parece que lo hacen con mayor frecuencia son los de trabajo social (una vez al mes, aproximadamente).

En relación al comportamiento de fumar cigarrillos, también se encuentran diferencias significativas entre los grupos ($F = 9.65$; $p = .000$). Así, encontramos que las diferencias aparecen entre los estudiantes de trabajo social con los de educación infantil ($p = .006$), con los de psicología ($p = .000$) y con los de CAFD ($p = .000$) y los de educación primaria con los de psicología ($p = .020$) y CAFD ($p = .000$). De este modo, los estudiantes que suelen fumar más son los de trabajo social, mientras que los que menos fuman son los estudiantes de CAFD.

De acuerdo a la conducta de montar en coche con un conductor borracho, existen diferencias significativas ($F = 3.80$; $p = .002$), entre los estudiantes de psicología y los de trabajo social ($p = .001$). Los datos sugieren que los alumnos

de trabajo social suelen llevar a cabo este comportamiento con más frecuencia, situándose en el extremo opuesto los alumnos de psicología.

Al analizar el consumo de marihuana, se encuentran diferencias significativas ($F = 4.72$; $p = .000$) entre los alumnos de trabajo social con los de educación infantil ($p = .004$) y los de psicología ($p = .001$). En este caso, los datos sugieren de nuevo que los alumnos de trabajo social son los que consumen con mayor frecuencia marihuana, siendo los alumnos de educación infantil los que consumen en menor medida.

Finalmente, al evaluar la conducta de tomar medicamentos recetados sin autorización médica o en exceso, las diferencias significativas aparecen entre los alumnos de trabajo social y los de psicología ($F = 2.70$; $p = .000$) (Ver Figura 5.14).

Al diferenciar las conductas de riesgo por cantidad de *suspensos*, solamente aparecen diferencias significativas en la de consumir medicamentos en exceso o sin receta médica ($F = 3.05$; $p = .010$). Así, los datos indican que existen diferencias entre los alumnos que suspenden 6 o más asignaturas con el resto de estudiantes. De manera que los alumnos que más suspenden 6 o más asignaturas consumen con mayor frecuencia medicamentos sin recetar o en exceso.

Atendiendo a la *situación sentimental* de los participantes, encontramos que existen diferencias con respecto a la participación en conductas de riesgo. Así, encontramos diferencias significativas en relación a conducir un coche ($F = 5.14$; $p = .002$), entre los jóvenes con pareja estable y los solteros. En este caso, los que se encuentran en una pareja estable, parecen conducir con mayor frecuencia. Por otro lado, en relación al consumo de alcohol, encontramos diferencias significativas ($F = 3.37$; $p = .018$), entre los universitarios que se encuentran con una pareja ocasional y los que se encuentran en una pareja estable ($p = .011$), siendo los primeros los que consumen alcohol con mayor frecuencia. Seguidamente, encontramos diferencias significativas en el comportamiento de robar en tiendas ($F = 3.11$; $p = .026$), donde las diferencias

aparecen entre los que se encuentran en relaciones ocasionales y los que se encuentran solteros ($p = .027$) y los que se encuentran en una relación estable ($p = .020$). De este modo, los datos sugieren que los que se encuentran en una relación ocasional roban en tiendas con mayor frecuencia que el resto de universitarios.

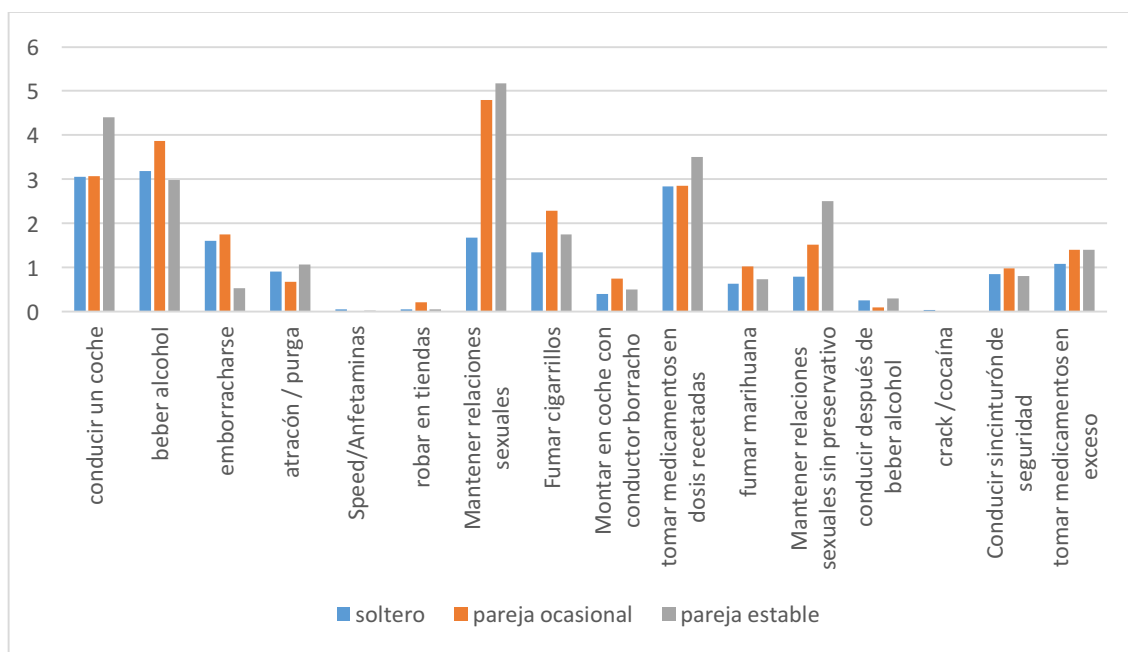


Figura 5.15 Puntuaciones medias de conductas de riesgo en función de la situación sentimental

Siguiendo con las diferencias en este aspecto, encontramos que, en relación al comportamiento de mantener relaciones sexuales, aparecen diferencias significativas ($F = 166.83$; $p = .000$) entre los que se encuentran solteros con los que están en una relación ocasional ($p = .000$) y en una pareja estable ($p = .000$), pero no entre estos dos últimos. En este caso, los datos sugieren que los jóvenes que se encuentran en una relación del tipo que sea, llevan a cabo con mayor frecuencia esta conducta.

A continuación, el comportamiento de tomar los medicamentos en las dosis recetadas también muestra diferencias significativas ($F = 3.45$; $p = .016$). En este caso, las diferencias aparecen entre los universitarios que tienen pareja estable con respecto a los que se encuentran solteros ($p = .040$), indicándose de

este modo, que los que tienen pareja estable consumen los medicamentos de acuerdo a la receta del médico, con mayor frecuencia que los solteros.

Finalmente, en el caso de la conducta de mantener relaciones sexuales sin preservativo, encontramos una tendencia a que cuanto mayor estabilidad hay en la pareja, menor uso se hace de este método anticonceptivo ($F = 26,48$; $p = .000$). En este caso, las diferencias aparecen entre los jóvenes con pareja estable y los solteros ($p = .000$) y los que se encuentran en una relación ocasional ($p = .050$), pero no entre estos dos últimos (Ver Figura 5.15).

Por otro lado, al analizar las puntuaciones de comportamiento de riesgo en relación al *estado civil de los padres*, no se encuentran diferencias significativas entre los universitarios cuyos padres se encuentran casados y aquellos que se encuentran divorciados o aquellos que solamente tienen un progenitor vivo.

Sin embargo, al realizar los análisis en relación a *la situación laboral* de los universitarios, encontramos una serie de diferencias significativas entre las conductas. Así, se observó que, en todas las actividades evaluadas, los que trabajan, las llevaban a cabo con mayor frecuencia. Así, en relación a la conducta de conducir un coche, aparecen diferencias significativas ($t = 6.08$; $p = .000$) entre los universitarios que trabajan, que suelen conducir con una frecuencia media de 2-3 veces por semana, y los que no trabajan, que conducen entre 2-3 días al mes ($p = .000$). Igualmente, de acuerdo a las relaciones sexuales, aparecen diferencias significativas ($t = 3.19$; $p = .002$), de modo que los que trabajan suelen tener una frecuencia mayor en sus relaciones sexuales que los que no trabajan ($p = .003$), incluso sin preservativo ($p = .000$). Finalmente, de acuerdo al comportamiento de conducir después de haber consumido alcohol, también aparecen diferencias significativas ($t = 2.18$; $p = .032$) encontramos que también participan con mayor frecuencia los que trabajan ($p = .032$) (Ver Figura 5.16).

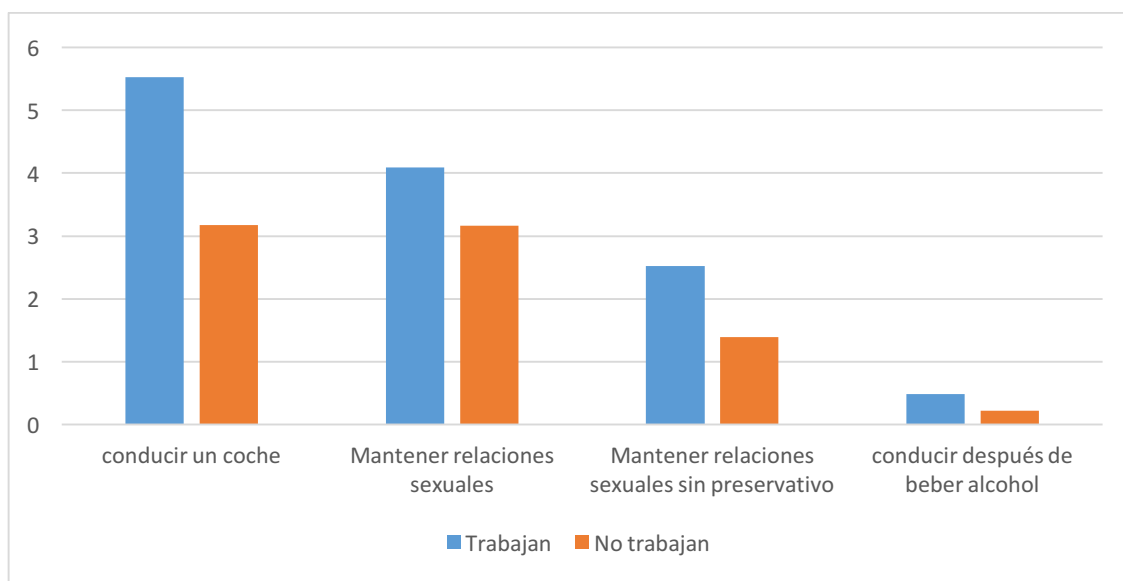


Figura 5.16. Puntuaciones medias de conductas de riesgo en función de la situación laboral

Sin embargo, cuando analizamos los datos de acuerdo a la *situación laboral de los padres* no se encuentran diferencias significativas a destacar.

Por otro lado, cuando comparamos las puntuaciones de las conductas de riesgo de acuerdo al *nivel socioeconómico*, encontramos diferencias en la frecuencia de participación en varios comportamientos. Así, se observó como la frecuencia para cada uno de los comportamientos descritos es mayor en aquellos universitarios pertenecientes a un nivel socioeconómico alto. Sin embargo, probablemente por la escasa muestra recogida de este grupo socioeconómico, la *post hoc* de Bonferroni no ha encontrado diferencias significativas entre este grupo en todos los casos. Sin embargo, en la conducta de conducir un coche ($F = 4.46$; $p = .004$), sí se han encontrado entre los jóvenes pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo y los del medio ($p = .019$). De acuerdo a las diferencias en la conducta de mantener relaciones sexuales ($F = 3.42$; $p = .017$), la prueba *post hoc* de Bonferroni no encuentra diferencias significativas entre ningún grupo. Sin embargo, sí que lo hace en el comportamiento de atracón/purga ($t = 4.15$; $p = .006$), donde destaca diferencias entre los universitarios pertenecientes al nivel socioeconómico alto con respecto al bajo ($p = .005$), medio ($p = .010$) y medio – alto ($p = .015$). De este modo, los datos sugieren que los pertenecientes a niveles socioeconómicos altos llevan a

cabo conductas de atracón y purga con mayor frecuencia que los pertenecientes al resto de niveles socioeconómicos (Ver Figura 5.17).

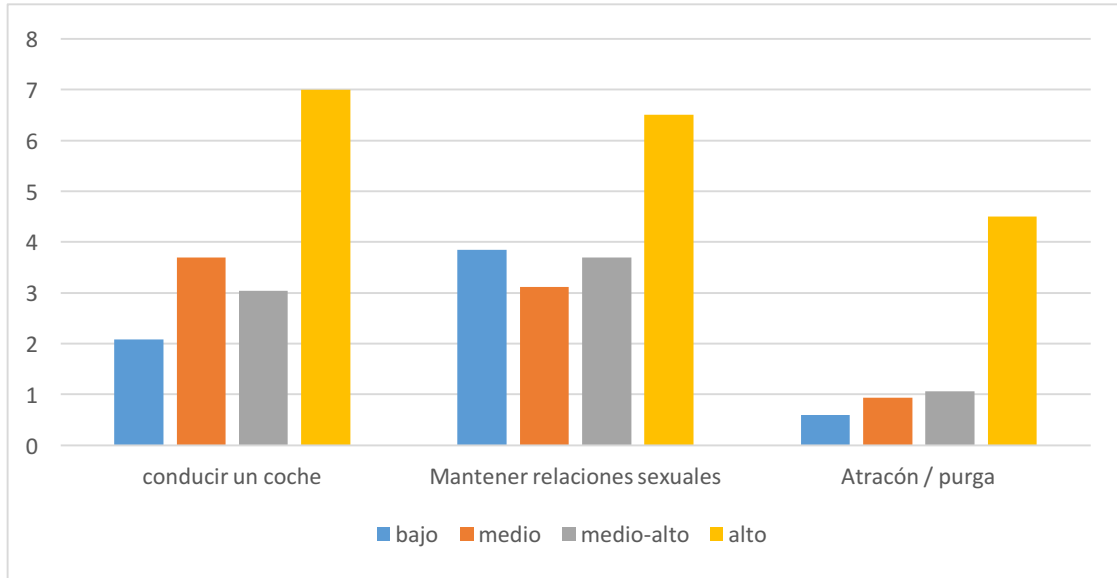


Figura 5.17 Puntuaciones medias de conductas de riesgo en función del nivel socioeconómico

Para finalizar, se han realizado los análisis comparando las conductas de riesgo en función de la *edad*. En este caso se han encontrado diferencias significativas en varias actividades de riesgo.

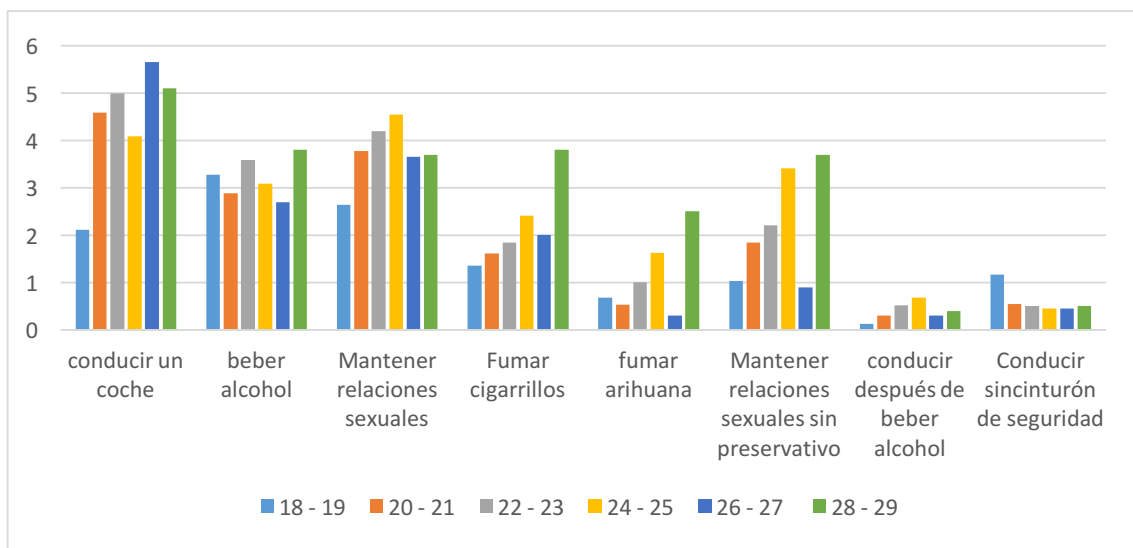


Figura 5.18 Puntuaciones medias de conductas de riesgo en función de la edad

Así, encontramos que existen diferencias significativas en el comportamiento de conducir un coche ($F = 23.36$; $p = .000$). Así, la prueba *post hoc* de Bonferroni, señala que existen diferencias entre los más jóvenes con el resto de universitarios, de modo que los datos sugieren que los estudiantes más jóvenes conducen con menos frecuencia que el resto de compañeros mayores.

Por otro lado, el comportamiento de beber alcohol también indica diferencias significativas ($F = 2.50$; $p = .030$). Sin embargo, la prueba *post hoc* de Bonferroni, no encuentra que estas diferencias sean reales estadísticamente.

En relación con la conducta de mantener relaciones sexuales, las diferencias significativas ($F = 8.53$; $p = .000$) aparecen entre los universitarios de entre 18 – 19 años con respecto a los de 20 – 21 ($p = .000$), 22 – 23 ($p = .000$) y 24 – 25 ($p = .007$). En este sentido, parece que los más jóvenes mantienen una frecuencia de relaciones sexuales menores que el resto de sus compañeros de hasta 25 años.

En el caso de fumar cigarrillos, que la prueba ANOVA había identificado diferencias significativas ($F = 2.33$; $p = .040$), la prueba *post hoc* de Bonferroni, no señala diferencias entre los grupos.

Teniendo en cuenta las diferencias señaladas sobre fumar marihuana ($F = 4.31$; $p = .001$), encontramos que los universitarios de mayor edad fuman con una frecuencia significativamente mayor que aquellos compañeros de entre 18 – 19 años ($p = .008$), de 20 – 21 ($p = .003$) y de 26 – 27 ($p = .007$).

De acuerdo al comportamiento de mantener relaciones sexuales sin preservativo, las diferencias significativas ($F = 8.77$; $p = .000$), aparecen entre los universitarios más jóvenes con los de 20 - 21 ($p = .004$), de 22 – 23 ($p = .010$), de 24 – 25 ($p = .000$) y 28 – 29 ($p = .008$). Así, parece que los universitarios de 18-19 años mantienen relaciones sexuales sin preservativo con menos frecuencia que sus compañeros mayores

El comportamiento de conducir después de haber bebido también muestra diferencias ($F = 4.50$; $p = .000$). En este caso, aparecen diferencias entre los universitarios de entre 18 – 19 años, con respecto a sus compañeros de 22 – 23

años ($p = .007$) y de 24 – 25 ($p = .017$). De nuevo, los datos sugieren que los más jóvenes llevan a cabo este comportamiento de riesgo con menor frecuencia que el resto de sus compañeros.

Para finalizar, en relación al comportamiento de conducir sin cinturón de seguridad, las diferencias que se han encontrado ($F = 4.59$; $p = .000$), aparecen entre los jóvenes de entre 18 -19 años y los de 20 – 21 ($p = .001$). De modo que, en esta ocasión, son los más jóvenes los que con más frecuencia viajan sin el cinturón de seguridad.

De este modo, finaliza el Apartado I , donde se ha realizado el análisis descriptivo de los cuestionarios según los datos sociodemográficos. A continuación comenzará el Apartado II, donde se profundizará en la elaboración de un modelo teórico que explique la implicación de la percepción de riesgo sobre el desarrollo de conductas de salud y conductas de riesgo en los jóvenes universitarios.

Parte II: Correlaciones

En esta parte se va a estudiar por un lado, la relación las variables evaluadas con la percepción de riesgo, y por otro con las conductas de riesgo.

De acuerdo a la falta de equivalencia entre las muestras recogidas de acuerdo al género, para los análisis posteriores, se decidió realizar los análisis diferenciados por sexos. En este sentido al comprobar los datos del Ministerio de Educación y Ciencia de España (2016), se encontró que de un total de 1278688 estudiantes universitarios, el 54.63% eran mujeres (N = 698626) y el 46.37% eran hombres (N = 577068). De este modo, la muestra recogida para este estudio aparece con sesgos hacia el porcentaje de mujeres evaluadas (76.62%) frente al de hombres (23.38%), ya que las titulaciones seleccionadas pertenecen a áreas donde tradicionalmente han existido mayor número de mujeres matriculadas. En este sentido, tratar los datos de manera global implicarían errores estadísticos y metodológicos que impedirían extrapolar los resultados a la población general. De este modo, los siguientes resultados se presentan atendiendo a estas diferencias de género.

5.2.1 Correlación entre la percepción de riesgo con las variables psicosociales y de salud evaluadas.

A continuación, se exponen los resultados de los análisis de correlación realizados entre la percepción de riesgo y las variables psicosociales medidas en este trabajo. Estos análisis se van a dividir en tres apartados:

- Correlación con variables psicológicas.
- Correlación con variables sociales.
- Correlación con conductas de salud.

5.2.1.1 Percepción de riesgo y variables psicológicas.

Las variables psicológicas evaluadas han sido búsqueda de sensaciones, impulsividad, autoestima, satisfacción vital, felicidad, optimismo, pesimismo y autoeficacia general. A su vez, se han incluido las variables de experiencias previas con conductas de riesgo y percepción de beneficios en esas conductas (Ver Tabla 5.41).

Tabla 5.41

Correlaciones entre percepción de riesgo y variables psicológicas evaluadas, diferenciada por géneros.

ESCALAS TOTALES	HOMBRES	MUJERES
<i>Subescalas</i>		
BÚSQUEDA DE SENSACIONES	-.175*	-.125**
<i>Búsqueda de emociones</i>	-.011	-.045
<i>Búsqueda de experiencias</i>	-.226**	-.077**
<i>Desinhibición</i>	-.194*	-.155**
<i>Sensibilidad al aburrimiento</i>	-.054	-.054
IMPULSIVIDAD	.142	.114*
<i>Impulsividad cognitiva</i>	.005	.098**
<i>Impulsividad motora</i>	-.029	-.018
<i>Impulsividad no planeada</i>	.308**	.179**
AUTOESTIMA	.080	.060
SATISFACCIÓN VITAL	.148	.111*
AUTOEFICACIA	.089	.060
OPTIMISMO	.164	.012
PESIMISMO	.006	-.047
FELICIDAD	.154	.107*
<i>Sentido positivo</i>	.143	.058
<i>Satisfacción con la vida</i>	.112	.091
<i>Realización personal</i>	.122	.145**
<i>Alegría de vivir</i>	.146	.072
PARTICIPACIÓN PREVIA	.086	.085
BENEFICIOS PERCIBIDOS	-.267**	-.157**

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$. NOTA: en mayúsculas las escalas totales y a continuación en minúscula y en cursiva las subescalas de esa escala

De acuerdo a los hombres, se observan correlaciones significativas y positivas, con la impulsividad no planeada ($r = .308, p \leq .01$) y negativas y significativas con la búsqueda de sensaciones ($r = -.175, p \leq .05$), búsqueda de experiencias ($r = -.226, p \leq .01$), la desinhibición ($r = -.194, p \leq .01$) y con los beneficios percibidos en la actividad ($r = -.267, p \leq .01$).

En el caso de las mujeres, encontramos relaciones positivas y significativas entre la percepción de riesgo y la impulsividad ($r = .114, p \leq .05$), la impulsividad cognitiva ($r = .098, p \leq .01$), la impulsividad no planeada ($r = .179, p \leq .01$), la satisfacción vital ($r = .111, p \leq .05$), la felicidad ($r = .107, p \leq .05$) y la realización personal ($r = .145, p \leq .01$) y correlaciones negativas y significativas con la búsqueda de sensaciones ($r = -.125, p \leq .01$), la búsqueda de experiencias ($r = -.077, p \leq .01$), la desinhibición ($r = -.155, p \leq .01$) y los beneficios percibidos ($r = -.157, p \leq .01$), de manera que aquellas universitarias con mayor percepción de riesgo tendrían niveles superiores de impulsividad, de satisfacción vital, de felicidad y de realización personal, mientras que tendrían niveles más bajos de búsqueda de sensaciones y de experiencias, menor desinhibición y menores riesgos percibidos.

5.2.1.2 Percepción de riesgo y variables sociales

Las variables sociales evaluadas han sido el apoyo social, el bienestar social y la satisfacción con la familia, junto con sus subescalas correspondientes.

En el caso de los hombres, se encuentran correlaciones positivas y significativas con el apoyo social ($r = .296, p \leq .01$), la alianza confiable ($r = .266, p \leq .01$), la orientación ($r = .242, p \leq .01$), el apego ($r = .213, p \leq .05$), la integración social ($r = .203, p \leq .05$), refuerzo de valía ($r = .227, p \leq .01$), la oportunidad de cuidar ($r = .219, p \leq .01$), integración social ($r = .186, p \leq .01$) y con la contribución social ($r = .173, p \leq .01$). Por otro lado, las mujeres encuentran correlaciones positivas y significativas entre la percepción de riesgo y la actualización social ($r = .139, p \leq .01$), la coherencia social ($r = .114, p \leq .01$), la integración social ($r = .099, p \leq .01$) y con la contribución social ($r = .134, p \leq .01$) (Ver Tabla 5.42).

Tabla 5.42

Correlaciones entre percepción de riesgo y variables sociales evaluadas, diferenciada por géneros.

ESCALAS TOTALES	HOMBRES	MUJERES
<i>Subescalas</i>		
APOYO SOCIAL	.296**	.064
<i>Alianza confiable</i>	.266**	.034
<i>Orientación</i>	.242**	.071
<i>Apego</i>	.213*	.000
<i>Integración social</i>	.203*	.058
<i>Refuerzo de valía</i>	.227**	.073
<i>Oportunidad de cuidar</i>	.219**	.058
<i>BS Aceptación social</i>	.080	.045
<i>BS Actualización social</i>	.040	.139**
BS Coherencia social	-.031	.114*
BS integración social	.186*	.099*
BS contribución social	.173*	.134**
SATISFACCIÓN FAMILIAR	.144	.056

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$. *NOTA:* en mayúsculas las escalas totales y a continuación en minúscula y en cursiva las subescalas de esa escala. BS = perteneciente a la escala de Bienestar Social.

5.2.1.3 Percepción de riesgo y conductas de salud

Las conductas de salud que se han evaluado han sido las frecuencias con las que practicaban actividad física, mantenían una alimentación saludable, tenían una higiene del sueño adecuada, se cuidaban o acudían a revisiones médicas, consumían sustancias y mantenían relaciones sexuales saludables (Ver Tabla 5.43).

Tabla 5.43

Correlaciones entre percepción de riesgo y conductas de salud diferenciadas por géneros

ESCALAS TOTALES	HOMBRES	MUJERES
<i>Subescalas</i>		
<i>Actividad física</i>	-.104	.038
<i>Alimentación saludable</i>	.007	.097*
<i>Higiene del sueño</i>	.045	.115*
<i>Autocuidados y cuidados médicos</i>	.236**	.208**
<i>Consumo de sustancias</i>	.128	.086
<i>Relaciones sexuales saludables</i>	.026	.104*

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$,

Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas tanto para las mujeres como para los hombres. Así, encontramos que mientras en los hombre la única variable de salud que correlaciona con la percepción de riesgo es la de autocuidado y cuidados médicos ($r = .236$, $p \leq .01$), las mujeres encuentran más variables que correlacionan con la percepción de riesgo. De este modo, aparecen correlaciones positivas y significativas con la alimentación saludable ($r = .097$, $p \leq .05$), con la higiene del sueño ($r = .115$, $p \leq .01$), con los autocuidados y cuidados médicos ($r = .208$, $p \leq .01$) y con las relaciones sexuales saludables ($r = .104$, $p \leq .05$).

Parte III: Comparación de medias

En este apartado se van a realizar los análisis de comparación de participación en conductas de riesgo de acuerdo a los niveles de percepción de riesgo. Para realizar los análisis, se ha dividido la muestra en tres partes para cada bloque utilizando el criterio del punto medio $\pm 1 DT$ (Ver Tabla 5.44), de modo que aquellos participantes que puntúan entre el mínimo y el punto de corte de la primera desviación típica por debajo de la media se han clasificado como grupo con “baja percepción de riesgo”, mientras que los que puntúan por encima de una desviación típica superior la media, ha sido clasificados como el grupo de “alta percepción de riesgo”. Aquellos universitarios que obtienen puntuaciones más cercanas a la media no fueron tenidos en cuenta en estos análisis.

Tabla 5.44

Puntos de corte para la clasificación de cada grupo

ESCALA <i>factores</i>	Media	DT	grupo baja PR	Grupo alta PR
TOTAL PR	84.37	13.25	0 – 71.12	97.62 – 128
<i>Actividades riesgo alto</i>	64.26	9.37	0 – 54.89	73.63 - 80
<i>Actividades riesgo moderado</i>	14.16	3.89	0 – 10.27	18.05 – 24
<i>Actividades riesgo bajo</i>	5.95	3.34	0 – 2.61	9.29 - 24

PR = Percepción de riesgo; DT = Desviación típica

Por otro lado, se ha realizado una prueba t de Student para comparar las puntuaciones medias en comportamientos de riesgo que cada grupo ha obtenido (Ver Tabla 5.45).

Tabla 5.45

Puntuaciones en conductas de riesgo dividido en función de la percepción de riesgo.

Escala	Grupos	N	Media	DT	t	p	/d/
TOTAL Participación	Baja PR	84	19.91	12.57	-1.81	.072	-
	Alta PR	94	23.17	11.38			
<i>Actividades de alto riesgo</i>	Baja PR	85	19.08	12.71	-2.27	.007**	.40
	Alta PR	101	23.93	11.37			
<i>Actividades riesgo moderado</i>	Baja PR	110	20.70	12.47	-.443	.65	-
	Alta PR	83	21.44	10.27			
<i>Actividades riesgo bajo</i>	Baja PR	79	20.08	11.83	-2.37	.019*	.37
	Alta PR	88	24.39	11.57			

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$; PR = Percepción de riesgo; DT = Desviación típica; t = Estadístico de Student; /d/ = Estadístico d de Cohen

En este caso, observamos diferencias significativas en las subescalas de actividades de riesgo alto y actividades de riesgo bajo, pero no en la escala total ni en las actividades de riesgo bajo. En el caso de las actividades de riesgo alto, encontramos que los sujetos con una baja percepción de riesgo, puntúan significativamente menos en participación en conductas de riesgo que aquellos con una percepción de riesgo más alta ($t = -2.27$; $p = .007$). Lo mismo ocurre al observar las diferencias en participación relacionadas con las actividades de riesgo bajo, donde el grupo de mayor percepción de riesgo, participa significativamente con más frecuencia, que aquellos con una percepción de riesgo más baja ($t = -2.37$; $p = .019$).

Parte IV: Análisis de regresión

En esta parte, tras la elaboración de las tablas de correlaciones entre las variables psicosociales evaluadas, se exponen los resultados de los análisis de regresión realizados, donde se ha utilizado, en un primer momento, la *percepción de riesgo*, como variable dependiente y, en un segundo, la participación en *conductas de riesgo*.

5.4.1 Percepción de riesgo y variables psicológicas

En primer lugar, se han considerado como variables psicológicas predictoras la previa participación en comportamientos de riesgo, la percepción de beneficios que se encuentra en ese comportamiento, la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la autoestima, la satisfacción vital, la felicidad, el optimismo, el pesimismo y la autoeficacia general, así como cada una de las subescalas de cada una de ellas (Ver Tabla 5.46).

Tabla 5.46

Análisis de regresión de percepción de riesgo y variables psicológicas diferenciada por géneros^a

VARIABLE DEPENDIENTE Variable independiente	R ² /r	Cambio R ²	F	β
MUJERES				
PERCEPCIÓN DE RIESGO				
IMP. Impulsividad no planeada		.034		.16***
Beneficios percibidos		.025		-.16***
Experiencia previa	.11 / .33	.015	11.03***	.16***
BBSS. Desinhibición		.025		-.17***
FEL. Realización personal		.011		.10*
HOMBRES				
PERCEPCIÓN DE RIESGO				
IMP. Impulsividad no planeada		.096		.28***
Beneficios percibidos		.049	8.50***	-.23**
Experiencia previa	.18 / .45	.026		.21*
BBSS. Búsqueda de experiencias		.034		-.19*

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. *NOTA: IMP = Subescala de Impulsividad; BBSS = Subescala de Búsqueda de Sensaciones; FEL = Subescala de Felicidad.* ^a *Se presenta el último modelo de la regresión*

Con respecto a las mujeres, solamente el 11% de la varianza de la percepción del riesgo fue explicada por la *impulsividad no planeada* ($\beta = .16, p \leq 0.001$), los *beneficios percibidos* ($\beta = -.16, p \leq 0.001$), la *experiencia previa* ($\beta = .16, p \leq 0.001$), la *desinhibición* ($\beta = -.17, p \leq 0.001$) y la *realización personal* ($\beta = .10, p \leq 0.05$). En el caso de los hombres, las diferentes variables evaluadas percibieron un 18% de la varianza de la percepción de riesgo. En este caso esta varianza estaba formada por *impulsividad no planeada* ($\beta = .28, p \leq 0.001$), *beneficios percibidos* ($\beta = -.23, p \leq 0.001$), *experiencia previa* ($\beta = .21, p \leq 0.001$) y *búsqueda de experiencias* ($\beta = -.19, p \leq 0.001$).

5.4.2 Percepción de riesgo y variables sociales

En segundo lugar, las variables introducidas para comprobar su valor predictor fueron el apoyo social, el bienestar social y la satisfacción familiar, con las subescalas de cada una de ellas. En este caso encontramos que, para las mujeres, la varianza explicaba un 2% la percepción de riesgo, encontrándose que la *actualización social* predijo el 11% de la varianza y la *contribución social*, el 10% de la varianza. En el caso de los hombres, encontramos que el 8% de la varianza explicada estaba formado por el *apoyo social* ($\beta = .29, p \leq 0.001$) (Ver Tabla 5.47).

Tabla 5.47

Análisis de regresión de percepción de riesgo y variables sociales diferenciada por géneros^a

VARIABLE DEPENDIENTE	R ² /r	Cambio R ²	F	β
Variable independiente				
MUJERES				
PERCEPCIÓN DE RIESGO				
BS. Actualización social	.02 / 13	.019	6.53***	.11*
BS. Contribución social		.009		.10*
HOMBRES				
PERCEPCIÓN DE RIESGO				
Apoyo Social	.08 / .29	.082	12.05***	.29***

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. NOTA: BS = Subescala de Bienestar Social. ^a Se presenta el último modelo de la regresión

5.4.3 Percepción de riesgo, y conductas de salud.

En tercer lugar, se realizó un análisis de regresión de la percepción de riesgo, considerando como variables predictoras las variables de salud de frecuencia de realización de actividad física, de autocuidado y cuidados médicos, de alimentación saludable, del sueño y del consumo de sustancias. Así, pudimos observar que tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres, la variable que ha demostrado ser predictora de la percepción de riesgo es el *autocuidado y cuidados médicos*. Así la varianza explicada para las mujeres es del 4% ($\beta = .20, p \leq 0.001$) y para los hombres es de ($\beta = .24, p \leq 0.01$) (Ver Tabla 5.48).

Tabla 5.48

Análisis de regresión de percepción de riesgo y variables de salud, diferenciada por géneros^a

VARIABLE DEPENDIENTE Variable independiente	R ² /r	Cambio R ²	F	β
MUJERES				
PERCEPCIÓN DE RIESGO				
Autocuidado y cuidados médicos	.04 / .23	.04	19.73***	.20***
HOMBRES				
PERCEPCIÓN DE RIESGO				
Autocuidado y cuidados médicos	.05 / .20	.05	8.00**	.24**

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.^a Se presenta el último modelo de la regresión

5.4.4 Conducta de riesgo y variables psicológicas.

En relación a las conductas de riesgo, en un primer momento, se han considerado como variables psicológicas predictoras la percepción de riesgo asociado a las conductas de riesgo, la percepción de beneficios que se encuentra en ese comportamiento, la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la autoestima, la satisfacción vital, la felicidad, el optimismo, el pesimismo y la

autoeficacia general, así como cada una de las subescalas de cada una de ellas (Ver Tabla 5.49).

Tabla 5.49

Análisis de regresión de percepción de riesgo y variables psicológicas diferenciada por géneros^a

VARIABLE DEPENDIENTE Variable independiente	R ² /r	Cambio R ²	F	β
MUJERES				
CONDUCTA DE RIESGO				
BBSS. Desinhibición		.10		.25***
Autoeficacia		.032		.13**
BBSS. Búsqueda de experiencias	.19 / .45	.023	22.68***	.16***
Percepción de Beneficios		.019		.16***
Percepción de Riesgo		.022		.15***
HOMBRES				
CONDUCTA DE RIESGO				
Percepción de Beneficios		.087		.27**
BBSS. Búsqueda de sensaciones	.15 / .41	.047	9.00***	.25**
Percepción de Riesgo		.035		.19*

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. NOTA: BBSS = Subescala de Búsqueda de Sensaciones;

^a Se presenta el último modelo de la regresión

Con respecto a las mujeres, el 19% de la varianza de las conductas de riesgo estaba explicada por la *desinhibición* ($\beta = .25$, $p \leq 0.001$), la *autoeficacia* ($\beta = .13$, $p \leq 0.01$), la *búsqueda de experiencias* ($\beta = .16$, $p \leq 0.001$), la *percepción de beneficios* ($\beta = .16$, $p \leq 0.001$) y la *percepción de riesgo* ($\beta = .15$, $p \leq 0.001$), todos en sentido positivo. Con respecto a los hombres, el 15% de la varianza de las conductas de riesgo estuvo explicada por la *percepción de beneficios* ($\beta = .27$, $p \leq 0.01$), la *búsqueda de sensaciones* ($\beta = .25$, $p \leq 0.01$) y por la *percepción de riesgo* ($\beta = .19$, $p \leq 0.05$), todos en sentido positivo.

5.4.5 Conducta de riesgo y variables sociales

En un segundo momento, se realizó la regresión múltiple sobre la conducta de riesgo utilizando las variables predictoras de apoyo social, bienestar social y satisfacción familiar (Ver Tabla 5.50).

Tabla 5.50

Análisis de regresión de percepción de riesgo y variables sociales diferenciada por géneros^a

VARIABLE DEPENDIENTE Variable independiente	R ² /r	Cambio R ²	F	β
MUJERES				
CONDUCTA DE RIESGO				
AS apego		.057		.21***
SATISFACCIÓN FAMILIAR	.11 / .35	.039	15.96***	-.22***
AS oportunidad de cuidar		.019		-.13**
BS Actualización social		.010		.10*
HOMBRES				
CONDUCTA DE RIESGO				
AS apego		.078		.34***
BS aceptación social	.14 / .38	.068	11.56***	-.27***

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. NOTA: AS = Subescala de Apoyo Social; BS = Subescala de Bienestar Social. ^a Se presenta el último modelo de la regresión

En relación a las mujeres, encontramos que el 11% de la varianza de la conducta de riesgo quedó explicada por el apego ($\beta = .21$, $p \leq 0.001$), la satisfacción familiar ($\beta = -.22$, $p \leq 0.001$), la oportunidad de cuidar ($\beta = -.13$, $p \leq 0.01$) y la actualización social ($\beta = .10$, $p \leq 0.05$). En el caso de los hombres, el 14% de la varianza de la conducta de riesgo, estuvo explicada por el apego ($\beta = .34$, $p \leq 0.01$) y la aceptación social ($\beta = -.27$, $p \leq 0.01$)

5.4.6 Conducta de riesgo y conductas de salud

Finalmente, se ha realizado un análisis de regresión donde se han propuesto como variables predictivas la frecuencia de realización de actividad física, la frecuencia de autocuidados y cuidados médicos, la calidad de la alimentación, la higiene del sueño, la frecuencia de consumo de sustancias y la seguridad en las relaciones sexuales. En el caso de las mujeres, la varianza explica el 40% de las conductas de riesgo a través de las variables de *consumo de sustancias* ($\beta = -.59, p \leq 0.001$) y de *relaciones sexuales saludables* ($\beta = .16, p \leq 0.001$). Por otro lado, en los hombres, también encontramos que las conductas de riesgo están predichas en un 46% por las variables de *consumo de sustancias* ($\beta = -.60, p \leq 0.001$) y de *relaciones sexuales saludables* ($\beta = .30, p \leq 0.001$) (Ver Tabla 5.53).

Tabla 5.51

Análisis de regresión de percepción de riesgo y conductas de salud^a

VARIABLE DEPENDIENTE Variable independiente	R ² /r	Cambio R ²	F	β
MUJERES				
CONDUCTA DE RIESGO				
Consumo de sustancias	.40 / .63	.371	149.57***	-.59***
Relaciones sexuales saludables		.028		.16***
HOMBRES				
CONDUCTA DE RIESGO				
Consumo de sustancias		.375	60.40***	-.60***
Relaciones sexuales saludables	.46 / .68	.097		.31***

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.^a Se presenta el último modelo de la regresión

Parte V: Ecuaciones estructurales

En esta parte se exponen los resultados correspondientes con el objetivo general 5, relacionados con la elaboración de ecuaciones estructurales que expliquen las relaciones que las variables tienen con respecto a la percepción de riesgo y la participación de riesgo.

Para la comprobación de los datos del modelo se ha utilizado la aplicación AMOS del SPSS en su versión 20, que proporciona información a dos niveles: global y analítico. A un nivel global, se analiza la capacidad que tiene el modelo para ajustar los datos a la secuencia causal planteada, mientras que el nivel analítico nos da información sobre cada una de las relaciones establecidas. En el estudio del modelo que se propone, se seguirá el siguiente orden en la exposición de los resultados:

1. Representación gráfica de los modelos, incluyendo cada una de las variables observadas
2. Resultados a nivel global: índices de ajuste
3. Resultados a nivel analítico: Coeficientes estructurales correspondientes a cada una de las relaciones entre las variables, representación gráfica de las relaciones significativas con los coeficientes estructurales y porcentaje de varianza explicada por el modelo.
4. Por último, una vez observado que el modelo no ajusta del modo planteado, se propone un modelo alternativo en el que existen conexiones directas entre las variables psicosociales y las conductas de riesgo, del que también se presentan los resultados a nivel global y analítico

5.5.1 Representación gráfica del modelo hipotetizado

Para la elaboración del modelo se han utilizado las puntuaciones totales de cada una de las variables evaluadas en este trabajo (impulsividad, búsqueda de sensaciones, felicidad, optimismo, pesimismo, satisfacción vital, autoestima, autoeficacia, satisfacción familiar, apoyo social y bienestar social).

En la Figura 5.19 se muestra el modelo hipotetizado para su análisis, según el cual, la conducta de riesgo estaría determinada por la percepción de riesgo que, a su vez, estaría determinada por las variables psicosociales. Para la realización de los análisis se seleccionaron todas las escalas globales evaluadas tanto de las variables psicológicas como de las sociales, y se examinó la influencia que estas tenían sobre la percepción de riesgo y, posteriormente, la influencia que la percepción de riesgo tendría sobre la conducta de riesgo.

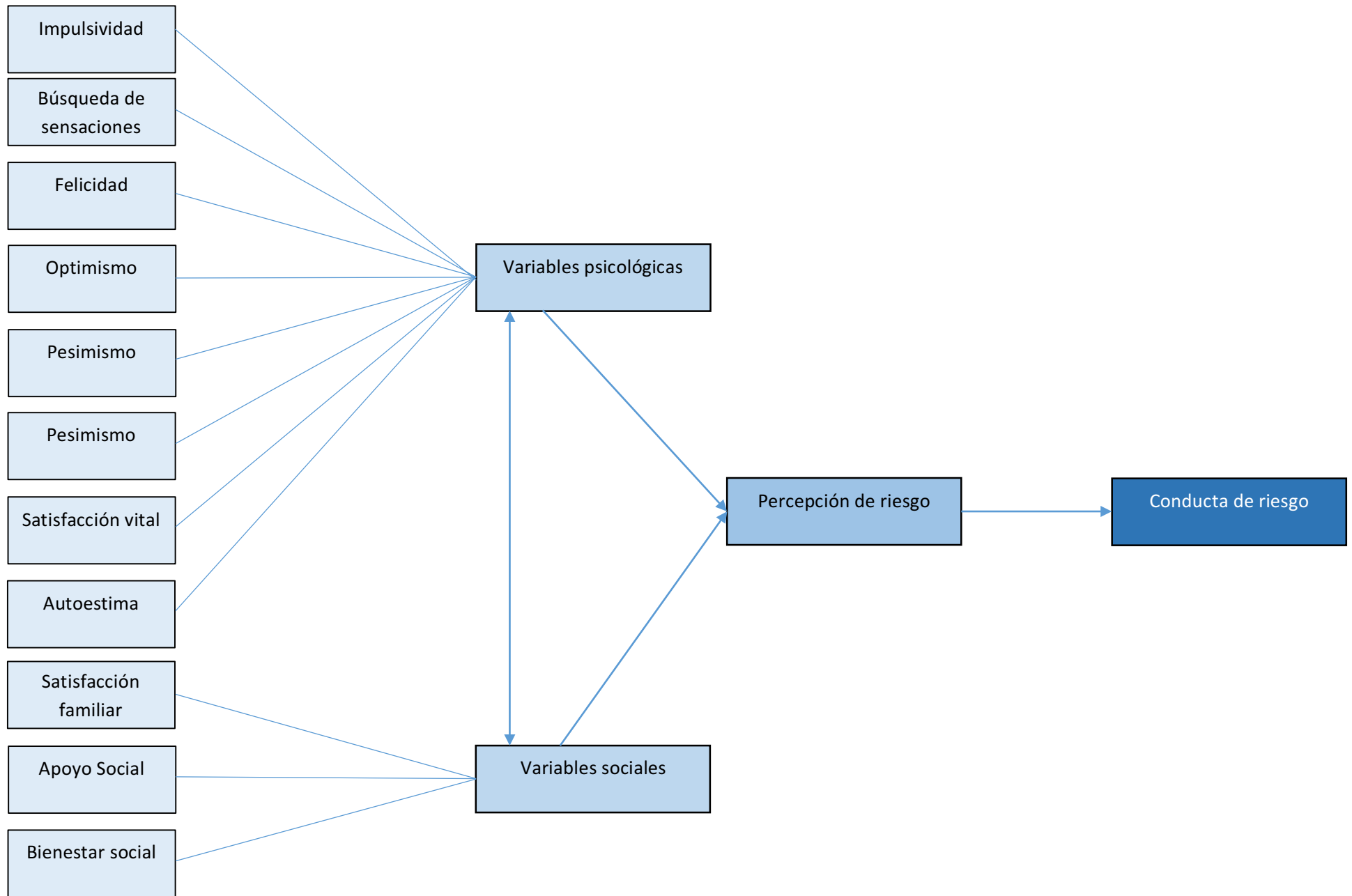


Figura 5.19. Modelo de ecuaciones estructurales hipotetizado

5.5.2. Resultados nivel global: índices de ajuste

En la Tabla 5.52 se presentan los índices de ajuste general (índices RMR, RMSEA, GFI y AGFI), comparativo (NFI, NNFI, IFI, CFI) y finalmente de parsimonia (PGFI y PNFI).

Tabla 5.52

Índices de ajuste del modelo hipotetizado

Ajuste	Índices de ajuste modelo	Rango óptimo	Valores obtenidos
Ajuste general	RMR	≤ .08	.08
	RMSEA	≤ .10	.10
	GFI	> .90	.85
	AGFI	> .90	.80
Ajuste Comparativo	NFI	> .90	.81
	NNFI	> .90	.80
	IFI	> .90	.83
	CFI	> .90	.83
Ajuste de parsimonia	PGFI	> .50	.61
	PNFI	> .50	.67

Los resultados de los índices de ajuste general muestran que el ajuste del modelo no es adecuado completamente. El índice RMR se encuentra en el límite aceptable (Browne y Cudeck, 1993) , al igual que lo hace el índice RMSEA (MacCallum et al, 1996), a pesar de que recientemente se recomiendan niveles inferiores a .08 (Steiger, 2007). Por su parte, los índices de GFI y AGFI se encuentran ligeramente por debajo del rango deseado. Estos resultados nos llevan a considerar la posible optimización del modelo reajustando algunas relaciones estructurales propuestas.

Con respecto al ajuste comparativo, todos los índices que los componen deberían tener un valor superior a .90, sin embargo, los índices obtenidos, pese a que se acercan al rango deseado, no llegan a esta puntuación (NFI = .81; NNFI = .80; IFI = .83; CFI = .83), lo que indica que el modelo no posee un buen ajuste de los datos.

Por último, en cuanto al ajuste de parsimonia, los índices deben puntuar por encima de .50. En nuestro modelo, tanto el índice PGFI como el PNFI se encuentran por encima del punto crítico (PGFI = .61; PNFI = .67), lo que indica un ajuste parsimonioso adecuado del modelo.

5.5.3 Resultados nivel analítico del modelo hipotetizado

Coefficientes estructurales

En la tabla 5.53 se presentan las relaciones y coeficientes estructurales de las dimensiones psicológicas y sociales y los resultados de percepción de riesgo y conducta de riesgo.

Tabla 5.53

Coefficientes estructurales de los elementos del modelo hipotetizado

Escala	Factor	Coefficiente
Búsqueda de sensaciones	Psicológico	.048
Impulsividad	Psicológico	.146
Autoestima	Psicológico	.775
Satisfacción vital	Psicológico	.828
Felicidad	Psicológico	.975
Optimismo	Psicológico	.628
Pesimismo	Psicológico	-.569
Autoeficacia	Psicológico	.591
Percepción de beneficios	Psicológico	.006
Apoyo social	Social	.772
Bienestar social	Social	.756***
Satisfacción familiar	Social	.445***
Factor	Medida	Coefficiente
Psicológico	Percepción de riesgo	-.031
Social	Percepción de riesgo	.198*
Medida	Resultado	Coefficiente
Percepción de riesgo	Conducta de riesgo	.084*

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$

Representación gráfica de relaciones significativas

En la figura 5.20 se presentan las relaciones significativas entre las variables observadas, encontradas en nuestro modelo.

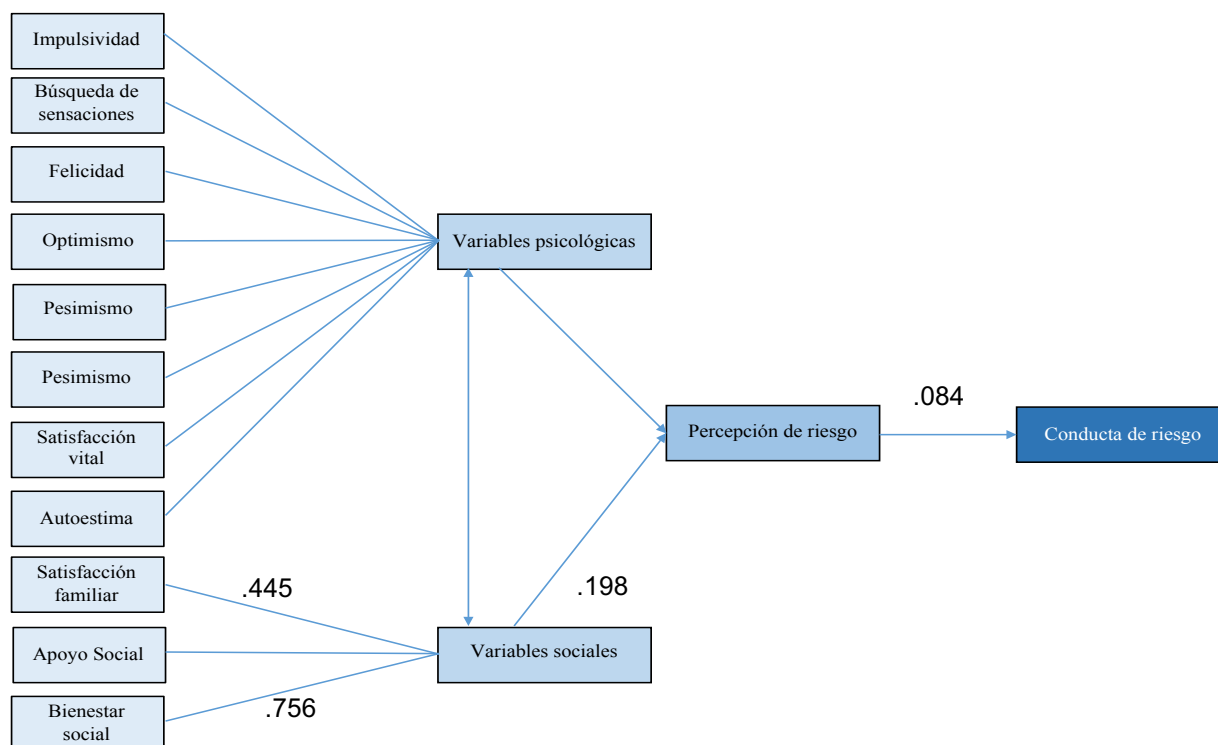


Figura 5.20: Representación gráfica del modelo de ecuaciones estructurales hipotetizado.

NOTA: Solo se muestran las relaciones significativas

Porcentaje de varianza explicada

Los datos relativos al porcentaje de varianza explicada por el modelo para cada una de las variables endógenas se presenta en la siguiente Tabla 5.54. En esta tabla se señala el porcentaje de varianza total explicada por las variables antecedentes de cada una de las variables objeto de estudio.

Así, observamos que las variables sociales y psicológicas evaluadas explican el 3% de la varianza de la percepción de riesgo. Mientras que el 1% de la varianza de la participación en conductas de riesgo, está explicada por la percepción de riesgo.

Tabla 5.54

Porcentaje de la varianza explicada por las variables evaluadas

Percepción de riesgo	Conducta de riesgo
3%	1%

5.5.4 Representación gráfica del modelo alternativo

A la vista de que el modelo de ecuaciones estructurales no ha arrojado datos empíricos relevantes para la aceptación del mismo, se ha planteado la posibilidad de que las variables psicosociales tengan un efecto directo sobre la conducta de riesgo, sin que esta esté mediada por la percepción de riesgo. De este modo se en la siguiente Figura 5.21, se muestra el modelo alternativo:

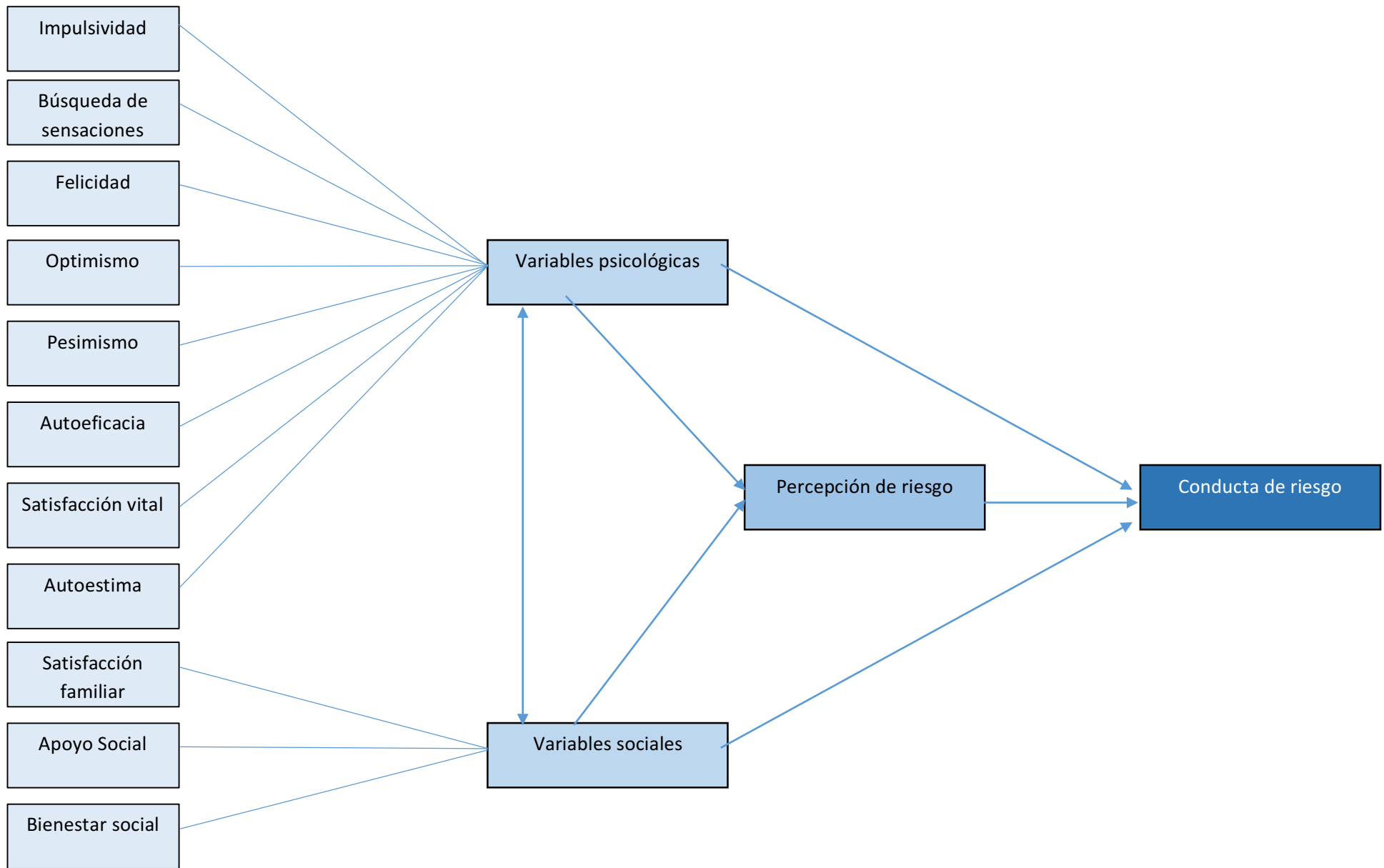


Figura 5.21. Modelo de ecuaciones estructurales alternativo

5.5.2. Resultados nivel global: índices de ajuste

En la Tabla 5.55 se presentan los índices de ajuste general (índices RMR, RMSEA, GFI y AGFI), comparativo (NFI, NNFI, IFI, CFI) y finalmente de parsimonia (PGFI y PNFI) para el modelo alternativo

Tabla 5.55

Índices de ajuste del modelo hipotetizado y alternativo

Ajuste	Índices de ajuste modelo	Rango óptimo	Modelo hipotetizado	Modelo alternativo
Ajuste general	RMR	≤ .08	.08	.07
	RMSEA	≤ .10	.10	.09
	GFI	> .90	.85	.89
	AGFI	> .90	.80	.84
Ajuste Comparativo	NFI	> .90	.81	.85
	NNFI	> .90	.80	.83
	IFI	> .90	.83	.87
	CFI	> .90	.83	.87
Ajuste de parsimonia	PGFI	> .50	.61	.60
	PNFI	> .50	.67	.66

Los resultados de los índices de ajuste general muestran resultados similares al modelo hipotetizado, aunque con un ajuste algo más adecuado a los indicadores óptimos. El índice RMR baja un punto y sigue encontrándose en el límite aceptable (Browne y Cudeck, 1993), al igual que lo hace el índice RMSEA (MacCallum et al, 1996), que en este caso se encuentra en valores más cercanos a los valores más recomendados recientemente inferiores a .08 (Steiger, 2007). Por su parte, los índices de GFI y AGFI, incrementan sutilmente su valor situándose ligeramente por debajo del rango deseado.

Con respecto al ajuste comparativo, todos los índices que los componen deberían tener un valor superior a .90, sin embargo, a pesar de que los valores obtenidos han mejorado con respecto al modelo hipotetizado, los índices obtenidos no llegan a esta puntuación crítica (NFI = .85; NNFI = .83; IFI = .87; CFI = .87), lo que indica que el modelo no posee un buen ajuste de los datos.

Por último, en cuanto al ajuste de parsimonia, los índices deben puntuar por encima de .50. En nuestro modelo, tanto el índice PGFI como el PNFI se encuentran por encima del punto crítico (PGFI = .60; PNFI = .66), lo que indica un ajuste parsimonioso adecuado del modelo.

5.5.5 Resultados nivel analítico del modelo alternativo

Coefficientes estructurales

En la tabla 5.56 se presentan las relaciones y coeficientes estructurales de las dimensiones psicológicas y sociales y los resultados de percepción de riesgo y conducta de riesgo.

Tabla 5.56

Coefficientes estructurales de los elementos del modelo

Escala	Factor	Coefficiente
Búsqueda de sensaciones	Psicológico	.092
Impulsividad	Psicológico	.169
Autoestima	Psicológico	.818*
Satisfacción vital	Psicológico	.701*
Felicidad	Psicológico	.906*
Optimismo	Psicológico	.675*
Pesimismo	Psicológico	-.615*
Autoeficacia	Psicológico	.649*
Percepción de beneficios	Psicológico	.023
Apoyo social	Social	.767
Bienestar social	Social	.776***
Satisfacción familiar	Social	.414***
Factor	Medida	Coefficiente
Psicológico	Percepción de riesgo	-.079
Social	Percepción de riesgo	.234**
Medida/Factor	Resultado	Coefficiente
Percepción de riesgo	Conducta de riesgo	.084
Psicológico	Conducta de riesgo	.052
Social	Conducta de riesgo	.090

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$

Representación gráfica de relaciones significativas

En la figura 5.22 se presentan las relaciones significativas entre las variables observadas, encontradas en el modelo alternativo.

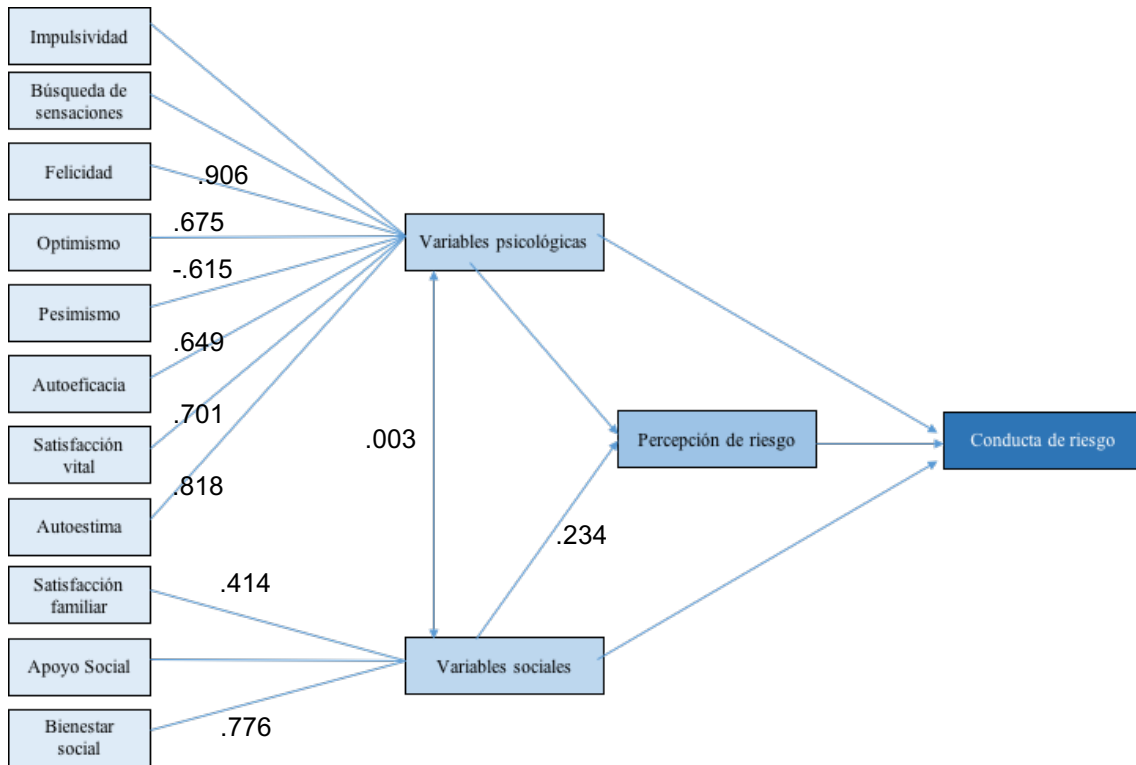


Figura 5.22: Representación gráfica del modelo de ecuaciones estructurales alternativo. NOTA: Solo se muestran las relaciones significativas

Porcentaje de varianza explicada

En este caso, el modelo alternativo muestra más relaciones significativas que el modelo hipotetizado. Sin embargo, no existe un cambio significativo en los valores de la varianza explicada.

En este caso, observamos que las variables sociales y psicológicas evaluadas explican el 3% de la varianza de la percepción de riesgo. Mientras que el 2% de la varianza de la participación en conductas de riesgo, está explicada por la percepción de riesgo, las variables psicológicas y las sociales.

Tabla 5.57

Porcentaje de la varianza explicada por las variables evaluadas

	Percepción de riesgo	Conducta de riesgo
	3%	2%

De este modo concluye el capítulo de resultados. En el capítulo siguiente se realizará un recorrido por los resultados obtenidos aportando datos que explican, aclaran y justifican los datos.

Capítulo 6

DISCUSIÓN

*We are chasing the moon
just running wild and free
We are following through
every dream, and every need
And it really doesn't matter at all
cause we are so young now
we are so young, so young now...
And when tomorrow comes
We can do it all again*
SO YOUNG- THE CORRS – 1997

*Vamos cazando la luna,
corriendo libres y salvajes.
Vamos persiguiendo
cada sueño y cada necesidad.
Y realmente nada importa
porque somos tan jóvenes ahora,
somos tan jóvenes ahora, tan jóvenes...
Y cuando el mañana llegue,
podremos volver a hacerlo de nuevo.*
SO YOUNG- THE CORRS – 1997

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

Este capítulo está organizado en 5 apartados, cada uno dedicado a cada uno de los objetivos generales planteados en el capítulo 3. En el primer apartado comentaremos los resultados de la relación entre el perfil sociodemográfico con las conductas de riesgo y variables psicosociales. En este apartado se discutirán las hipótesis 1 – 7.

En el segundo apartado, se discutirán los resultados encontrados sobre la relación existente entre las conductas de riesgo y de salud relacionadas con las variables psicosociales evaluadas. Aquí se realizará una propuesta de perfil tipo, donde se recojan los factores de riesgo para llevar a cabo conductas de riesgo. Aquí se comentarán las hipótesis 8 – 9.

El tercer apartado, incluirá comentarios acerca del tercer objetivo, en el que se analizan las diferencias de comportamiento entre aquellos universitarios con mayor y menor percepción de riesgo. Se discutirán las hipótesis 10 - 13.

En el cuarto apartado se comentan los resultados encontrados sobre las diferencias en la participación de riesgo en función de los niveles de percepción de riesgo encontrados. Se discutirá la hipótesis 14.

Finalmente, en el último apartado se comentarán los resultados encontrados tras la realización del modelo de ecuaciones estructurales. Comentaremos aquí la hipótesis 15.

6.1 Perfil sociodemográfico, conductas de riesgo y variables psicosociales

En nuestra muestra de estudio se han evaluado 599 sujetos, de los cuales 459 eran mujeres (76.62%) y 140 eran hombres (23.38%). Esta distribución de la muestra coincide con los estudios de Arnett (2014) donde encuentran que actualmente el 75% de estudiantes son mujeres.

De todos los universitarios evaluados, el 81.5% tenían una edad comprendida entre 18 y 21 años. De acuerdo al sistema educativo actual, todas las titulaciones universitarias salvo contadas excepciones, tienen un curso de 240 créditos, lo que equivale a 4 años de formación (Real Decreto 1393/2007). En este caso, las edades que más predominan en nuestro estudio son aquellas que siguen el curso natural tras obtener el título de bachillerato y superar las pruebas de acceso a la Universidad. El 18.5% restante de los universitarios evaluados que superan la edad de los 21 años, corresponderían a aquellos alumnos que, por un lado, no han superado todos los créditos necesarios para promocionar al siguiente curso académico en un año, y por tanto han tenido pendientes de superar algunas asignaturas al término de los 4 años de titulación, y por otro lado, los que han decidido incorporarse a la formación universitaria después de haber estado integrado en el mercado laboral y encontrar la necesidad de una mayor formación específica para poder promocionar o cambiar de trabajo. Según Jiménez y Márquez (2013), este tipo de alumnado supone hasta el 21.1% de los universitarios matriculados en universidades españolas actualmente.

La muestra evaluada incluía 480 alumnos pertenecientes a una Universidad pública (80.1%) y 119 estudiantes de la Universidad privada (19.9%). De acuerdo a la distribución de universitarios que acuden a centros públicos y privados, se ha encontrado que, de acuerdo con el Ministerio de Educación y Ciencia de España (2016), actualmente hay matriculados 1.161.588 alumnos en Universidades públicas españolas (87.3%), mientras que 160.319 hacen en universidades privadas (12.7%). En este sentido, la muestra de universitarios españoles recogida se asemeja al panorama general de España.

En relación a los datos obtenidos por cada variable psicosocial, pasamos a continuación a comentar semejanzas y diferencias con respecto a otros estudios.

6.1.1 Diferencias de género

En los resultados destacados en el capítulo 5, se describieron las puntuaciones en percepción de riesgo diferenciado por género. En este caso no se encontraron diferencias significativas entre la percepción de riesgo que tenían los chicos y las chicas, resultados que no se encuentran en la misma línea que los encontrados por investigaciones previas como la de Prats et al. (2012), quienes encontraron que los chicos percibían menos riesgos que las chicas en las mismas actividades. Sin embargo, los resultados de percepción de riesgo tienen coherencia con los de comportamientos de riesgo evaluados. En este caso, hemos podido observar que tampoco se encuentran diferencias significativas entre los comportamientos de riesgo entre sexos, al contrario que lo mostrado en la bibliografía (Gómez-Zapiain et al., 2016; Megías et al., 2014; Villadangos et al., 2016). De este modo, parece coherente que si tanto chicos como chicas perciben el mismo riesgo en las actividades, su nivel de participación en ellas, sea similar.

Algo parecido ocurre cuando hemos evaluado las conductas de salud que llevan a cabo chicos y chicas. En este sentido las diferencias encontradas indican que los chicos suelen practicar con mayor frecuencia actividades relacionadas con el deporte, mientras que las chicas parece que dedican más tiempo a cuidarse de manera médica y cosmética. Estos datos pueden ser explicados a través de factores socioeducativos, especialmente en la manera en la que chicos y chicas son educados durante su infancia y adolescencia. En este sentido, mientras a los chicos se les alienta a realizar más actividades físicas, de contacto que concuerden con el ideal masculino de que se debe ser valiente y competente físicamente, a las chicas se les suele educar en el autocuidado de su belleza y delicadeza (Grimaldo y Cervera, 2017).

Por otro lado, sí que se encuentran diferencias en relación a la búsqueda de sensaciones donde los chicos puntúan significativamente más que las chicas. Estos resultados son consistentes con los encontrados en la bibliografía, ya que parecen concordar con la hipótesis biológica planteada por Zuckerman (1983), según la cual la testosterona parece estar relacionada positivamente con este rasgo. Sin embargo, investigaciones posteriores, parecen indicar que estas diferencias podrían tener una explicación influida por factores de socialización. Por ejemplo, según señalan Andrew y Cronin (1997), la búsqueda de sensaciones es más frecuente en los hombres que en las mujeres. Indican que el patrón diferencial se muestra también en el comportamiento sexual, con una edad de inicio en los hombres más temprana, producto de una educación diferenciada. Así, en las investigaciones de Chico (2000), se encuentra que las puntuaciones de las mujeres jóvenes (de entre 20 y 29 años) indicaban mayor nivel de búsqueda de sensaciones que en los hombre de entre 30 y 40 años. De este modo, explica que, tal vez, estos resultados se podrían considerar como influidos por diferentes aspectos sociales, como por ejemplo, el creciente aumento del movimiento feminista de la mujer, fenómeno que se empieza a manifestar sobre todo en la franja de edad de los 20-29 años, así como por la incorporación de la mujer al mundo laboral, que también coincide en esta edad, aspectos que hacen a las mujeres ser más competitivas. En otros estudios llevados a cabo por Stacy, Newcomb y Bentler (1991) se investigó la posible influencia psicológica en la búsqueda de sensaciones. Los resultados indicaron que entre los potenciales predictores del rasgo de búsqueda de sensaciones podría estar la conformidad social, el apoyo social y el malestar emocional, circunstancias que también supondrían un apoyo a la hipótesis de la socialización y una amenaza a la hipótesis biológica considerada como único y máximo exponente del rasgo.

Por otro lado, en relación a la impulsividad, solamente se encuentran diferencias significativas en la subescala de impulsividad cognitiva, donde los chicos puntúan más que las chicas. En este sentido, la impulsividad cognitiva hace referencia a la toma de decisiones de una manera veloz e irreflexiva, del mismo modo que también indicarían aversión a las actividades que requieren pensar y razonar durante un periodo largo de tiempo.

En relación a la autoestima, las diferencias significativas indican que en los chicos es superior a chicas, lo que resulta coherente con los numerosos estudios previos (Derdikman-Eiron et al., 2011; Moksnes y Espnes, 2013; Orth y Robins, 2014; Zeigler-Hill y Myers, 2012), entre otros. Las explicaciones sobre estas diferencias de género, aparecen en la bibliografía desde hace varias décadas. Investigadores como Simmonds y Rosenberg (1975), refieren que la autoimagen y la autoestima en las mujeres produce más problemas que en los hombres, porque las mujeres son más propensas a preocuparse sobre lo que los demás piensan de ellas están menos contentas con su rol de género y se les fomenta una mayor autoconciencia, lo que trae como consecuencia una más baja autoestima y mayor inestabilidad. Por otro lado, Block, (1983), realizó una revisión bibliográfica que recogía las posibles explicaciones que hasta el momento se habían proporcionado y las catalogó en 2 puntos principales.

- 1) En los autoinformes, informan tener más ansiedad y menos seguridad en su capacidad para solucionar problemas o para desempeñarse de forma exitosa ante situaciones desconocidas. Como resultado, se comportan en forma menos competitiva y no se exponen al riesgo o desafía de tareas que consideran superiores a sus posibilidades.
- 2) Las niñas tienen a subestimar sus niveles de rendimiento. Pareciera que las necesidades de afiliación de las mujeres entran en conflicto con sus necesidades de logro y que, cuando el logro amenaza la aceptación interpersonal, surge la ansiedad en detrimento del mismo. Paralelamente, la aprobación de los adultos les influye más que a los niños. El impacto de las diferencias de socialización es clave en este punto, ya que cada género tiene unos dominios de logro preestablecidos, y a las niñas se les desalienta el esfuerzo por alcanzar metas que se consideran inapropiadas para su sexo.

Block concluye afirmando que las diferencias ligadas al género vienen determinadas por diferentes estilos de socialización y que sin duda, esas diferencias impactan de manera definitiva sobre el autoconcepto y la autoestima. En este mismo sentido, Harter et al. (1997) refieren que la mujer considera tener mayores conflictos y contradicciones en la construcción de sus autorrepresentaciones, a través de diferentes contextos. Investigaciones más

recientes, ponen en relieve que se trata de una concepción que surge a partir de la adolescencia y persiste durante la adultez emergente y la adultez (Orth y Robins, 2014) y que podría estar influido por mecanismos genéticos del desarrollo de hombres y mujeres (Bleidorn et al., 2016).

Sin embargo, estas diferencias en autoestima no parecen tener una relación directa con los niveles de satisfacción vital que tanto chicos como chicas informan tener. En este sentido, no se han encontrado diferencias significativas acerca de cuán satisfechos se encuentran los chicos de ambos géneros con sus vidas, de manera que tanto chicos como chicas tienen puntuaciones similares. Estos resultados no son consistentes con los encontrados en la bibliografía (Gilman y Huebner, 2003; Moksnes y Espnes, 2013; Proctor, Linley y Maltby 2009), que explican que una de las principales variables que influyen en la satisfacción vital, es la autoestima. Sin embargo, las investigaciones indican que existen dos vías por las que las personas pueden conformar su satisfacción con la vida. Por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones, equivalentes a la felicidad subjetiva (Padrós, Martínez, Gutiérrez-Hernández y Medina, 2010).

El componente cognitivo hace alusión al constructo de satisfacción vital, el cual se define como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta, tales como: familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; García, 2002; Liberalesso, 2002), siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos los que tendrían mayor influencia sobre el bienestar personal. Este componente, tendría relación con la formación de la satisfacción vital a partir de la autoestima.

El componente emocional, por su parte, haría referencia a la felicidad subjetiva, y corresponde a la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos, donde el afecto positivo puede ser evaluado a través de emociones específicas como gozo, afecto y orgullo; en tanto que el afecto negativo puede ser medido por medio de emociones o sentimientos tales como vergüenza, culpa, tristeza, ira o ansiedad. Una persona que tenga experiencias emocionales positivas, es más probable que perciba su vida satisfactoriamente. Así mismo, los sujetos que valoran positivamente su vida

tendrán más emociones positivas que negativas (Zamarrón, 2006). La definición de bienestar, desde esta perspectiva, está más cercana al uso cotidiano que se hace de este término. En este sentido, se entiende que una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa (García, 2002). En esta línea, otras investigaciones han puesto de manifiesto que existen variables socio-familiares que podrían anular el efecto de una alta o baja autoestima sobre la percepción de satisfacción vital (Acun-Kaipikiran, Körükcü y Kapikiran, 2014). Así, parece que la influencia que ejerce la autoestima tiene un valor añadido sobre la satisfacción vital, más que un valor predictivo.

Continuando con las variables psicosociales evaluadas, no haber encontrado diferencias significativas en satisfacción vital entre géneros, muestra coherencia con los encontrados sobre felicidad, ya que, en la escala de felicidad, tampoco se han encontrado diferencias entre chicos y chicas. Estos resultados son coherentes con los de Hunagun y Hangal, (2014), Veloso-Besio, Cuadra-Peralta, Antezana-Saguez, Avendaño-Robledo y Fuentes-Soto (2013), o Vera-Villarroel et al. (2011), quienes indican los componentes de felicidad y de satisfacción vital se encuentran relacionados.

En relación a las variables de optimismo y pesimismo, se ha visto que los chicos parecen ser más optimistas que las chicas, mientras que no existirían diferencias en relación al pesimismo. En la bibliografía no se ha encontrado consistencia de acuerdo a las diferencias en optimismo con respecto a los géneros. Mientras una mayoría coincide con los resultados encontrados en esta investigación, donde se encuentran niveles superiores de optimismo en chicos que en chicas (Jacobsen, Lee, Marquering y Zhang, 2014; Moreno y Marrero, 2015; Puskar, Sereika, Lamb, Tusaie-Mumford y McGinneress, 1999; Puskar et al., 2010), otros encuentran mayores puntuaciones en chicas que en chicos (Gladstone et al., 1997) y otros, no encuentran diferencias algunas (Marrero y Carballeira, 2010; Spirito, Overholser y Hart, 1991). En este sentido, parece que la falta de consenso surge a partir de una diferencia en los objetivos de investigación de cada una de estas investigaciones, de modo que aquellas que evalúan la variable de optimismo como estilo de afrontamiento a determinadas situaciones, encuentran resultados inconsistentes, mientras que aquellos que lo

evalúan a través del instrumento LOT-R (Scheier y Carver, 1985), como se ha realizado en este trabajo, se encuentran los resultados consistentes que hemos hallado.

En relación a la autoeficacia, encontramos que los chicos se perciben como más autoeficaces que las chicas. Estos resultados son coherentes con los encontrados en la autoestima, en esta misma investigación, donde los chicos puntuaban más que las chicas, y con los encontrados en la bibliografía (Reina Oliva y Parra, 2010; Meece y Jones, 1996). Tanto la autoeficacia como la autoestima suponen percepciones autoevaluativas que las personas hacen de sí mismas, y por tanto se encuentran muy ligadas entre sí (Bandura 1997), por tanto es coherente que los resultados hayan aparecido de manera similar.

En relación con el apoyo social, los datos indican que las chicas perciben mayor calidad en sus redes de apoyo que los chicos. En este sentido, se ha encontrado que las chicas suelen parecer como más sociables que los chicos (Crapanzano, Frick, Childs y Terranova, 2011) y que el tamaño y calidad de sus relaciones de amistad son, del mismo modo, mayores (Rabaglietti, Vacira y Pakalnikiene, 2014). Por tanto, los resultados son coherentes con los hallados en este estudio.

Sin embargo, no se encuentran diferencias entre géneros en relación al bienestar social. En este sentido, parece que el bienestar social y el apoyo social no tienen una relación directa, ya que el bienestar social no depende de la cantidad de herramientas materiales o informativas que la sociedad puede aportar, sino todo lo contrario, de lo que la persona puede contribuir a mejorar la sociedad y el nivel de integración que se percibe.

Finalmente, en relación a las diferencias de género relacionadas con la satisfacción familiar, no se encuentran diferencias entre chicos y chicas, de manera que no parece que la satisfacción familiar dependa del género de los adultos emergentes sino de otras variables psicosociales y sobre todo, al estilo parental y comunicativo que tenga la familia (Orcasita et al., 2012).

En resumen, podemos decir que los resultados mostraron que los chicos parecen llevar a cabo más conductas de salud relacionadas con el deporte y la actividad física y que sus puntuaciones son superiores en búsqueda de

sensaciones, impulsividad cognitiva, autoestima, optimismo y autoeficacia. Por su parte, las chicas parecen puntuar más en las conductas de salud dedicadas al autocuidado y cuidados médicos y en las escalas de apoyo social.

Sin embargo, ninguna diferencia se encontró con relación a la percepción de riesgo y conductas de riesgo, así como en niveles de satisfacción vital, felicidad, bienestar social o satisfacción familiar.

La hipótesis 1, planteaba que *la participación en conductas de riesgo sería mayor en los chicos que en las chicas*. A la vista de los resultados, podemos concluir que esta hipótesis no se corrobora ya que no se encontraron diferencias en la participación de riesgo con respecto al género. Sin embargo, hemos podido comprobar que los chicos puntúan más en aquellas variables relacionadas con el comportamiento de riesgo, la búsqueda de sensaciones o la impulsividad, aunque en esta ocasión, estas variables no predijeron la participación en conductas de riesgo. Estudios recientes, están haciendo referencia al fenómeno que hace unas décadas se viene desarrollando sobre el empoderamiento de la mujer (Puente-Martínez, Ubillos-Landa, Echeburúa y Páez-Rovira (2016), donde se recogen investigaciones que muestran el acercamiento entre hombres y mujeres en varios aspectos vitales. Estos resultados podrían estar en la línea de Sierra et al. (2012), quienes han demostrado que las mujeres se están alejando de los estereotipos tradicionales de género en relación a su participación en conductas de riesgo, o los de Isorna, Fariña, Sierra y Vallejo-Medina (2015), que indican que tanto hombres como mujeres, cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol tienen actitudes más positivas y más intención de realizar conductas de riesgo. En esta misma investigación, se pone de manifiesto que las mujeres son tan arriesgadas como los hombres en determinadas conductas de riesgo sexual. Por tanto, aunque la hipótesis no se cumple, hemos podido observar como la distancia entre los comportamientos entre hombres y mujeres en aspectos de comportamientos, está desapareciendo, acercándose cada vez más a la figura de equidad, perseguida por la sociedad contemporánea.

6.1.2 Edad

De acuerdo a los resultados obtenidos, hemos encontrado que los jóvenes de todas las edades han identificado como “muy arriesgadas” las actividades planteadas en los factores 1 y 2 de percepción de riesgo, que son los que evalúan actividades de riesgo. Así encontramos que la percepción de riesgo de los jóvenes de entre 18 y 29 años es similar para aquellas conductas que pueden poner potencialmente en peligro su salud (fumar, consumir alcohol y otras drogas ilegales, mantener relaciones sexuales de riesgo...), pero no para aquellas que se llevan a cabo de manera cotidiana y que no implican gran riesgo, si se desarrollan de manera correcta (conducir un coche, consumir medicamentos en la manera recetada o mantener relaciones sexuales). Estos datos están de acuerdo con la bibliografía que resalta que, el hecho de que los jóvenes lleven a cabo más conductas de riesgo que los mayores, no quiere decir que los más jóvenes no perciban riesgo en la actividad, sino que aún percibiéndolo, asumen que pueden controlar los riesgos. Es más, estas mismas investigaciones indican que la progresión de percepción de riesgo y edad no es lineal, sino que influyen una serie de falsas creencias de superioridad o una percepción optimista que minimizan la probabilidad de ocurrencia de las consecuencias negativas (García del Castillo, 2012).

En el caso de la participación en conductas de riesgo, encontramos que las puntuaciones son muy bajas en general situándose la mayoría de ellos en una frecuencia de participación de entre “nunca” y “raramente” (2-3 veces en 3 meses). Por tanto, aunque aparecen diferencias significativas entre las puntuaciones de los jóvenes, parece que el grupo de universitarios evaluados llevan comportamientos de riesgo con una frecuencia muy baja. Una vez matizado este punto, comentamos que encontramos que los estudiantes más jóvenes de 18-19 años, son los que menos participan en actividades como “conducir un coche” y “conducir un coche después de haber bebido alcohol”, probablemente. Una posible explicación que pueden aclarar estos datos, es que muchos jóvenes de 18 años aún no han obtenido el carnet de conducir, por tanto, su participación en actividades relacionadas con la conducción de vehículos se ve limitada. Sin embargo aparecen como los que con mayor frecuencia viajan en automóvil sin cinturón de seguridad.

Del mismo modo, se encuentra una menor participación en estos jóvenes de 18-19 años en actividades relacionadas con mantener relaciones sexuales. Así, la frecuencia con la que mantienen relaciones sexuales y que lo hacen sin preservativo también es menor que el resto. En este caso, varias explicaciones podrían aclarar estos datos. En primer lugar, esta edad implica una serie de cambios cualitativos en el modo en el que se relacionan. Mientras que durante el curso anterior se relacionaban con compañeros de instituto que, en la mayoría de casos venían siendo los mismos desde los años escolares, ahora se conoce a muchas personas nuevas y que comparten la misma inquietud que les ha impulsado a elegir la misma titulación universitaria. En segundo lugar, la educación universitaria implica una mayor interrelación entre los compañeros, para la realización de trabajos, exposiciones o informes en grupo y por los horarios académicos, que con frecuencia incluyen horas de descanso que obligan a los alumnos a quedarse en la universidad. En tercer lugar, comenzar los estudios universitarios, puede suponer en algunos casos, el cambio de ciudad de domicilio. En este sentido, se produce un cambio en las redes sociales con las que relacionarse, lo que conlleva en muchos casos a rupturas con las parejas sentimentales que se habían establecido en los años de instituto. Es por esto que, el primer año de universidad supone un cambio a muchos niveles, que puede afectar al mantenimiento de relaciones sexuales. Por otro lado, no hay que pasar por alto, que aunque se ha fijado en 15.1 años de media el inicio de las relaciones coitales de los adolescentes (Molina, Méndez y Martínez, 2015), muchos universitarios aún no se ha iniciado en las relaciones sexuales.

En relación a las conductas de consumo de alcohol y de tabaco, se han encontrado patrones similares entre los universitarios de entre 18 y 29 años. En el caso del consumo de alcohol, las puntuaciones se sitúan alrededor de 2 – 3 veces por mes, encontrándose episodios de embriaguez alrededor de una vez cada tres meses. En el caso del tabaco, también se encuentran puntuaciones medias que indican una frecuencia muy baja para todas las edades evaluadas. No existen diferencias de consumo relacionadas con la edad, tal vez porque aunque existan diez años de diferencia entre unos y otros, todos ellos se encuentran en un mismo periodo formativo que equilibra los hábitos de vida y actividades de ocio.

En el caso del consumo de marihuana, se encuentra una mayor frecuencia entre aquellos universitarios más mayores. De acuerdo con García del Castillo (2012), a medida que la persona va creciendo, la percepción de riesgo se configura a partir de las experiencias que se vayan acumulando. En este sentido, podríamos pensar que los mayores han acumulado más experiencias relacionadas con el consumo de marihuana que no han incluido consecuencias negativas. Por tanto, la participación en esta actividad puede ser mayor que en los más jóvenes.

En el caso de las variables psicosociales evaluadas, se destaca que los alumnos de entre 18-19 años tienen una autoestima menor que sus compañeros. En este caso, los datos son coherentes con la bibliografía, ya que Liu y Xin (2014), encontraron en una revisión bibliográfica, que la autoestima se incrementaba con la edad. Resultados consistentes con los de Robins y Trzesniewski (2005), quienes encontraron que existe una disminución de autoestima durante la adolescencia, que vuelve a incrementarse en el comienzo de la vida adulta.

Por otro lado, no se han encontrado diferencias significativas en relación a la edad con respecto a la satisfacción vital, la felicidad o el optimismo. En este sentido, se ha encontrado que todas estas variables tienen relación entre sí (Cazalla-Luna y Molero, 2015) por lo que, resulta coherente pensar que durante la adultez emergente los niveles de optimismo, felicidad o satisfacción vital son relativamente estables, resultando relativamente impermeables a los estresores diarios (Fernández et al., 2015). Además, estudios como los de Hervás (2009) o Huebner et al. (2001), tampoco encontraron diferencias en felicidad relacionados con la edad.

Sin embargo en los resultados relacionados con la autoeficacia general, indican que los adultos emergentes que se encuentran en edades cercanas a la adultez, se sienten más autoeficaces que los más jóvenes. Teniendo en cuenta que la autoeficacia implica percepción de la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para conseguir determinados logros o resultados (Bandura, 1997), parece lógico pensar que los jóvenes más cercanos a alcanzar la madurez de la adultez se sientan más eficaces para manejar diferentes aspectos de su vida que los más jóvenes.

Para finalizar con las diferencias de edad, no se han encontrado diferencias en relación a ninguna de las variables sociales evaluadas. En este sentido, parece que la edad no tiene relación con la percepción de apoyo social, ni con el nivel de bienestar social o de satisfacción familiar.

En resumen podemos concluir destacando que los resultados mostraron a los universitarios de entre 18 y 19 años, como jóvenes con una menor autoestima que el resto de compañero mayores y que llevan a cabo menos conductas de riesgo relacionadas con la conducción y las relaciones sexuales.

Por otro lado, se encontró que los universitarios más mayores, de entre 28 y 29 años llevan a cabo más conductas de riesgo relacionadas con el consumo de marihuana, pero que se perciben a sí mismos como más autoeficaces.

Finalmente, no se encontraron diferencias en cuanto a niveles de percepción de riesgo, así como en las conductas de riesgo de beber alcohol y de fumar tabaco. Por otro lado, las puntuaciones fueron equivalentes en las variables psicológicas de satisfacción vital, felicidad y optimismo, y en las variables sociales de bienestar social, apoyo social y satisfacción familiar.

En la hipótesis 2, planteábamos que *los universitarios más jóvenes llevarían a cabo más conductas de riesgo que los más mayores*. Una vez revisados los datos, podemos concluir que esta segunda hipótesis también se refuta. No se han encontrado los resultados esperados ya que se ha podido comprobar que los universitarios más jóvenes, llevaban a cabo menos conductas de riesgo que los más mayores, en el caso de las actividades relacionadas con la conducción y las relaciones sexuales, y que los más mayores consumían con más frecuencia marihuana. No se encontraron diferencias con respecto al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas ilegales. En este sentido, podemos explicar los resultados atendiendo a la falta de experiencia de los universitarios de 18 y 19 años. El hecho de que no existan diferencias en otras actividades de riesgo, no implica que los más jóvenes no participen, sino que participan en la misma medida que aquellos universitarios de hasta 10 años más que ellos. De acuerdo con las teorías del desarrollo (Baumrind, 1991), comentada en el capítulo 2, podemos comentar que la participación en determinadas conductas

de riesgo puede no tener la misma implicación para los más jóvenes y los más mayores, y que el nivel de riesgo no debe evaluarse por el comportamiento en sí, sino por el nivel de desarrollo individual (Lerner y Tubman, 1991). Por tanto, en este caso, el hecho de que los universitarios de 18-19 años, no difieran en el comportamiento de los que tienen varios años más, puede ser entendido como una situación de riesgo para los más jóvenes que aún se encuentran más lejos de encontrar su camino en la vida. Por tanto, refutamos la hipótesis de partida, pero no descartamos que la ausencia de diferencias implique una situación positiva para estos jóvenes.

6.1.3 Tipo de centro

En relación al tipo de centro, no se encuentran diferencias entre los niveles de percepción de riesgo ni de conductas de salud entre los estudiantes que acudían a universidades públicas o privadas. Sin embargo, sí se encuentran diferencias en cuanto a los comportamientos de riesgo llevados a cabo por los estudiantes. En la gráfica 5.13.3 del capítulo 5, se puede observar como en todas las actividades de riesgo propuestas, los universitarios de centros públicos puntúan con mayor frecuencia que los de centros privados. Destacan entre ellas, actividades que implican emborracharse, robar en tiendas, mantener relaciones sexuales y consumir crack o cocaína. En este sentido, la titularidad de la universidad privada es religiosa, y la mayoría de estudiantes que acuden a ella proceden de una familia que comparten los ideales cristianos, y que por tanto, han educado a sus hijos de acuerdo a la religión. En la bibliografía, la religión ha sido destacada en numerosas ocasiones como un factor protector contra las conductas de riesgo (Allen y Lo, 2010; Borders et al., 2010; Condit et al., 2011; Drabble, Torcki y Klinger, 2016; Haber et al., 2012; Kwon, 2013). Por tanto, los resultados parecen coherentes con la bibliografía.

En este mismo sentido, se ha encontrado que los universitarios de centros públicos puntúan más en la subescala de búsqueda de experiencias que los que acuden a una universidad privada. En este sentido, parece que los estudiantes de las universidades públicas tienen una mayor inquietud por viajar o por llevar

un estilo de vida más inconformistas que los de la universidad privada. Sin embargo, los niveles de impulsividad son similares entre ambos.

Por otro lado, los niveles de autoestima de los universitarios de centros públicos es superior a la de los de centros privados, sin embargo, esto no parece influir sobre su percepción de satisfacción vital, autoestima y felicidad, que son iguales entre todos los universitarios independientemente del centro al que acudan a estudiar. Sin embargo, esta diferencia en autoestima, es coherente con la diferencia en el mismo sentido de autoeficacia. Actualmente, los estudiantes de la universidad privada pueden acceder a sus estudios sin realizar las pruebas de acceso a la universidad, ni superar una nota de corte simplemente por hacer frente a los pagos establecidos de matrículas y créditos. Sin embargo, los estudiantes de la universidad pública consiguen acceder a los estudios deseados después de un proceso que implica un esfuerzo importante para estos jóvenes, lo que puede suponer un incremento en los niveles de autoestima académica y sobre todo, un incremento en la percepción de autoeficacia general. De este modo, los estudiantes de universidades públicas pueden tener la percepción de que han conseguido acceder a la titulación que querían gracias a sus propios méritos y esfuerzos.

En el caso de las variables sociales, no se aprecian diferencias ni en apoyo social ni en bienestar social ni en satisfacción familiar en este sentido, parece que las necesidades sociales y familiares de ambos estudiantes están igualmente cubiertas.

Como resumen, se puede decir que los estudiantes que cursan sus estudios en la universidad pública llevan a cabo más conductas de riesgo, especialmente las relacionadas con los episodios de embriaguez, de robos en tiendas, de consumo de crack o cocaína y las relacionadas con las relaciones sexuales. Asimismo, puntúan más en búsqueda de sensaciones y en autoestima.

No se encontraron diferencias significativas en relación a los niveles de percepción de riesgo, impulsividad, satisfacción vital, optimismo y felicidad ni en los de apoyo social, bienestar social y satisfacción familiar.

En la tercera hipótesis, planteábamos que *los universitarios pertenecientes a centros privados llevarían a cabo menos conductas de riesgo que los que acuden a universidades públicas*. Tras observar los resultados podemos concluir que esta hipótesis se corrobora. Probablemente, la diferencia principal entre los universitarios de centros públicos con los de centros privados sea la religiosidad ya comentada previamente. De este modo, parece que estudiar en un centro privado-religioso, actúa como un factor preventivo contra las conductas de riesgo.

6.1.4 Titulación

En relación al tipo de titulación que se encuentran estudiando los universitarios, se observa que los alumnos de grados relacionados con la salud, son los que llevan a cabo mayores conductas de salud relacionados con la actividad física y la alimentación. Estos datos son coherentes con los de la investigación previa (Jiménez, 2004; Jiménez, Cervelló, García, Santos y Iglesias, 2007; Motl, McAuley, Birnbaum y Lytle, 2006; Texeira et al., 2006).

En el caso de las conductas de riesgo, se ha visto que los alumnos de CAFD son los que menos fuman de todos los estudiantes evaluados, junto con los de educación infantil y de psicología. En este sentido, llama la atención que los universitarios que estudian educación infantil llevan a cabo significativamente menos conductas de riesgo que el resto de universitarios. Así, actividades como fumar cigarrillos y marihuana, emborracharse, darse atracones, montarse en un coche con un conductor borracho, mantener relaciones sexuales de riesgo o conducir después de haber bebido, se llevan a cabo con una frecuencia mucho menor que en otras titulaciones. Los estudiantes de educación infantil parecen tener unas características propias, diferentes al resto de universitarios, incluso diferentes a los estudiantes de educación primaria. En este sentido, parece que los estudiantes de educación infantil tienen una implicación con los niños pequeños, superior al resto de compañeros universitarios, de la que se desprenden ciertos comportamientos modelos. Según Fernández-Molina, González y del Molino (2011), el perfil de estudiantes de educación infantil

implica estudiantes, generalmente chicas, con una alta experiencia previa en la educación de niños, y que están motivados por una preocupación de proteger y preparar a los niños del futuro. Por lo tanto, podríamos pensar que este tipo de alumnado estudia esta carrera de una manera vocacional que le hace ser consciente en todo momento de la necesidad de servir de un buen modelo de salud para los niños. En el otro extremo, podríamos situar a los alumnos de trabajo social, quienes destacan por su mayor frecuencia de conductas de riesgo, encontrándose que son los que más alcohol beben, más se emborrachan más cigarrillos y marihuana fuman con más frecuencia roban en tiendas, se suben a un coche con un conductor borracho, o conducen después de haber bebido y toman más medicamentos sin receta médica o en exceso. No se han encontrado estudios acerca del perfil de los estudiantes de trabajo social, sin embargo, suelen ser jóvenes muy vinculados a ayudar a personas que se encuentran en riesgo de exclusión social y que se encuentran pasando por dificultades familiares o sociales. Dado que uno de los motivos de elección de carrera está basado en los gustos personales y en experiencias vividas, podríamos explicar estos resultados como indicadores de que los estudiantes que deciden matricularse en trabajo social han pasado, en algún momento de sus vidas, por un proceso relacionado con una dificultad social. Estas experiencias podrían ser la motivación para cursar estos estudios y así poder ayudar a otras personas necesitadas, al igual que en su momento, lo hicieron con ellos. En este sentido, se ha encontrado que aquellas personas con mayores problemas sociales y familiares tienen más tendencia a realizar conductas de riesgo (Gómez-Acosta y Londoño-Pérez, 2013; Mendel et al, 2012).

Por otro lado, al analizar las variables psicológicas, encontramos que en relación a la búsqueda de sensaciones, los estudiantes de CAFD son los que más puntúan con respecto al resto de estudiantes. En este sentido, se trata de alumnos con unas inquietudes deportivas por encima del resto de sus compañeros, y por tanto, más abiertos a la realización de deportes de riesgo como rafting, salto en paracaídas o escalada, que el resto de universitarios. Este tipo de actividades satisfarían su necesidad de búsqueda de experiencias, lo cual explicaría su mayor puntuación en este aspecto.

En el caso de la impulsividad, aparecen los estudiantes de CAFD y de fisioterapia como los que más puntúan en impulsividad cognitiva y los de educación infantil los que obtienen puntuaciones más bajas. En este caso, tanto los universitarios de CAFD y de Fisioterapia, parecen que tienen una velocidad de pensamiento mayor que los de educación infantil. Puede que en el caso de la educación, la velocidad con la que aparecen los hechos no sea tan determinante como en el caso de la práctica del deporte, donde no hay mucho tiempo para reflexionar las decisiones que se toman ya que, los acontecimientos pueden variar de un segundo a otro, derivando en una lesión o en peligro para la salud. Por otro lado, se observa que los estudiantes de trabajo social son los que tienen mayores niveles de impulsividad motora, es decir, son los estudiantes que llevan a cabo más comportamientos irreflexivos, mientras que los estudiantes de psicología, se encontrarían en el punto opuesto, siendo los que menos actos impulsivos llevan. En este sentido, parece que los alumnos de psicología, son capaces de controlar sus impulsos y de mantener la calma ante determinadas situaciones.

De acuerdo a la autoestima se ha encontrado que los alumnos con menores puntuaciones son los de trabajo social y de educación infantil, mientras que los que obtienen puntuaciones superiores son los de CAFD y psicología. Sin embargo, los niveles de satisfacción vital y de felicidad son similares para todos ellos.

Contrariamente, se encuentran diferencias en relación al pesimismo donde aparecen los estudiantes de educación infantil y de trabajo social como más pesimistas, y los de psicología, como menos pesimistas. Datos que son coherentes con los encontrados en autoeficacia general, donde los alumnos de educación infantil tienen una peor percepción de autoeficacia.

De acuerdo a las variables sociales, no se encuentran diferencias ni en apoyo social ni en satisfacción familiar para ninguna titulación, sin embargo, en una sola subescala del bienestar social, aparece que los estudiantes de trabajo social parecen sentirse más sensibilizados que el resto para llevar a cabo actuaciones que contribuyan positivamente a la mejora de la sociedad. Estas puntuaciones son coherentes con la finalidad de los estudios de trabajo social,

donde se persigue la creación de proyectos y actuaciones orientadas a la mejora de la sociedad.

Como resumen de este apartado, podríamos decir que:

Los estudiantes de educación infantil parecen tener interiorizado en sus vidas, un modelo de salud acorde a las necesidades de los niños, de modo que se involucran menos en actividades de riesgo, aunque tampoco promueven un estilo de vida especialmente saludable en relación a la actividad física, la alimentación, el cuidado del cuerpo o el sueño. Además, aparecen como el grupo con puntuaciones bajas en búsqueda de sensaciones, impulsividad, autoestima y autoeficacia, mientras que puntúan alto en pesimismo.

Los estudiantes de trabajo social, se encontrarían en otro extremo, con lo que a conductas de riesgo se refiere. Así, parece que son los que más involucrados con comportamientos de riesgo se encuentran, puntuando con niveles superiores de impulsividad motora y pesimismo y con niveles inferiores de autoestima. Sin embargo parecen ser los que más motivados se encuentran para aportar mejoras significativas a la sociedad.

Los estudiantes de CAFD, destacan por sus conductas de salud, ya que son los que con más frecuencia realizan actividad física y cuidan de su cuerpo, y alimentación. Además, destacan sus puntuaciones altas en búsqueda de sensaciones e impulsividad, así como niveles altos de autoestima.

El resto de estudiantes de educación primaria, psicología y fisioterapia, no parecen tener un conjunto de características destacables, de acuerdo a las variables psicosociales evaluadas.

En la cuarta hipótesis, planteábamos que *los universitarios que se encontraran cursando titulaciones relacionadas con la promoción de la salud obtendrían puntuaciones más bajas en la participación en conductas de riesgo*. En este caso podemos decir que nuestra hipótesis se corrobora ya que los alumnos que estudian CAFD, llevan a cabo menos conductas de riesgo y ponen en práctica más conductas de salud, relacionadas con la alimentación y la práctica de deporte y actividad física. Por su parte, también hemos encontrado un patrón de salud similar en los universitarios que estudian educación infantil.

Sin embargo, aunque estos estudiantes deciden no participar en conductas de riesgo, parece que tampoco llevan a cabo conductas de salud. En el caso de los estudiantes de fisioterapia, también catalogados como titulación promotora de la salud, no muestran los resultados esperados. Sin embargo, entendemos que estos resultados son resultantes de un desequilibrio en las muestras, ya que en este grupo, la muestra seleccionada es muy escasa.

6.1.5 Situación sentimental

La clasificación que se ha hecho en este sentido incluye tres grupos. Por un lado, universitarios que se encuentran solteros, es decir, jóvenes que no tienen, en el momento de la evaluación, ningún tipo de relación de cualquier tipo. Por otro lado, los que se encuentran en una relación seria, donde se incluyen las personas que tienen una relación estable con otra persona donde se mantiene una implicación emocional, una fidelidad y un compromiso de durabilidad. Finalmente el tercer grupo incluye aquellos universitarios que se encuentran con parejas ocasionales, es decir, se trata de relaciones efímeras o con poca vinculación emocional.

Al analizar los resultados, encontramos que no existen diferencias en cuanto a los niveles de percepción de riesgo, pero sí que lo hacen con respecto a la participación en conductas de riesgo. Se observa que no existen diferencias en cuanto a la frecuencia con la que se llevan a cabo las relaciones sexuales entre aquellos con pareja ocasional y aquellos con pareja estable. Sin embargo, podemos pensar que aquellos que se describen como en una pareja ocasional, tienen más parejas sexuales que los que se encuentran en una relación estable. En este sentido, los resultados son coherentes con los del consumo de alcohol, donde hemos apreciado que los que se encuentran en una relación ocasional consumen más alcohol que los que tienen una pareja estable. Estos resultados son coherentes con investigaciones previas donde se pone de manifiesto la relación existente entre el consumo de alcohol y las relaciones sexuales (Bellis y Huges, 2004; Camera, Sarriera y Carlotto, 2007), de hecho, en muchas ocasiones las relaciones sexuales están promovidas por el alcohol, (Regnerus y Uecker, 2009). Sin embargo, son los que se encuentran en una pareja estable

los que utilizan menos el preservativo durante sus relaciones sexuales. En este sentido, parece que el compromiso de fidelidad, la mayor estabilidad o la implicación emocional con pareja, abre las puertas a otros métodos de prevención del embarazo sustitutivos al preservativo. En este caso, Lefkowitz y Gillen (2006), proponen que el patrón típico de una pareja estable es el uso del preservativo durante las fases iniciales de la relación, para luego cambiar a las pastillas anticonceptivas tras unos meses de estabilidad.

En el caso de las conductas de salud, aparecen los universitarios con pareja estable los que parecen llevar a cabo con más frecuencia actividades saludables relacionadas con el autocuidado y cuidados médicos. En este sentido, Arnett (2015), propone que, uno de los factores protectores más potentes contra las conductas de riesgo es el matrimonio. En este sentido, no se ha evaluado ningún universitario casado, sin embargo, la existencia de otra persona con la que compartir la vida con la que existe un alto nivel de vinculación emocional, puede que también esté actuando en nuestro trabajo como un factor protector contra comportamientos de riesgo.

En relación a las variables psicológicas, encontramos diferencias en la búsqueda de sensaciones. Los jóvenes que se encuentran en parejas estables puntúan significativamente menos que los que se encuentran solteros o en relaciones ocasionales. Así, tanto solteros como los que tienen una pareja ocasional, necesitan buscar una activación emocional fuerte para relacionarse en su vida. En este sentido, relacionado con lo descrito en el párrafo anterior sobre el consumo de alcohol, parece que mucho jóvenes necesitan desinhibirse para poder entablar posibles relaciones con otras personas.

De acuerdo a la impulsividad, los resultados indicaron que las personas en una relación estable demuestran ser más reflexivos en sus decisiones que los solteros. Así, mientras las decisiones de los solteros solamente les afectan a ellos y no repercuten sobre nadie más, las consecuencias de esas decisiones no son tan negativas como podrían ser en aquellos jóvenes cuyas decisiones no solo le incumben a ellos mismos, sino también a las parejas y al posible deterioro de la relación.

Atendiendo a la autoestima, el grupo de universitarios que se encuentran en una relación estable mostraron tener una autoestima superior a los que se

encuentran solteros. De acuerdo a la definición de Rosemberg (1967), la autoestima incluye una autovaloración de la valía personal y los sentimientos globales sobre la competencia y la autoaceptación. De este modo, se podría decir que, al iniciar una relación con otra persona, las dos partes encuentran aspectos positivos en la otra persona. De modo que esta conexión podría contribuir a mejorar la autovaloración que cada uno tiene de sí mismo. Algo similar podría ocurrir con la satisfacción vital en donde los que se encuentran en una relación estable puntúan más que los solteros. En este caso, la percepción de una vida más completa y más cercana al ideal de formar una familia y desarrollarse en todos los aspectos de la vida, contribuye a formar una sensación de realización, y por tanto a sentirse más satisfechos con la vida.

Estos resultados son coherentes con los de la felicidad, ya que si los que se encuentran en relaciones estables se sienten más satisfechos con su vida, también se sentirán más felices, encontrando el sentido más positivo y alegría en la vida. De igual modo, los resultados coinciden con los encontrados sobre el pesimismo, que indican que aquellos que se encuentran solteros o con pareja ocasional se sienten más pesimistas sobre su futuro que los que se encuentran en una pareja estable.

En relación a las variables sociales, se han encontrado resultados significativos en las variables de orientación y apego de la escala de apoyo social. En este sentido, puntúan más los que se encuentran en una relación estable ya que tienen una persona con la que existe una conexión emocional fuerte y alguien a quien pueden acudir para pedir consejo.

A modo de resumen, podríamos indicar que los universitarios que se encuentran en una relación estable llevan a cabo menos conductas de riesgo y más conductas de salud. Además tienen bajas puntuaciones de búsqueda de sensaciones y de impulsividad, mientras que puntúan alto en autoestima, satisfacción vital, autoestima y felicidad. Además, encuentran relaciones de apoyo social más satisfactorias que los que no se encuentran una relación, o que esta es ocasional.

Por su lado, los que se encuentran solteros o en relaciones ocasionales llevan a cabo más conductas de riesgo y menos de salud. Tienen puntuaciones

superiores en búsqueda de sensaciones e impulsividad y bajas en autoestima, satisfacción vital, felicidad y apoyo social.

Por tanto, podemos asumir que, aunque el nivel de compromiso no alcanza al del matrimonio, en nuestro trabajo, el hecho de tener pareja estable actúa como protector de manera similar al matrimonio, tal y como propuso Arnett (2015).

La quinta hipótesis esperaba encontrar que *los adultos emergentes que se encuentran en una relación estable tendrían una menor participación en conductas de riesgo que aquellos que se encontraran solteros o con parejas ocasionales*. En este caso, la hipótesis se corrobora ya que hemos encontrado que los universitarios que se encontraban en relaciones de pareja estables, participaban menos en conductas de riesgo y más en conductas de salud.

6.1.6 Estado civil de los padres

De acuerdo a los posibles estados civiles de los padres, se dividieron en cuatro grupos: casados, divorciados/separados, madre viuda y padre viudo.

A pesar de que ninguna diferencia se encontraron respecto a los niveles de percepción de riesgo, si se encontraron con respecto a las conductas de salud. Por un lado, se encontró que ninguna diferencia significativa aparecían entre los universitarios de padres casados y divorciados, sin embargo sí entre los otros dos grupos. Por un lado, los hijos que solamente tienen un padre parecen llevar a cabo menos conductas saludables relacionadas con la higiene del sueño, con el autocuidado y con las relaciones sexuales. Mientras que los universitarios que solamente tienen madre, parecen llevar a cabo menos conductas de salud relacionadas con la alimentación y las actividades físicas. En este sentido, parece que carecer de uno de los dos padres puede provocar un desajuste en las actividades de salud evaluadas. De acuerdo con Puella, Silva y Silva (2014), la existencia de un solo progenitor en la familia, puede generar dificultades en aspectos como el crecimiento individual, el desarrollo de habilidades sociales cognitivas y socio-afectivas. A pesar de esto, parece que los universitarios con un solo progenitor que no llevan a cabo conductas de salud,

tampoco llevan a cabo conductas de riesgo en niveles diferentes a sus compañeros con ambos progenitores.

En el caso de las variables psicológicas, encontramos que los hijos que solamente tienen madre, parecen puntuar menos en búsqueda de sensaciones que el resto de universitarios. De la misma manera, estos universitarios también obtienen puntuaciones menores en impulsividad. En esta línea, parece que la falta de padre proporciona una mayor capacidad reflexiva, así como un desarrollo de la cautela. Estos resultados no están en la línea de los encontrados en la bibliografía, donde Angel y Angel (1993; citado en Chouhy, 2000), describieron que el niño que crece sin padre, presenta un riesgo mayor de enfermedad mental, de tener dificultades para controlar sus impulsos, de ser más vulnerable a la presión de sus padres y de tener problemas con la ley. En este sentido, se ha visto que la búsqueda de sensaciones y la impulsividad está relacionada directamente con la participación en conductas de riesgo, por tanto, resulta incoherente.

Por otro lado, al analizar los datos con respecto a la satisfacción vital, encontramos que aquellos jóvenes cuyos padres están casados refieren sentirse más satisfechos con su vida que aquellos cuyas madres están viudas. En este sentido, la presencia de ambos progenitores casados aparece como un factor promotor de satisfacción. Estos datos son consistentes con los encontrados en la subescala de felicidad de satisfacción con la vida, donde los universitarios hijos de padres casados, vuelven a puntuar con mayores niveles de felicidad que aquellos cuyos padres se encuentran divorciados. Sin embargo ninguna diferencia apareció relacionada con la autoeficacia ni con las variables sociales. En este sentido, llama la atención que los niveles de satisfacción familiar hayan sido equivalentes para todos los grupos. Estos datos sugieren que, a pesar de las posibles dificultades que puedan encontrar las situaciones de divorcio o de ausencia de uno de los progenitores, la percepción de apoyo que reciben de sus cuidadores es similar para todos los grupos.

En resumen, podemos concluir destacando que los resultados mostraron que aquellos universitarios cuyos padres se encontraban casados puntuaban más en satisfacción vital, mientras que los hijos de padres divorciados puntuaban menos en esta misma variable.

Por otro lado, cuando solo uno de los progenitores estaba vivo, se encontraban carencias en las actividades de salud. Así, los hijos de padres viudos llevaban a cabo con menos frecuencia actividades relacionadas con la calidad del sueño el autocuidado y las relaciones sexuales saludables, mientras que los hijos de madres viudas, llevaban a cabo menos conductas de salud relacionadas con la alimentación y la actividad física. Eran estos últimos los que también puntuaban menos en búsqueda de emociones y en impulsividad.

Finalmente, se encontraron resultados similares en percepción de riesgo y conductas de riesgo. Igualmente, puntuaron de manera similar en las variables psicológicas de autoestima, optimismo y autoeficacia, y en las variables sociales de apoyo social, bienestar social y satisfacción familiar.

De acuerdo a la hipótesis 6, planteábamos que *aquellos universitarios que se encuentran en familias cuyos padres están casados, llevarán a cabo menos conductas de riesgo que aquellos universitarios cuyos padres se encuentran divorciados y que aquellos que solamente tienen uno de los dos progenitores vivos*. Tras el análisis de los datos debemos refutar esta hipótesis, ya que no se han encontrado diferencias en este aspecto con respecto a los hijos de padres casados. Los resultados hallados son contrarios a los de Atiloa et al. (2014), quienes encontraron que la separación entre los padres es un factor asociado con el consumo de sustancias entre los jóvenes. Sin embargo, tampoco se han encontrado diferencias en este sentido ya que todos los universitarios tenían el mismo nivel de participación en conductas de riesgo de acuerdo a esta clasificación. Como alternativas, podemos proponer, que durante la adultez emergente, la red de apoyo principal aparece en los amigos y se va produciendo un distanciamiento en los lazos familiares. En este sentido, parece que la red de apoyo principal que estaría actuando en la participación de los jóvenes en conductas de riesgo, estaría más influido por las amistades que por las familias. En este sentido, según Orcasita y Uribe, (2010), las amistades serían las que proporcionan mayores sensaciones de seguridad y acompañamiento en los momentos críticos. Por tanto, parece que en estas edades, la influencia del sistema familiar no es tan decisiva con en otras edades.

6.1.7. Nivel socioeconómico

Los niveles socioeconómicos evaluados, se dividieron en niveles bajo, medio, medio-alto y alto. Solamente dos jóvenes se identificaron con el nivel socioeconómico alto, por tanto, a pesar de las diferencias en las puntuaciones, muchos datos no salieron significativos con respecto a este grupo.

Comenzando por la percepción de riesgo, no se encontraron diferencias significativas, de modo que todos los universitarios perciben el mismo riesgo, de acuerdo a esta clasificación. Del mismo modo, contrariamente a lo esperado, no hay diferencias destacables en la participación en conductas de riesgo. Sin embargo, sí que aparecen con respecto a las conductas de salud, donde parece existir una tendencia a que a mayor nivel socioeconómico, mayor frecuencia de conductas de riesgo. En este caso, destacan las conductas relacionadas con la actividad física, la alimentación y el sueño. Sin embargo, son los jóvenes de niveles socioeconómicos bajos los que más tiempo dedican a autocuidarse y a acudir al médico para revisiones periódicas. Estos resultados son contrarios a los descritos por la investigación, donde plantean que aquellos jóvenes pertenecientes a niveles socioeconómicos más bajos, que viven en barrios marginales y desestructurados, tienen mayor tendencia a participar en conductas de riesgo de consumo (Jessor, 1991).

En el caso de las variables psicológicas, los datos indicaron que no existían diferencias con respecto a la búsqueda de sensaciones y la impulsividad, pero que sí lo hacían con respecto a los niveles de autoestima. En este sentido, aquellos jóvenes pertenecientes a niveles medios y medio-altos, indicaban tener una mayor autoestima que los pertenecientes a niveles bajos. Estos datos sugieren que la pertenencia a un nivel determinado, es un factor más que influye sobre la percepción autovalorativa que cada uno hace de sí mismo. Estos datos fueron coherentes con los de la satisfacción vital, que aumentaba directamente según el nivel socioeconómico.

Del mismo modo que con la autoestima, parece que pertenecer a un nivel socioeconómico determinado influye sobre la percepción de satisfacción con la vida que las personas se forman. Puede parecer coherente pensar que aquellos jóvenes pertenecientes a niveles socioeconómicos donde se pueden permitir

ciertos caprichos o participar en determinadas actividades de ocio, se sientan más satisfechos con su vida que aquellos que no pueden.

Igualmente, los niveles de felicidad funcionan igual que los de satisfacción vital, donde a mayor nivel socioeconómico, mayor felicidad en todas sus subescalas. Del mismo modo, aquellos jóvenes pertenecientes a niveles más bajos puede que no puedan participar en muchos planes que organizan sus compañeros y por tanto que comparta menos momentos de ocio donde las relaciones personales se consolidan. De este modo, la menor participación en estas actividades puede que influyan directamente sobre los niveles de felicidad de los universitarios.

Todo esto es coherente con los resultados encontrados sobre optimismo y pesimismo, donde los pertenecientes a niveles bajos puntúan con menor optimismo y mayor pesimismo que sus compañeros. Sin embargo, ninguna diferencia apareció con respecto a la autoeficacia. Estos resultados sugieren que el nivel socioeconómico no influye sobre la capacidad y eficacia percibida que cada uno tiene de sí mismo.

De acuerdo a las variables sociales, los que aparecen como pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, puntuaron menos en todas las subescalas del apoyo social. Así, indicaron que tienen menos personas a las que acudir en caso de necesitar ayuda u orientación sobre un problema, que se sienten menos integrados y que perciben un apoyo social general peor que los pertenecientes a niveles socioeconómicos medios y medio altos. Estos datos son coherentes con los de Aron et al. (1995), y sugieren la idea de que pertenecer a un nivel socioeconómico bajo afecta directamente sobre la percepción de apoyo social que tienen los universitarios.

Igualmente, la percepción de bienestar social sigue la misma línea que el apoyo social. Los pertenecientes a niveles bajos se perciben como menos aceptados e integrados en la sociedad. Además, los niveles de bienestar social son menores que los de sus compañeros. En este sentido, parece que la comparación que se realiza con otros compañeros de otros niveles socioeconómicos más altos, influye sobre la percepción de bienestar social, identificándose como menos aceptados o integrados.

Finalmente, en el caso de la satisfacción familiar, los datos indicaron, de nuevo, la misma tendencia. Los universitarios pertenecientes a niveles bajos, identificaban sus relaciones familiares como menos satisfactorias que sus compañeros de niveles más altos. De este modo, parece que el nivel socioeconómico no solo tiene relación con los niveles de bienestar con la sociedad sino que también lo hace con la propia familia. Queda claro que el nivel de bienestar general de una persona surge a partir de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida (Urzúa, 2010), y que en este caso, la valoración del ambiente socioeconómico es un factor importante en la percepción de estos niveles de bienestar tanto personal como social.

En resumen, podemos concluir diciendo que los universitarios pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos indicaron tener menores niveles de autoestima, de satisfacción vital, felicidad y optimismo, y mayores niveles de pesimismo. Por otro lado, en relación a las variables sociales, también refieren sentirse con menos apoyo social, menor bienestar social y menor satisfacción con la familia.

De acuerdo a la hipótesis 7, habíamos planteado que *aquellos universitarios pertenecientes a ambientes socio-económicos bajos, llevarían a cabo más conductas de riesgo que los pertenecientes a ambientes socioeconómicos más altos*. Tras analizar los resultados, encontramos que esta hipótesis no se puede corroborar ya que no existen diferencias en los niveles de participación en conductas de riesgo con respecto a esta clasificación. Sin embargo, se ha podido observar que aquellos jóvenes que pertenecen a niveles socioeconómicos bajos, tienen puntuaciones más bajas en variables importantes para el desarrollo de las personas como la autoestima, la satisfacción vital o la felicidad. De este modo, podemos concluir que, aunque la hipótesis se rechaza, estos universitarios deberían ser objetivo de programas de promoción de la salud, donde se trabajen aspectos socioemocionales que proporcionen ayuda para desarrollarse de una manera más positiva.

6.2 Relación entre percepción de riesgo y las variables psicosociales

Este apartado hace referencia al segundo objetivo propuesto en esta investigación. Se debatirán los resultados de las hipótesis 8-10.

Los índices de correlación de Pearson fueron bajos en general para todas las correlaciones evaluadas. En el momento de evaluar las correlaciones con las variables psicológicas, en el caso de los hombres, los resultados mostraron relación negativa entre la percepción de riesgo con la búsqueda de sensaciones y con los beneficios percibidos. Sin embargo, se encontró una relación positiva con el factor de impulsividad no planeada. Estos datos indican que la percepción de riesgo se relaciona con bajos niveles de búsqueda de sensaciones, sobre todo con las subescalas de desinhibición y búsqueda de experiencias, con unos bajos beneficios percibidos, pero con niveles altos de impulsividad no planeada (vivir el presente sin preocuparse del futuro). En este caso, los resultados pueden resultar coherentes, ya que unos niveles más bajos relativos a la necesidad de explorar nuevas experiencias y situaciones, junto con una evaluación menor de los beneficios que una actividad podría desarrollar, se relacionarían con una mayor percepción de riesgo, y probablemente, con una menor participación en ellas (Shakeri et al., 2014). Del mismo modo, los niveles altos de impulsividad normalmente se han relacionado con la participación en conductas de riesgo. En esta ocasión, la impulsividad no planeada correlaciona negativamente con la percepción de riesgo. En este sentido, parece que los universitarios que toman decisiones impulsivas, parece que también son conscientes de los riesgos que sus decisiones pueden implicar. En este caso, los datos sugieren que esta impulsividad no actuaría infravalorando los riesgos percibidos en la participación de una actividad, sino que actuarían impulsivamente asumiendo conscientemente esos riesgos asociados.

En el caso de las mujeres, los resultados son similares. Junto a las variables significativas para los hombres, encontramos que las variables de satisfacción vital y de felicidad también tienen relación con la percepción de riesgo. Así, las dos variables, que puntúan en sentido positivo, indicarían que aquellas mujeres con mayores niveles de satisfacción vital y de felicidad, tendrían a su vez mayores niveles de percepción de riesgo, y viceversa. Partiendo de la base de que la percepción de riesgo disminuye las

probabilidades de participar en conductas de riesgo, encontraríamos que estas dos variables actuarían como protectoras contra ellas.

De acuerdo a la hipótesis 8, donde se planteaba que *existirían relaciones positivas entre la percepción de riesgo las variables psicológicas de felicidad, satisfacción vital, optimismo, autoestima, y relaciones inversas entre la percepción de riesgo y la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la participación previa y la percepción de beneficios*, podemos decir que no corrobora, porque, por un lado, se encontraron correlaciones positivas entre la percepción de riesgo y la impulsividad, y por otro, variables como la autoestima, la autoeficacia, el optimismo o la participación previa no correlacionaron significativamente.

El análisis de las variables sociales reveló resultados diferentes para hombres y para mujeres. Así, mientras que en los hombres correlacionaron de manera positiva todas las subescalas de apoyo social con la percepción de riesgo, en el caso de las mujeres, las correlaciones aparecieron en las subescalas del bienestar social. De este modo, en el caso de los hombres, parece existir más relación entre tener una buena red de apoyo social, con tener unos niveles superiores de percepción de riesgo. Sin embargo, en el caso de las mujeres, esta red de apoyo no parece tener tanta relación, sino que lo hace el nivel de bienestar social que perciba. De acuerdo a la hipótesis 9, que planteaba que *existirían relaciones positivas entre la percepción de riesgo y las variables sociales de apoyo social, bienestar social y satisfacción familiar*, debemos refutarla, ya que no se encontraron relaciones significativas con la satisfacción familiar.. En este caso, se encontraron relaciones positivas para apoyo social y para el bienestar social, pero no para satisfacción familiar, ni para ambos sexos.

Finalmente, relacionando con las variables de salud, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres.

Por un lado, en el caso de los hombres, solamente se encontraron correlaciones positivas con los autocuidados y los cuidados médicos. De este modo, podríamos pensar que aquellos universitarios que dedican más tiempo a cuidarse diariamente y a mantener su salud con visitas periódicas a profesionales sanitarios, desarrollarían a su vez, mayor percepción de riesgo en las actividades planteadas. En el caso de las mujeres, además de la variable de

autocuidado y cuidado médico, también se encuentran relaciones positivas en relación a la alimentación saludable, la higiene del sueño y las relaciones sexuales saludables. En este sentido, podríamos decir que las chicas que llevan a cabo conductas de salud con más frecuencia, no solo orientados a la salud física, sino al mantenimiento del cuerpo en más aspectos, tendrían a su vez mayor percepción de riesgo, y viceversa. Es decir, que aquellas mujeres con una mayor percepción de riesgo, estarían más alerta para preservar su salud en diferentes aspectos de su vida.

En este caso, podemos confirmar la hipótesis 10, que planteaba que existirían relaciones positivas entre la percepción de riesgo las conductas de salud.

6.3 Diferencias en conductas de riesgo en función de la percepción de riesgo

Este punto hace referencia al objetivo general 3, que buscaba encontrar las diferencias existentes entre los universitarios con mayor y menor percepción de riesgo con respecto a la participación de conductas de riesgo. En este sentido, los resultados mostraron diferencias en el factor de *actividades con riesgo alto* y en el de *actividades con riesgo bajo*. Comenzando por las de riesgo alto, los datos fueron consistentes con lo esperado, ya que se encontró que aquellos universitarios con alta percepción de riesgo tenían una frecuencia significativamente menor que aquellos cuya percepción de riesgo era más baja. En este caso, los resultados son consistentes con los encontrados en la bibliografía (González, Gómez, Gras y Planes, 2014) y en los modelos teóricos de la TAP (Ajzen y Fishbein, 1980) o de la TAR (Fishbein y Ajzen, 1975). En este caso, parece que la percepción de riesgo tendría un papel protector contra aquellas conductas de riesgo alto como consumir drogas, mantener relaciones sin protección, o conducir después de haber bebido alcohol, entre otras, aunque no parece tener el mismo efecto sobre conductas de riesgo moderado, como emborracharse. En este caso, podríamos sugerir que las conductas de este tipo se encuentran normalizadas entre los jóvenes y que pueden ser, como se ha comentado previamente, comportamientos sociales que se lleven a cabo

por la influencia de los iguales, sin evaluar realmente las posibles consecuencias negativas que esas actividades podrían tener.

Por otro lado, en relación a las conductas que no implican riesgo, o implican riesgos muy bajos, el funcionamiento es el contrario. Así, se vio que los que puntuaban con mayor percepción de riesgo eran los que más participan en conductas de riesgo bajo. En este sentido, podríamos explicar que aquellos jóvenes que llevan conduciendo o manteniendo relaciones sexuales durante más tiempo, son más conscientes de los posibles peligros que pueden tener estas conductas, que los que han participado menos en estos comportamientos.

En relación a la hipótesis 11 que planteaba que *los universitarios con mayor percepción de riesgo tendrían una menor participación en conductas de riesgo que los que tenían una mayor percepción de riesgo*, se podría decir que se cumple para las conductas de riesgo alto, aunque no para aquellas de riesgo bajo. De este modo podemos concluir indicando que el papel protector de la percepción de riesgo parece ser eficaz solamente para aquellas actividades donde existe una probabilidad alta de experimentar consecuencias negativas o donde esas consecuencias podrían ser muy negativas, pero no para aquellas cuyo riesgo es moderado o bajo.

6.4 Relación de las variables independientes sobre las variables dependientes de percepción de riesgo y conducta de riesgo

Este apartado hace referencia al cuarto objetivo general relativo a Identificar las variables psicosociales y de salud que conforman la percepción de riesgo y de las conductas de riesgo. A continuación veremos, en un primer momento, qué variables psicosociales y de salud predicen la formación de la percepción de riesgo, y en un segundo momento, las que predicen la conducta de riesgo.

6.4.1 Variables psicosociales y de salud que predicen la percepción de riesgo

En relación a las *variables psicológicas*, encontramos que solamente un 11% de la varianza fue explicada por estas variables para las mujeres, y un 18% para los hombres. Sin embargo, la formación de la percepción de riesgo no está formada por las mismas variables en cada género. Así, pudimos observar que las variables que predecían la percepción de riesgo en las mujeres eran la impulsividad no planeada, los beneficios percibidos, la experiencia previa, la desinhibición y la realización personal. Los resultados indicaron saturaciones positivas para impulsividad no planeada, experiencia previa y realización personal, y saturaciones inversas para los beneficios percibidos y para la desinhibición. De este modo, encontraríamos que la formación de una alta percepción de riesgo estaría formada por altos niveles de impulsividad no planeada, que implica vivir el presente sin planificar el futuro; una percepción de beneficios bajos, de modo que la mujer que percibe pocos beneficios en la realización de una actividad, percibiría a su vez mayores riesgos; mayores niveles de participación previa, de modo que cuando ya se tiene experiencia previa con la actividad, se conocen mejor los posibles riesgos y se incrementaría la percepción de riesgo; menores niveles de desinhibición, que indica que aquellas mujeres más cohibidas por la situación, percibirían mayores riesgos en participar en ella; y finalmente la formación de percepción de riesgo estaría formada por niveles altos de realización personal, de modo que aquellas mujeres que se sienten más realizadas en sus vidas, percibirían, a su vez, mayores niveles de riesgo en las actividades planteadas.

En el caso de los hombres, encontramos que la percepción de riesgo está formada por impulsividad no planeada, por los beneficios percibidos, por la experiencia previa y por la búsqueda de experiencias. En este caso encontramos saturaciones positivas para la impulsividad no planeada y para la búsqueda de experiencias, mientras que se encuentran saturaciones inversas para los beneficios percibidos y para la experiencia previa. En este caso, encontraríamos que la percepción de riesgo en hombres estaría formada por niveles superiores en impulsividad no planeada, que indican que, el hombre que vive el presente sin preocuparse del futuro, percibe mayores riesgos en las actividades

propuestas; por una percepción de beneficios baja, donde el hombre que no percibe consecuencias significativas, percibiría a su vez más riesgos negativos; por la experiencia previa, de modo que los hombres que ya han participado en actividades similares son más conscientes de los peligros que la participación entraña para sus salud; y por la búsqueda de experiencias, de modo que aquellos hombres con mayor apertura a la experimentación de nuevas sensaciones serían conscientes de los riesgos que esa experimentación podrían tener sobre su salud.

De este modo, pudimos comprobar que tanto hombres como mujeres, tenían niveles superiores de percepción de riesgo cuando ya habían participado previamente en la actividad propuesta. Estos resultados no son consistentes con los de estudios previos de Reyna y Farley, (2006), que explicaban que la participación previa en una actividad, disminuía los niveles de percepción de riesgo, si no se habían experimentado consecuencias negativas. En este sentido, y de acuerdo con Horvath y Zuckeman (1993), puede que los universitarios utilizados en esta muestra, realizaran la evaluación del riesgo a posteriori de la conducta, siendo conscientes de las posibles consecuencias que su comportamiento podría haber tenido, y de este modo, hayan formado una percepción de riesgo mayor.

En este caso, podemos corroborar la hipótesis 12 que planteaba que las *variables psicológicas, junto con la participación previa y los beneficios percibidos predecirían la formación de la percepción de riesgo.*

6.4.2 Variables sociales que predicen la percepción de riesgo

De acuerdo a las *variables sociales*, encontramos que las variables evaluadas solamente precedían un 2% en el caso de las mujeres y un 8% en el caso de los hombres. Se trata de una saturación muy pequeña, lo que nos puede hacer pensar que la influencia de las variables sociales, no son tan importantes sobre la formación de la percepción de riesgo como en un principio cabría esperar. De este modo, podemos comprobar que, en el caso de las mujeres, los factores que contribuyen a la formación de la percepción de riesgo son dos subescalas del bienestar social: Actualización social y contribución social. Así,

los resultados parecen ir en la línea de que, el hecho de entender que el mundo está en un continuo cambio y evolución hacia una sociedad más positiva junto con la sensación de que se es útil para la sociedad, incrementarían los niveles de percepción de riesgo. Estos datos sugieren la idea de que pensar en un futuro social más alentador fomenta la formación de la percepción de riesgo sobre determinadas actividades.

En el caso de los hombres, por otro lado, encontramos un único factor social que determina la formación de la percepción de riesgo: el apoyo social. En este caso, parece que una mayor percepción de red de apoyo social influiría en el desarrollo y formación de unos niveles mayores de percepción de riesgo. En este caso, podemos pensar cuando los adultos emergentes se sienten apoyados por una red social adecuada, su percepción sobre el riesgo que entraña llevar a cabo se incrementa.

Por tanto, la hipótesis 13 que planteaba que *las variables sociales predecirían la formación de la percepción de riesgo en los adultos emergentes*, se puede decir que se acepta, aunque con cautela ya que, aunque se ha demostrado empíricamente la influencia de las variables sociales sobre la percepción de riesgo, los datos no son tan potentes como se esperaba.

6.4.3 Variables de salud y que predicen la percepción de riesgo

En el caso de las conductas de salud, encontramos que para ambos géneros, apareció el mismo factor: autocuidados y cuidados médicos. En este caso, aunque la saturación es pequeña ya que solamente explicaría el 4% de la percepción de riesgo en las mujeres y un 5% para los hombres, los datos indicaron que aquellos jóvenes que se preocupan más por su salud, en el sentido de llevar a cabo cuidados diarios del cuerpo y de acudir al médico para revisiones periódicas, aparecen niveles superiores de percepción de riesgo sobre las actividades evaluadas. En este sentido, se podría decir que una mayor preocupación por cuidar la salud de nuestro cuerpo actuaría como alerta ante cualquier actividad o sustancia que pueda dañar la salud.

En este caso, la hipótesis 14, que planteaba que *las variables de salud predecirán la formación de la percepción de riesgo en los adultos emergentes*,

no se cumple en su totalidad, ya que ni la actividad física ni la alimentación, ni la higiene del sueño, son factores predictores de la formación de la percepción de riesgo.

6.4.4 Variables psicológicas que predicen la conducta de riesgo

En relación a las *variables psicológicas* encontramos que las variables evaluadas predicen el 19% de la participación en conductas de riesgo en las mujeres, y un 15% en los hombres.

En el caso de las mujeres, encontramos que las variables evaluadas que predicen la participación en conductas de riesgo son la desinhibición, la autoeficacia, la búsqueda de experiencias, la percepción de beneficios y la percepción de riesgo, todos en sentido positivo. De modo que una mayor participación en conductas de riesgo está determinada por niveles altos de desinhibición, representado por Zuckerman et al. (1978) como el deseo de desinhibirse social y sexualmente a través del consumo de alcohol y búsqueda de parejas sexuales; por niveles altos de autoeficacia, de modo que aquellas mujeres que se perciben como más eficaces incrementan su participación en conductas de riesgo; por niveles altos de búsqueda de experiencias, de modo que las mujeres con una mayor apertura a la experimentación de nuevas sensaciones estarían más predispuestas a participar en conductas de riesgo; por una alta percepción de beneficios, donde se perciben las consecuencias positivas de llevar a cabo ese comportamiento; y por una mayor percepción de riesgo.

En el caso de la búsqueda de sensaciones y las subescalas de desinhibición y búsqueda de experiencias, los resultados son coherentes con los de Laghi et al. (2015) o Shakeri et al. (2014), quienes encontraron relaciones entre la búsqueda de sensaciones con el consumo de sustancias, de alcohol y de tabaco.

En relación a los resultados obtenidos de autoeficacia, los datos van en sentido contrario al esperado, ya que según la bibliografía, la autoeficacia actúa como protector contra las conductas de salud (Ballester et al., 2013; Leddy et al., 2016; Leyva, 2017), mientras que los datos encontrados en esta investigación

indican que la autoeficacia predeciría el comportamiento de riesgo. Sin embargo, otras investigaciones han puesto de manifiesto que, cuando se evalúa la autoeficacia de manera general, el sentido puede cambiarse del mismo modo que ha ocurrido en nuestro trabajo (Blank et al., 2016; Bucio-Gómez, 2015). De esta manera, parece que la autoeficacia general está ligada a las metas y expectativas de cada uno, de manera que si un joven cree que llevar a cabo la conducta de riesgo genera beneficios (como así ha ocurrido en nuestra investigación), la autoeficacia actuaría de manera que les permita experimentar estas situaciones.

En el caso de los hombres, las variables que predice la participación en conductas de riesgo son la percepción de riesgo, la búsqueda de sensaciones y la percepción de riesgo, todos en sentido positivo. Al igual que ocurre con las mujeres, la participación de riesgo estaría formada por la percepción de beneficios y de riesgos, pero en esta ocasión, también aparece la variable de búsqueda de sensaciones, que resulta coherente con estudios previos (Latorre et al., 2014; Pérez de Albéniz y Medina, 2016; Zukerman y kuhlman, 2000)

En el sentido de la percepción de riesgo, los resultados encontrados son incoherentes con los modelos teóricos cognitivos revisados como la TAP (Ajzen y Fishbein, 1980), donde se destaca el papel de la percepción de riesgo como protector contra la participación en conductas de riesgo. En este sentido, cabe plantearse la implicación de otros aspectos como los recogidos en el trabajo de Martín, Martínez y Rojas (2011), sobre conductas sexuales de riesgo, donde se recoge que existen procesos irracionales, heurísticos, automatismos y actuaciones semi-inconscientes que jugarían un papel importante en las conductas de riesgo. Por otro lado, Caballero et al. (2003), identificaron que la experiencia emocional vivida con la realización de una actividad, predeciría en un 49% la repetición de la misma actividad. De este modo, encontramos que las actividades de riesgo podrían no ser una decisión reflexiva y razonada donde entren en juego valoraciones positivas y negativas de las posibles consecuencias, sino que serían resultado directo de una serie de factores conductuales que relacionarían las sensaciones positivas o la producción de adrenalina, con la realización de esa actividad, que anularía el efecto razonado

y planificado que la percepción de riesgo tendría a priori sobre la conducta de riesgo.

En este sentido, la hipótesis 15, que planteaba que *las variables psicológicas, junto con la percepción de beneficios y percepción de riesgo predecirían la participación en conductas de riesgo en adultos emergentes*, se corrobora con nuestros datos.

6.4.5 Variables sociales que predicen las conducta de riesgo

De acuerdo a las *variables sociales*, encontramos que predicen un 11% de la participación en conductas de riesgo en el caso de las mujeres y un 14% en el caso de los hombres.

En el caso de las mujeres, encontramos que los factores sociales que predicen la participación en el comportamiento de riesgo son el apego, la satisfacción familiar, la oportunidad de cuidar y la actualización social. En esta ocasión tanto la subescala de apego como la de actualización social tendrían una implicación positiva, mientras la satisfacción familiar y la oportunidad de cuidar tendrían una implicación inversa. En este sentido, parece que la participación en conductas de riesgo viene determinada por niveles altos de apego, lo que implica la cercanía emocional con una persona que deriva en una sensación de seguridad cuando se está con esa persona; niveles bajos de satisfacción familiar, que implica la sensación de bienestar con las relaciones existentes en la familia; la oportunidad de cuidar, que corresponde con una subescala del apoyo social relativa a la sensación de que otras personas confían en uno mismo para buscar su bienestar; y finalmente, la actualización social, que implica la sensación de que la sociedad está en continuo cambio.

Estos datos resultan coherentes con los comentados por Arbour et al. (2010) o Cicognami y Zani (2011), que indican que los iguales pueden ser modelos directos que favorecen el consumo. En este sentido, las variables de apoyo social de apego y oportunidad de cuidar, que actúan en la participación en conductas de riesgo son variables complementarias que hacen referencia a la presencia de una relación bidireccional de máximo apoyo mutuo. En este sentido, Black et al. (2013), indicaban que los iguales durante la adultez emergente actuaban como referentes. En este caso, los datos sugieren que

estas relaciones podrían estar fomentando la participación en conductas de riesgo.

Del mismo modo, los resultados sobre la satisfacción familiar son consistentes con los hallados por Martínez-Loredo (2016), o De la Torre et al. (2013), quienes indicaban que existía más tendencia a participar en conductas de riesgo a aquellos jóvenes insatisfechos con las relaciones emocionales o comunicativas existentes en su familia. Esta insatisfacción familiar podría derivar en una falta de apoyo emocional que el joven tendría que buscar en los iguales. De este modo, las presiones sociales o por la necesidad de desarrollar un sentimiento de pertenencia a un grupo, los jóvenes podrían integrarse en los comportamientos de riesgo en los que sus compañeros participan o tal y como dicen Lema et al. (2011), el joven puede decidir participar en conductas de riesgo porque suponen que sus iguales participan, aunque no necesariamente sea así.

En el caso de los hombres, los factores que predicen el comportamiento de riesgo son el apego, en un sentido positivo, y la aceptación social, en un sentido negativo. En este caso, los resultados de ambos géneros apuntan a que el apego es uno de los factores sociales que más influyen sobre la participación en las conductas de riesgo. Sin embargo, en esta ocasión, a este factor hay que sumar el efecto que produce sobre el joven el no sentirse aceptado por la sociedad. En este caso, parece que participan más en conductas de riesgo aquellos hombres que se sienten menos aceptados socialmente. Así, se podría pensar en que conductas de riesgo como el consumo de alcohol o de conductas sexuales de riesgo podrían ser intentos de integrarse en un grupo y desarrollar su sentimiento de pertenencia a un grupo, de modo que participando en las conductas que los iguales llevan a cabo, los jóvenes podrían sentirse más aceptados en el grupo.

Por tanto, la hipótesis 16 que planteaba que *las variables sociales predecirían la participación en conductas de riesgo en adultos emergentes*, se confirma.

6.4.6. Conductas de salud que predicen el comportamiento de riesgo

En el caso de las *conductas de salud* evaluadas, encontramos que predicen un 40% de la participación en conductas de riesgo en el caso de las mujeres, y un 46% en el caso de los hombres.

Así, observamos que el consumo de sustancias, así como la práctica de relaciones sexuales saludables, actúan como factores predictivos de las conductas de riesgo en ambos géneros. En este caso los datos son coherentes ya que el cuestionario de salud aportaba información complementaria al cuestionario de conductas de riesgo. Sin embargo, podríamos destacar que mientras el factor de autocuidado y cuidados médicos actúa incrementando la percepción de riesgo, no tiene la misma influencia, sin embargo, para disminuir la participación en conductas de riesgo. De igual modo, sorprende que la participación en actividades físicas y deporte no influya sobre la participación en conductas de riesgo, ya que según la bibliografía revisada, la practica de deporte actúa como promotor de la salud evitando aquellas situaciones que implican riesgo para la salud (Latorre, Cámara y García, 2014).

En el caso de la hipótesis 17, que planteaba que *las variables de salud predecirían la participación en conductas de riesgo en adultos emergentes*, no podemos concluir que se corrobore, ya que ni la participación en actividad física, ni la alimentación ni la preocupación por el autocuidado y cuidados médicos del cuerpo actúan como predictores de la conducta.

6.5 Modelo de ecuaciones estructurales

Este apartado hace referencia al objetivo general 5, que perseguía encontrar un modelo de ecuaciones estructurales que relacionara las variables de estudio. De acuerdo a la hipótesis planteada, esperábamos encontrar que tanto variables psicológicas como sociales influirían sobre la formación de la percepción del riesgo, y que este, a su vez, determinaría los niveles de participación en conductas de riesgo.

Sin embargo, a la vista de los resultados, encontramos que nuestro modelo hipotetizado solamente predice el 3% de la varianza de la percepción de

riesgo y el 1% de la conducta de riesgo. Se trata de un porcentaje demasiado bajo para aceptar el correcto funcionamiento de nuestro modelo. A pesar de que los índices de ajuste, podrían llegar a ser considerados como aceptables, el porcentaje explicado nos lleva a rechazar la hipótesis 18 planteada.

Ante los datos poco determinantes que se hallaron en el modelo hipotetizado, se planteó un segundo modelo que proponía relaciones directas entre las variables psicosociales y la conducta de riesgo, sin que mediara la percepción de riesgo. De este modo se consiguieron incrementar los índices de ajuste de manera que quedaron muy cercanos a los valores óptimos propuestos. Con todo, el porcentaje de varianza mejoró en un punto, por lo que el modelo alternativo propuesto explicaba solamente el 2% de la participación en conductas de riesgo.

En este estudio, se ha pretendido comprobar el papel que la percepción de riesgo global tendría sobre conductas de riesgo en general, con el fin de detectar relaciones significativas entre diferentes variables psicosociales, que nos permitieran identificar una población de riesgo con la que llevar a cabo programas de promoción de la salud eficaces en diversas áreas de la vida universitaria. En este sentido se ha intentado seguir las directrices de Rodríguez-Marín y Neipp (2008), quienes proponen que los hábitos de salud son inespecíficos, es decir, que un buen programa de promoción de la salud debe englobar diferentes aspectos de la vida de las personas, y no centrarse en un aspecto determinado de la salud. Igualmente, de acuerdo con Álvarez-Alonso (2015), las personas que llevan a cabo un comportamiento de riesgo, especialmente de consumo de sustancias, suelen tener patrones de policonsumo, por lo que las intervenciones psicológicas orientadas de manera específica tampoco serían las más eficaces. A pesar de estas apreciaciones, en nuestro trabajo parece ser que la evaluación de una percepción de riesgo de una manera general o multi-situacional no resulta una manera efectiva de medir el nivel de participación potencial en conductas que pongan en peligro la salud. Sin embargo, parece que sí existen investigaciones previas ponen de manifiesto la relación existente entre la percepción de riesgo específica sobre una conducta también específica, tanto en el área del consumo de alcohol (González-Iglesias et al., 2014), de tabaco y drogas (Torton, Baker, Johnson y Lewin, 2014), o

relaciones sexuales de riesgo (Woodward et al., 2014) todas ellas dentro del marco de los modelos teóricos de la TAP, la TAR o del modelo de creencias de salud (Ajzen, 1985; Fishbein y Ajzen; Rosenstock, 1974).

Por otro lado, encontramos otros estudios similares en los que la percepción de riesgo específica no tuvo un valor predictivo sobre la conducta de riesgo. De este modo, trabajos como los de Mayhew et al. (2014) o Shiferaw et al. (2014), encontraron que la percepción de riesgo de contagiarse de enfermedades de transmisión sexual, no tenía relación con el comportamiento de riesgo sexual, ni en el número de parejas sexuales, ni en el uso de preservativos. En esta línea, podemos decir que la influencia que la percepción de riesgo tiene sobre la decisión de participar en una conducta de riesgo o no, no es tan determinante como se podría pensar.

En este sentido, Brewer et al. (2007), determinaron en un meta-análisis que la percepción de riesgo depende del grado de compromiso que se tenga para modificar un comportamiento. De este modo, la percepción de riesgo no sería un requisito (o una causa) para cambiar de comportamiento, sino más bien la consecuencia de haber tomado la decisión de modificar la conducta. Además, añaden que cuando el costo de evitar una conducta de riesgo es bajo, existe una mayor probabilidad de poner en práctica comportamientos saludables.

6.6. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

En relación al diseño de esta investigación, hay que destacar que se trata de un estudio transversal, que no permite establecer conclusiones precisas sobre la secuencia temporal de los acontecimientos y por tanto, no es posible determinar si la conducta de riesgo es causa de las variables psicosociales evaluadas, o consecuencia de las mismas.

Por otro lado, hay que destacar que la muestra no es representativa de los estudiantes universitarios porque más de 75% de la muestra son mujeres y algo menos del 25% son hombres. La muestra seleccionada incluía titulaciones relacionadas con humanidades, donde tradicionalmente existe un número mayor de mujeres matriculadas que de hombres. Asimismo, existían titulaciones muy relacionadas con la salud (psicología, CAFD, fisioterapia, ciencias de la

educación) donde los alumnos se encuentran muy comprometidos con la promoción de estilos de vidas saludables. Estas dos circunstancias han podido influir sobre los resultados previstos ya que, por un lado, la participación en conductas de riesgo de las mujeres suele ser inferior al de los hombres y, por otro, que un mayor compromiso con la salud reduce la participación en conductas de riesgo. En este sentido, nuestro estudio ha recogido puntuaciones muy bajas en conductas de riesgo, indicando que se llevan a cabo actividades que ponen en peligro la salud con una frecuencia muy baja. Esta escasa participación en conductas de riesgo ha podido influir sobre los resultados, de modo que las variables no correlacionen del modo esperado, y el modelo de ecuaciones estructurales haya quedado menos completo de lo que cabría esperar al inicio de la investigación.

Cabe destacar que este estudio no parte de ningún modelo teórico previamente estudiado, ya que ninguno de los modelos revisados satisfacían correctamente los criterios para formar parte de esta investigación. Los modelos teóricos pretenden justificar la vinculación con los hábitos saludables, sin embargo, en nuestro trabajo, pretendíamos encontrar una relación diferente que explicara la predicción del comportamiento de riesgo. El hecho de no partir de un modelo teórico contrastado, indudablemente es una debilidad del trabajo, sin embargo ha sido una aproximación global para intentar evaluar qué tipos de factores son más determinantes para tomar la decisión de participar en conductas de riesgo.

Asimismo, las dificultades de medida de las conductas de riesgo en general, llevada a cabo por el cuestionario RIPS, han podido influir, asimismo, sobre los resultados encontrados, no permitiendo encontrar las relaciones esperadas entre las variables evaluadas.

En nuestro estudio se han recogido las variables más relevantes que la bibliografía ha destacado relacionadas con las conductas de riesgo. Sin embargo, dado que los resultados encontrados no han sido los esperados, se propondría llevar a cabo una valoración de otro tipo de variables más de corte emocional, como la autorregulación emocional o de tipo más conductual, como las estrategias de afrontamiento activas o pasivas.

Por otro lado, encontramos interesante la realización de una investigación futura segmentada por diferentes zonas geográficas de nuestro país, para comparar los resultados entre diferentes provincias españolas, y así encontrar cuáles son los estilos de vida y los niveles de participación en conductas de riesgo y de salud de los universitarios españoles en función de su localidad.

Finalmente, nuestro trabajo ha comprobado que la participación en conductas de riesgo, a pesar de tener una causa mayoritariamente social, no tiene la misma explicación para hombres que para mujeres. En este sentido, esta investigación pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo programas de promoción de la salud de manera diferenciada para ambos géneros. Así, para los hombres, que son los que mayoritariamente participan en conductas de riesgo, se propondrían programas de mejora basados en la construcción de un apoyo social saludable que les permita llevar a cabo conductas más saludables. Específicamente, estos programas deberían incluir contenidos dirigidos a entablar una conexión de confianza con otra persona, de manera que tanto una como la otra tenga un referente al que acudir para pedir o proporcionar ayuda o información. Adicionalmente, sería útil incluir. Por otro lado, los programas más eficaces para mujeres serían aquellos más focalizados en aspectos de promoción de bienestar social. Es decir, los programas de prevención de conductas de riesgos dirigidos a mujeres deberían ir orientados a conseguir que las mujeres se sientan más aceptadas e integradas socialmente, a la vez que se transmita la importancia de contribuir activamente a la sociedad a través de algún voluntariado o trabajo relacionado con los servicios sociales.

Capítulo 7

CONCLUSIONES

*We're only young and naive still
We require certain skills
The mood it changes like the wind
Hard to control when it begins*
YOUNG BLOOD – THE NAKED AND FAMOUS – 2010

*(Todavía somos jóvenes e ingenuos
Requerimos ciertas habilidades
El estado de ánimo cambia como el viento
Difícil de controlar cuando comienza)*
YOUNG BLOOD – THE NAKED AND FAMOUS – 2010

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

1. De acuerdo al *género*, la participación en conductas de riesgo fue similar aunque, los hombres conducen después de haber bebido alcohol, con más frecuencia que las mujeres. Por otro lado, se encuentran diferencias relacionadas con las conductas de salud que unos y otros llevan a cabo. Mientras que los hombres tienen a llevar a cabo mayores conductas de salud relacionados con la actividad física y el deporte, las mujeres llevan a cabo más conductas de autocuidado y cuidados médicos.
2. En relación a la *edad*, la participación en conductas de riesgo es similar entre todos los universitarios de entre 18 y 29 años. Sin embargo, los más jóvenes, participan menos en actividades de riesgo relacionadas con la conducción o las relaciones sexuales que los universitarios de mayor edad.

3. Atendiendo al *tipo de centro*, los universitarios pertenecientes a universidades públicas llevan a cabo más conductas de riesgo que los que acuden a una universidad privada, especialmente los relacionados con episodios de embriaguez, de robos en tiendas, consumo de crack o cocaína y relaciones sexuales de riesgo.
4. En referencia a la *titulación*, los estudiantes de grados relacionados con la salud, llevan a cabo más conductas de salud y menos conductas de riesgo que el resto de compañeros. Por otro lado, los estudiantes de educación infantil son, junto con los estudiantes de CAFD, los que llevan a cabo menos conductas de riesgo de cualquier tipo, aunque no llevan a cabo una vida donde las conductas de salud tengan una implicación importante. En el extremo opuesto, los estudiantes de trabajo social demostraron llevar a cabo más conductas de riesgo que el resto de universitarios evaluados.
5. En cuanto a la *situación sentimental*, destaca que los universitarios con pareja estable llevan a cabo más conductas de salud y menos conductas de riesgo, mientras que aquellos que se encuentran solteros o en relaciones ocasionales llevan a cabo más conductas de riesgo y menos de salud.
6. En el caso del *estado civil de los padres*, no existen diferencias en cuanto a la participación en conductas de riesgo de los universitarios. De este modo, tanto los hijos de padres casados, divorciados con viudos, participan con la misma frecuencia en conductas de riesgo.
7. En relación al *nivel socioeconómico*, se han encontrado puntuaciones más bajas en relación a la autoestima, la satisfacción vital, la felicidad, el optimismo, el apoyo social, la satisfacción familiar y el bienestar social. Sin embargo el nivel de participación en conductas de riesgo es similar en todos los universitarios de acuerdo al nivel socioeconómico al que pertenecen.
8. De acuerdo a las *correlaciones de las variables psicológicas*, mayores niveles de impulsividad y menores niveles de búsqueda de sensaciones correlacionan con la percepción de riesgo. Sin embargo, ni la autoestima, la autoeficacia, el optimismo ni el pesimismo correlacionan en ningún modo con

la percepción de riesgo, y la felicidad y satisfacción vital solo lo hacen en el caso de las mujeres en un sentido positivo.

9. En base a las *correlaciones de las variables sociales*, el apoyo social correlaciona positivamente con la percepción de riesgo en los hombres, pero no en las mujeres. Mientras que las subescalas de bienestar social correlacionan en las mujeres más que en hombres. En ningún caso la satisfacción correlaciona con la percepción de riesgo.
10. En el caso de las *conductas de salud*, se observan correlaciones positivas entre percepción de riesgo y conductas de alimentación saludable, higiene del sueño y relaciones sexuales en el caso de las mujeres, y correlaciones positivas con los autocuidados y cuidados médicos en el caso tanto de hombres como mujeres. Sin embargo, la actividad física no correlaciona con la percepción de riesgo en ninguno de los casos.
11. En cuanto a la participación de los universitarios dependiendo de sus niveles de percepción de riesgo, encontramos que para actividades de riesgo alto y bajo, los que perciben más riesgo, tienden a llevar a cabo más conductas de riesgo que los que tienen una percepción de riesgo más baja. En el caso de las actividades con riesgo moderado, no se han encontrado diferencias en participación dependiente del riesgo percibido.
12. Las variables psicológicas que predicen la formación de la percepción de riesgo son, en el caso de las mujeres, la impulsividad no planeada, la experiencia previa y la realización personal en un sentido positivo y los beneficios percibidos y la desinhibición, en un sentido negativo. En el caso de los hombres, las variables psicológicas que predicen la percepción de riesgo son la impulsividad no planeada y la experiencia previa en sentido positivo, y los beneficios percibidos y la búsqueda de experiencias en un sentido inverso.
13. Las variables sociales que predicen la formación de la percepción de riesgo son la actualización social y la contribución social para las mujeres y el apoyo

social, en el caso de los hombres. En ambos casos, la influencia de estas variables es directa.

14. Las conductas de salud que predicen la formación de la percepción de riesgo son las orientadas al autocuidado y cuidados médicos para ambos géneros, con un sentido positivo.
15. En el caso del comportamiento de riesgo, las variables psicológicas que predicen la participación en las mujeres son la desinhibición, la autoeficacia, la búsqueda de experiencias, la percepción de beneficios y la percepción de riesgo, todas con un sentido positivo. En los hombres, las variables que predicen el comportamiento de riesgo son la percepción de beneficios, la búsqueda de sensaciones y la percepción de riesgo.
16. Respecto a las variables sociales que predicen la participación en conductas de riesgo, encontramos que, en el caso de las mujeres, son el apego y la actualización social en un sentido positivo, y la satisfacción familiar y la oportunidad de cuidar en un sentido inverso. En el caso de los hombres, aparecen como variables predictoras el apego en un sentido positivo y la aceptación social en un sentido negativo.
17. En relación a las conductas de salud, encontramos que tanto hombres como mujeres que consumen sustancias, suelen llevar a cabo otros comportamientos de riesgo, mientras que mantener relaciones sexuales seguras predicen la no participación en conductas de riesgo.
18. De acuerdo a la formación de la conducta de riesgo, se ha comprobado que una percepción de riesgo global no es predictora de la conducta de riesgo, sino que esta, está determinada por otra serie de factores, predominantemente sociales, pero donde la percepción de riesgo no tiene efecto directo.

Capítulo 8

BIBLIOGRAFÍA

*You gotta learn to rock and roll it,
you gotta put the pedal down
and drive it like you stole it,
and drive it like you stole it.*

DRIVE IT LIKE YOU STOLED IT – SING STREET – 2016

*(Tienes que aprender a “rockandrollearlo”,
tienes que apretar el acelerador
y conducir como si lo hubieras robado
y conducir como si lo hubieras robado)*

DRIVE IT LIKE YOU STOLED IT – SING STREET – 2016

- Abernathy, T., Massas, L., y Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30(120), 899-907.
- Abraham C, Sheeran P, Johnston M. (1998). From health beliefs to self-regulation: theoretical advances in the psychology of action control. *Psychol Health*, 13, 569–591
- Acun-Kapikiran, N., Körükçü, Ö., y Kapikiran, S. (2014). The Relation of Parental Attitudes to Life Satisfaction and Depression in Early Adolescents: The Mediating Role of Self-Esteem. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 14(4), 1246-1252.
- Adams, J. y Nettle, D. (2009). Time perspective, personality and smoking, body mass, and physical activity: An empirical study. *British Journal of Health Psychology*, 14(1), 83-105.
- Agbaria, Q., Ronen, T., y Hamama, L. (2012). The link between developmental components (age and gender), need to belong and resources of self-control and feelings of happiness, and frequency of symptoms among Arab adolescents in Israel. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2018-2027.
- Agrawal, A., Verweij, K. J. H., Gillespie, N. A., Heath, A. C., Lessov-Schlaggar, C. N., Martin, N. G., ... y Lynskey, M. T. (2012). The genetics of addiction—a translational perspective. *Translational Psychiatry*, 2(7), 140-154.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl et al. (Eds.), *Action control* (pp.11-39). Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, L. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 95-102.
- Alexander, C. S., Kim, Y. J., Ensminger, M., Johnson, K. E., Smith, B. J., y Dolan, L. J. (1990). A measure of risk taking for young adolescents: Reliability and validity assessment. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(6), 559-569.

- Aluja, A., y Torrubia, R. (2004). Hostility-aggressiveness, sensation seeking, and sex hormones in men: re-exploring their relationship. *Neuropsychobiology*, 50(1), 102-107.
- Álvarez-Alonso, M. J., Jurado-Barbaab, R., Martínez-Martínd, N., Espín-Jaimed, J. C., Bolaños-Porreroe, C., Ordóñez-Francoe, A., ... y Manzanaresh, J. (2015). El policonsumo de sustancias y el maltrato infantil entre adolescentes. Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. *Una mirada ecológica*, 30.
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.
- Allen, T.M., y Lo, C.C.(2010). Religiosity, spirituality, and substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 40, 433–459.
- Allison, S., Bauermeister, J. A., Bull, S., Lightfoot, M., Mustanski, B., Shegog, R., y Levine, D. (2012). The intersection of youth, technology, and new media with sexual health: moving the research agenda forward. *Journal of Adolescent Health*, 51(3), 207-212.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E. Panzarella, C., y Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 145-156.
- Andrew, M. y Cronin, C. (1997). Two measures of sensation seeking as predictors of alcohol use among high school males. *Personality and Individual Differences*, 22(3), 393-401.
- Aquilino, W. S. (2006). Family Relationships and Support Systems in Emerging Adulthood. En J. Arnett, y J. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 193-217). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Arbour, K. P., Kwan, M. Y., Lowe, D., Taman, S., y Faulkner, G. E. (2010). Social norms of alcohol, smoking, and marijuana use within a Canadian university setting. *Journal of American College Health*, 59(3), 191-196.
- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health?. *Psychology and Health*, 12(6), 769-781.

- Arnett, J. (1994). Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16(2), 289-296.
- Arnett, J. J. (1996). Sensation seeking, aggressiveness, and adolescent reckless behavior. *Personality and Individual Differences*, 20(6), 693-702.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-254.
- Arnett, J. J. (2014). *Adolescence and emerging adulthood*. New York, NY, USA: Pearson Education Limited.
- Arnett, J. J. (2015). *The Oxford handbook of emerging adulthood*. Oxford University Press.
- Arnett, J. J., y Schwab, J. (2012). *The Clark University poll of emerging adults: Thriving, struggling, and hopeful*. Worcester, MA: Clark University.
- Arnett, J. J., y Taber, S. (1994). Adolescence terminable and interminable: When does adolescence end?. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(5), 517-537.
- Arnett, J. J., y Walker, L. (2014). The five features of emerging adulthood: National patterns (*en prensa*).
- Aron, S., Nitsche, R. y Rosenbluth, A. (1995). Redes Sociales de Adolescentes: un estudio descriptivocomparativo. *Psycche*, 4, 49-56.
- Aspinwall, L. G., y Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 755-765.
- Atilola, O., Stevanovic, D., Balhara, Y. P., Avicenna, M., Kandemir, H., y Knez, R. (2014). Role of personal and family factors in alcohol and substance use among adolescents: an international study with focus on developing countries. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 609-617.
- Azizli, N., Atkinson, B. E., Baughman, H. M., y Giammarco, E. A. (2015). Relationships between general self-efficacy, planning for the future, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 82, 58-60.

- Baiocco, R., Laghi, F., y D'Alessio, M. (2009). Decision-making style among adolescents: Relationship with sensation seeking and locus of control. *Journal of Adolescence*, 32(4), 963-976.
- Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E., y Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29(1), 76-82.
- Ballester, R., Gil, M.D., y Guirado, M.C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 110, 855-898.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. Diclemente y J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS* (pp. 25-59). Springer US: Science y Business Media.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Bannon, R. S., y Foubert, J. D. (2017). The Bystander Approach to Sexual Assault Risk Reduction: Effects on Risk Recognition, Perceived Self-Efficacy, and Protective Behavior. *Violence and Victims*, 32(1), 46-59.
- Barnes, G. M., y Farrell, M. P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of Marriage and the Family*, 763-776.
- Barnes, P. M., y Schoenborn, C. A. (2003). *Physical activity among adults, United States, 2000*. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Barragán, A. B., Martos, Á., Simón, M., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., y Gázquez, J. J. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 49-61.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. Violence and mental disorder. *Developments in Risk Assessment*, 10, 61-79.
- Bartels, M., Cacioppo, J. T., Van Beijsterveldt, T. C. y Boomsma, D. I. (2013). Exploring the association between well-being and psychopathology in adolescents. *Behav Genet*, 43(3), 177-190.

- Bastianello, M. R., Pacico, J. C., y Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian version of the revised Life Orientation Test. *Psico-USF* 19 (3), 523-531.
- Batista-Foguet, J. M., y Coenders-Gallart, G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales: modelos para el análisis de relaciones causales*. Madrid: La Muralla.
- Baumrind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. *New Directions for Child Development*, 37, 93-125.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Baumrind, D., y Moselle, K. A. (1985). A developmental perspective on adolescent drug abuse. *Advances in Alcohol y Substance Abuse*, 4(3-4), 41-66.
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Duch, M., y Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos?. Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253-268.
- Belgrave, F. Z., Van Oss Marin, B., y Chambers, D. B. (2000). Culture, contextual, and intrapersonal predictors of risky sexual attitudes among urban African American girls in early adolescence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(3), 309.
- Bellis, M. y Hughes K. (2004). Pociones sexuales: Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16, 249-257.
- Ben-Zur, H., y Reshef-Kfir, Y. (2003). Risk taking and coping strategies among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(3), 255-265.
- Benotsch, E. G., Martin, A. M., Koester, S., Mason, M. J., Jeffers, A. J., y Snipes, D. J. (2015). Driving under the influence of prescription drugs used nonmedically: associations in a young adult sample. *Substance Abuse*, 36(1), 99-105.
- Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1463-1473.
- Bernstein, L., Patel, A. V., Ursin, G., Sullivan-Halley, J., Press, M. F., Deapen, D., ... y Malone, K. E. (2005). Lifetime recreational exercise activity and

- breast cancer risk among black women and white women. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(22), 1671-1679.
- Berscheid, E. (2006). Searching for the meaning of "love". En R. J. Sternberg, y K Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 171-183). New Haven, CT: Yale University Press.
- Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., y Jacobs-Quadrel, M. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: Adults and adolescents. *Developmental Psychology*, 29(3), 549-564.
- Bisson, M. A., y Levine, T. R. (2009). Negotiating a friends with benefits relationship. *Archives of sexual behavior*, 38(1), 66-73.
- Black, S. R., Schmiege, S., y Bull, S. (2013). Actual versus perceived peer sexual risk behavior in online youth social networks. *Translational Behavioral Medicine*, 3(3), 312-319.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Blanchflower, D. G., y Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle?. *Social Science and Medicine*, 66(8), 1733-1749.
- Blank, M. L., Connor, J., Gray, A., y Tustin, K. (2016). Alcohol use, mental well-being, self-esteem and general self-efficacy among final-year university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 431-441.
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., y Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396-410.
- Block, J. H. (1983). Differential premises arising from differential socialization of the sexes: Some coniectures. *Child Development*, 54, 1335-1354.
- Borders, T.F., Curran, G.M., Mattox, R. y Booth, B.M. (2010). Religiousness among at-risk drinkers: is it prospectively associated with the development or maintenance of an alcohol-use disorder? *J. Stud. Alcohol Drugs* 71, 136–142
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., y Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387-1402.

- Brackett, M. A., Warner, R. M., y Bosco, J. S. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships*, 12(2), 197-212.
- Brecklin, L. R., y Ullman, S. E. (2010). The roles of victim and offender substance use in sexual assault outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(8), 1503-1522.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., y Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychology*, 26 (2), 136 –145
- Brown, K. (2015). *Resilience, development and global change*. Londres: Routledge.
- Bryant, F. B., y Cvengros, J. A. (2004). Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin, or two separate coins?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 273-302.
- Bucio-Gómez, N. (2015). *Autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en estudiantes de pregrado* (Doctoral dissertation).
- Burbary, K. (2011). Facebook Demographics Revisited – 2011 statistics. recuperado de <http://www.socialmediatoday.com/content/facebook-demographics-revisited-2011-statistics>.
- Bustamante, I. V., Strike, C., Brands, B., Cunningham, J., y Wright, M. D. G. M. (2009). Perceived norms among peruvian students for drug use among peers. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17, 858-864.
- Caballero González, A., Carrera Levillain, P., Sánchez Fernández, F., Muñoz Cáceres, M. D., y Blanco Abarca, A. (2003). La experiencia emocional como predictor de los comportamientos de riesgo. *Psicothema* 15(3), 427-432.
- Calafat, A., Fernández-Hermida, J.R., Becoña, E., Juan, M., Duch, M., del Río, E. F., Salvá, J., Monzón, S., y García-Toro, M. (2013). Alcoholemias en contextos recreativos nocturnos como sistema de prevención. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 10-6.
- Calvete, E., y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.

- Calvo, A. J., González, R., y Martorell, M. C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infancia y Aprendizaje*, 24(1), 95-111.
- Camera S, Sarriera J, Carlotto M. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, 161-166.
- Cameron, D. S., Bertenshaw, E. J., y Sheeran, P. (2015). The impact of positive affect on health cognitions and behaviours: a meta-analysis of the experimental evidence. *Health psychology review*, 9(3), 345-365.
- Cardona, J., Osorio, A., y Villa, K. (2009). Riesgo de depresión y apoyo familiar en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Fundación Universitaria del Área Andina*, 3(3), 41-47.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879 – 889.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (2003). Optimism. En López, S. y Snyder, C. R. (Eds.), *Positive psychology assesment: a handbook of models and measures*, (pp 75-89). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (2013). Goals and emotion. En M. D. Robinson, E. R. Watkins, y E. Harmon-Jones (Eds), *Guilford handbook of cognition and emotion*, (pp. 176-194). Nueva York: Guilford Press.
- Cava, M. J., Musitu, G., y Murgui, S. (2007). Individual and social risk factors related to overt victimization in a sample of Spanish adolescents. *Psychological Reports*, 101(1), 275-290.
- Cazalla-Luna, N., y Molero, D. (2015). Inteligencia emocional percibida, disposición al optimismo-pesimismo, satisfacción vital y personalidad de docentes en su formación inicial. *Revista de Investigación Educativa*, 34(1), 241-258.
- Cicognani, E., y Zani, B. (2011). Alcohol use among Italian university students: The role of sensation seeking, peer group norms and self-efficacy. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 55(2), 17-38.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health psychology*, 7(3), 269.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-698.

- Cohen, S., Underwood, L. G., y Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford: University Press.
- Collins, A., y Van Dulmen, M. (2006). Friendships and Romance in Emerging Adulthood: Assessing Distinctiveness in Close Relationships. En J. Arnett, y J. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 193-217). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Condit, M., Kataji, K., Drabble, L. y Trocki, K. (2011). Sexual minority women and alcohol: intersections between drinking, relational contexts, stress and coping. *J. Gay Lesbian Soc. Serv.* 23, 351–375.
- Connor, J. M., Poyrazli, S., Ferrer-Wreder, L., y Grahame, K. M. (2004). The relation of age, gender, ethnicity, and risk behaviors to self-esteem among students in nonmainstream schools. *Adolescence*, 39(155), 457-475.
- Cook, S. H., Bauermeister, J. A., y Zimmerman, M. A. (2016). Sex Differences in Virtual Network Characteristics and Sexual Risk Behavior Among Emerging Adults. *Emerging Adulthood*, 4(4), 284-297.
- Cortés Tomás, M. T., Espejo Tort, B., Giménez Costa, J. A., Luque, L., Gómez, R., y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Salud y Drogas*, 11(2),179-202.
- Coskunpinar, A., Dir, A. L., y Cyder, M. A. (2013). Multidimensionality in impulsivity and alcohol use: a meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37, 1441–1450.
- Crapanzano, A. M., Frick, P. J., Childs, K., y Terranova, A. M. (2011). Gender differences in the assessment, stability, and correlates to bullying roles in middle school children. *Behavioral Sciences & the Law*, 29(5), 677-694.
- Crocker, J. (2002). The costs of seeking self-esteem. *Journal of Social Issues*, 58(3), 597-615.
- Crocker, J., Brook, A. T., Niiya, Y., y Villacorta, M. (2006). The Pursuit of Self-Esteem: Contingencies of Self-Worth and Self-Regulation. *Journal of Personality*, 74(6), 1749-1772.

- Crok, D. (2015). The Protective Role of Optimism and Self-esteem on Depressive Symptom Pathways Among Canadian Aboriginal Youth. *Journal of Youth Adolescence*, 44(1), 142-154.
- Cross, C. P., Cyrenne, D. L. M., y Brown, G. R. (2013). Sex differences in sensation-seeking: a meta-analysis. *Scientific Reports*, 3, 2486-2499.
- Curry, L. A., y Youngblade, L. M. (2006). Negative affect, risk perception, and adolescent risk behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(5), 468-485.
- Cutrona, C. E., y Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, 1(1), 37-67.
- Cyders, M. A. (2013). Impulsivity and the sexes: measurement and structural invariance of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Assessment*, 20(1), 86-97.
- Chan, S. L. P., Chung, O. K. J., y Chui, M. L. M. (2010). Relationships among Mental Health, Self-esteem and Physical Health in Chinese Adolescents An exploratory study. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 96-106.
- Chang, E. C. H. (2001). *Optimism and pessimism*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Charnigo, R., Noar, S. M., Garnett, C., Crosby, R., Palmgreen, P., y Zimmerman, R. S. (2013). Sensation seeking and impulsivity: combined associations with risky sexual behavior in a large sample of young adults. *Journal of Sex Research*, 50(5), 480-488.
- Cheung, T. T., Gillebaart, M., Kroese, F., y De Ridder, D. (2014). Why are people with high self-control happier? The effect of trait self-control on happiness as mediated by regulatory focus. *Frontiers in Psychology*, 5, 722.
- Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12(2), 229-235.
- Chouhy, R. (2000). Función paterna y familia monoparental: ¿Cuál es el costo de prescindir del padre. *Perspectivas Sistémicas*. Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/nuevacomunicacion.pdf>
- Churchill, S., y Jessop, D. C. (2011). Reflective and non-reflective antecedents of health-related behaviour: Exploring the relative contributions of impulsivity and implicit self-control to the prediction of dietary behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 16(2), 257-272.

- D'Silva, J. y Aminabhavi, V. A. (2013). Adjustment, self-efficacy and psychosocial competency of drug addicted adolescents. *Journal of Psychology*, 4, 13–18.
- De Graaf, H., Van de Schoot, R., Woertman, L., Hawk, S. T., y Meeus, W. (2012). Family cohesion and romantic and sexual initiation: a three wave longitudinal study. *Journal of youth and adolescence*, 41(5), 583-592.
- De la Torre, M. J., Casanova, P. F., Villa Carpio, M., y Cerezo, M. (2013). Consistencia e inconsistencia parental: relaciones con la conducta agresiva and satisfacción vital de los adolescentes. *European Journal Educational Psychology*, 6, 135-149.
- De Leo, J. A., y Wulfert, E. (2013). Problematic Internet use and other risky behaviors in college students: An application of problem-behavior theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 133-142.
- De Sola-Gutierrez, J., Rubio-Valladolid, G., y Rodríguez-de Fonseca, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 13(2), 145-155.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14(1), 22-31.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Demir, M., Jaafar, J., Bilyk, N. y Mohd Ariff, M. R. (2012). Social skills, friendship and happiness: A cross-cultural investigation. *The Journal of social psychology*, 152(3), 379-385.
- Demir, M., y Davidson, I. (2013). Toward a better understanding of the relationship between friendship and happiness: Perceived responses to capitalization attempts, feelings of mattering, and satisfaction of basic psychological needs in same-sex best friendships as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 525-550.
- Derdikman-Eiron, R. U. T. H., Indredavik, M. S., Bratberg, G. H., Taraldsen, G., Bakken, I. J., y Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with

- symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(3), 261-267.
- Derzon, J. H. (2010). The correspondence of family features with problem, aggressive, criminal, and violent behavior: A meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 6(3), 263-292.
- Desilva, M. U.(1999). Individual differences and choice of information source: Sensation seeking in drug abuse prevention. *Communication Reports*, 12, 43-51.
- DeSimone, A., Murray, P., y Lester, D. (1994). Alcohol use, self-esteem, depression, and suicidality in high school students. *Adolescence*, 29(116), 939.
- Dewey, J. (1989). *Cómo pensamos. Cognición y desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95.
- Diener, D., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-670.
- Diener, E., y Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. *Handbook of Emotions*, 2, 325-337.
- Dijkstra, A., Sweeney, L. y Gebhardt, W. (2001). Social Cognitive Determinants of Drinking in Young Adults: Beyond the Alcohol Expectancies Paradigm. *Addictive Behaviors*, 26, 689–706.
- Dirección General de Tráfico (2015). Datos sobre conductores y víctimas implicados. Recuperado de http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/accidentes-30dias/tablas-estadisticas/2015/GRUPO-4.-DATOS-SOBRE-CONDUCTORES-Y-VICTIMAS-IMPLICADOS_2015.xlsx

- Dolinoy, D. C., y Jirtle, R. L. (2008). Environmental epigenomics in human health and disease. *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 49(1), 4-8.
- Donovan, J. E. (1996). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 379-404.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Dawes, M. A., Furr, R. M., Charles, N. E., Liguori, A., ... y Acheson, A. (2013). Impulsivity, attention, memory, and decision-making among adolescent marijuana users. *Psychopharmacology*, 226(2), 307-319.
- Drabble, L., Trocki, K. F., y Klinger, J. L. (2016). Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: Findings from the National Alcohol Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 127-134.
- Dubois, D. L., y Tevendale, H. D. (1999). Self-esteem in childhood and adolescence: Vaccine or epiphenomenon?. *Applied and Preventive Psychology*, 8(2), 103-117.
- Ehret, P. J., Ghaidarov, T. M. y LaBrie, J. W. (2013). Can you say no? Examining the relationship between drinking refusal self-efficacy and protective behavioral strategy use on alcohol outcomes. *Addict Behav* 38, 1898–1904.
- Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A., y Liew, J. (2005). Relations among positive parenting, children's effortful control, and externalizing problems: A three wave longitudinal study. *Child Development*, 76(5), 1055-1071.
- Engels, R., William, H., Marc, N. y DeVries, H. (2005). Self-Efficacy and Emotional Adjustment as Precursors of Smoking in Early Adolescence. *Substance Use and Misuse*, 40, 1883–1893.
- Erickson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York, NY: Norton.
- Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum, y A. Sen (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: F.C.E.
- Ernst, M., Pine, D. S., y Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological Medicine*, 36(03), 299-312.

- Esnaola, I., Infante, G., y Zulaika, L. (2011). The multidimensional structure of physical self-concept. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(01), 304-312.
- Espada, J. P., Antón, F. A., y Torregrosa, M. A. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Salud y Drogas*, 8(2), 137-155.
- Essau, C. A. (2004). Risk-taking behavior among German adolescents. *Journal of Youth Studies*, 7(4), 499-512.
- Evon, D. M., Esserman, D. A., Ramcharran, D., Bonner, J. E., y Fried, M. W. (2011). Social support and clinical outcomes during antiviral therapy for chronic hepatitis C. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(5), 349-356.
- Eysenck, S. B., y Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(1), 57-68.
- Facio, A., y Micocci, F. (2003). Emerging adulthood in Argentina. *New directions for child and adolescent development*, 2003(100), 21-32.
- Fagan, A. A., Van Horn, M. L., Hawkins, J. D., y Jaki, T. (2013). Differential effects of parental controls on adolescent substance use: For whom is the family most important?. *Journal of Quantitative Criminology*, 29(3), 347-368.
- Farrell, A. D, Henry, D. B., Mays, S. A., y Schoeny, M. E. (2011). Parents as moderators of the impact of school norms and peer influences on aggression in middle school students. *Child Development*, 82(1),146–161.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., y De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Ferguson, S. A. (2003). Other high-risk factors for young drivers—how graduated licensing does, doesn't, or could address them. *Journal of Safety Research*, 34(1), 71-77.
- Fernández González, L., González Hernández, A., y Trianes Torres, M. V. (2015). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, optimismo-pesimismo y autoestima en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13, 111-130.

- Fernández-Molina, M., González, V. y Del Molino, G. (2011). Perfil del alumnado universitario de Educación Infantil. Un estudio descriptivo desde los inicios del Espacio Europeo de Educación Superior hasta los Estudios de Grado (2006-2010). *Revista de Investigación Educativa*, 29(1), 187-203.
- Férriz, L. (2015). Impulsividad, búsqueda de sensaciones y ausencia de empatía como factores de riesgo de la delincuencia juvenil: un meta-análisis inclusivo. Trabajo fin de máster. Universidad Santiago de Compostela.
- Fischer, S., y Smith, G. T. (2004). Deliberation affects risk taking beyond sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 527-537.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1977). Belief, Attitude, Intention, and Behaviour: An Introduction to Theory and Research. *Philosophy and Rhetoric*, 10(2), 130-132.
- Folgar, M. I., Rivera, F. F., Sierra, J. C., y Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*, 22(1), 1-8.
- Ford, M. B., y Collins, N. L. (2011). Self-esteem moderates neuroendocrine and psychological responses to interpersonal rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 405–410.
- Furman, W., Brown, B. B., y Feiring, C. (1999). *The development of romantic relationships in adolescence*. Cambridge: University Press.
- Furman, W., y Simon, V. A. (2008). Homophily in adolescent romantic relationships. *Understanding Peer Influence in Children and Adolescents*, 203-224.
- Garaigordobil, M., y Durá, A. (2006). Relaciones de autoconcepto y la autoestima con sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y modificación de conducta*, 32, 141-159.
- García del Castillo, J. A. (2012). Concept of risk perception and impact on addictions/Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(2).
- García del Castillo, J. A. y Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Consejo Editorial*, 7(2), 309-332.

- García, J. M., Zaldívar, F., López, F., y Molina, A. (2009). The role of personality variables in drug abuse in a Spanish university population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 475-487
- García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6(6), 18-39
- Gavriel-Fried, B. y Ronen, T. (2016). Positive emotion as a moderator of the associations between self control and social support among adolescents with risk behaviors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14, 121-133.
- Ghahramani, M. H., Sohrabi, M., y Besharat, M. A. (2016). The Effects of Physical Activity on Impulse Control, Attention, Decision-Making and Motor Functions in Students with High and Low Impulsivity. *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 13(3), 1689-1696.
- Ghahremani, D. G., Oh, E. Y., Dean, A. C., Mouzakis, K., Wilson, K. D., y London, E. D. (2013). Effects of the Youth Empowerment Seminar on impulsive behavior in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 139-141.
- Gil-Lacruz, A. I., y Gil Lacruz, M. (2010). Subjective valuation of risk perception and alcohol consumption among Spanish students. *Salud Mental*, 33(4), 309-329.
- Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., y Toro, J. (2005). Autoestima social y corporal en sujetos con trastornos de la alimentación. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 5(1), 63-71.
- Gilbert, K. E., Kalmar, J. H., Womer, F. Y., Markovich, P. J., Pittman, B., Nolen-Hoeksema, S., y Blumberg, H. P. (2011). Impulsivity in adolescent bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica*, 23(2), 57-61.
- Gilman, R., y Huebner, S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 192-213.
- Gilles, D. M., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2006). Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addict Behav* 31, 388–398.
- Gittler, J., Quigley-Rick, M., y Saks, M.J. (1990). *Adolescents health care decisión making: The law and public policy*. Washington, DC: Carnegie Council on Adolescent Development.

- Gladstone, T.R.G., Kaslow, N.J., Seeley, J.R. y Lewinsohn, P.M. (1997). Sex differences, attributional style and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(4), 297-305
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological assessment*, 4(1), 26-39.
- Goldscheider, F., y Goldscheider, C. (1999). *The changing transition to adulthood: Leaving and returning home*. Londres: Sage Publications.
- Gómez-Acosta, C. A. y Londoño Pérez, C. (2013). Modelo predictor del consumo responsable de alcohol y el comportamiento típicamente no violento en adolescentes. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 13(1), 23-34.
- Gómez-Acosta, C. A., y Pérez, C. L. (2013). Modelo predictor del consumo responsable de alcohol y el comportamiento típicamente no violento en adolescentes. *Health*, 13(1), 23-34.
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M. J., y Eceiza, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: el rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Anales de Psicología*, 32(3), 899-906.
- González-Iglesias, B., Gómez-Fraguela, J. A., Gras, M. E., y Planes, M. (2014). Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: el papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales de Psicología*, 30(3), 1061-1068.
- González-Pianda, J. A., Pérez, J. C. N., Pumariega, S. G., y García, M. S. G. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289.
- Gonzalez, J., Field, T., Yando, R., Gonzalez, K., Lasko, D., y Bendell, D. (1994). Adolescents' perceptions of their risk-taking behavior. *Adolescence*, 29(115), 701-719.
- González, M.T. y Landero, R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11(4), 403-410.
- Gordon, W. R., y Caltabiano, M. L. (1996). Urban-rural differences in adolescent self-esteem, leisure boredom, and sensation-seeking as predictors of leisure-time usage and satisfaction. *Adolescence*, 31(124), 883-890.

- Graham, R., y Gootman, J. A. (2008). Preventing Teen Motor Crashes. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), S253-S257.
- Grant, N., Hamer, M., y Steptoe, A. (2009). Social isolation and stress-related cardiovascular, lipid, and cortisol responses. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 29-37.
- Greene, K., Krcmar, M., Rubin, D. L., Walters, L. H., y Hale, J. L. (2002). Elaboration in processing adolescent health messages: The impact of egocentrism and sensation seeking on message processing. *Journal of Communication*, 52(4), 812-831.
- Greene, K., Krcmar, M., Walters, L. H., Rubin, D. L., y Hale, J. L. (2000). Targeting adolescent risk-taking behaviors: The contributions of egocentrism and sensation-seeking. *Journal of Adolescence*, 23, 439-461.
- Greenspan, E. (2000). *I had a plan. It just fell apart*. Washington: Post.
- Grimaldo, A. y Cervera C. (2017). Equidad de género en la educación primaria. Construcciones y deconstrucciones. *Jóvenes en la Ciencia*, 2(1), 764-768.
- Guillemin, F., Bobarder, C y Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.
- Gutiérrez, M., y Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, 30(2), 608-619.
- Haber, J.R., Grant, J.D., Jacob, T., Koenig, L.B. y Heath, A. (2012). Alcohol milestones, risk factors, and religion/spirituality in young adult women. *J. Stud. Alcohol Drugs* 73, 34-43.
- Hall, M. T., Howard, M. O., y McCabe, S. E. (2010). Subtypes of adolescent sedative/anxiolytic misusers: A latent profile analysis. *Addictive Behaviors*, 35(10), 882-889.
- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H., y Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 224-231.
- Hansen, E. B., y Breivik, G. (2001). Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behaviour among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 627-640.

- Harter, S. (1997). "The Construction and Conservation of the Self: James and Cooley Revisited", en Lapsle, D. K. y F. C. Power (eds.) *Self, Ego and Identity: Integrative Approaches*. Springer-Verlag, New York.
- Henderson, P. (2013). *Rare earth element geochemistry* (Vol. 2). Londres: Elsevier.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (66), 23-41.
- Hills, P., y Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31(8), 1357-1364.
- Hingson, R. W., y White, A. M. (2010). Magnitude and prevention of college alcohol and drug misuse: US college students aged 18–24. *Mental Health Care in the College Community*, 289-324.
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M. R., y Wechsler, H. (2003). Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drinking. *Pediatrics*, 111(1), 34-41.
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M. M., y Castillo-Muraira, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20(1), 19-25.
- Hodgson, C. J. R. (2000). *Health locus of control, perception of risk, and risk-taking behavior in older adolescents*. (Tesis Doctoral, Texas Woman's University).
- Hodne, C. J. (1995). Medical decision making. En M. O'Hara, R. C., Reiter, A., Johnson, y J. Engeldinger. (Eds.), *Psychological aspects of women's reproductive health* (pp.267-290). New York: Springer.
- Hombrados-Mendieta, I., García-Martín, M. A., y Gómez-Jacinto, L. (2013). The relationship between social support, loneliness, and subjective well-being in a Spanish sample from a multidimensional perspective. *Social indicators research*, 114(3), 1013-1034.
- Hombrados-Mendieta, I., Gómez, L., Domínguez, J. M., García, P. y Castro, M. (2012). Types of social support provided by parents, teachers and classmates during adolescence. *Journal of Community Psychology*, 40(6), 645-664.
- Horvath, P. y Zuckerman, M. (1993). Sensation seeking, risk appraisal, and risky behavior. *Personality and Individual Differences*, 14, 41-52.

- Hoyle, R. H., Stephenson, M. T., Palmgreen, P., Lorch, E. P., y Donohew, R. L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32(3), 401-414.
- Huebner, E. S., Ash, C., y Laughlin, J. E. (2001). Life experiences, locus of control, and school satisfaction in adolescence. *Social Indicators Research*, 55(2), 167-183.
- Huffman, J. C., Beale, E. E., Celano, C. M., Beach, S. R., Belcher, A. M., Moore, S. V., ... y Januzzi, J. L. (2016). Effects of Optimism and Gratitude on Physical Activity, Biomarkers, and Readmissions After an Acute Coronary Syndrome. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 9(1), 55-63.
- Hunagund, D. L., y Hangal, S. J. (2014). Self-efficacy and happiness in youth. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 40(1), 70-89.
- Hunagund, D. L., y Hangal, S. J. (2014). Self-efficacy and happiness in youth. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 40(1), 70.
- Ingersoll, G. M., y Orr, D. P. (1989). Behavioral and emotional risk in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 9, 392- 408.
- Instituto Nacional de Estadística (2009). Encuesta europea de salud en España. Determinantes de salud. Recuperado de <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p01/&file=pcaxis>
- Instituto Nacional de Estadística (2014a). Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en población de 15 o más años. Recuperado de <http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=Unknown+format&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DD7T6.xlsx&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=146%2F1003%2FD7T6.xlsx&ssbinary=true>
- Instituto Nacional de Estadística (2014b). Consumo de tabaco por grupos de edad. Recuperado de <http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=Unknown+format&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DD7T1.xlsx&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=375%2F476%2FD7T1.xlsx&ssbinary=true>

- Instituto Nacional de Estadística. (2009). Encuesta Europea de Salud en España: Determinantes de salud. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda). Recuperado de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888.
- Irwin, C. E., (1990). The theoretical concept of at-risk adolescents. *Adolescent Medicine (1)*, 1–14.
- Irwin, C. E., y Millstein, S. G. (1991). Correlates and predictors of risk-taking behavior. En L. P. Lipsitt, y L. L. Mitnick, (Eds.), *Self-regulatory behavior and risk-taking: Causes and consequences* (pp. 3-21). Norwood, NJ: Ablex.
- Irwin, C. E., y Millstein, S.G. (1992). Risk-taking behaviors and biopsychosocial development during adolescence. En E.J. Susman, L.V. Feagans, W.J. Ray (Eds.) *Emotion, Cognition, Health, and Development in Children and Adolescents*. (pp. 75-102). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Isiksal, M. (2010). A comparative study on undergraduate students' academic motivation and academic self-concept. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(02), 572-585.
- Jacobsen, B., Lee, J. B., Marquering, W., y Zhang, C. Y. (2014). Gender differences in optimism and asset allocation. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 107, 630-651.
- Janis, I. L. y Mann, L. (1977). *Decision-making. A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Collier/Mcmillan.
- Janz, N. K., y Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jeammet, P. (2008). *Pour nos ados, soyons adultes*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(2), 597-605.

- Jessor, R. (2016). Problem Behavior Theory over the Years. In *The Origins and Development of Problem Behavior Theory*. Boulder Colorado: Springer International Publishing.
- Jessor, R., Donovan J. E. y Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. New York: Cambridge University Press.
- Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jiménez-Castuera, R., Cervelló-Gimeno, E., García-Calvo, T., Santos-Rosa, F. J., y Iglesias-Gallego, D. (2007). Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de Educación Física. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 385-401.
- Jiménez-Muro A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P., y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Jiménez, M. L. y Márquez, E. M. (2014). Ir a la Universidad después de los 30: dificultades y factores facilitadores. *Aula Abierta*, 42(1), 1-8.
- Jiménez, R. (2004). Motivación, trato de igualdad, comportamientos de disciplina y estilos de vida saludables en estudiantes de educación Física en Secundaria. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.
- Jiménez, T. I., Musitu, G., y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.
- Johnson, A. J., Becker, J. A., Craig, E. A., Gilchrist, E. S., y Haigh, M. M. (2009). Changes in friendship commitment: Comparing geographically close and long-distance young-adult friendships. *Communication Quarterly*, 57(4), 395-415.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., y Schulenberg, J. E. (2010). Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2009.

- Volume I: Secondary School Students. NIH Publication No. 10-7584. *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., y Schulenberg, J. E. (2011). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2010. Volume II, College Students y Adults Ages 19-50. *Institute for Social Research*.
- Jonah, B. A. (1986). Accident risk and risk-taking behaviour among young drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 18(4), 255-271.
- Jonah, B. A. (1997). Sensation seeking and risky driving: a review and synthesis of the literature. *Accident Analysis y Prevention*, 29(5), 651-665.
- Jung, S. y Choi, E. (2017). Life satisfaction and delinquent behaviors among Korean adolescents. *Personality and Individual Differences*, 104, 104-110.
- Jurado-Guerrero, T. (2001). *Youth in Transition: Housing, employment, social policies and families in France and Spain*. Aldershot/Burlington: Ashgate.
- Kaestle, C. E., Halpern, C. T., Miller, W. C., y Ford, C. A. (2005). Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 161(8), 774-780.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues, and speculations. *Behavior Modification in Clinical Psychology*, 3, 178-220.
- Karakus, G., y Taman, L. (2011). Impulsive control disorder comorbidity among patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 378-385.
- Karatzias, A., Power, K. G., y Swanson, V. (2001). Predicting use and maintenance of use of substances in Scottish adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(4), 465-484.
- Kaufman, A. V., Kosberg, J. I., Leeper, J. D., y Tang, M. (2010). Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(3), 251-269.
- Kavas, A. B. (2009). Self-esteem and health-risk behaviors among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 44(173), 187.
- Kawachi, I., y Berkman, I. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458-467.
- Kehle, T. J., Bray, M. A., Margiano, S. G., Theodore, L. A., y Zhou, Z. (2002). Self-modeling as an effective intervention for students with serious

- emotional disturbance: Are we modifying children's memories?. *Psychology in the Schools*, 39(2), 203-207.
- Kelloway, E. K. (1998). *Using LISREL for structural equation modeling: A researcher's guide*. Londres: Sage.
- Keniston, K. (1971). *Youth and dissent: The rise of a new opposition*. New York: Harcourt.
- Kenney, S. R., Napper, L. E., Labrie, J. W. (2014). Social anxiety and drinking refusal self-efficacy moderate the relationship between drinking game participation and alcohol-related consequences. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 40(5), 388–394.
- Kett, J. F. (1977). *Rites of passage: Adolescence in America, 1790 to the present*. Nueva York: Georgetown.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 42, 121-140.
- Keyes, C., Shmotkin, D., y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Khan, A. y Husain, A. (2010). Social support as a moderador of positive psychological strengths and subjective well-being. *Psychological Reports*, 106(2), 534-538.
- Kinard, B. R., y Webster, C. (2010). The Effects of Advertising, Social Influences, and Self-Efficacy on Adolescent Tobacco Use and Alcohol Consumption. *Journal of Consumer Affairs*, 44(1), 24-43.
- Kindlundh, A. M., Hagekull, B., Isacson, D. G., y Nyberg, F. (2001). Adolescent use of anabolic—androgenic steroids and relations to self-reports of social, personality and health aspects. *The European Journal of Public Health*, 11(3), 322-328.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A. y Ball, J. (2005). Psychological predictors of healthrelated behaviour in children. *Psychology, Health and Medicine*, 10(1), 31- 43.
- Klipfel, K. M., Claxton, S. E., y Van Dulmen, M. H. (2014). Interpersonal aggression victimization within casual sexual relationships and experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(3), 557-569.
- Kochanek, K. D., Murphy, S. L., Anderson, R. N., y Scott, C. (2004). Deaths: final data for 2002. *National Vital Statistics Reports*, 53(5), 1-115.

- Kramer, A. F., Erickson, K. I., y Colcombe, S. J. (2006). Exercise, cognition, and the aging brain. *Journal of Applied Physiology*, 101(4), 1237-1242.
- Kumar, V., Talwar, R., Roy, N., Raut, D., y Singh, S. (2014). Psychosocial determinants of tobacco use among school going adolescents in Delhi, India. *Journal of Addiction*, 2014.
- Kwon, P. (2013). Resilience in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Person. Soc. Psychol. Rev.* 17, 371–383.
- Labouvie-Vief, G. (2006). *Emerging Structures of Adult Thought*. American Psychological Association.
- Laghi, F., Pompili, S., Baumgartner, E., y Baiocco, R. (2015). The role of sensation seeking and motivations for eating in female and male adolescents who binge eat. *Eating Behaviors*, 17, 119-124.
- Larkin, M., Wood, R. T., y Griffiths, M. D. (2006). Towards addiction as relationship. *Addiction Research and theory*, 14, 207-215.
- Latorre, P. Á., Cámara, J. C., y García, F. (2014). Búsqueda de sensaciones y hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol y práctica deportiva en estudiantes de Educación Secundaria. *Salud Mental*, 37(2), 145-152.
- Leary, M. R. (1999). Making sense of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 32–35.
- Leddy, A., Chakravarty, D., Dladla, S., de Bruyn, G., y Darbes, L. (2016). Sexual communication self-efficacy, hegemonic masculine norms and condom use among heterosexual couples in South Africa. *AIDS care*, 28(2), 228-233.
- Leeman, R. F., Hoff, R. A., Krishnan-Sarin, S., Patock-Peckham, J. A., y Potenza, M. N. (2014). Impulsivity, sensation-seeking, and part-time job status in relation to substance use and gambling in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 54(4), 460-466.
- Leeman, R. F., Patock-Peckham, J. A., Hoff, R. A., Krishnan-Sarin, S., Steinberg, M. A., Rugle, L. J., y Potenza, M. N. (2014). Perceived parental permissiveness toward gambling and risky behaviors in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 115-123.
- Lefkowitz, E. S., Gillen, M. M., Shearer, C. L., y Boone, T. L. (2004). Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *Journal of Sex Research*, 41(2), 150-159.

- Lefkowitz, E. S., y Gillen, M. M. (2006). "Sex Is Just a Normal Part of Life": Sexuality in Emerging Adulthood. En Arnet, J., y Taner, J. (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp.235-255). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Leigh, B. C. (1999). Peril, chance, adventure: concepts of risk, alcohol use and risky behavior in young adults. *Addiction*, 94(3), 371-383.
- Lema, L. F., Varela, M. T., Duarte, C., y Bonilla, M. V. (2011). Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 264-271.
- Lerman, C., Caporaso, N. E., Audrain, J., Main, D., Bowman, E. D., Lockshin, B., ... y Shields, P. G. (1999). Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. *Health Psychology*, 18(1), 14-26.
- Lerner, R. M., y Tubman, J. G. (1991). Developmental contextualism and the study of early adolescent development. In R. Cohen y A. W. (Eds.), *Context and Development* (pp. 183-210). NJ: Erlbaum.
- Lewis, A. D., Huebner, E. S., Malone, P. S., y Valois, R. F. (2011). Life satisfaction and student engagement in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(3), 249-262.
- Lewis, J. E., Miguez-Burbano, M. J., y Malow, R. M. (2009). HIV Risk Behavior among College Students in the United States. *College Student Journal*, 43(2), 475-491.
- Leyva, A. O., Aguirre, A. Á., Rodríguez, V. M. H., Perales, M. S. y Alonso, L. D. R. M. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14), 1-14.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 55-74.
- Limonero, J. T., Gómez-Romero, M. J., Fernández-Castro, J., y Tomás-Sábado, J. (2013). *Ansiedad y Estrés*, 19, 223-234.
- Liu, D., y Xin, Z. (2014). Birth Cohort and age change in the self-esteem of chinese adolescents: A cross temporal meta-analysis, 1996-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 25(2), 366-376.

- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., y Sayal, K. (2016). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 1-16.
- Logroño, J. (2009). *Situación de Acoso, Abuso y otros Delitos Sexuales en el Ambito de la Educacion Superior*. Quito: Caso Universidad Central de Ecuador.
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., y Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and social psychology bulletin*, 30(8), 1018-1034.
- Lopes, P. N., Salovey, P., y Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and individual Differences*, 35(3), 641-658.
- López-Navas, A., Ríos, A., Riquelme, A., MartínezAlarcón, L., Pons, J.A., Miras, M., Sanmartín, A., Febrero, B., Ramírez, P., y Parrilla, P. (2011). Psychological Care: Social and Family Support for Patients Awaiting a Liver Transplant. *Transplantation Proceedings*, 43, 701–704.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo García, A., y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 33-51.
- López, L. S., y Rodríguez-Arias, P. J. (2010). Risk and protective factors in adolescents' drug use, and differences by age and sex. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- López, S., y Snyder, C. R. (2003). *Positive Psychological assesment: a handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., y Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112.
- Lorca, M. M., y Sanz, C. A. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*, 15(2), 145-158.
- Lösel, F., y Farrington, D. P. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(2), S8-S23.

- Luszczynska, A., Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology, 139*(5), 439-457.
- Lynne-Landsman, S. D., Graber, J. A., Nichols, T. R., y Botvin, G. J. (2011). Is sensation seeking a stable trait or does it change over time?. *Journal of Youth and Adolescence, 40*(1), 48-58.
- MacDonald, K.B. (2008). Effortful control, explicit processing and the regulation of human evolved predispositions. *Psychological Bulletin, 115*, 1012-1031.
- MacKillop, J., Mattson, R. E., MacKillop, E. J. A., Castelda, B. A., y Donovan, P. J. (2007). Multidimensional assessment of impulsivity in undergraduate hazardous drinkers and controls. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*, 785-788.
- Mahat, G., Scoloveno, M. A., y Scoloveno, R. (2016). HIV/AIDS knowledge, self-efficacy for limiting sexual risk behavior and parental monitoring. *Journal of Pediatric Nursing, 31*(1), 63-69.
- Makino, M., Tsuboi, K., y Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Medscape General Medicine, 6*(3), 49-57.
- Marrero, R. J., y Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental, 33*(1), 39-46.
- Marsh, H. W., y Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on Psychological Science, 1*(2), 133-163.
- Marsh, H.W., Craven, R.G. y McInerney, D.M. (2003). International advances in self research. En H.W. Marsh, R.G., Craven y D.M. McInerney (Eds.), *International advances in self research* (pp. 3-14). Greenwich, CT: Information Age Publishing
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology, 10*(02), 458-467.
- Martín, E. G., Alonso, C. H., y Pallejá, J. M. (2002). Autoeficacia y delincuencia. *Psicothema, 14*(Suplemento), 63-71.

- Martín, M. J., Martínez, J. M., y Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(6), 433-443.
- Martínez-Arias, M. D. R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Síntesis.
- Martínez-Ferrer, B., Murgui-Pérez, S., Musitu-Ochoa, G., y Monreal-Gimeno, M. D. C. (2008). El rol del apoyo parental, las actitudes hacia la escuela y la autoestima en la violencia escolar en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 679-692.
- Martínez-López, Z., Fernández, M. F. P., Couñago, M. A. G., Vacas, C. T., da Silva Almeida, L., y González, M. S. R. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y el Social Provisions Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102-110.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Artamendi, S., Weidberg, S., Pericot, I., López-Núñez, C., Fernández-Hermida, J. R., y Secades, R. (2016). Estilos educativos y uso de alcohol en adolescentes: un estudio longitudinal. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(1), 27-36.
- Martínez-Torvisco, J. M. (2016). El sesgo optimista y la distancia afectiva en la percepción de riesgo. *RIDPSICLO*, 1(2), 27-31.
- Martínez, I., Fuentes, M. C., García, F., y Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Mayhew, A., Mullins, T. L. K., Ding, L., Rosenthal, S. L., Zimet, G. D., Morrow, C., y Kahn, J. A. (2014). Risk perceptions and subsequent sexual behaviors after HPV vaccination in adolescents. *Pediatrics*, 133(3), 1- 8.
- McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Macdonald, A., Danielson, C. K., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S., y Kilpatrick, D. G. (2011). Non-medical use of prescription drugs in a national sample of college women. *Addictive Behaviors*, 36(7), 690-695.
- McGill, B., y Bell, P. (2013). The big picture. *National Journal*, 5, 14-15.

- McPherson, M., Smith-Lovin, L., y Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*, 71(3), 353-375.
- Meece, J. L., y Jones, M. G. (1996). Gender differences in motivation and strategy use in science: Are girls rote learners?. *Journal of Research in Science Teaching*, 33(4), 393-406.
- Megías, A., Cándido, A., Catena, A., Molinero, S., y Maldonado, A. (2014). The Passenger Effect: Risky Driving is a Function of the Driver-Passenger Emotional Relationship. *Applied Cognitive Psychology*, 28(2), 254-258.
- Melo, D. S. y Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18, 655-662.
- Mendel, J. R., Berg, C. J., Windle, R. C., y Windle, M. (2012). Predicting young adulthood smoking among adolescent smokers and nonsmokers. *American Journal of Health Behavior*, 36(4), 542-554.
- Merrell, C., y Tymms, P. B. (2001). Inattention, hyperactivity and impulsiveness: their impact on academic achievement and progress. *British Journal of Educational Psychology*, 71(1), 43-56.
- Meszaros, K., Lenzinger, E., Hornik, K., Füreder, T., Willinger, U., Fischer, G., ... y Aschauer, H. N. (1999). The tridimensional personality questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(3), 483-486.
- Mills, B., Reyna, V. F., y Estrada, S. (2008). Explaining contradictory relations between risk perception and risk taking. *Psychological Science*, 19, 429-433.
- Millstein, S. G., y Halpern-Felsher, B. L. (2002). Judgments about risk and perceived invulnerability in adolescents and young adults. *Journal of Research on Adolescence*, 12(4), 399-422.
- Ministerio de Educación y Ciencia de España. (2016). Estadísticas e Informes Universitarios. Recuperado de <https://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/universitaria.html>
- Modell, J. (1989). Into one's own. *From Youth to Adulthood in the United States 1920-1975*. Berkeley etc.: University of California.

- Modrcin-Talbott, M., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K., y Muenchen, B. (1998). Self-esteem in adolescents treated in an outpatient mental health setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21(3), 159-171.
- Modrcin-Talbott, M., Pullen, L., Zandstra, K., Ehrenberger, H., y Muenchen, B. (1998). A study of self-esteem among well adolescents: Seeking a new direction. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21(4), 229-241.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., y Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Mohamad, M., Mohammad, M., Ali, N. A. M., y Awang, Z. (2016). The impact of life satisfaction on substance abuse: delinquency as a mediator.
- Moksnes, U. K., y Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents—gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research*, 22(10), 2921-2928.
- Molina, Ó., Méndez, I., y Martínez, J. P. (2016). Conductas y educación sexual en cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Health Research*, 1(2), 37-50.
- Montgomery, C., Fisk, J. E., y Craig, L. (2008). The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: the importance of parental warmth and control. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 640-649.
- Moore, S., y Gullone, E. (1996) Predicting adolescent risk behavior using a personalized cost-benefit analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 343–359.
- Moore, S., y Rosenthal, D. A. (1993). Venturesomeness, impulsiveness, and risky behavior among older adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 76(1), 98-98.
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S., y Musitu, G. (2009). *La asociación entre la calidad del clima familiar y del clima escolar percibido por el adolescente*. España: Infocop Online.
- Moreno, M. C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P., y Sánchez-Queija, I. (2006). Los adolescentes españoles y sus familias: calidad en la comunicación con el padre y con la madre y conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias adictivas. *Cultura y educación*, 18(3-4), 345-362.

- Moreno, Y. y Marrero, R. J. (2015). Optimismo y autoestima como predictores de bienestar personal: diferencias de género. *Revista Mexicana de psicología*, 32 (1), 27-36.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., y Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388.
- Mota, N., Parada, M., Crego, A., Doallo, S., Caamaño-Isorna, F., Holguín, S. R., ... y Corral, M. (2013). Binge drinking trajectory and neuropsychological functioning among university students: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(1), 108-114.
- Motl, R., McAuley, E., Birnbaum, A. y Lytle, L. (2006). Naturally occurring changes in time spent watching television are inversely related to frequency of physical activity during early adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 19-32.
- Movallali, G., Rostami, M., Dehkordi, F. J., Alkasir, E., y Veisi, N. (2015). Impulsivity and Adjustment in Students with Mathematics Learning Disability: The Benefits of Emotional Self-Regulation Strategies. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 20(7), 46-53.
- Narváez, D. A., y Caro, E. J. (2015). Impulsividad funcional y disfuncional en adolescentes consumidores de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 539-563.
- National Center for Health Statistics Health, United States. (2008). With special feature in the health of Young adults. Hyattsville, MD
- National Center for Health Statistics. Health, United States. (2004). With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Maryland: Hyattsville
- National Highway Traffic Safety Administration (2012). Traffic safety facts 2012, recuperado de <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/812032>.
- Neipp, M. C., Quiles, M. J., León, E., Tirado, S., y Rodríguez-Marín, J. (2015). Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico?. *Atención Primaria*, 47(5), 287-293.
- Newman, K., y Aptekar, S. (2007). Sticking around: Delayed departure from the parental nest in Western Europe. *The Price of Independence: The Economics of Early Adulthood*, 207-230.

- Ögel, K., Çorapçioğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, Ş., Doğan, O., ... y Liman, O. (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.
- Olesti, B. M., Piñol, M. J., Martín, V. N., de la Fuente, G. M., Riera, S. A., Bofarull, B. J., y Ricomá, D. C. G. (2008). Prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders in adolescent girls in Reus (Spain). *Anales de Pediatría*, 68, 18-23.
- Orcasita, L. T., Uribe, A. F., Castellanos, L. P., y Gutiérrez Rodríguez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(2), 371-406.
- Orcasita, L. T., y Uribe, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82.
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., y Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 645– 658.
- Orth, U., y Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381-387.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A., y Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pace, T. W., Negi, L. T., Dodson-Lavelle, B., Ozawa-de Silva, B., Reddy, S. D., Cole, S. P., ... y Raison, C. L. (2013). Engagement with cognitively-based compassion training is associated with reduced salivary C-reactive protein from before to after training in foster care program adolescents. *Psychoneuroendocrinology*, 38(2), 294-299.
- Padrós, F., Martínez, M. P., Gutiérrez-Hernández, C. y Medina, M. (2010). La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad. *Uaricha, Revista de Psicología*, 14, 30-40.
- Pamies, L. (2011). Co relatos psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. (Tesis doctoral no publicada).

- Papalia, D. E., Feldman, R. D., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill Education.
- Parsons, J. T., Siegel, A. W., y Cousins, J. H. (1997). Late adolescent risk-taking: Effects of perceived benefits and perceived risks on behavioral intentions and behavioral change. *Journal of Adolescence*, 20(4), 381-392.
- Patton, W., Bartrum, D. A., y Creed, P. A. (2004). Gender differences for optimism, self-esteem, expectations and goals in predicting career planning and exploration in adolescents. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 4(2-3), 193-209.
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164.
- Pedrero, J. (2007). El modelo de los cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II. *Trastornos Adictivos*, 9, 116-125.
- Pelechano, V., González-Leandro, P., García, L., y Morán, C. (2013). Is it possible to be too happy?. Happiness, personality, and psychopathology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 18-24.
- Pena, M., Rey, L., y Extremera, N. (2012). Life Satisfaction and Engagement in Elementary and Primary Educators: Differences in Emotional Intelligence and Gender//Bienestar personal y laboral en el profesorado de Infantil y Primaria: diferencias en función de su inteligencia emocional y del género. *Journal of Psychodidactics*, 17(2), 341-358.
- Penado, M., Andreu, J. M., y Peña, M. E. (2012). *Agresividad reactiva y proactiva en adolescentes. Efecto de los factores individuales y socio-contextuales* (Doctoral dissertation. Universidad Complutense de Madrid)
- Perea, J.M., y Oña, S. (2011). Impulsividad como predictor de recaída en el abandono de tabaco. *Anales de Psicología*, 27(1), 1-6.
- Pérez de Albéniz-Garrote, M. G. (2016). Relación entre las conductas de abuso de sustancias tóxicas y de Smartphones en la adolescencia con la variable de personalidad búsqueda de sensaciones. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 185-194.

- Pérez Rosabal, E., Sánchez, S., María, Y., Pérez Rosabal, R., López Arias, E., y Leyva Rodríguez, V. V. (2016). Conocimientos sobre VIH/sida, percepción de riesgo y comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Multimed*, 20(1).
- Pérez-Fuentes, M., Álvarez-Bermejo, J. A., del Mar Molero, M., Gázquez, J. J., y Vicente, M. A. L. (2015). Violencia Escolar y Rendimiento Académico (VERA): aplicación de realidad aumentada. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 71-84.
- Pérez-Milena, A., Martínez-Fernández, M. L., Mesa- Gallardo, I., Pérez Milena, R., Leal-Helmling, F.J., y Jiménez-Pulido, I. (2009). Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997-2007). *Atención Primaria*, 41 (9), 479-486.
- Pérez, J., y Torrubia, R. (1986). Fiabilidad y validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18(1), 7-22.
- Petersen, J. L., y Hyde, J. S. (2011). Gender differences in sexual attitudes and behaviors: A review of meta-analytic results and large datasets. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 149-165.
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., y Criss, M. M. (2001). Antecedents and behaviour-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 72(2), 583-598.
- Piaget, J.(1976). *Desarrollo cognitivo*. España: Fomtaine.
- Pica, N., Chou, Y. Y., Bouvier, N. M., y Palese, P. (2012). Transmission of influenza B viruses in the guinea. *Journal of Virology*, 86(8), 4279-4287.
- Piko, B. F., y Brassai, L. (2009). The role of individual and familial protective factors in adolescents' diet control. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 810-819.
- Pinazo, S., Pons, J., y Carreras, A. (2002). El consumo de inhalables y cannabis en la preadolescencia: Análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18(1), 77-93.
- Pineda, J., y Torrecilla, M. (1999). Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 1, 13-21

- Popenoe, D., y Whitehead, B. D. (2001). *Who wants to marry a soul mate*. Nueva York: National Marriage Project.
- Popenoe, D., y Whitehead, B. D. (2002). *Should we live together?*. Rutgers: National Marriage Project.
- Prat, F., Planes, M., Gras, M. E., y Sullman M. J. M. (2012). Stages of change and decisional balance for condom use with a heterosexual romantic partner. *Journal of Health Psychology, 17*, 1193-1202
- Prieto-Montoya, J. A., Cardona-Castañeda, L. M., y Vélez-álvarez, C. (2016). Parents styles and consumption of psychoactive substances students in 8th to 10th. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14*(2), 1345-1356.
- Proctor, C. L., Linley, P. A., y Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies, 10*(5), 583-630.
- Puello, M., Silva, M. y Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología, 10*(2), 225-246.
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., y Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología, 32*(1), 295-306.
- Puskar, K. R., Bernardo, L. M., Ren, D., Haley, T. M., Tark, K. H., Switala, J., y Siemon, L. (2010). Self-esteem and optimism in rural youth: Gender differences. *Contemporary Nurse, 34*, 190-198.
- Puskar, K. R., Sereika, S. M., Lamb, J., Tusaie-Mumford, K., y Mcguinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing, 20*(2), 115-130.
- Quadrel, M. J., Fischhoff, B., y Davis, W. (1993). Adolescent (in) vulnerability. *American Psychologist, 48*(2), 102-114.
- Quinn, P. D., y Fromme, K. (2010). Self-regulation as a protective factor against risky drinking and sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(3), 376-382.
- Rabaglietti, E., Vacirca, M. F., y Pakalniskiene, W. (2014). Social-emotional competence and friendship: Prosocial behavior and lack of behavioral self-

- regulation as predictors of quantity and quality of friendships in middle childhood. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 1, 5–20.
- Rahmanian, M., y Hasani, J. (2005). A comparison of sensation seeking in substance abusers and normal individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 11(3), 335-341.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., y Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239.
- Ravert, R. D. (2009). "You're Only Young Once" Things College Students Report Doing Now Before It Is Too Late. *Journal of Adolescent Research*, 24(3), 376-396.
- Ravert, R. D., Kim, S. Y., Schwartz, S. J., Weisskirch, R. S., Zamboanga, B. L., Ham, L. S., ... y Bersamin, M. M. (2013). The association between sensation seeking and well-being among college-attending emerging adults. *Journal of College Student Development*, 54(1), 17-28.
- Real Decreto 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE 260, 30/10/2007, p. 44037–48.
- Regnerus, M., y Uecker, J. (2011). *Premarital sex in America: How young Americans meet, mate, and think about marrying*. Oxford: University Press.
- Reigal, R., Videra, A., y Gil, J. (2016). Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia/Physical exercise, general self-efficacy and life satisfaction in adolescence. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 14(55), 561-576.
- Reina, M. C., Oliva, A., y Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society and Education*, 2(1), 55-69.
- Reyna, V. F. y Farley, F. (2006). Risk and Rationality in Adolescent Decision Making: Implications for Theory, Practice, and Public Policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 7, 1-44.
- Riaño-Hernández, D., Guillen Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2015). Conceptualization and Assessment of Impulsivity in Adolescents: Systematic Review. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1077-1090.

- Rigby, K. (1998). Peer relations at school and the health of adolescents.- Constantly being bullied at school in early adolescence can have enduring negative health consequences. *Youth Studies Australia*, 17(1), 13.
- Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O'Gorman, J., y De Leo, D. (2015). Personal stigma in suicide attempters. *Death Studies*, 39(10), 592-599.
- Robins, R. W., y Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158-162.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., y Bolton, J. M. (2011). Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: a longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 800-807.
- Rodríguez-Kuri, S. E., Diaz-Negrete, D. B., de Velasco, S. E. G. G., Guerrero-Huesca, J. A., y Gómez-Maqueo, E. L. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 68-81.
- Rodríguez-Marín, J., y Neipp, M. C. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, C., y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 12(3), 389-403.
- Rolison, M. R. (2002). Factors influencing adolescents' decisions to engage in risktaking behavior. *Adolescence*, 37(147), 585-596.
- Rolison, M. R., y Scherman, A. (2003). College student risk-taking from three perspectives. *Adolescence*, 38(152), 689-704.
- Romero, E., Luengo, M. Á., y Otero-López, J. M. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: Un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 10(2), 149-159.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenbloom, T. (2003). Sensation seeking and risk taking in mortality salience. *Personality and Individual Differences*, 35, 1809-1819.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.

- Rotermann, M. (2008). Trends in teen sexual behaviour and condom use. *Health Reports, 19*(3), 53-68.
- Rothbart, M. K., y Bates, J. E. (2006). Temperament in children's development. En Damon, W, Lerner, R, Eisenberg, N, (Eds.), *Handbook of child psychology, Sixth edition: Social, emotional, and personality development*. New York: Wiley.
- Rottinghaus, P. J., Day, S. X., y Borgen, F. H. (2005). The Career Futures Inventory: A measure of career-related adaptability and optimism. *Journal of Career Assessment, 13*(1), 3-24.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 141-166.
- Ryff, C., Schmutte, P., y Lee, Y. (1996). How children turn out: implications for parental self-evaluation. En C. Ryff, y M. Seltzer, (Eds.), *The parental experience in midlife* (pp. 383-422). Chicago: University of Chicago Press.
- Saiz-Galdós, J. (2007). El abuso de cocaína, ¿Problema de oferta o de demanda social?: Un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones, 19*, 35-44
- Sáiz-Galdós, J. (2009). Estudio empírico de las variables de la Teoría de la Conducta Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Adicciones, 21*(3), 187-194.
- Salazar, L. F., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Harrington, K., Davies, S., ... y Oh, M. K. (2004). Self-concept and adolescents' refusal of unprotected sex: A test of mediating mechanisms among African American girls. *Prevention Science, 5*(3), 137-149.
- Salmela-Aro, K., y Tuominen-Soini, H. (2010). Adolescents' life satisfaction during the transition to post-comprehensive education: Antecedents and consequences. *Journal of Happiness Studies, 11*(6), 683-701.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185-211.
- Salvo, L., y Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista Médica de Chile, 141*(4), 428-434.

- Sandfort, T. G., Orr, M., Hirsch, J. S., y Santelli, J. (2008). Long-term health correlates of timing of sexual debut: Results from a national US study. *American Journal of Public Health, 98*(1), 155-161.
- Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A., y Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema, 12*, suplemento, 509-513.
- Sanjuán, P., Pérez, A.M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema, 12*(2), 509-513.
- Santelli, J. S., Carter, M., Dittus, P., y Orr, M. (2007). Co-variation in sexual and nonsexual risk behaviors over time among US high school students 1991–2005. In *Annual Meeting Home*.
- Saravia, J. C., y Chau, C. B. (2014). Adaptación universitaria y su relación con la salud percibida en una muestra de jóvenes de Perú. *Revista Colombiana de Psicología, 23*(2).
- Sato, K. y Yuki, M. (2014). The association between self-esteem and happiness differs in relationally mobile vs. stable interpersonal contexts. *Frontiers in Psychology, 5*, 1113.
- Savi-Çakar, F., Tagay, Ö., y Karatas, Z. (2015). Adolescents'life satisfaction: risky behaviors and hopelessness. *International Journal on New Trends in Education and Their Implications, 6*(1), 55-62.
- Savi-Çakar, M. L. (2013). Career construction theory and practice. En S. D. Brown, y R. W. Lent, (Eds.), *Career development and counseling. Putting theory and research to work* (pp. 144–180). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Schaie, K. W., y Willis, S. L. (2000). A stage theory model of adult cognitive development revisited. In *World Congress of Gerontology., 1997, Adelaide, Australia; An earlier version of this chapter was presented at the aforementioned conference*. Springer Publishing Co.
- Schedler, J., y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist, 45*(5), 612-630.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W., y Diaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *The Journal of Early Adolescence, 20*(2), 178-209.

- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological Well-being. En E. C. Chand, (Ed.), *Optimism and pessimism: implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1985) Optimism, coping and health: assesment and implication of generalized outcome expectancies. *Healt Psychology*, 4, 219-249.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219-227.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Schunk, D.H. y Meece, J.L. (2006). Self-efficacy development in adolescence. En F. Pajares y T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescence* (pp. 71-96). USA: Information Age Publishing
- Schwartz, S. J., Côté, J. E., y Arnett, J. J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood two developmental routes in the individualization process. *Youth and Society*, 37(2), 201-229.
- Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Luyckx, K., Meca, A., y Richie, R. (2015). Identity development in emerging adulthood. En J. J. Arnett (Ed.), *Oxford handbook of emerging adulthood*. New York, NY: Oxford University Press.
- Schwarzer R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Appl Psychol – Int Rev*, 57: 1–29.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141-151.
- Schwarzer, R., y Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Segerstrom, S. C., Evans, D. R., y Eisenlohr-Moul, T. A. (2011). Optimism and pessimism dimensions in the Life Orientation Test-Revised: Method and meaning. *Journal of Research in Personality*, 45(1), 126-129.

- Shakeri, J., Farnia, V., Golshani, S., y Yaghoobi, K. (2014). The Comparison of Sensation Seeking between Addicts and Non-addicts; and the Comparison of the First Consumed Opioids and Sensation Seeking Rate among Addicts. *International Journal of Economy, Management and Social Sciences*, 3(10), 546-550.
- Shapiro, R., Siegel, A. W., Scovill, L. C., y Hays, J. (1998). Risk-taking patterns of female adolescents: What they do and why. *Journal of Adolescence*, 21(2), 143- 159.
- Sheeran, P., Gollwitzer, P. M., y Bargh, J. A. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology*, 32, 460–473
- Shulman, S., y Connolly, J. (2013). The challenge of romantic relationships in emerging adulthood: Reconceptualization of the field. *Emerging Adulthood*, 1(1), 27-39.
- Siebenbruner, J., Zimmer-Gembeck, M. J., y Egeland, B. (2007). Sexual partners and contraceptive use: A 16-year prospective study predicting abstinence and risk behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 17(1), 179-206.
- Siegel, A. W., Cousins, J. H., Rubovits, D. S., Parsons, J. T., Lavery, B., y Crowley, C. L. (1994). Adolescents' perceptions of the benefits and risks of their own risktaking. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(2), 89-98.
- Siegel, A. W., Cousins, J. H., Rubovits, P., Parsons, J. T., Lavery, B., y Crowley, C. L. (1994). Adolescent perceptions of the benefits and risks of their own risk taking. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 89–98.
- Sierra, J.C., Santos-Iglesias, P., y Vallejo-Medina, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo. *Psicothema*, 24, 316-322
- Sijtsema, J. J., Veenstra, R., Lindenberg, S., Van Roon, A. M., Verhulst, F. C., Ormel, J., y Riese, H. (2010). Mediation of sensation seeking and behavioral inhibition on the relationship between heart rate and antisocial behavior: The TRAILS study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 49(5), 493-502.
- Simmons, R. G., y Rosenberg, F. (1975). Sex, sex roles, and self-image. *Journal of Youth and Adolescence*, 4(3), 229-258.

- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 12-31.
- Smith, K., Avis, N., y Assmann, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447-459.56.
- Smith, S. (2001). General templer and counter-insurgency in Malaya: hearts and minds, intelligence, and propaganda. *Intelligence and National Security*, 16(3), 60-78.
- Sniehotta, F. F., Presseau, J., y Araújo-Soares, V. (2014). Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychology Review*, 8, 1–7
- Somerville, L. H., Jones, R. M., y Casey, B. J. (2010). A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and Cognition*, 72(1), 124-133.
- Spirito, A., Overholser, J. y Hart, K. (1991). Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 604-608.
- Sprecher, S. (2014). Evidence of change in men's versus women's emotional reactions to first sexual intercourse: A 23-year study in a human sexuality course at a Midwestern university. *The Journal of Sex Research*, 51(4), 466-472.
- Stacy, A. W., Newcomb, M. D., y Bentler, P. M. (1991). Social psychological influences on sensation seeking from adolescence to adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(6), 701-708.
- Stautz, K., y Cooper, A. (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 574-592.
- Steffen, P. R., Smith, T. B., Larson, M., y Butler, L. (2006). Acculturation to Western society as a risk factor for high blood pressure: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 386-397.
- Stein, K. F., y Corte, C. (2003). Reconceptualizing causative factors and intervention strategies in the eating disorders: A shift from body image to self-concept impairments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(2), 57-66.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106.

- Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. CUP Archive.
- Sternberg, R. J. (1987). Teaching intelligence: The application of cognitive psychology to the improvement of intellectual skills. En Baron, J. y Sternberg, R. J. (Eds), *Teaching thinking skills: Theory and practice* (pp.182-218). Nueva York: Henry Holt and Co.
- Sternberg, R. J., Grigorenko, E. L., y Oh, S. (2001). The development of intelligence at midlife. *Handbook of Midlife Development*, 217-247.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747-775.
- Stritof, S., y Feuerman, M. (2017). Estimated median age at first marriage, by sex: 1890 to 2015. Recuperado de <https://www.thespruce.com/estimated-median-age-marriage-2303878>, el 20 de marzo de 2017.
- Suárez-Cuba, M. A., y Alcalá-Espinoza, M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20 (1) 53 – 57.
- Subrahmanyam, K., Reich, S. M., Waechter, N., y Espinoza, G. (2008). Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(6), 420-433.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. SMA 05-4062). Rockville, MD.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2008). Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434). Rockville, MD.
- Substance Abuse Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2011). Results from the 2010 national survey on drug use and health: summary

- of national findings (NSDUH Series H-41, HHS Publication No.(SMA) 11-4658). *Office of Applied Studies. Rockville, MD.*
- Suldo, S. M., y Huebner, E. S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence?. *School Psychology Quarterly, 19*(2), 93-102.
- Sun, R. C., y Shek, D. T. (2012). Beliefs in the future as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal, 1*-8.
- Sussman, S., Arpawong, T. E., Sun, P., Tsai, J., Rohrbach, L. A., y Spruijt-Metz, D. (2014). Prevalence and co-occurrence of addictive behaviors among former alternative high school youth. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(1), 33-40.
- Sussman, S., y Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. *International Journal Environment Public Health, 8*(10), 4025-4038.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodríguez, R., y Herbert, M. (1992). Optimism, coping psychological distress and high risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 460-473.
- Texeira, P., Going, S., Houtkooper, L., Cussler, E., Metcale, L., Blew, R., Sardinha, L. y Lohman, T. (2006). Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 38*, 179-188
- Thornton, L. K., Baker, A. L., Johnson, M. P., & Lewin, T. (2013). Perceived risk associated with tobacco, alcohol and cannabis use among people with and without psychotic disorders. *Addictive behaviors, 38*(6), 2246-2251.
- Tirado, M. y Quiles, M. J. (2017). Adaptación Española del Cuestionario de Percepción de Riesgo RIPS. Documento interno de la Universidad Miguel Hernández, Elche: Psicología de la salud.
- Topa, G., Morales, J. A., Moriano, J. A., y Beléndez, M. (2010). Apoyo social online e identificación con el grupo: su influencia sobre las quejas de salud y la satisfacción vital. *Acción Psicológica, 7* (1), 53-64.
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

- Twisk, D. A., y Stacey, C. (2007). Trends in young driver risk and countermeasures in European countries. *Journal of safety research*, 38(2), 245-257.
- Urrego-Mendoza, D. Z. (2002). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de especialidades médicas, Bogotá 2001. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 59-73.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365.
- Uusitalo-Malmivaara, L., y Lehto, J. E. (2013). Social factors explaining children's subjective happiness and depressive symptoms. *Social Indicators Research*, 111(2), 603-615.
- Van Schoor, G., Bot, S. M., y Engels, R. C. (2008). Alcohol drinking in young adults: The predictive value of personality when peers come around. *European Addiction Research*, 14(3), 125-133.
- Vaz-Leal, F. J., Rodríguez-Santos, L., García-Herráiz, M. A., Chimpén-López, C. A., Rojo-Moreno, L., Beato-Fernández, L., y Ramos-Fuentes, M. I. (2014). Papel de la depresión y la impulsividad en la psicopatología de la bulimia nerviosa. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 25-31.
- Vázquez, C. (2015). Beyond resilience: positive mental health and the nature of cognitive processes involved in positive appraisals. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 52-53.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vazsonyi, A. T., Chen, P., Jenkins, D. D., Burcu, E., Torrente, G., y Sheu, C. J. (2010). Jessor's problem behavior theory: Cross-national evidence from Hungary, the Netherlands, Slovenia, Spain, Switzerland, Taiwan, Turkey, and the United States. *Developmental psychology*, 46(6), 1779- 1790.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Veloso-Besio, C., Cuadra-Peralta, A., Antezana-Saguz, I., Avendaño-Robledo, R., y Fuentes-Soto, L. (2013). Relación entre inteligencia emocional, satisfacción vital, felicidad subjetiva y resiliencia en funcionarios de educación especial. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 39(2), 355-366.

- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Zych, I., y Buela-Casal, G. (2011). Chilean Validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version (PCL–C) after the Earthquake on February 27, 2010. *Psychological Reports, 109*(1), 47-58.
- Vermeulen-Smita, E., Verdurmena, J., Engelsa, R., y Volleberghc, W. (2015). The role of general parenting and cannabis-specific parenting practices in adolescent cannabis and other illicit drug use. *Drug and Alcohol Dependence, 147*, 222-228.
- Villadangos, M., Errasti, J., Amigo, I., Jolliffe, D., y García-Cueto, E. (2016). Characteristics of Empathy in young people measured by the Spanish validation of the Basic Empathy Scale. *Psicothema, 28*(3), 323-329.
- Weinstock, H., Berman, S., y Cates, W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(1), 6-10.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C. H., ... y Field, J. (2001). Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *The Lancet, 358*(9296), 1843-1850.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., Bhana, A., y Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(8), 1454-1467.
- Wilson, M., y Daly, M. (1985). Competitiveness, risk taking, and violence: The young male syndrome. *Ethology and Sociobiology, 6*(1), 59-73.
- Wise, R. (1999). Neurobiología de la adicción. *Revista de Toxicomanías, 18*, 15-25.
- Woodward, A., Howard, N., Kollie, S., Souare, Y., von Roenne, A., & Borchert, M. (2014). HIV knowledge, risk perception and avoidant behaviour change among Sierra Leonean refugees in Guinea. *International journal of STD & AIDS, 25*(11), 817-826.
- Xu, J., Kochanek, K. D., Murphy, S. L., y Tejada-Vera, B. (2010). Deaths: final data for 2007. *National Vital Static Reports, 58*(19), 1-136.
- Ye, M., Li, L., Li, Y., Shen, R., Wen, S. y Zhang, J. (2014). Life satisfaction of adolescents in Hunan, China: Reliability and validity of chinese brief multidimensional students' life satisfaction scale (BMSLSS). *Social Indicator Research, 118*, 515–522

- Zamarrón, M. D.(2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Lecciones de Gerontología*, 52, 4-18.
- Zamboanga, B. L., Carlo, G., y Raffaelli, M. (2004). Problem behavior theory: an examination of the behavior structure system in Latino and non-Latino college students. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 253-262.
- Zeigler-Hill, V., y Myers, E. M. (2012). A review of gender differences in self-esteem. In S. P. McGeown (Ed.), *Psychology of gender differences* (pp. 131–143). Hauppauge, NY: Nova.
- Zimmerman, B.J. y Cleary, T.J. (2006). Adolescents' development of personal agency. En F. Pajares y T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescence* (pp. 71-96). USA: Information Age Publishing.
- Zolna, M., y Lindberg, L. D. (2012). *Unintended pregnancy: Incidence and outcomes among young adult unmarried women in the United States, 2001 and 2008*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking*. New York: John Wiley y Sons,
- Zuckerman, M. (1983). A biological theory of sensation seeking. In M. Zuckerman (Ed.) *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 37-76). Hillsdale. NJ: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: University press.
- Zuckerman, M. (2007). The sensation seeking scale V (SSS-V): Still reliable and valid. *Personality and Individual Differences*, 43(5), 1303-1305.
- Zuckerman, M., Eysenck, S. B., y Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(1), 139-156
- Zuckerman, M., y Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risktaking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999–1029.

Capítulo 9

ANEXOS

Consentimiento informado

Investigador principal: Manuel Tirado Zafra-Polo

Objetivo principal de la investigación: la elaboración de un modelo teórico que explique la formación de la percepción del riesgo a partir de una serie de variables personales – emocionales y sociales – familiares.

A continuación se presentan una serie de cuestionarios que evalúan tanto **variables personales – emocionales** (percepción de riesgo, búsqueda de sensaciones, impulsividad, autoestima, satisfacción vital, autorregulación emocional, optimismo y autoeficacia) **como variables sociales – familiares** (apoyo social, bienestar social, satisfacción familiar). Además se incluye un cuestionario sobre conductas saludables que llevas a cabo en tu vida diaria.

El cuadernillo de **cuestionarios es completamente anónimo**, de manera que será completamente imposible acceder a datos individuales por parte de ninguna persona relacionada con la investigación o ajena a ella. Sin embargo, algunos datos sociodemográficos son requeridos para realizar estadísticas y análisis fiables. No obstante, ninguno de esos datos permitirá identificar a ninguna persona.

La realización de este cuadernillo **es completamente voluntaria**, incluso si has decidido participar en él, puedes tomar la decisión de no completarlo en cualquier momento, en cuyo caso el investigador destruirá el cuadernillo de manera que los resultados resulten inaccesibles para nadie.

Entiendo la finalidad de la investigación, así como las normas de procedimiento y doy mi consentimiento para que mis datos formen parte de la misma.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

Sexo: Hombre
 Mujer

Año de nacimiento: _____

Centro de estudios: _____

Titulación que está cursando: _____

Asignaturas suspensas en el último cuatrimestre: 0 ___ / 1 ___ / 2 ___ / 3 ___ / 4 ___ / 5 ___ / 6 ___

Estado civil actual:

Soltero___ / Con pareja ocasional___ / Con pareja estable___ / Otro___

Estado civil de los padres:

Casados___ / Divorciados___ / Madre viuda___ / Padre viudo___

Convives con (puedes marcar varias casillas):

Padre ___ / Madre___ / Hermanos___ / Abuelo___ / Abuela___ /

Nueva pareja de madre___ / Nueva pareja padre___

¿Actualmente trabajas? Sí ___ / No___

¿Actualmente trabaja tu padre? Sí ___ / No___

¿Actualmente trabaja tu madre? Sí ___ / No___

Nivel socio económico de la familia: Bajo___ / Medio ___ / Medio- alto___ / Alto ___

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

Para cada uno de los siguientes comportamientos marca con un círculo el número que mejor corresponda con su **participación en ese comportamiento durante los últimos TRES meses**

	Nunca (0)		Raramente (2-3 veces en 3 meses)			A veces (2-3 veces por mes)		A menudo (2-3 veces por semana)		A diario	
Conducir un coche	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Beber alcohol	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Emborracharse	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Atracón/purga	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Tomar speed / anfetaminas	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Robar en tiendas	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Mantener relaciones sexuales	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Fumar cigarrillos	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Montar en coche con un conductor borracho	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Tomar medicamentos en las dosis recetadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Fumar marihuana	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Mantener relaciones sexuales sin preservativo	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Conducir después de haber bebido	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Tomar crack o cocaína	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Conducir/montar en coche sin cinturón de seguridad	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Tomar medicamentos recetados sin autorización médica o en exceso	0	1	2	3	4	5	6	7	8		

Para cada uno de los siguientes comportamientos marca con un círculo el número que mejor corresponda con **qué nivel de riesgo o peligro crees que conlleva tomar parte en ese comportamiento**

	Nada arriesgado		Poco arriesgado		Medianamente arriesgado		Muy arriesgado		Extremadamente arriesgado	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Conducir un coche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Beber alcohol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Emborracharse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Atracón/purga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Tomar speed / anfetaminas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Robar en tiendas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Mantener relaciones sexuales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Fumar cigarrillos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Montar en coche con un conductor borracho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Tomar medicamentos en las dosis recetadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Fumar marihuana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Mantener relaciones sexuales sin preservativo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Conducir después de haber bebido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Tomar crack o cocaína	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Conducir/montar en coche sin cinturón de seguridad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Tomar medicamentos recetados sin autorización médica o en exceso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

Para cada uno de los siguientes comportamientos marca con un círculo el número que mejor corresponda con **qué tipo de ventajas o beneficios crees que conlleva tomar parte en ese comportamiento**

	Nada beneficioso		Poco Beneficioso		Medianamente beneficioso		Muy beneficioso		Extremadamente beneficioso	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Conducir un coche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Beber alcohol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Emborracharse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Atracón/purga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Tomar speed / anfetaminas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Robar en tiendas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Mantener relaciones sexuales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Fumar cigarrillos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Montar en coche con un conductor borracho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Tomar medicamentos en las dosis recetadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Fumar marihuana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Mantener relaciones sexuales sin preservativo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Conducir después de haber bebido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Tomar crack o cocaína	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Conducir/montar en coche sin cinturón de seguridad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Tomar medicamentos recetados sin autorización médica o en exceso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

A continuación se muestran una serie de situaciones que pueden ser o no de tu agrado. Marca Sí o No según corresponda en cada pregunta

1. A menudo desearía ser un escalador de montañas	Sí	No
2. Me gustan algunos olores corporales	Sí	No
3. Me gustan las fiestas desenfrenadas y desinhibidas	Sí	No
4. No puedo permanecer en el cine cuando he visto la película	Sí	No
5. Algunas veces me gusta hacer cosas que impliquen pequeños sobresaltos	Sí	No
6. Me gusta explorar una ciudad o barrio desconocido aunque pueda perderme	Sí	No
7. Me gusta la compañía de personas liberadas que practican el «cambio de parejas»	Sí	No
8. Me aburro de ver las mismas caras de siempre	Sí	No
9. Me gustaría practicar el esquí acuático	Sí	No
10. He probado marihuana u otras hierbas, o me gustaría hacerlo	Sí	No
11. A menudo me gusta ir "colocado" (bebiendo alcohol o fumando hierba)	Sí	No
12. Cuando puedes predecir casi todo lo que va a decir o hacer una persona, puedes considerarla como una persona aburrida	Sí	No
13. Me gustaría practicar wind-surfing	Sí	No
14. He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones	Sí	No
15. Me gusta tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes, aunque sean poco convencionales o incluso ilegales	Sí	No
16. Generalmente, no me divierten las películas o juegos en los que puedo predecir de antemano lo que va a suceder	Sí	No
17. Me gustaría aprender a volar en avioneta	Sí	No
18. Me gusta probar comidas nuevas que no he probado antes	Sí	No
19. Me gusta salir con personas del sexo opuesto que sean físicamente excitantes	Sí	No
20. Ver películas o diapositivas de viajes en casa de alguien me aburre tremendamente	Sí	No
21. Me gustaría practicar el submarinismo	Sí	No
22. Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente el tiempo de duración ni su itinerario	Sí	No
23. Tener muchas bebidas es la clave de una buena fiesta	Sí	No
24. Prefiero los amigos que son impredecibles	Sí	No
25. Me gustaría probar a lanzarme en paracaídas	Sí	No
26. Me gustaría hacer amigos procedentes de grupos marginales	Sí	No
27. Una persona debería tener considerable experiencia sexual antes del matrimonio	Sí	No
28. Me siento intranquilo si no me puedo mover alrededor de mi casa durante un largo período de tiempo	Sí	No
29. Me gusta saltar desde trampolines altos en piscinas	Sí	No
30. Me gustaría conocer personas que son homosexuales (hombres o mujeres)	Sí	No
31. Me imagino buscando placeres alrededor del mundo con la jet-set	Sí	No
32. El peor pecado social es ser un aburrido	Sí	No
33. Me gustaría recorrer una gran distancia en un pequeño velero	Sí	No
34. Frecuentemente encuentro preciosos los colores chocantes y las formas irregulares de la pintura moderna	Sí	No
35. Me gusta ver las escenas sexy de las películas	Sí	No
36. Me gusta la gente aguda e ingeniosa aunque a veces ofenda a otros	Sí	No
37. Me gustaría la sensación de bajar esquiando muy rápido por la pendiente de una gran montaña	Sí	No
38. La gente puede vestirse como quiera aunque sea de una forma extravagante	Sí	No
39. Me siento muy bien después de tomarme unas copas de alcohol	Sí	No
40. No tengo paciencia con las personas grises o aburridas	Sí	No

Puedes seguir, pasa la página →

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

A continuación se muestran una serie de condiciones que pueden darse en tu vida diaria. Señala con qué frecuencia realizas las situaciones descritas

Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
0	1	3	4

1. Planifico mis tareas con cuidado	0	1	3	4
2. Hago las cosas sin pensarlas	0	1	3	4
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	0	1	3	4
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	0	1	3	4
5. Planifico mis viajes con antelación	0	1	3	4
6. Soy una persona con autocontrol	0	1	3	4
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	0	1	3	4
8. Ahorro con regularidad	0	1	3	4
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo	0	1	3	4
10. Pienso las cosas cuidadosamente	0	1	3	4
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)	0	1	3	4
12. Digo las cosas sin pensarlas	0	1	3	4
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	0	1	3	4
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)	0	1	3	4
15. Actúo impulsivamente	0	1	3	4
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	0	1	3	4
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	0	1	3	4
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	0	1	3	4
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	0	1	3	4
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	0	1	3	4
21. Compró cosas impulsivamente	0	1	3	4
22. Terminó lo que empiezo	0	1	3	4
23. Camino y me muevo con rapidez	0	1	3	4
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	0	1	3	4
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	0	1	3	4
26. Hablo rápido	0	1	3	4
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	0	1	3	4
28. Me interesa más el presente que el futuro	0	1	3	4
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)	0	1	3	4
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	0	1	3	4

Puedes seguir, pasa la página →

En este cuestionario aparecen descritos algunos pensamientos que has podido tener sobre ti mismo. Indica tu grado de acuerdo con estas afirmaciones utilizando la tabla de correspondencia que aparece a continuación

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4

1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
2. A veces pienso que no soy bueno en nada	1	2	3	4
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	1	2	3	4
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso	1	2	3	4
6. A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente	1	2	3	4
8. Ojalá me respetara más a mí mismo	1	2	3	4
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado	1	2	3	4
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4

Puedes seguir, pasa la página →

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

A continuación se muestran una serie de preguntas sobre las sensaciones que tienes sobre tu vida en general. Responde a las preguntas basándote en el cuadro que se muestra a continuación

Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy completamente satisfecho/a con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada	1	2	3	4	5	6	7

A continuación se muestran unas preguntas sobre sensaciones que tienes sobre tu propia vida. Responde las preguntas basándote en el cuadro que se muestra a continuación

Nunca	Casi nunca		Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal	1	2	3	4	5
2. Siento que mi vida está vacía	1	2	3	4	5
3. Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5
4. Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
5. La vida ha sido buena conmigo	1	2	3	4	5
6. Me siento satisfecho con lo que soy	1	2	3	4	5
7. Pienso que nunca seré feliz	1	2	3	4	5
8. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes	1	2	3	4	5
9. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada en mi vida	1	2	3	4	5
10. Me siento satisfecho porque estoy donde tengo que estar	1	2	3	4	5
11. La mayoría del tiempo me siento feliz	1	2	3	4	5
12. Es maravilloso vivir	1	2	3	4	5
13. Por lo general me siento bien	1	2	3	4	5
14. Me siento inútil	1	2	3	4	5
15. Soy una persona optimista	1	2	3	4	5
16. He experimentado la alegría de vivir	1	2	3	4	5
17. La vida ha sido injusta conmigo	1	2	3	4	5
18. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad	1	2	3	4	5
19. Me siento un fracasado	1	2	3	4	5
20. La felicidad es para algunas personas, no para mí	1	2	3	4	5
21. Estoy satisfecho con lo que hasta ahora he alcanzado	1	2	3	4	5
22. Me siento triste por lo que soy	1	2	3	4	5
23. Para mí, la vida es una cadena de sufrimientos	1	2	3	4	5
24. Me considero una persona realizada	1	2	3	4	5
25. Mi vida transcurre plácidamente	1	2	3	4	5
26. Todavía no he encontrado sentido a mi existencia	1	2	3	4	5
27. Creo que no me falta nada	1	2	3	4	5

Puedes seguir, pasa la página →

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

A continuación se muestran unas preguntas sobre aspectos de tu vida. Responde las preguntas basándote en el cuadro que se muestra a continuación

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
0	1	2	3	4

1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2. Me resulta fácil relajarme	0	1	2	3	4
3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	0	1	2	3	4
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	0	1	2	3	4
5. Disfruto un montón de mis amistades	0	1	2	3	4
6. Para mí es importante estar siempre ocupado	0	1	2	3	4
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	0	1	2	3	4
8. No me disgusto fácilmente	0	1	2	3	4
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	0	1	2	3	4
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	0	1	2	3	4

A continuación se muestran unas preguntas sobre aspectos de tu vida. Responde las preguntas basándote en el cuadro que se muestra a continuación

Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1	2	3	4

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general, soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	1	2	3	4

Puedes seguir, pasa la página →

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

A continuación se muestran unas preguntas sobre aspectos de tu vida. Responde las preguntas basándote en el cuadro que se muestra a continuación

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4

1 Hay personas con las que puedo contar siempre que lo necesito	1	2	3	4
2 Siento que no tengo relaciones muy próximas con otras personas	1	2	3	4
3 No puedo acudir a nadie en situaciones que me afectan	1	2	3	4
4 Hay personas que acuden a mí en busca de ayuda	1	2	3	4
5 Hay personas a las que les gustan las mismas actividades que a mí	1	2	3	4
6 Hay personas que no me ven competente	1	2	3	4
7 Siento que soy responsable del bienestar de otros	1	2	3	4
8 Siento que formo parte de un grupo que piensa como yo	1	2	3	4
9 Pienso que otras personas no valoran mis habilidades	1	2	3	4
10 Si algo me va mal, nadie me ayuda	1	2	3	4
11 Mis relaciones íntimas son satisfactorias	1	2	3	4
12 Tengo con quien hablar de las decisiones que me afectan	1	2	3	4
13 Hay personas que reconocen mis competencias	1	2	3	4
14 Nadie comparte mis intereses y preocupaciones	1	2	3	4
15 Nadie comparte conmigo su bienestar	1	2	3	4
16 Cuento con una persona de confianza a quien acudir si tengo problemas	1	2	3	4
17 Me siento muy próximo emocionalmente con al menos una persona	1	2	3	4
18 No puedo acudir a nadie cuando lo necesito	1	2	3	4
19 No me siento cómodo con nadie para hablar de mis problemas	1	2	3	4
20 Hay personas que admiran mis habilidades	1	2	3	4
21 No tengo un sentimiento de intimidad con nadie	1	2	3	4
22 A nadie le gusta hacer las mismas cosas que a mí	1	2	3	4
23 Hay personas a las que puedo acudir en momentos difíciles	1	2	3	4
24 Nadie necesita de mis cuidados	1	2	3	4

A continuación se muestran unas preguntas sobre aspectos de tu vida. Responde las preguntas basándote en el cuadro que se muestra a continuación

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	1	2	3	4	5
2. Creo que la gente me valora como persona.	1	2	3	4	5
3. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.	1	2	3	4	5
4. Me siento cercano a otra gente.	1	2	3	4	5
5. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.	1	2	3	4	5
6. Creo que la gente no es de fiar.	1	2	3	4	5
7. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.	1	2	3	4	5
8. Creo que no se debe confiar en la gente.	1	2	3	4	5
9. Creo que la gente es egoísta.	1	2	3	4	5
10. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.	1	2	3	4	5
11. Las personas no se preocupan de los problemas de otros.	1	2	3	4	5
12. Creo que puedo aportar algo al mundo.	1	2	3	4	5
13. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.	1	2	3	4	5
14. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.	1	2	3	4	5
15. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.	1	2	3	4	5
16. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.	1	2	3	4	5
17. Para mí el progreso social es algo que no existe.	1	2	3	4	5
18. La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo.	1	2	3	4	5
19. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.	1	2	3	4	5
20. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.	1	2	3	4	5
21. La sociedad ya no progresa.	1	2	3	4	5
22. No entiendo lo que está pasando en el mundo.	1	2	3	4	5
23. El mundo es demasiado complejo para mí.	1	2	3	4	5
24. No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.	1	2	3	4	5
25. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.	1	2	3	4	5

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

A continuación se presenta un breve cuestionario con preguntas referentes a situaciones que pueden darse con su familia. Responde las preguntas basándote en el cuadro que se muestra a continuación

Casi nunca	A veces	Casi siempre
0	1	2

1. ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	0	1	2
2. ¿Conversáis entre vosotros los problemas que tenéis en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	0	1	2
4. ¿Estás satisfecho con el tiempo que tu familia y tú pasáis juntos?	0	1	2
5. ¿Sientes que tu familia te quiere?	0	1	2

El presente cuestionario tiene el fin de conocer tus hábitos y prácticas de salud. Marca con una X la casilla que mejor describa tu comportamiento. Si hay alguna pregunta que no se aplique a ti, entonces déjala en blanco.

Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
1	2	3	4

	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
1. Haces actividad física (caminar, subir escaleras, pasear al perro o en bicicleta, bailar, etc) en tu vida cotidiana				
2. Terminas el día con vitalidad y sin cansancio excesivo				
3. Realizas regularmente ejercicios que te ayuden al funcionamiento cardíaco (bailar, correr, montar bicicleta rápidamente, practicar un deporte, etc)				
4. Practicas ejercicios que te ayuden a estar tranquilo (taichí, kun-fu, yoga, meditación, relajación autodirigida)				
5. Realizas ejercicios que requieren levantar peso (levantar pesas en gimnasio)				
6. Vas al odontólogo o dentista por lo menos una vez al año				
7. Vas al médico a hacerte un chequeo general por lo menos una vez al año				
8. Cuando te expones al sol usas crema de protección solar				
9. Evitas las exposiciones prolongadas al sol				
10. Revisas al menos una vez al año tu presión arterial				
11. Lees y sigues las instrucciones cuando utilizas algún medicamento				
12. Consumes medicamentos sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, pastillas para dormir)				
13. Observas tu cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos (Manchas en la piel, bultos en el cuerpo)				
14. (PARA MUJERES) Te examinas los senos en búsqueda de nódulos, bultos u otros cambios, una vez al mes. *				
15. Cuando realizas una actividad física (levantar pesas, montar en bicicleta, nadar, etc.) utilizas las medidas de protección respectivas				
16. Obedeces las reglas de tránsito seas peatón o conductor				
17. Observas las señales de seguridad que hay en la universidad (extintores, letreros como "salida de emergencia", etc.)				

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

18. Usas siempre el cinturón de seguridad cuando viaja en coche				
19. Consumes entre 4 a 8 vasos de agua al día				
20. Añades sal a las comidas ya preparadas				
21. Añades azúcar a tus bebidas calientes (café, té, infusión, etc.)				
22. Consumes bebidas artificiales (refrescos con o sin gas, gaseosas, zumos envasados, gatorade, etc)				
23. Consumes dulces, pasteles o helados más de dos veces por semana				
24. Comes 5 frutas o verduras al día				
25. Comes pescado y pollo más que carnes rojas (cerdo, res)				
26. Comes entre comidas alimentos de bolsitas (doritos, patatas fritas...) y/o galletas dulces con relleno				
27. Comes carne (res, cerdo, pollo, pavo, pescado) más de 4 veces a la semana				
28. Consumes embutidos (jamón, tocino, salchichas)				
29. Limitas tu consumo de grasas (mantequilla, mayonesa, vísceras)				
30. Mantienes un horario regular en tus comidas				
31. Comes en exceso aunque no tenga hambre				
32. Realizas dietas sin supervisión profesional (nutricionista o médico)				
33. Consumes comidas rápidas (pizzas, hamburguesas...)				
34. Fumas cigarrillos o tabaco				
35. Fumas más de media cajetilla de cigarrillos a la semana				
36. Prohíbes que fumen en su presencia				
37. Consumes alcohol más de dos veces a la semana				
38. Cada vez que tomas alcohol, consumes tres o más vasos o copas de alcohol				
39. Dices "no" a todo tipo de droga				
40. Consumes alcohol o alguna otra droga cuando te enfrentas a situaciones de angustia o problemas en tu vida				
41. Consumes más de dos tazas de café al día (se excluyen los descafeinados)				
42. Consumes otras drogas (marihuana, éxtasis, pasta, cocaína)				
43. Mantienes relaciones sexuales semanales				
44. Pones medios para prevenir las ETS				
45. Duermes bien y te levantas descansado				
46. Trasnochas (pasa la noche sin dormir)				
47. Te cuesta trabajo quedarte dormido				

Anexo II: Cuadernillo de cuestionarios

48. Te despiertas durante la noche en varias ocasiones				
49. Te mantienes con sueño durante el día				
50. Utilizas pastillas para dormir				
51. Planeas tus actividades teniendo en cuenta tus horarios de sueño				

¡MUCHÍSIMAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!
Puedes entregar este cuadernillo al profesor responsable