



**TESIS DOCTORAL**  
**2015**



**PERSONALIDAD, AFECTO Y  
AFRONTAMIENTO EN LAS CONDUCTAS  
SALUDABLES Y DE CONSUMO DE  
ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES**

**M<sup>a</sup> DOLORES LARA BELTRÁN**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

*DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD,  
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS*

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED)**

**Directora: DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA**

**Co-director: DR. JOSÉ BERMÚDEZ MORENO**



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD,  
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED)**

**PERSONALIDAD, AFECTO Y  
AFRONTAMIENTO EN LAS CONDUCTAS  
SALUDABLES Y DE CONSUMO DE  
ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES**

**M<sup>a</sup> DOLORES LARA BELTRÁN**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Directora: DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA**

**Co-director: DR. JOSÉ BERMÚDEZ MORENO**

*A Goro, a David y a Silvia,  
las luces que alumbran mi camino*



## **AGRADECIMIENTOS**

El arduo proceso de elaboración y desarrollo del presente trabajo no hubiese sido posible sin la disponibilidad incondicional e inestimable colaboración prestada por numerosas personas. A pesar de que es sumamente difícil expresar con palabras la gran satisfacción que he sentido por contar con todas estas personas, y con las que he contraído una deuda imposible de poder compensar, desde aquí, me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas ellas.

En primer lugar, quisiera agradecer al Director, al Orientador, al profesorado y al alumnado del Instituto en el que se ha realizado la recogida de datos, porque sin ellos, este trabajo, ni siquiera pudiera haberse iniciado. Sobre todos ellos, mi más cariñosa consideración, especialmente a ese grupo de alumn@s que tan amablemente se prestaron a realizar todas las tareas que se les encomendaron, pasando a convertirse en la muestra de participantes de este estudio y sobre los que siento un gran orgullo.

En segundo lugar, tengo que dejar constancia de la gran suerte que he tenido al poder contar con los profesores que me han acompañado durante estos años. A ellos, a D<sup>a</sup>. Ana M<sup>a</sup> Pérez García, Directora de esta Tesis, y a D. José Bermúdez Moreno, Co-director de la misma, mi admiración y el mayor de los agradecimientos, pues ellos han sido (y serán) una constante fuente de aprendizaje para mí, así como modelos de la más impecable profesionalidad en los que poder reflejarme para poder progresar en mi labor investigadora. Con respecto a ellos, debo destacar las inmejorables atenciones que siempre he recibido, así como la orientación, el seguimiento y la supervisión continua que siempre han realizado por y para mi trabajo, pero sobre todo la motivación, el cariño y el apoyo que me han transmitido a lo largo de todos estos años.

El agradecimiento más entrañable lo merece la comprensión, la paciencia y el ánimo recibido por parte de Goro, mi marido, y de David y Silvia, mis hijos, porque sin ellos no podría ni haberme planteado el llevar a cabo este trabajo, ya que su desarrollo ha conllevado una determinada organización familiar fruto de la más sincera colaboración y generosidad por parte de ellos. Pero sobre todo, mi especial reconocimiento a Goro, pues ha compartido conmigo todo el esfuerzo diario realizado, todos los obstáculos superados, todas las satisfacciones obtenidas y todos los desánimos sufridos en el proceso, estando a mi lado en todo momento con sus palabras de ánimo, así como con su máximo respeto e interés por mi trabajo.

A todos vosotros, muchas gracias, porque entre todos habéis hecho posible que realice un gran sueño, el cual creí que a estas alturas de mi vida no iba a poder lograr y que, sin embargo, ahora puedo dedicaros con la máxima ilusión.



## **INDICE**

<b>1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS</b>	17
<b>2. ESTRUCTURA DE LA TESIS</b>	19
<b><u>CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA</u></b>	21
<b>1. ADOLESCENCIA</b>	21
<b>2. ADOLESCENCIA Y SALUD</b>	25
<b>2.1. Estilo de vida saludable</b>	25
<b>2.2. Conductas de consumo</b>	34
<b>3. FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD</b>	47
<b>3.1. Personalidad</b>	48
<b>3.2. Positividad</b>	54
<b>3.3. Afrontamiento</b>	59
<b>4. RESUMEN</b>	66
<b><u>CAPÍTULO II: ESTUDIO PRELIMINAR</u></b>	71
<b><u>CAPÍTULO III: ESTUDIO EMPÍRICO</u></b>	77
<b>1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	77
<b>2. MÉTODO</b>	82
<b>2.1. Participantes</b>	82
<b>2.2. Instrumentos</b>	82
<b>2.2.1. Big Five Questionnaire-Children (BFQ-N)</b>	83
<b>2.2.2. Escala de Positividad (EP)</b>	84
<b>2.2.3. The Positive and Negative Affect Schedule (PANASN)</b>	85
<b>2.2.4. Escala de Afrontamiento Breve para Adolescentes (ACS-SF)</b>	86
<b>2.2.5. Repertorio de Conductas de Salud (RCS)</b>	90
<b>2.2.6. Repertorio de Conductas relacionadas con el Consumo de Tabaco</b>	91
<b>2.2.7. Repertorio de Conductas relacionadas con el Consumo de Alcohol</b>	92
<b>2.3. Procedimiento</b>	94
<b>3. RESULTADOS</b>	96
<b>3.1. TIEMPO 1: Datos preliminares</b>	98
<b>3.1.1. Datos descriptivos</b>	98
<b>3.1.1.1. Personalidad (Cinco Grandes Factores y Positividad), Afecto y Afrontamiento</b>	98
<b>3.1.1.2. Rendimiento</b>	99
<b>3.1.1.3. Conductas de salud</b>	99

3.1.1.4. Conductas de consumo	100
3.1.1.4.1. Consumo de tabaco	100
3.1.1.4.2. Consumo de alcohol	102
3.1.2. Datos correlacionales	104
3.1.2.1. Personalidad (Cinco Grandes factores y positividad)	104
3.1.2.2. Afecto y Afrontamiento	104
3.1.2.3. Personalidad, Afecto y Afrontamiento	105
3.1.2.4. Personalidad, Afecto y Afrontamiento con Rendimiento	105
3.1.2.5. Personalidad, Afecto y Afrontamiento con Conductas de salud	106
3.1.2.6. Personalidad, Afecto y Afrontamiento con Conductas de consumo	107
3.1.3. Diferencias de sexo	108
3.1.3.1. Personalidad, Afecto y Afrontamiento	108
3.1.3.2. Conductas de salud	109
3.1.3.3. Conductas de consumo	110
3.1.4. Resumen datos preliminares Tiempo 1	111
<b>3.2. TIEMPO 2: Datos preliminares</b>	115
3.2.1. Datos descriptivos	115
3.2.1.1. Afecto y Afrontamiento	115
3.2.1.2. Rendimiento	116
3.2.1.3. Conductas de salud	116
3.2.1.4. Conductas de consumo	116
3.2.1.4.1. Consumo de tabaco	116
3.2.1.4.2. Consumo de alcohol	117
3.2.2. Datos correlacionales	117
3.2.2.1. Afecto y Afrontamiento	117
3.2.2.2. Personalidad, Afecto y Afrontamiento	118
3.2.2.3. Personalidad, Afecto, Afrontamiento con Conductas de consumo	119
3.2.2.4. Personalidad, Afecto, Afrontamiento con Conductas de salud	120
3.2.2.5. Personalidad, Afecto, Afrontamiento y Edad con Rendimiento actual	121
3.2.3. Diferencias de sexo	122
3.2.3.1. Afecto y Afrontamiento	122
3.2.3.2. Conductas de salud	123
3.2.3.3. Conductas de consumo	123
3.2.3.4. Rendimiento académico pasado y actual	124
3.2.4. Resumen datos preliminares Tiempo 2	124
<b>3.3. ANÁLISIS COMPARANDO TIEMPO 1 Y TIEMPO 2</b>	128
3.3.1. Afecto y Afrontamiento	128
3.3.2. Rendimiento	129
3.3.3. Conductas de salud	129

3.3.4. Conductas de consumo	130
3.3.5. Resumen de datos comparativos entre Tiempo 1 y Tiempo 2	131
<b>3.4. ANÁLISIS GLOBALES</b>	134
3.4.1. Rendimiento	135
3.4.2. Conductas de salud	136
3.4.3. Conductas de consumo	144
3.4.3.1. Consumo de tabaco	144
3.4.3.2. Consumo de alcohol	146
3.4.4. Resumen de los análisis globales	147
<b>3.5. ANÁLISIS ENTRE CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES</b>	151
3.5.1. Diferencias entre fumadores y no fumadores	151
3.5.1.1. Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1)	151
3.5.1.2. Conductas de salud (T1)	152
3.5.1.3. Variables relacionadas con las Conductas de consumo (T1)	153
3.5.1.4. Afecto (T2) y Afrontamiento (T2)	153
3.5.1.5. Conductas de salud (T2)	154
3.5.2. Diferencias entre bebedores y no bebedores	154
3.5.2.1. Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1)	154
3.5.2.2. Conductas de salud (T1)	155
3.5.2.3. Variables relacionadas con las Conductas de consumo (T1)	156
3.5.2.4. Afecto (T2) y Afrontamiento (T2)	156
3.5.2.5. Conductas de salud (T2)	157
3.5.3. Resumen de los análisis entre consumidores y no consumidores	157
<b>4. DISCUSIÓN</b>	161
<b><u>CONCLUSIONES</u></b>	174
<b><u>REFERENCIAS</u></b>	177
<b><u>ANEXOS</u></b>	197
<i>Anexos Tiempo 1:</i>	197
<i>Anexo I: Instrucciones Generales y Datos Personales</i>	197
<i>Anexo II: Big Five Questionnaire–Children (BFQ-N)</i>	198
<i>Anexo III: Escala de Positividad (EP)</i>	200
<i>Anexo IV: The Positive and Negative Affect Schedule (PANASN)</i>	201
<i>Anexo V: La Escala de Afrontamiento Breve para Adolescentes (ACS-SF)</i>	202
<i>Anexo VI: El Repertorio de Conductas de Salud (RCS)</i>	203

<b>Anexo VII:</b> Repertorio de conductas relacionadas con el consumo de tabaco	205
<b>Anexo VIII:</b> Repertorio de conductas relacionadas con el consumo de alcohol	208
<b>Anexos Tiempo 2:</b>	211
<b>Anexo IX:</b> PANASN, EP y ACS-SF	211
<b>Anexo X:</b> RCS	212
<b>Estudio Preliminar:</b>	214
<b>Anexo XI:</b> “Positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia”	214

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Índice de Fiabilidad y Estadísticos descriptivos (Tiempo 1) de la Positividad, los Cinco Grandes factores de Personalidad, el Afecto y el Afrontamiento.	98
<b>Tabla 2.</b> Frecuencia de los grupos de rendimiento pasado (Tiempo 1).	99
<b>Tabla 3.</b> Estadísticos descriptivos de las conductas de salud (Tiempo 1).	100
<b>Tabla 4.</b> Frecuencia del consumo de tabaco, nº de cigarrillos y personas del entorno que fuman (Tiempo 1).	101
<b>Tabla 5.</b> Datos descriptivos, factoriales y de fiabilidad de la Escala de situaciones de consumo de tabaco (Tiempo 1).	102
<b>Tabla 6.</b> Frecuencia del consumo de alcohol, cantidad de bebida y personas del entorno que beben (Tiempo 1).	102
<b>Tabla 7.</b> Datos descriptivos, factoriales y de fiabilidad de la Escala de situaciones de consumo de alcohol (Tiempo 1).	103
<b>Tabla 8.</b> Correlaciones entre las variables de Personalidad y la edad (Tiempo 1).	104
<b>Tabla 9.</b> Correlaciones entre el Afecto y el Afrontamiento (Tiempo 1) incluyendo la edad.	105
<b>Tabla 10.</b> Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto y el Afrontamiento (Tiempo 1).	105

<b>Tabla 11.</b> <i>Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento y el Rendimiento Pasado incluyendo la edad (Tiempo 1).</i>	106
<b>Tabla 12.</b> <i>Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento y las Conductas de salud incluyendo la edad (Tiempo 1).</i>	107
<b>Tabla 13.</b> <i>Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento y las Conductas de consumo (Tiempo 1) incluyendo la Edad.</i>	108
<b>Tabla 14.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) de la variable Sexo sobre Personalidad, Afecto y Afrontamiento (Tiempo 1).</i>	109
<b>Tabla 15.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) de la variable Sexo sobre las Conductas de salud (Tiempo 1).</i>	110
<b>Tabla 16.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) de la variable Sexo sobre las Conductas de consumo (Tiempo 1).</i>	110
<b>Tabla 17.</b> <i>Índice de Fiabilidad y Estadísticos descriptivos (Tiempo 2) del Afecto y el Afrontamiento.</i>	115
<b>Tabla 18.</b> <i>Frecuencia de los grupos de rendimiento actual (Tiempo 2).</i>	116
<b>Tabla 19.</b> <i>Estadísticos descriptivos de las conductas de salud. (Tiempo 2).</i>	116
<b>Tabla 20.</b> <i>Frecuencia del consumo de tabaco y nº de cigarrillos (Tiempo 2).</i>	117
<b>Tabla 21.</b> <i>Frecuencia del consumo de alcohol y cantidad de bebida (Tiempo 2).</i>	117
<b>Tabla 22.</b> <i>Correlaciones entre el Afecto y el Afrontamiento incluyendo la edad (Tiempo 2).</i>	118
<b>Tabla 23.</b> <i>Correlaciones entre las variables de Personalidad y el Afecto y el Afrontamiento (Tiempo 2).</i>	119
<b>Tabla 24.</b> <i>Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento con las Conductas de consumo (Tiempo 2).</i>	120
<b>Tabla 25.</b> <i>Correlaciones entre las variables de Personalidad, el</i>	

<i>Afecto, el Afrontamiento y las Conductas de consumo (Tiempo 2) incluyendo la Edad.</i>	121
<b>Tabla 26.</b> <i>Correlaciones de las variables de Personalidad, Afecto, Afrontamiento y Edad con el Rendimiento Actual (Tiempo 2).</i>	122
<b>Tabla 27.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariadas y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) de la variable Sexo sobre Afecto positivo, Afecto negativo, y Afrontamiento (Tiempo 2).</i>	122
<b>Tabla 28.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariadas y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) de la variable Sexo sobre las Conductas de salud (Tiempo 2).</i>	123
<b>Tabla 29.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariadas y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) de la variable Sexo sobre las Conductas de consumo (Tiempo 2).</i>	123
<b>Tabla 30.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariadas y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) de la variable Sexo sobre el Rendimiento pasado y actual (Tiempo 2).</i>	124
<b>Tabla 31.</b> <i>Correlaciones entre el Afecto y el Afrontamiento en T1 y T2.</i>	128
<b>Tabla 32.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariadas y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del tiempo de aplicación sobre el Afecto.</i>	129
<b>Tabla 33.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariadas y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del tiempo de aplicación sobre el Afrontamiento.</i>	129
<b>Tabla 34.</b> <i>Correlación entre el rendimiento pasado y el actual.</i>	129
<b>Tabla 35.</b> <i>Correlaciones entre las Conductas de Salud en T1 y T2.</i>	130
<b>Tabla 36.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariadas y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del tiempo de aplicación sobre las Conductas de Salud.</i>	130
<b>Tabla 37.</b> <i>Correlaciones entre las Conductas de Consumo en T1 y T2.</i>	130
<b>Tabla 38.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariadas y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del tiempo de aplicación sobre las Conductas de Consumo.</i>	131

<b>Tabla 39.</b> <i>Análisis de Regresión del Rendimiento Pasado con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	135
<b>Tabla 40.</b> <i>Análisis de Regresión del Rendimiento Actual con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con el Rendimiento Pasado.</i>	136
<b>Tabla 41.</b> <i>Análisis de Regresión de la Alimentación Saludable con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	137
<b>Tabla 42.</b> <i>Análisis de Regresión de la Utilización del Cinturón de Seguridad con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	137
<b>Tabla 43.</b> <i>Análisis de Regresión de la Utilización del Paso de Peatones con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	138
<b>Tabla 44.</b> <i>Análisis de Regresión de las Horas de Sueño con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	139
<b>Tabla 45.</b> <i>Análisis de Regresión del Tiempo para relajarse con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	139
<b>Tabla 46.</b> <i>Análisis de Regresión del Ejercicio Físico con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	140
<b>Tabla 47.</b> <i>Análisis de Regresión del Seguimiento de las Normas de Seguridad con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	140
<b>Tabla 48.</b> <i>Análisis de Regresión de las Conductas de Salud (T1) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).</i>	141
<b>Tabla 49.</b> <i>Análisis de Regresión de las Conductas de Salud (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con las Conductas de Salud (T1).</i>	142
<b>Tabla 50.</b> <i>Análisis de Regresión de la Alimentación Saludable (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con la Alimentación saludable (T1).</i>	142
<b>Tabla 51.</b> <i>Análisis de Regresión de las Horas de Sueño (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como</i>	

<i>con las Horas de Sueño (T1).</i>	143
<b>Tabla 52.</b> <i>Análisis de Regresión del Tiempo para relajarse (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con el tiempo de relajarse (T1).</i>	143
<b>Tabla 53.</b> <i>Análisis de Regresión del Ejercicio físico (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con el Ejercicio físico (T1).</i>	144
<b>Tabla 54.</b> <i>Análisis de Regresión del Consumo de tabaco (T1) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento, así como con las Situaciones de consumo y las personas del entorno que fuman (T1).</i>	145
<b>Tabla 55.</b> <i>Análisis de Regresión del Consumo de tabaco (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con las Situaciones de consumo, las personas del entorno que fuman y el Consumo de tabaco (T1).</i>	145
<b>Tabla 56.</b> <i>Análisis de Regresión del Consumo de alcohol (T1) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento, así como con las Situaciones de consumo tanto positivas como negativas y las personas del entorno que beben (T1).</i>	146
<b>Tabla 57.</b> <i>Análisis de Regresión del Consumo de alcohol (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con las Situaciones de consumo tanto positivas como negativas, las personas del entorno que beben y el Consumo de alcohol (T1).</i>	147
<b>Tabla 58.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de tabaco sobre la Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1).</i>	152
<b>Tabla 59.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de tabaco sobre las Conductas de Salud (T1).</i>	152
<b>Tabla 60.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de tabaco sobre las Personas del entorno que fuman y beben, Cantidad de bebida, Consumo de alcohol, Situación de fumar total, Situaciones de beber positivas y Situaciones de beber negativas (T1).</i>	153
<b>Tabla 61.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de tabaco</i>	

<i>sobre el Afecto (T2) y Afrontamiento (T2).</i>	154
<b>Tabla 62.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de tabaco sobre las Conductas de Salud (T2).</i>	154
<b>Tabla 63.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de alcohol sobre la Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1).</i>	155
<b>Tabla 64.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de alcohol sobre las Conductas de Salud (T1).</i>	155
<b>Tabla 65.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de alcohol sobre las Personas del entorno que fuman y beben, Situación de fumar total, Situaciones de beber positivas y Situaciones de beber negativas (T1).</i>	156
<b>Tabla 66.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de alcohol sobre el Afecto (T2) y Afrontamiento (T2).</i>	157
<b>Tabla 67.</b> <i>Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (<math>\eta^2_p</math>) del Consumo de alcohol sobre las Conductas de Salud (T2).</i>	157

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> <i>Resultados significativos de las correlaciones entre las variables (Estudio Preliminar).</i>	73
<b>Cuadro 2.</b> <i>Análisis de varianza univariados con resultados significativos de las variables positividad y sexo sobre las estrategias de afrontamiento y los consumos de tabaco y de alcohol (Estudio Preliminar).</i>	74
<b>Cuadro 3.</b> <i>Signo de las betas estandarizadas significativas en los análisis de regresión múltiple de las variables predictoras (Edad, Sexo, Positividad, y Afrontamiento) sobre las variables criterio (Consumo de tabaco y alcohol) (Estudio Preliminar).</i>	74

<b>Cuadro 4.</b> <i>Variables medidas en el T1 y en el T2.</i>	97
<b>Cuadro 5.</b> <i>Resultados significativos de las correlaciones entre las variables del T1.</i>	113
<b>Cuadro 6.</b> <i>Resumen de diferencias en función del sexo en T1.</i>	114
<b>Cuadro 7.</b> <i>Resultados de las correlaciones entre las variables del T2.</i>	126
<b>Cuadro 8.</b> <i>Resumen de diferencias en función del sexo en T2.</i>	127
<b>Cuadro 9.</b> <i>Resultados significativos de las correlaciones entre el afecto, el afrontamiento y el rendimiento del T1 y T2.</i>	132
<b>Cuadro 10.</b> <i>Resultados significativos de las correlaciones entre las conductas de salud y las conductas de consumo del T1 y T2.</i>	132
<b>Cuadro 11.</b> <i>Resumen de las diferencias entre los dos momentos temporales (Tiempo 1 o bajo estrés y Tiempo 2 o alto estrés).</i>	133
<b>Cuadro 12.</b> <i>Signo de la regresión de las variables predictoras (Edad, Sexo, Personalidad, Afecto y Afrontamiento) sobre las variables criterio (Rendimiento, Conductas y Situaciones de consumo).</i>	149
<b>Cuadro 13.</b> <i>Signo de la regresión de las variables predictoras (Edad, Sexo, Personalidad, Afecto y Afrontamiento) sobre las Conductas de salud.</i>	150
<b>Cuadro 14.</b> <i>Resumen de diferencias entre Fumadores y No fumadores.</i>	159
<b>Cuadro 15.</b> <i>Resumen de diferencias entre los que Consumen alcohol y los que No consumen alcohol.</i>	160

## **1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS**

El consumo abusivo de alcohol y de tabaco no sólo incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades (trastornos cardiovasculares, hepatitis, cirrosis y distintos tipos de cánceres, enfermedades infecciosas como el VIH/Sida, la tuberculosis o neumonía, entre otras), sino que también se relaciona con un mayor riesgo de presentar problemas psicológicos (ansiedad, depresión, tentativas de suicidio), incrementa el riesgo de accidentes o de verse implicado en actos violentos. En cuanto al uso nocivo del alcohol supone una mayor probabilidad de mortalidad prematura. En concreto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2004 el alcohol fue responsable del 3,8% de la mortalidad mundial, lo que se traduce en aproximadamente 2,5 millones de muertes en el mundo, de las cuales 320.000 corresponderían a jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (OMS, 2010).

Estos datos muestran la urgencia de actuaciones eficaces y eficientes a la hora de llevar a cabo intervenciones con los jóvenes en materia de conductas saludables.

La OMS define la salud como un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias habilidades, puede afrontar el estrés normal de su vida, puede trabajar adecuadamente y es capaz de contribuir satisfactoriamente a su comunidad. Esta definición, además de presentar una concepción integral de las distintas áreas que conforman la salud, propone un trabajo permanente de prevención y promoción de la misma, realizándose dicho trabajo desde un modelo biopsicosocial. Para llevar a cabo esta tarea sería imprescindible identificar aquellos factores, tanto personales como psicosociales, que se muestren como indicadores adecuados para un funcionamiento mental y físico positivo.

El amplio conjunto de investigaciones presentes en el ámbito de la prevención y promoción de la salud sugiere que existen una serie de factores psicosociales que inciden claramente en las conductas saludables. Así, factores tales como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, los sucesos vitales y cotidianos estresantes, ejercen un papel mediador en las relaciones de las dimensiones estructurales de la personalidad y

diversos aspectos de la salud como la conducta preventiva, la conducta saludable y la percepción de síntomas.

Teniendo en cuenta la importancia de los factores personales y las conductas de salud, existe un importante volumen de investigación, que relaciona ciertos rasgos de personalidad y un amplio conjunto de conductas promotoras y de riesgo para la salud (llevar a cabo una alimentación sana, realizar ejercicio físico, consumo de tabaco o alcohol, conducción temeraria, etc.) (Bermúdez, 2011b).

Actualmente se reconoce que una parte significativa de los problemas de salud que sufre la población, guarda una estrecha relación con determinadas formas de conducta y estilos de vida.

En este estudio se persigue determinar los factores que se relacionan con los aspectos vinculados con la salud y las conductas de riesgo, especialmente el consumo de alcohol y de tabaco, pues el período adolescente es uno de los más decisivos para la adquisición de estilos de vida saludables. Por lo que, trabajos como el que aquí se presenta, son fundamentales a fin de mostrar cómo los hábitos de la vida diaria y el estrés pueden afectar a las conductas vinculadas con la salud, así como qué variables personales relevantes pueden influir en las interacciones entre los distintos aspectos. Por otra parte, la presente investigación se plantea determinar la influencia del sexo y la edad, así como en qué medida el rendimiento académico pudiera verse afectado por las variables objeto de análisis. Además, llevándose a cabo medidas en dos momentos temporales (momento de alto estrés y momento de bajo estrés), se propone establecer la influencia de las situaciones sociales y de las personas del entorno de los chicos y chicas en las conductas de consumo. Todos estos aspectos no han sido lo suficientemente estudiados en la población adolescente, por lo que a partir de esta Tesis se pretende obtener aportaciones empíricas valiosas que supongan un incremento a los hallazgos científicos ya existentes sobre este tema. Por tanto, los resultados obtenidos tendrán un importante impacto en cuanto a la valoración de la capacidad predictiva conjunta de las variables de personalidad, las estrategias de afrontamiento, los afectos y las situaciones de estrés sobre el rendimiento, y la puesta en marcha de conductas saludables y/o de riesgo por parte de la población adolescente; así como en cuanto a la labor preventiva que desde los puntos de vista educacional, social, familiar, político y cultural se puede poner en marcha ante tales conductas desplegadas durante la adolescencia.

## **2. ESTRUCTURA DE LA TESIS**

La presente Tesis Doctoral consta de tres grandes apartados o Capítulos.

En el Capítulo I se muestra la revisión teórica realizada tanto sobre el período de la adolescencia como sobre la relación de ésta con la salud, así como sobre los factores psicosociales analizados (Personalidad, Positividad y Afrontamiento).

En el Capítulo II se presenta un Estudio Preliminar, el cual supone la antesala de esta Tesis Doctoral, ya que se trata de un estudio previo que realizamos sobre la positividad, el estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia, publicado en 2013, y cuyos resultados arrojan evidencia adicional al conocimiento de las relaciones entre estrategias de afrontamiento y el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes, así como sobre la incidencia de diferencias individuales en base al sexo y la edad. Esta Tesis, tomando como punto de partida este estudio inicial, se presenta como una investigación profunda y amplia del mismo indicando la existencia de relaciones entre ciertas características de personalidad (cinco grandes y positividad), el afecto, el rendimiento académico, las estrategias de afrontamiento, las conductas de consumo y las conductas de salud de los adolescentes tanto en situaciones de estrés como en situaciones de ausencia de eventos estresantes. Además, muestra la influencia de las situaciones sociales y de las personas del entorno en las conductas de consumo, es decir cómo los diversos estímulos presentes en las situaciones y los tipos de situaciones (de ocio, de trabajo, de conflicto, etc.), se tornan como variables facilitadoras o no de estas conductas.

En el Capítulo III se muestra el estudio empírico realizado a fin de responder a los objetivos propuestos en la presente investigación. Este capítulo sigue la estructura de un informe experimental, de tal forma que consta de los siguientes apartados: 1.- los objetivos propuestos e hipótesis planteadas; 2.- el método (participantes, instrumentos de medida y procedimiento); 3.- los resultados; y 4.- la discusión (donde se especifican las contrastaciones de las hipótesis planteadas inicialmente, se muestran los hallazgos más relevantes tras el análisis de los resultados y se indican las limitaciones del estudio, así como las propuestas para investigaciones futuras).

Por último, en los apartados finales se presentan las conclusiones (donde se indican los hallazgos más relevantes obtenidos), las referencias consultadas y los anexos (en los que se muestran los instrumentos utilizados y el estudio preliminar publicado).

## **CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA**

### **1. ADOLESCENCIA**

Es preciso hacer una distinción entre dos términos que tienen un significado y un alcance muy distintos: *pubertad* y *adolescencia*. *Pubertad* es el conjunto de los cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. *Adolescencia* supone la etapa que se extiende desde los 12-13 años hasta aproximadamente el final de la segunda década de la vida. Engloba el período psicosociológico que se prolonga varios años y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez (Palacios, Marchesi y Coll, 1990). Sería lo que Erikson (1968/1980) denominó una “moratoria social”, es decir, un compás de espera que la sociedad da a sus miembros jóvenes mientras se preparan para ejercer los roles adultos.

Como es obvio, la pubertad es un fenómeno universal para todos los miembros de nuestra especie, como hecho biológico que es, pero la adolescencia es un hecho psicosociológico que no necesariamente adopta en todas las culturas el patrón de características que adopta en la nuestra, en la que además se ha dado una importante variación histórica que a lo largo de los últimos años ha ido configurando la adolescencia que actualmente conocemos.

La adolescencia en el momento presente está formada por chicos y chicas que están aún integrados en el sistema escolar o a la búsqueda de un empleo estable, viviendo de forma dependiente de sus padres aunque realizando la transición de un sistema de apego centrado en la familia, a un sistema de apego centrado en el grupo de iguales o en una persona del otro sexo. Estos jóvenes se caracterizan por tener sus propias modas y hábitos, su propio estilo de vida, sus propios valores, por tener preocupaciones e inquietudes que no son ya las de la infancia, pero que todavía no coinciden con las de los adultos. Pero este tipo de adolescencia no ha existido siempre, sino que es más bien un producto de nuestra cultura en la que la incorporación de los adolescentes al estatus adulto se ha retrasado notablemente, formándose como consecuencia un grupo nuevo que, como ya se ha mencionado, desarrolla además sus propios hábitos y maneras, y que se enfrenta a problemas peculiares. Como producto

cultural, el carácter más o menos suave o agitado de la adolescencia es sólo una de las consecuencias de las experiencias que cada cultura aporta a sus miembros jóvenes. Por otra parte, se suele afirmar que es una etapa fundamentalmente de tensiones. No obstante, en medio de estos problemas y conflictos, la mayoría de los adolescentes realizan una adaptación razonablemente buena y transitan a la edad adulta con tensiones y conflictos a los que pueden hacer frente y resuelven, en general, de manera satisfactoria. En este sentido, Petersen (1988), ya apuntó que en torno al 57% de los adolescentes tenían una transición positiva y saludable, mientras que en torno al 32% presentaban dificultades intermitentes y situacionales. A pesar de ello, la adolescencia se presenta como una etapa de transición que encierra en sí misma una clara complejidad por varias razones: de un lado, por la acumulación que se produce de nuevas demandas en las áreas cognitiva, social, interpersonal, sexual, etc.; de otro lado, por la tensión que supone prolongar mucho más allá de su estado natural un estatus social más parecido al infantil que al adulto, cuando ya de hecho se está en condiciones de ser adulto (Palacios et al., 1990).

Desde el punto de vista del desarrollo personal, la adolescencia representa un momento importante en la formación de la personalidad y de los diferentes sistemas que la integran. Esta etapa, no sólo es un período preparatorio para la edad adulta, iniciador de la vida adulta, sino que además es un momento de recapitulación de la pasada infancia, de toda la experiencia acumulada y ahora puesta en orden (Kaplan, 1984). En este proceso de recapitulación y de preparación, determinados temas vitales (la identidad propia, la sexualidad, el grupo de amigos, los valores, la experiencia y experimentación de nuevos roles), pasan a hacerse preponderantes en las relaciones del adolescente con su medio y en su propia vivencia fenomenológica, consciente, de los acontecimientos. Así, la pubertad sería el hecho fisiológico, transcultural y la adolescencia sería el proceso y período psicosocial que se corresponde con ella y la acompaña (Palacios et al., 1990).

El tema más importante en la personalidad adolescente es el del desarrollo del yo y de la identidad personal (Fierro, 1990). Ambos conceptos se vinculan estrechamente con la propia historia del adolescente. Es en la adolescencia cuando se comienza a tejer el propio relato personal, es decir, cuando se inicia la interpretación de las pasadas experiencias y aprovechamiento de las mismas para afrontar los desafíos del presente y las perspectivas del futuro. La tarea del adolescente es conseguir la identidad del yo, que

definirá la conciencia de quién es uno mismo y hacia dónde va. El adolescente sabe que no es un niño, pero no sabe qué será en un futuro, se encuentra en un punto intermedio, en la búsqueda de su identidad. Siguiendo a Pedreira y Martín (2000), en la identidad se distinguen dos aspectos fundamentales: uno referente a la conciencia de sí mismo, en el que ocupa un lugar destacado la autoestima, siendo la aceptación del propio cuerpo el eje organizador de esa autoestima. En segundo lugar, el ajuste a las demandas sociales, siendo importante el contexto familiar, el grupo de amigos, y el contexto sociocultural que define las expectativas del adolescente y del grupo.

Muy vinculado al desarrollo de la personalidad se sitúan las relaciones sociales en la adolescencia. En esta etapa, los espacios donde son posibles los intercambios o interacciones sociales se expanden de manera extraordinaria, mientras, por otra parte, se debilita mucho la referencia a la familia. Paralelamente a la emancipación respecto a la familia, el adolescente establece lazos más estrechos con el grupo de compañeros. A medida que se intensifican las relaciones con compañeros de otro sexo, decae en algo la relación con los del propio sexo, tal como se manifiesta en estar y hacer cosas con los amigos, o tener intimidad y confianza con ellos.

El adolescente, de todos modos, sigue con una enorme demanda de afecto y de cariño por parte de los padres. Por lo general, observa el criterio de los padres, con preferencia al de los compañeros, en materias que atañen a su futuro, mientras sigue más a los compañeros en opciones sobre el presente, en la realización de sus deseos y necesidades actuales. No obstante, un cierto grado de conflicto parece inevitable y obedece a la necesidad de redefinir sus posiciones dentro de la familia. La emancipación de la familia, la aguda conciencia de sí mismo en un autoconcepto explícito, el comienzo de un período de transición a la vida adulta, el proceso de ajuste a las nuevas demandas sociales, son fenómenos que se asocian con que el adolescente adopte valores. La adopción de valores también tiene que ver con la moralidad propia de la adolescencia (de cooperación y de reciprocidad), y enlaza con el establecimiento de relaciones de igualdad con los compañeros y/o iguales. Todo ello depende, como factor necesario, aunque no suficiente, de un desarrollo cognitivo que implica el concepto y el razonamiento abstracto, así como la posibilidad de distanciarse respecto al propio punto de vista y asumir la perspectiva del otro (Palacios et al., 1990).

En todo este contexto de características se halla la adolescencia como unidad y también como continuidad (dentro de la discontinuidad y desequilibrio necesarios) del ciclo vital de la persona. En palabras de Winnicott “*la adolescencia es esencialmente una manifestación de salud que la sociedad debería afrontar pero no remediar*” (citado en Pedreira y Martín, 2000, pág. 71).

Con todas las peculiaridades y características que le son propias, los adolescentes, actualmente, se encuentran en una sociedad caracterizada por ser principalmente una sociedad de consumo. El avance de la ciencia y la tecnología ha hecho a este mundo más complejo, generando la apariencia de un mundo “libre” con un gran abanico de posibilidades desde la comida, diversión, profesión, trabajo, la elección de pareja y de familia, construyendo así estilos de vida que justifican y reproducen el tipo de economía, política y cultura de esta sociedad. En este contexto, hoy más que nunca, es necesario enseñar a pensar y a sentir de manera más crítica, creativa y ética a los adolescentes y jóvenes.

La vulnerabilidad sociocultural de la etapa de la adolescencia se asocia al concepto de conductas de riesgo. El riesgo implica la probabilidad de que la presencia de uno o más elementos nocivos incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida y la satisfacción personal.

En definitiva, los principales rasgos de la etapa adolescente son los referidos a los cambios físicos y psicológicos, y como áreas más conflictivas se podrían apuntar las dificultades con los padres y en la toma de decisiones, la inestabilidad emocional, así como las conductas de riesgo para la salud, particularmente el consumo de alcohol y tabaco (Lara, Bermúdez y Pérez-García, 2013). La adolescencia es un importante período de desarrollo para el inicio del uso y mal uso de estas sustancias, con una considerable tendencia, como norma, a explorar en el mundo de las drogas (Castellanos-Ryan, Parent, Vitaro, Tremblay y Séguin, 2013).

## 2. ADOLESCENCIA Y SALUD

Es suficientemente conocida la gran importancia de la promoción y la prevención de la salud en la vida de todas las personas; en este sentido, es fundamental tener presente que la adolescencia se presenta como un período crítico para actuar a nivel preventivo, pues es durante este período de la vida cuando, generalmente, se inician las conductas de riesgo para la salud y se abandonan o no se ponen en marcha hábitos de vida saludable como la salud bucodental, disminución o abandono del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, adherencia a regímenes o tratamientos médicos, realización de ejercicio físico de manera regular, adopción de estilos de alimentación saludable, empleo de medidas preventivas y protectoras en las relaciones sexuales, etc.

Con las conductas de riesgo, los adolescentes pretenden expresar el rechazo a las normas convencionales, su independencia ante el control paterno y alcanzar un rol destacado en el grupo de amigos. Aunque en nuestra sociedad resulta aceptable cierto grado de experimentación con el alcohol y el tabaco a partir de la adolescencia, la mayoría de los jóvenes al llegar a la vida adulta adoptan pautas de consumo aceptables, y no llegan a presentar problemas de consumo. Sin embargo, es alarmante que por distintas razones, haya un número cada vez mayor de adolescentes y jóvenes que se adhieren a patrones de consumo y de situaciones de riesgo.

Para poder determinar cuáles serían las situaciones de riesgo y sus características, se tendrán que conocer previamente las peculiaridades de un estilo de vida saludable.

### 2.1. ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Las *conductas o hábitos de salud* son aquellas acciones (o su ausencia) que afectan a la probabilidad de enfermar, incluyendo factores como la dieta, el ejercicio físico, los riesgos físicos que se asumen, el consumo de sustancias nocivas, o la práctica de relaciones sexuales sin protección (Bermúdez, 2011a y b). Según Matarazzo (1984), serían los esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales. O bien se podrían definir como aquellas conductas en las que toma parte un individuo, cuando goza de buena salud, con

el propósito de prevenir la enfermedad (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004; Oblitas y Becoña, 2000).

El reconocimiento de que una parte significativa de los problemas de salud que aquejan a la población guardan una estrecha relación con determinadas formas de conducta y estilos de vida, ha suscitado el desarrollo de un creciente volumen de investigación orientada al estudio de los factores psicosociales que pudieran explicar por qué las personas continúan desarrollando formas de conducta que pueden suponer un serio riesgo para su salud y, por el contrario, no ponen en marcha, o se muestran remisas a hacerlo, formas alternativas de conducta que podrían incrementar su nivel de salud, calidad de vida y bienestar personal (Bermúdez, Contreras, Margüenda y Pérez-García, 2004). Si nos centramos, específicamente, en la adolescencia, podemos decir que el período adolescente es uno de los más decisivos para la adquisición de estilos de vida saludables (Chillón, Tercedor, Delgado y González-Gross, 2002; Jiménez, Cervelló, García, Santos e Iglesias, 2007; Yopp, Brownell y Félix, 1990).

Se trata de un período en el que se adquieren diversos comportamientos relevantes para la salud tanto en un sentido negativo (comportamientos de riesgo como abuso de drogas, fumar, beber alcohol, etc.), como positivo (hábitos de salud como actividad física regular, patrones adecuados de alimentación, de higiene, de descanso, etc.) (Gil et al., 2004). La importancia de la adolescencia para el establecimiento de los estilos de vida, tiene que ver con los importantes cambios psicológicos y contextuales que tienen lugar durante estos años, en los que chicos y chicas realizan sus primeras salidas y reuniones con sus iguales sin la presencia de los padres, y en los que van ganando autonomía para tomar algunas decisiones relacionadas con el ocio y el estilo de vida (actividades extraescolares, consumo de sustancias, prácticas sexuales, etc.) (Hernando, Oliva y Partegal, 2013). Los modos de vida se forman en la adolescencia temprana, por lo tanto, la educación en salud debe comenzar tan pronto como sea posible para influir en los comportamientos saludables. Así, por ejemplo, los hábitos de tiempo libre o de actividad física, u otras conductas de salud similares, suelen ser establecidas durante la niñez tardía y la adolescencia temprana (Lee, Yuen, Wu y Ho, 2010).

Los estilos de vida implican para los adolescentes (como etapa de transición al mundo adulto) un gran peso en la toma de decisiones. Su capacidad de elegir

acertadamente supone la habilidad de valorar opciones de manera intencional y consciente, permitiéndoles construir estilos de vida más saludables.

Dichos estilos de vida más saludables, conllevarían a un bienestar físico, el cual, desde la transición de la adolescencia al inicio de la edad adulta tendría importantes implicaciones para conseguir también el bienestar físico en las etapas posteriores de la vida. Así, por ejemplo, un estilo de vida caracterizado por una mayor actividad física durante la adultez temprana, haría más probable su mantenimiento en etapas posteriores, y conseguir un mayor nivel de salud, lo cual implicaría menos probabilidad de padecer desórdenes cardiovasculares u otras enfermedades. Parece ser que los estilos de vida no saludables en los adolescentes que presentan una excesiva ingesta calórica y/o un comportamiento sedentario, podrían contribuir a la aparición de la diabetes tipo II o la obesidad en estas edades. Además, en la etapa de transición a la adultez, la participación en el consumo nocivo de alcohol alcanza un nivel elevado que puede establecer un patrón de problemas crónicos asociados a dicho consumo. Por lo tanto, el establecimiento de hábitos de vida saludables y el mantenimiento del bienestar psicosocial en la adolescencia temprana, pueden facilitar el mantenimiento de conducta saludable en etapas posteriores, que ayudarían a reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a las prácticas poco saludables (Gil et al., 2004; Hawkins et al., 2012; Lee et al., 2010; Meester, Lenthe, Spittaels, Lien y Bourdeaudhuij, 2009).

Por otra parte, las amistades se vuelven cada vez más esenciales para el bienestar. Se podría esperar que el desarrollo positivo a finales de la adolescencia, especialmente el sentido de la responsabilidad, el buen control emocional, la empatía y la confianza en los demás, mejorará los lazos de relación y conexión social.

Tanto los hábitos sociales y de relaciones interpersonales como los hábitos alimenticios, de sueño y de ejercicio físico adquieren suma importancia en los jóvenes, pues ellos, tal y como hemos visto, permitirán la instauración de estilos de vida sanos tanto en la adolescencia como en el inicio de la edad adulta.

Por su parte, la *alimentación*, en la adolescencia, tiene una importancia vital, debido a que se incrementan las necesidades de nutrientes para hacer frente a los numerosos cambios físicos, sexuales y psicológicos que se experimentan en esta etapa. Los hábitos alimentarios se adquieren de forma paulatina desde la infancia hasta la adolescencia, siendo el entorno familiar y escolar de una gran importancia a la hora de

educar al niño en la alimentación, porque se les debe explicar la necesidad de consumir todo tipo de alimentos. Durante la infancia y la adolescencia, en los procesos de crecimiento y maduración física y de la personalidad no sólo influyen la cantidad de nutrientes ingeridos y la forma de ingerirlos, sino también la actitud del niño ante los alimentos. En la adolescencia es cuando, debido a la significativa influencia que en esta etapa ejercen los condicionantes ambientales, familiares, culturales y sociales, se establecen los hábitos alimentarios, madura el gusto, se definen las preferencias y las aversiones, algunas pasajeras, otras definitivas, y que constituyen la base del comportamiento alimentario para toda la vida. Este parece ser también, pues, el período óptimo para la educación nutricional (Garbayo et al., 2000).

Hoy en día, debido a los factores culturales, el ambiente en el que vivimos, la influencia de los grupos de amigos y los mensajes procedentes de los medios de comunicación y el entorno social general, es habitual que los adolescentes cometan errores en su conducta alimenticia. Los cambios acaecidos en este período, pueden comprometer la calidad de la dieta de los adolescentes, haciendo que sus desayunos sean escasos, que eviten la comida casera, que se alimenten de comida rápida y presten poca atención a su alimentación (ver Moreno, Ramos, Rivera, Jiménez-Iglesias y García-Moya, 2012). Según el estudio realizado por Garbayo y colaboradores (2000), en los hábitos alimentarios de los adolescentes en España destaca el mayor consumo de verduras y legumbres y un menor consumo de frutas a pesar de ser una zona eminentemente productora de frutas. Hay un excesivo aporte calórico a cargo de carnes, grasas y dulces, y escasez de frutas, cereales y pescados. Los lácteos siguen representando en estas edades una importante fuente de nutrientes y la principal fuente de calcio de la dieta, si bien representan una importante fuente de grasa saturada.

En cuanto a las diferencias de consumo de alimentos según el sexo y la edad, algunos análisis revelan que las chicas, generalmente, informan sobre hábitos alimenticios más saludables que los chicos (ver Yopp et al., 1990). Sin embargo, Moreno y colaboradores (2012), indican que el porcentaje de adolescentes españoles que desayunan los siete días de la semana es mayor en los chicos (56,9%) que en las chicas (49,9%), observándose una tendencia descendente asociada a la edad (se pasa de un 67,8% a los 11-12 años a un 40,7% a los 17-18 años). No obstante, el porcentaje de chicos que nunca consume frutas (4,8%) es ligeramente superior al de las chicas (3,7%). Además, el porcentaje de adolescentes que no consumen fruta se va incrementando en

las edades superiores. En cuanto al consumo de verduras, los chicos (17,1%) evidencian un menor consumo diario de verduras que las chicas (24%). Respecto a la edad, el porcentaje de adolescentes que consume verdura a diario es algo mayor en las edades más tempranas. El porcentaje de chicas que consumen dulces a diario es algo mayor que en los chicos (el 16,6% frente al 13,7% de los chicos). Esto es cierto además para todas las edades. En cuanto a los cambios asociados a la edad, se produce un incremento del porcentaje de consumo diario de dulces desde los 11-12 años hasta los 15-16 años, tanto en chicos como en chicas. Además, en ambos se observa un porcentaje algo más bajo a los 17-18 años que a los 15-16, aunque estas diferencias son más marcadas en los chicos. El consumo diario de refrescos o bebidas azucaradas es más elevado en los chicos que en las chicas (24,4% de ellos frente al 20,2% de ellas). Este consumo muestra una tendencia ascendente tanto en chicos como en chicas hasta los 15-16 años y una estabilización a los 17-18 años.

Por otra parte, y haciendo referencia a otros hábitos saludables, existen evidencias de que la *práctica de actividad física y deportiva extraescolar* se asocia positivamente con las conductas saludables (Meester et al., 2009), como son tener una alimentación equilibrada con unos horarios adecuados y buenos hábitos de descanso (ver Jiménez et al., 2007; Moreno et al, 2012).

La práctica del deporte es buena para la mayoría de las personas y en el caso de los adolescentes, aún más. No sólo ayudará al desarrollo de su organismo, que es tan importante en esta etapa sino, también, servirá para prevenir hábitos muy perjudiciales como el consumo de tabaco, alcohol o drogas.

La actividad física crea una serie de hábitos y actitudes que resultan aconsejables, puesto que la vida sedentaria y la falta de ejercicio físico son aspectos que determinan claramente la aparición de ciertas enfermedades (Candel, Olmedilla y Blas, 2008). Así, la actividad física se relaciona inversamente con la obesidad y los desórdenes crónicos, como los trastornos cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, diabetes mellitus II y osteoporosis (Meester et al., 2009; Verkooijen, Nielsen y Kremers, 2009).

En un trabajo realizado por Chillón y colaboradores (2002), se muestra cómo los chicos adolescentes estudiantes de secundaria realizan más práctica deportiva que las chicas de su misma edad, siendo el fútbol el deporte más practicado. Además, existen

claras diferencias entre los deportes más practicados por chicos (fútbol, fútbol-sala...) y los más practicados por la población femenina (aerobic, baloncesto, danza...). Parece ser que los adolescentes realizan más práctica deportiva en verano y durante el fin de semana que en los días lectivos. En cuanto a la no realización de deporte, un 25,9% de los escolares no realiza ninguna actividad deportiva extraescolar.

En cuanto a la diferencia con respecto al sexo y la edad, en general, el porcentaje de adolescentes que realiza actividad física siete días a la semana es marcadamente menor en las chicas (13,7%) que en los chicos (28,6%). Además, se observa un descenso destacado en dichos porcentajes asociado a la edad, puesto que un 31,7% de los adolescentes de 11-12 años realiza actividad física siete días a la semana frente a un 15,3% de los adolescentes de 17-18 años. Un análisis conjunto de sexo y edad muestra que las diferencias entre chicos y chicas son especialmente mayores en el grupo de 15-16 años. En este grupo de edad, el 8,8% de las chicas realizan actividad física siete días a la semana frente al 25,7% de los chicos (ver Moreno et al., 2012; Salvador, 2009).

En referencia a los *hábitos de sueño*, y siendo la adolescencia una etapa del desarrollo en la que los cambios tanto físicos como psicológicos se producen constantemente, es fácil de comprender que el descanso sea algo fundamental, por lo que el sueño adecuado se muestra como un factor crítico para la salud de los adolescentes y los comportamientos relacionados con la salud. Los cambios acaecidos en la adolescencia pueden tener un impacto significativo sobre los patrones de sueño y el comportamiento de los adolescentes, los cuales tienen, además, implicaciones diversas. En la adolescencia, el sueño, influye en el bienestar físico y emocional, así como en la maduración cerebral y en los cambios biológicos y psicológicos en la pubertad. Los estudios muestran que los adolescentes deben dormir unas nueve horas diarias, pues, por ejemplo, un hábito de sueño de corta duración está relacionado con mayor índice de obesidad en los jóvenes, ya que presentan unos hábitos de consumo alimenticios menos saludables (Garaulet et al., 2011). Así, las fluctuaciones en la cantidad y/o calidad del sueño son asociadas con cambios cognitivos y emocionales. Por tanto, el sueño inadecuado influye en el funcionamiento diario, así como en el rendimiento académico y en la relación con la familia o con los amigos (Lazaratou, Dikeos, Anagnostopoulos, Sbokou y Soldatos, 2005; O'Brien y Mindell, 2005). Existen evidencias que muestran que los estudiantes que duermen menos por la noche (6 horas o menos) y retrasan más el irse a dormir los fines de semana (2 horas o más), informan de

un peor funcionamiento diario, estado de ánimo depresivo, más problemas en el ciclo sueño-vigilia y somnolencia diurna, en comparación de los que duermen más (8 horas o más) o retrasan menos el sueño durante el fin de semana (1 hora o menos) (ver O'Brien y Mindell, 2005). Además, las investigaciones indican que los trastornos del sueño en los adolescentes tienen varias consecuencias posibles, incluyendo somnolencia diurna, disminución del rendimiento escolar y el uso/abuso de sustancias (Lazaratou et al., 2005; O'Brien y Mindell, 2005; Vallido, Peters, O'Brien y Jackson, 2009). Así, el aumento de somnolencia parece correlacionarse con el empeoramiento del estado de ánimo (Settineri et al., 2010). La ausencia de un adecuado hábito de sueño puede incidir en la cantidad de tiempo gastado en actividades extraescolares y/o trabajo, así como en varias conductas peligrosas o de riesgos, como el uso de alcohol, uso de drogas y conducción poco atenta (O'Brien y Mindell, 2005).

Por otra parte, las fluctuaciones en el ritmo circadiano influyen en el desempeño humano de gran variedad de situaciones, sobre todo, en aquéllas que requieren mayor esfuerzo cognitivo. Parece ser que el desempeño cognitivo es mayor cuando se realizan las actividades más cerca del punto más alto de arousal que cuando se realizan más alejadas de dicho punto. Pues bien, en la adolescencia se produce un cambio en el desarrollo del ritmo circadiano ya que en esta etapa se trasladan los momentos óptimos de arousal desde las mañanas a las tardes, por tanto los jóvenes suelen retrasar los momentos de irse a dormir (Hahn et al., 2012).

En cuanto a las quejas de sueño están relacionadas más con el sexo femenino, quizás por los distintos requerimientos sociales atribuidos a cada sexo, así como por las diferencias en los procesos fisiológicos producidos en la pubertad. En referencia a las siestas diurnas, los adolescentes que duermen siestas durante el día, lo hacen para compensar la reducción de sueño nocturno (ver Lazaratou et al., 2005).

Diferenciando la frecuencia de horas de sueño según la edad y sexo, los adolescentes duermen una media de 8,57 horas (desviación típica de 1,25) de lunes a viernes y de 9,30 horas (desviación típica de 1,64) los fines de semana. El promedio de horas de sueño de lunes a viernes es similar entre los chicos y las chicas, en cambio las chicas duermen ligeramente más los fines de semana que los chicos. Por otro lado, la media de horas de sueño en días entre semana y de fin de semana es menor en los grupos de mayor

edad que en los de menor edad. Esta disminución asociada a la edad se registra tanto en chicos como en chicas (Moreno et al., 2012).

Finalmente, el análisis del *tiempo libre* en la adolescencia incluye los momentos del día donde los jóvenes no participan en la escuela, el trabajo o en las actividades de autocuidado, abarcando el tiempo posterior al horario escolar y los fines de semana. Con respecto a las actividades de ocio, podemos decir que, la importancia que el tiempo libre ha alcanzado a lo largo de las últimas décadas es tal que, durante la adolescencia y la temprana juventud, el ejercicio del tiempo libre constituye actualmente una forma asertiva y eficaz de crecimiento personal y de socialización. En este sentido, existen estudios que indican que son aquellos adolescentes que realizan sus actividades de tiempo libre en un contexto más asociativo o social, los que presentan niveles más altos de salud, independientemente de la frecuencia con la que las realizan (Ramos, Rivera y Moreno, 2012).

Existen evidencias de que las actividades llevadas a cabo en la adolescencia durante el tiempo libre, influyen en determinados comportamientos de riesgo, así como en determinadas conductas saludables. Así, este período de la vida está marcado por un significativo declive del tiempo libre empleado en el ejercicio físico. En este sentido, parece que la intervención realizada durante los años escolares se muestra fundamental para crear mejores hábitos deportivos (Meester et al., 2009). Además, hay investigaciones que muestran que el menor uso de videojuegos y de la televisión es asociado positivamente con cambios en el consumo de refrescos y de aperitivos no saludables, e inversamente asociado con cambios en el consumo de verduras (Gebremariam et al., 2013).

Por otra parte, existen estudios que indican una asociación inversa entre la realización de actividades físicas en tiempo libre y el consumo de tabaco, de tal forma que a más actividad física menos consumo de tabaco (ver Verkooijen et al., 2009).

En cuanto a los beneficios del buen uso del tiempo libre, las evidencias indican que los adolescentes que participan en actividades organizadas o estructuradas han demostrado una serie de beneficios en su desarrollo, como menor índice de detenciones penales durante la edad adulta, mejor rendimiento académico, menores tasas de abandono escolar, niveles más bajos de depresión, alienación y sentimientos de soledad y probabilidad menor de sufrir malestar psicosomático. Ahora bien, estos beneficios se

obtienen cuando la participación en actividades de tiempo libre se refiere a actividades que son de carácter voluntario y estructurado (por ejemplo: reuniones programadas o actividades que permiten el desarrollo de habilidades y/o competencias como pueden ser las actividades extraescolares). En contraste, la participación en actividades no estructuradas (por ejemplo: escuchar música, ver televisión, charlar con los amigos, comer, descansar o cuidado personal) se asocia con mayor riesgo de conductas problemáticas. Esto significa que las actividades organizadas y estructuradas son las que proporcionan prácticas de salud más seguras (mediatizadas por el fomento de intercambios sociales cálidos y cercanos, valores y principios deseables y aceptables, asunción de responsabilidades y transacciones de diferentes contextos de desarrollo como la familia, la escuela o la comunidad), pues pertenecer a un grupo conlleva procesos de socialización secundaria, que incluyen asimilación de las normas del grupo e internalización de una identidad asociada con los miembros del grupo (Ramos et al., 2012).

En cualquier caso, teniendo en cuenta la edad y como era de esperar, el tiempo libre es sensiblemente mayor para los grupos de menor edad, y va disminuyendo a medida que se incrementa la edad (Moreno et al., 2012; Ramos et al., 2012; Salvador, 2009). En 2007, los adolescentes disponían de casi tres horas más para ocio que los jóvenes de mayor edad. Así, es a partir de los 25 años cuando se observa una mayor pérdida de tiempo libre semanal disponible para actividades de ocio, etapa que coincide con la edad en que las obligaciones laborales y familiares van adquiriendo más peso. El poder adquisitivo condiciona en gran medida –y cada vez más– el acceso al ocio, así como la elección del tipo de actividades a realizar. Así, tan importante como el tiempo libre es hoy el dinero disponible para el ejercicio del ocio (Salvador, 2009). Existen diferencias claras con respecto a la capacidad adquisitiva, de modo que la frecuencia en estas actividades aumenta en los adolescentes pertenecientes a familias con mayor capacidad adquisitiva (Moreno et al., 2012).

Entre la población de 15 a 29 años, las diez actividades prevalentes entre los jóvenes son, por este orden: escuchar música, CDs-cintas de vídeo, etc. (92,3%); salir/reunirse con los amigos (91,9%); ver la televisión (88,2). Les siguen como actividades principales de ocio realizado: usar el ordenador (73,6%); oír la radio (70%); ir de compras (69,9%); estar con la pareja (69,6%); leer periódicos y revistas (68%); descansar/no hacer nada (63,8%); e ir al cine (61,4%). Existen algunas diferencias de

género en cuanto a las prácticas de ocio: los chicos prefieren en mayor medida salir con amigos, ir de copas, practicar y asistir a actividades deportivas y usar ordenadores y videojuegos; mientras que las chicas realizan más actividades culturales (leer, cine, teatro, exposiciones), además de ir de compras y estar con la pareja (Salvador, 2009).

Una vez realizados los análisis anteriores y en pro de intervenciones de promoción de un estilo de vida saludable durante la adolescencia, se nos plantea que una cuestión central del desarrollo de la juventud, es conseguir que los adolescentes se involucren en actividades que les entusiasmen y promuevan el desarrollo de las habilidades necesarias para sus vidas, poniéndose en marcha conductas saludables que les protejan de comportamientos de riesgo como pueden ser las conductas de consumo.

## 2.2. CONDUCTAS DE CONSUMO

El *uso o consumo de sustancias* es una expresión que encierra conductas que van desde el uso ocasional de una sustancia psicoactiva al uso compulsivo de la misma. El *uso/abuso* de sustancias puede derivar con el tiempo en una dependencia de las mismas.

De acuerdo con el DSM IV-R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association) (2008), la *dependencia de sustancias* se define por los siguientes criterios diagnósticos:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1.- Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (cada vez necesita más); b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado (el efecto es cada vez menor).

2.- Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3.- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4.- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5.- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6.- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7.- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes.

Si nos centramos en las conductas de consumo durante la etapa de la adolescencia, existen evidencias de la influencia de múltiples factores en tales conductas. Así, parece que el deseo de consumo e incluso de consumismo material, está relacionado con el nivel de autoestima en estas edades (a menor autoestima mayor motivación al consumismo) (ver Shim, Barber y Serido, 2011). Con respecto al consumismo, parece que no siempre la posesión de buenas cosas, aumenta la satisfacción vital en los adolescentes, es decir, sólo algunos aspectos del consumismo influyen en el nivel de satisfacción. No hay una clara evidencia de que el consumismo material se relacione durante la adolescencia con el consumo de sustancias, no obstante, parece existir una relación positiva entre tal consumismo y un nivel más bajo de bienestar personal en adolescentes (Sweeting, Hunt y Bhaskar, 2012).

Por otra parte, existen variables intrapersonales que se asocian con el consumo de sustancias. En este sentido, la asistencia a la iglesia presenta una asociación negativa con tal consumo, mientras que variables como, el bajo control personal, la falta de sentido en la vida, el estrés emocional, la insatisfacción, la baja autoestima, la apatía, el pesimismo y el estado de ánimo depresivo, presentan una relación positiva con el mismo (ver Newcomb y Félix-Ortíz, 1992). En cuanto a otros factores, existe una relación inversa entre el rendimiento académico y el uso de tabaco y marihuana en la adolescencia, aunque parece que las relaciones familiares median esa relación. Los adolescentes que dan poco valor al éxito académico y tienen menos motivación

académica, presentan más consumo. De todas formas esta relación no es directa, sino mediada por el nivel de autoestima y las relaciones familiares, sobre todo para los adolescentes más jóvenes. No obstante, parece que el uso de marihuana interfiere el desarrollo cognitivo, afectando a los procesos de aprendizaje y consecuentemente actuando sobre la motivación académica (Andrews y Duncan, 1997).

Por otra parte, la práctica de deportes en grupos y los deportes de resistencia disminuye, en etapas posteriores, el uso de tabaco y cannabis. Los adolescentes que realizan deporte como actividad extraescolar, presentan menos riesgo de ser fumadores (Audrain-McGovern, Tercyak, Epstein, Goldman y Goldman, 2004; Wichstrom y Wichstrom, 2008). En cuanto a la influencia de los procesos de reforzamiento, los adolescentes que fuman parecen tener menos reforzadores que les protejan contra el consumo de tabaco y más reforzadores que estimulan la conducta de fumar. La utilización de reforzadores sustitutivos decrece la probabilidad de fumar y los reforzadores complementarios (por ejemplo: el uso de reforzadores en conjunción con el tabaco) incrementa la posibilidad de fumar (Audrain-McGovern et al., 2004). En referencia a las influencias socializadoras, la conducta de fumar en adolescentes, se relaciona con el número de personas que fuman en la familia y/o el número de amigos fumadores, de tal forma que a mayor número de fumadores en los contextos socializadores, mayor consumo de tabaco en los jóvenes (Prokhorov y Alexandrov, 1992).

La adolescencia es una etapa de la vida en la que los jóvenes intentan reafirmar su independencia, y lo hacen resaltar rechazando la escala de valores de sus padres. No es de sorprender que la adolescencia sea la época más frecuente de experimentación con las drogas, especialmente, el tabaco y el alcohol (Alcalá, Azañas, Moreno y Gálvez, 2002). Hay evidencias de que el uso conjunto de alcohol y cannabis en adolescentes parece ser un problema más serio para el uso de drogas en la edad adulta, que cuando los adolescentes consumen alcohol o cannabis solo (Stenbacka, 2003). Por una parte, existe relación entre la duración del consumo de tabaco en la adolescencia y el desarrollo de trastornos por el uso de sustancias durante la edad adulta, además de riesgos adicionales asociados con el consumo temprano, y por otra parte, el uso de alcohol en estas edades, y otros comportamientos de riesgo para la salud, predicen la dependencia de alcohol en la edad adulta (Bonomo, Bowes, Coffey, Carlin y Patton, 2004; Lewinsohn, Rohde y Brown, 1999). Incluso existen evidencias que muestran que

el uso de alcohol en la adolescencia es un importante marcador para una futura incapacidad laboral (Sidorchuk, Hemmingsson, Romelsjo y Allebeck, 2012).

Según la memoria 2009 del Plan Nacional sobre drogas, las sustancias adictivas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes o pastillas para dormir. Un 81,2% habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 44,6% tabaco, un 35,2% cannabis y un 17,3% tranquilizantes o pastillas para dormir. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir, aquellos que las han consumido alguna vez en los 30 días previos a la encuesta, fue de 58,5%, 32,4%, 20,1% y 5,1% respectivamente. El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, heroína, etc.) estaba menos extendido, situándose la prevalencia del consumo alguna vez en la vida entre el 1% y el 6% y la prevalencia en los últimos 30 días entre el 0,5% y el 2%. Si se comparan estos resultados con los de las encuestas precedentes, se observa una reducción importante del consumo de cocaína y éxtasis, un descenso ligero del consumo de inhalables volátiles, una estabilización del consumo de alcohol, tabaco, cannabis, anfetaminas, alucinógenos, heroína y un aumento importante del consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir.

Dada su mayor frecuencia, se presta mayor atención en estas edades al consumo del alcohol y tabaco.

*El tabaco* se ubica entre los estimulantes del Sistema Nervioso Central y en términos de la salud, los componentes más relevantes son la nicotina (principal agente adictivo) y el monóxido de carbono. La forma más habitual de consumo es fumado (en cigarrillo), pero también puede ser mascado. Cuando se fuma tabaco ocurren varios efectos fisiológicos sobre el sistema cardiovascular, como el aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial, del volumen sistólico, del gasto cardíaco, del flujo sanguíneo coronario; se produce una vasoconstricción cutánea con una disminución asociada de la temperatura cutánea, vasoconstricción sistémica y un aumento del flujo sanguíneo muscular; así mismo, aumentan las concentraciones de dopamina, noradrenalina, glutamato, serotonina y acetilcolina. Este tipo de reacciones provocan a largo plazo afecciones cardíacas, cerebrovasculares, respiratorias y distintos tipos de cáncer (de laringe, boca, pulmón y de colon). Debido a su capacidad adictiva, el fumador habitual tiende a mantener los niveles sanguíneos de nicotina relativamente

constantes; cuando estos niveles disminuyen, el fumador, siente la necesidad de fumar. Si no la satisface puede llegar a desarrollar estados de irritabilidad, nerviosismo, falta de concentración, estrés, etc. Normalmente estos efectos remiten volviendo a fumar. La nicotina es consumida para disminuir el cansancio, la falta de concentración y estados emocionales negativos, como la ansiedad. El ritual de buscar, obtener y, finalmente, fumar un cigarrillo se convierte en un componente estructurado del comportamiento en muchas situaciones de la vida diaria de un fumador hasta crearse un hábito (Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, 2006). La duración del hábito de fumar y el número de cigarrillos necesarios para establecer la adicción a la nicotina es menor en la adolescencia que en la edad adulta, lo que podría explicar el hecho de que alrededor del 80% de los adultos fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años (Ramos y Moreno, 2010).

En cuanto a los datos epidemiológicos, el tabaco es, después del alcohol, la droga más consumida por los estudiantes de Secundaria en España. El 39% ha fumado alguna vez en su vida y el 26,2% lo ha consumido en los últimos 30 días. El consumo es más significativo entre las chicas (36,4%) que entre los chicos (28,1%), tendencia ya iniciada en años anteriores, si bien ellos fuman mayor número de cigarrillos que las chicas (el 11,7% de los chicos reconoce fumar más de 10 cigarrillos al día frente al 7,6% de las chicas). Es una de las sustancias cuya edad de inicio en el consumo es más precoz (13,5 años de media), sólo superada por los inhalables volátiles y, aunque la edad se mantiene bastante estabilizada, se ha retrasado ligeramente (0,2%) respecto de la edición del *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES) en 2008. El consumo aumenta significativamente con la edad para ambos sexos, pasando del 12,3% en los consumidores de 14 años al 40% en los de 18 años. El 48,3% de los estudiantes encuestados informa de haber visto fumar a profesores dentro del centro educativo en diferentes ocasiones y el 72,6% afirma haber visto fumar a otros estudiantes. La mitad de los jóvenes encuestados (50%) conviven con personas que fuman diariamente (Plan Nacional sobre Drogas, 2010).

Teniendo en cuenta estos datos epidemiológicos, podemos comprobar la progresión del consumo de tabaco si analizamos los datos mostrados por la recientemente publicada ESTUDES 2014. Los resultados de esta encuesta indican que en 2013, el 43,8% de los jóvenes ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 35,3% en el último año y el 12,5% lo fuma a diario. Pese a ello, en los últimos ocho años el

consumo de tabaco por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido en un 50%. En 2004, el 21,5% de este sector de la población fumaba a diario, frente a un 12,3% en 2010 y un 12,5% en 2013. Sigue aumentando la percepción del riesgo del consumo de tabaco. Más del 90% de los escolares consideran que fumar a diario es peligroso para la salud. En cambio, se observa un ligero repunte en el consumo medio de cigarrillos, aunque las cifras siguen siendo claramente inferiores a las de 2004. Entre los fumadores diarios, las mujeres fuman un menor número de cigarrillos que los hombres (Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

En relación con los efectos en la población adolescente, se sabe que fumar tiene efectos a corto plazo sobre algunos aspectos del funcionamiento físico, como es la función pulmonar, la disminución de la aptitud física, el aumento de los problemas asmáticos y el aumento de sibilancias y dificultad para respirar. Existen evidencias de que los adolescentes fumadores en comparación con los no fumadores, tienen puntuaciones más altas en la mayoría de los índices de disfunción, así por ejemplo, son mayores sus quejas sobre el padecimiento de tos y/o dificultades respiratorias en situaciones de estrés físico (ver Lewinsohn, Brown, Seely y Ramsey, 2000; Prokhorov y Alexandrov, 1992).

A pesar de todas las consecuencias negativas del consumo de tabaco, los adolescentes pueden centrarse en los aspectos positivos de dicha conducta, como el control de estados de ánimo negativos y la depresión (relajarse, concentrarse, reducir el estrés o reducir el aburrimiento), la facilidad para contactar y permanecer en un grupo (utilizando el tabaco como un vehículo para entrar en un grupo de amistad deseado, tener contacto con el otro sexo...), el control del peso (especialmente en las chicas) o la identificación con una determinada imagen de madurez y confianza en sí mismo (Ramos y Moreno, 2010).

Las evidencias indican que tanto los factores genéticos como ambientales influyen en los comportamientos externalizantes, en el uso de sustancias y en la alta frecuencia de consumo de tabaco durante la adolescencia, así como en las diferencias individuales en dicho consumo. Además, la forma en que se desarrollan los patrones de tabaquismo durante la adolescencia tiene un alto grado de heredabilidad (Korhonen et al., 2012; Lessov-Shlaggar, Kristjansson, Bucholz, Health y Madden, 2012; Rende, Slomkowski, McCaffery, Lloyd-Richardson y Niaura, 2005).

Los trabajos de Costello, Dierker, Jones y Rose (2008), identificaron durante la adolescencia seis grupos distintos en cuanto a la conducta de fumar: los no fumadores, experimentadores, consumidores ocasionales estables, ex fumadores estables, fumadores tardíos en escalada y fumadores estables. Los factores de riesgo que eran asociados con una mayor probabilidad de pertenencia a todos los grupos de fumadores en comparación con los incluidos en los no fumadores, fueron el consumo de alcohol, el tabaquismo entre iguales y (con la excepción de los fumadores tardíos) el consumo de drogas.

Con respecto a los factores asociados con el comienzo del consumo de tabaco se ha descrito la influencia de determinantes diversos, la presencia del tabaquismo en el entorno inmediato (padres, hermanos mayores, amigos...), determinantes psicosociales como las influencias sociales, las actitudes frente al tabaco y las expectativas de autoeficacia para resistir fumar. Todos estos factores conforman un complicado entramado de circunstancias que van a influir en la toma de decisiones y cambio de actitudes de los adolescentes con respecto al consumo de tabaco. Aún no se han descrito circunstancias imprescindibles, ni suficientes por sí solas, pero es necesario conocer los factores implicados. Así, factores como la edad, el sexo, la disponibilidad de dinero y las actitudes hacia el tabaco, así como otros más propios del entorno, principalmente el consumo de cigarrillos de amigos y familiares, la influencia de la publicidad y la fácil accesibilidad se presentan como fundamentales en el proceso de iniciación al consumo. Con respecto a la edad, es uno de los factores más importantes a tener en cuenta, pues en torno a los 14 años, se produce el punto de inflexión en el consumo con el mayor número de incorporaciones al hábito; así, es a los 11-13 años cuando se inician los primeros contactos, por lo que se considera el período de los 10 a los 12 años como el período más receptivo a las recomendaciones, así como el más influenciado al endurecimiento de las medidas de accesibilidad (aumento del precio, control del dinero en el bolsillo, restricción de venta de cigarrillos a granel en las tiendas anexas a los centros escolares, cumplimiento de la normativa sobre consumo de tabaco en los centros docentes, etc.). El número de fumadores en el entorno del adolescente, sobre todo el número de amigos fumadores, se ha presentado como el factor de predicción de uso del tabaco más importante, especialmente en la fase de experimentación (Leeuw, Scholte, Sargent, Vermulst y Engels, 2010; Marrón, Pérez, Clemente y Herrero, 2003).

Los correlatos del inicio de consumo de tabaco en adolescentes no son aplicables al inicio de consumo en adultos. En el caso de los adolescentes, el inicio es asociado fuertemente con padecimiento de depresión, distimia o desórdenes bipolares, así como con padres fumadores, personalidad extravertida y problemas de disciplina. Sin embargo, sólo la depresión y la distimia son asociadas al inicio de consumo de tabaco en adultos (Ajdacic-Gross et al., 2009).

La mayoría de los jóvenes ha experimentado con el tabaco desde edades muy tempranas, y el consumo regular se establece con frecuencia, por desventajas sociales, uso de otras sustancias y/o desórdenes de conductas (Heron, Hickman, Macleod y Munafo, 2011). El consumo temprano de tabaco correlaciona con el posterior humor deprimido en la infancia tardía y principios de la adolescencia (Wu y Antony, 1999). Los sentimientos de desesperanza y la búsqueda de sensaciones se asocian con un uso más intenso de alcohol, tabaco o cánnabis, así como con un mayor riesgo de inicio temprano en el policonsumo de sustancias (Malmberg et al., 2010). Por otra parte, juegan un papel importante en el aumento del consumo de tabaco, los problemas de atención (Burke, Loeber, Raskin, Stouthamer-Loeber y Pardini, 2007). En cuanto a la autoeficacia negativa se presenta como un importante predictor del inicio del consumo de tabaco durante la adolescencia media y tardía (Hiemstra, Otten y Engels, 2012), y las dificultades emocionales, los comportamientos externalizantes / internalizantes y las bajas aspiraciones educativas, son circunstancias asociadas con el inicio temprano del consumo de tabaco y con su continuación en la década de los 30 años (Brook et al., 2008; Brook, Saar, Zhang y Brook, 2009).

Un estudio de Leeuw y colaboradores (2010) indica que hay interacciones significativas que revelan que los adolescentes con niveles bajos en la dimensión de amabilidad tenían más probabilidad de ser fumadores si tenían hermanos mayores fumadores. Además, el aumento de consumo se asocia con más altos niveles de extraversión, más bajos niveles de estabilidad emocional y menos efectividad de la comunicación parental sobre el consumo de tabaco.

En cuanto a las influencias familiares, los resultados muestran que ciertas dimensiones familiares influyen en la responsabilidad sobre el uso de sustancias en adolescentes. En este sentido, la tendencia a la apertura del adolescente, las actividades familiares y el conocimiento parental sobre el consumo, tienen un efecto significativo

sobre el uso de sustancias, siendo las variables maternas más relevantes que las paternas. Además, el uso de sustancias es mayor en la adolescencia tardía que en la adolescencia temprana, siendo las chicas más fumadoras que los chicos en este período (Jiménez-Iglesias, Moreno, Rivera y García-Moya, 2013). El estatus socioeconómico familiar también influye en el uso de sustancias. Los adolescentes de un estatus más alto presentan riesgo para la experimentación con el tabaco y el cánnabis, pero tienen menos riesgo en cuanto a convertir el uso de tales sustancias en un consumo diario (Legleye, Janssen, Beck, Chau y Khlát, 2011). También hay que tener en cuenta el consumo de tabaco por parte de los padres, pues éste influye en el consumo durante la adolescencia (Hu, Griesler, Shaffran y Kandel, 2011).

Por otra parte, los adolescentes que manifiestan mal ajuste académico tienen más riesgo de ser fumadores precoces y crónicos. El apoyo paterno y el control democrático por parte de los padres, reduce la probabilidad de un peor rendimiento académico, y el mejor rendimiento influye en la disminución del consumo de tabaco (Brook, Balka, Zhang, Pahl y Brook, 2011; Morin, Rodríguez, Fallu, Maiano y Janosz, 2011). También influye la actividad física ejercida por parte de los jóvenes, de tal forma que cuando se realiza más deporte el consumo de tabaco disminuye (Verkooijen, Nielsen y Kremers, 2008; Wichstrom, Von Soest y Lundin, 2013).

*El alcohol* es un depresor del Sistema Nervioso Central y es utilizado para calmar la ansiedad y reducir la tensión, probablemente debido a la liberación del neurotransmisor ácido gama-aminobutírico (GABA). Su modo de administración es principalmente oral y produce desinhibición conductual y emocional de las personas, así como adicción a medio plazo. Los primeros efectos corresponden al sistema reticular y a la corteza cerebral, donde se integran funciones tan complejas como las relativas al comportamiento social y, como resultado de esta inhibición, se observa una aparente excitación. Con concentraciones más altas de alcohol se deprimen los centros cerebrales que controlan el equilibrio hasta que la inhibición llega al mesencéfalo. Esto se traduce en una falta de coordinación motora, disminución de los reflejos espinales y pérdida de los mecanismos de regulación de la temperatura. Finalmente, si la ingestión de alcohol continúa, sobreviene la muerte por depresión de los centros respiratorios (Salazar et al., 2006).

El alcohol es la sustancia psicoactiva cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 75,1% lo ha probado alguna vez, el 73,6% lo ha consumido en los últimos 12 meses y el 63% en los últimos 30 días. La prevalencia de este consumo es ligeramente más elevada en las mujeres que en los hombres y aumenta con la edad. Así, el porcentaje de estudiantes de 14 años que admite haber consumido alcohol en los últimos 30 días es del 38,1% frente al 77,1% de los que tienen 18 años. La edad media de inicio es de 13,7 años. El 58,8% de los estudiantes de 14-18 años admite haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 52,9% lo hizo en los últimos 12 meses y el 35,6% en los últimos 30 días. La prevalencia de las borracheras se incrementa a medida que aumenta la edad. Los datos desagregados por sexo y edad, constatan que las chicas muestran mayores tasas a los 14, 15 y 16 años y es sólo a los 17 y 18 años cuando se observan cifras de prevalencia algo mayor en los chicos (Plan Nacional sobre Drogas, 2010). El porcentaje de adolescentes que manifiesta haber experimentado al menos una vez un episodio de embriaguez es similar en chicos y chicas (43,8% y 43,5%, respectivamente). Además, conforme aumenta la edad, el porcentaje de chicos y chicas que se ha embriagado alguna vez asciende progresivamente (siendo de 3,5% a los 11-12 años, 17,7% a los 13-14 años, 47,6% a los 15-16 años y 68,9% a los 17-18 años). En cuanto a la combinación de sexo y edad, la frecuencia de embriaguez en chicos es superior a la de las chicas en todas las edades estudiadas, excepto a la edad de 15-16 años, donde el porcentaje de chicas que se ha embriagado alguna vez es superior al de los chicos (50,5% versus 44,2%) (Moreno et al., 2012; Simoes, Batista-Foguet, Matos y Calmeiro, 2008).

Si comparamos estos datos con los recogidos en la ESTUDES 2014, comprobamos que se produce un importante aumento del consumo de alcohol, de tal forma que el 81,95% de jóvenes de entre 14 y 18 años han consumido en el último año y el 74% en el último mes. Además, el consumo sigue incrementándose con la edad, de tal forma que con 17 años, el 63%, se ha emborrachado en el último año. Las chicas siguen consumiendo alcohol en mayor proporción que los chicos. Esta encuesta incluye por primera vez una pregunta específica sobre el “botellón”. El 62% de los encuestados ha participado en uno al menos en el último año y el 53,3% en el último mes. La encuesta también revela una relación directa entre el “botellón” y los atracones de alcohol. Los consumos intensivos (borracheras y atracón de alcohol) son más habituales entre los que “hacen botellón”. Lo mismo sucede con la relación entre el “botellón” y el

consumo de otras drogas: los jóvenes que realizan “botellón” presentan una mayor prevalencia de consumo de cannabis y cocaína (Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

En el consumo de alcohol durante la adolescencia influyen multitud de factores. En cuanto a la genética, parece que ciertos factores genéticos actúan sobre los síntomas de abuso y dependencia de alcohol desde la adolescencia hasta los comienzos de la edad adulta. No obstante, la influencia de factores ambientales gana importancia a través del tiempo. Así, por ejemplo, tales factores, contribuyen en un 15% de la varianza explicada del abuso y dependencia de alcohol en edades entre los 15-17 años, aumentando progresivamente hasta alcanzar un 48% en edades entre 30-32 años (Van Beek et al., 2012). Existen evidencias que indican la influencia que la información, que tienen los chicos sobre el alcohol, y sus competencias psicosociales ejercen sobre la reducción del uso de alcohol, especialmente durante el desarrollo normativo de los adolescentes (ver Spaeth, Weichold, Silbereisen y Wiesner, 2010). Los cambios en las borracheras se dan junto a los cambios en las razones autoinformadas para el uso de alcohol, y tales razones van variando durante las distintas edades, así entre los 18-22 años aumenta el uso de alcohol por razones de aburrimiento, y entre los 22-30 años el aumento se debería, más bien, para alejarse de los problemas (Patrick y Schulenberg, 2011). También se produce un incremento en el uso de alcohol en aquellos adolescentes que presentan una mayor densidad de salidas, en comparación con los chicos cuya densidad de salidas es menor (Shamblen et al., 2011).

A veces, existen influencias fruto de la combinación de factores genéticos y ambientales, como sería en el caso de la asociación que presentan los síntomas depresivos y el uso de alcohol en adolescentes (ver Edwards et al., 2011).

En cuanto a las expectativas que los preadolescentes y adolescentes tienen sobre el consumo de alcohol, las de tipo positivo influyen en un mayor consumo (Bekman, Goldman, Worley y Anderson, 2011; Noel y Renick, 2012). Estas expectativas median, además, la influencia que sobre el consumo de alcohol de los chicos ejerce el uso de alcohol por parte de los padres (Cranford, Zucker, Jester, Puttler y Fitzgerald, 2010).

En la iniciación del uso de alcohol entre los púberes, con una periodicidad semanal, están implicadas la proporción de bebedores en sus grupos de amigos, así como las normas que los padres establecen sobre el comportamiento de consumo (Schelleman-Offermans, Knibbe y Kuntsche, 2013). No obstante, a pesar de tales

normas, la desaprobación en cuanto al uso de alcohol que los jóvenes reciben por parte de los padres, no es tan poderosa para ellos, como la que proviene por parte de su grupo de amigos (Mrug y McCay, 2013). A lo largo del tiempo, el uso de alcohol, aumenta mientras las reglas específicas sobre esta sustancia, por parte de los padres, disminuyen (Mares, Lichtwark-Aschoff, Burk, Van der Vorst y Engels, 2012). A pesar de la gran influencia que en estas edades tiene la amistad, al igual que la influencia de los factores de riesgos y de protección van variando a lo largo de la adolescencia, la influencia de los amigos no sigue un patrón lineal a través de todo este período, presentando una máxima influencia durante los años de la adolescencia media (Cleveland, Feinberg y Jones, 2012). En concreto, los rasgos de impulsividad y los comportamientos agresivos, cuya asociación es positiva con el uso problemático de sustancias durante la adolescencia, tiene mayor incidencia sobre el uso de bebidas alcohólicas, cuando los chicos tienen la creencia de que el grupo de amigos consume altos niveles de alcohol (King, Fleming, Monahan y Catalano, 2011; McNaughton, Foshe, Baver y Ennett, 2012; Stautz y Cooper, 2013). Además, frecuentemente, el consumo de alcohol de los adolescentes y de sus parejas íntimas correlaciona significativamente (Van der Zwaluw et al., 2009).

En referencia a la influencia del sexo, desde la pubertad hasta la adolescencia media, los chicos presentan más patrones de comportamientos de riesgo para la salud que las chicas (Brodbeck, Bachmann, Croudace y Brown, 2013; Mahalik et al., 2013). El uso de alcohol en la adolescencia tardía está relacionado con la presencia de síntomas psicológicos en tal período, prediciendo también futuros problemas psicológicos en el inicio de la edad adulta. El mayor consumo y la mayor presencia de dichos problemas se dan en los chicos (Brook et al. 2010a). Otros estudios muestran que los síntomas depresivos en la infancia están asociados con incrementos de riesgos en el uso temprano de alcohol en la adolescencia en el caso de las chicas, pero no para los chicos (ver Saraceno, Heron, Munafó, Craddock y Van den Bree, 2011).

En general, el retraso en el inicio de consumo de alcohol es predicho por el modelo parental, la limitación en la disponibilidad de alcohol a los chicos, el seguimiento de los padres, la calidad en las relaciones padres-hijos, el ambiente parental y nivel de comunicación en general. En cuanto a la reducción de los niveles de consumo en los adolescentes está asociada al seguimiento por parte de los padres, la limitación en la disponibilidad de alcohol a los chicos, la desaprobación del consumo, la disciplina y

la comunicación en general, el apoyo parental y las relaciones de calidad entre padres e hijos (ver Ryan, Jorm y Lubman, 2010). En este sentido, el estudio de Becoña y colaboradores (2013), indica que mostrarse permisivo ante el consumo de drogas y un exceso de afecto, junto con una falta de control por parte de los padres, están relacionados con un mayor consumo de drogas de los hijos. Esto subraya la importancia del comportamiento de los padres para la prevención del consumo de drogas de sus hijos. Por otra parte, el estudio muestra cómo el alcohol y el tabaco actúan como facilitadores para el consumo de otras drogas, en este caso el cannabis, lo que demuestra que prevenir el consumo de drogas legales es prevenir al mismo tiempo el consumo de drogas ilegales. Además, la mayor participación y vinculación con la escuela parece disminuir el consumo de alcohol en estas edades (Giannotta y Özdemir, 2013).

### **3. FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD**

El amplio conjunto de investigaciones presentes en el ámbito de la prevención y promoción de la salud sugiere que existen una serie de factores psicosociales que inciden claramente en las conductas saludables. Así, factores tales como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, los sucesos vitales y cotidianos estresantes, ejercen un papel mediador en las relaciones de las dimensiones estructurales de la personalidad y diversos aspectos de la salud como la conducta preventiva, la conducta saludable y la percepción de síntomas. Siguiendo a Bermúdez (2011a), una de las principales conclusiones alcanzadas tras las investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas acerca de la asociación entre factores psicosociales y problemas diversos de salud, es que las principales causas de mortalidad podrían prevenirse si se cambiaran determinados hábitos de conducta y estilos de vida que suponen un claro riesgo para la salud y bienestar personal y social. En este sentido, parece conveniente explicar los factores y procesos implicados en la intención y desarrollo de las conductas de salud.

Los factores psicosociales de protección (p. ej., habilidades de afrontamiento, habilidades de autocontrol y espiritualidad) incrementan la probabilidad de que no se presenten conductas de riesgo, como el consumo de drogas, o que si éstas ocurren, las características individuales y las condiciones del medio ambiente físico y social impidan que el problema se repita y se vuelva crónico, impidiendo, de este modo, que se deteriore la salud y la calidad de vida. En este caso, dichos factores tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los individuos y de los grupos afectados (Salazar et al., 2006).

Las variables sociodemográficas, como la estructura familiar, estatus socioeconómico, género y raza, tienen efectos directos sobre los comportamientos de riesgo para la salud en la adolescencia. Así por ejemplo, los chicos que reciben apoyo familiar tienen menos probabilidad de inicio precoz de relaciones sexuales, los adolescentes cuyos padres tienen una ocupación con un status más bajo tienen más probabilidad de ser fumadores diarios, y los estudiantes más separados emocionalmente de sus padres tienen más probabilidad del uso de sustancias. Las características de la familia permiten cierta protección ante los comportamientos de riesgo para la salud, cuando los chicos provienen de familias que tienen estructuras bien definidas y coherentes. Por otra parte, el compromiso religioso se asocia positivamente con las

conductas saludables (Droomers, Schrijvers, Casswell y Mackenbach, 2005; Fisher y Feldman, 1998; Rew, Wong, Torres y Howell, 2007; Turner, Irwin, Tschann y Millstein, 1993).

Para explicar las conductas saludables y el consumo de sustancias, especialmente los consumos de alcohol y de tabaco, se puede recurrir a diversos factores psicosociales que pueden tener un papel relevante en dichas conductas. De todos ellos, en este estudio nos centraremos en los factores estructurales clásicos de la Personalidad, así como en otros recursos personales como la Positividad y las estrategias de Afrontamiento.

### **3.1. PERSONALIDAD**

Durante la adolescencia, es probable que los cambios hacia la maduración biológica y psicosocial se reflejen también en los cambios en los rasgos de personalidad. La maduración también debería reflejarse por la presencia de perfiles de personalidad más estables y mejor organizados (Klimstra, Hale, Raaijmokers, Branje y Meeus, 2009).

Teniendo en cuenta la importancia de los factores personales y las conductas de salud, existe un importante volumen de investigación que relaciona ciertos rasgos de personalidad con un amplio conjunto de conductas promotoras y de riesgo para la salud (p.ej., llevar a cabo una alimentación sana, realizar ejercicio físico, consumo de tabaco o alcohol, conducción temeraria, etc.) (Bermúdez, 2011b para una revisión).

Las relaciones entre personalidad y salud pueden explicarse a partir de dos tipos de mecanismos que no son incompatibles entre sí: (a) directos: a través de una excesiva reactividad fisiológica ante el estrés, (b) indirectos: afectando a los hábitos y conductas de salud.

En los últimos años, se ha alcanzado un consenso general en el empleo del Modelo de los Cinco Factores (Costa y McCrae, 1985, 1992) para analizar las relaciones entre las dimensiones básicas de la personalidad y la salud. Este modelo comprende las siguientes dimensiones estructurales básicas de personalidad (Benet-Martínez y John, 1998): *Extraversión* (describe a una persona comunicativa y además

asertiva, con ritmo personal acelerado, expresiva mediante los gestos, de comportamiento firme, sociable y hábil en el juego), *Afabilidad* (hace referencia a una persona no crítica, de comportamiento flexible, considerada, que además es carismática, cordial, compasiva y básicamente confiable), *Tesón* (se refiere a una persona confiable, responsable, productiva, capaz de postergar la gratificación, no complaciente consigo misma, que presenta un comportamiento ético y que además posee altas aspiraciones), *Neuroticismo* (caracteriza a una persona tensa, nerviosa, deprimida y negativa), y *Apertura a la Experiencia* (describe a una persona en términos de la imaginación, la sensibilidad para el arte y el intelectualismo). Las investigaciones muestran cómo el neuroticismo y otras variables de personalidad, como impulsividad, psicoticismo, ansiedad u hostilidad, están asociadas con conductas de riesgo; mientras que otros rasgos o características personales como tesón, afabilidad, optimismo, o expectativa de autoeficacia, lo están con conductas de salud; y finalmente, otras variables como extraversión, apertura mental, búsqueda de sensaciones o competitividad, presentan una relación ambivalente (puede consultarse Bermúdez, 2011a; Rueda, Pérez-García y Bermúdez, 2003).

Tales aportaciones nos llevarían a considerar que ciertos rasgos más estables de personalidad, junto con la observación sistemática de patrones estables de conducta en un amplio número de situaciones, posibilitarían hacer predicciones de la conducta individual en situaciones específicas. No obstante, los patrones situación-conducta serán estables y predecibles, en la medida en que exista estabilidad en el sistema de procesos psicológicos que forman la personalidad, y sepamos qué características psicológicas de la situación activan tales procesos psicológicos. El comportamiento es discriminativo y cambia en función del modo en que la persona percibe y valora la propia actuación, la situación y los resultados alcanzados con dicha actuación.

Teniendo en cuenta estos aspectos se deberían analizar la personalidad como un sistema, pues las personas se diferencian en el contenido, accesibilidad y activación de procesos cognitivos y afectivos que condicionan el modo particular con el que cada uno se posiciona ante las diversas situaciones que definen su realidad cotidiana. En este sentido, situándonos en las conductas de salud y siguiendo a Bermúdez (1999), existe menos atención a los mecanismos explicativos sobre el por qué las personas siguen manteniendo conductas de riesgo y no desarrollan hábitos que incrementen su calidad de vida. La conducta, a la postre, será el resultado de todos los factores (personales y

situacionales), de forma que una persona pondrá en marcha una determinada acción si percibe que la situación le brinda la oportunidad de alcanzar determinados objetivos, si cree que posee los recursos y competencias necesarios para hacer frente a la situación y llevar a cabo la conducta necesaria y apropiada, y anticipa la satisfacción que le producirá la consecución de los resultados. En este contexto de interacción entre los distintos factores, actuarían innumerables variables como podrían ser la autoeficacia percibida, el optimismo, el autocontrol, el bienestar subjetivo, la autoestima, la percepción de competencia, la positividad, etc.

A partir de la integración de estos factores y procesos, debería resultar una decisión de cambio de las conductas de riesgo y una puesta en marcha de las conductas protectoras de la salud, siempre y cuando, el sujeto: perciba consecuencias negativas en la continuidad de las conductas de riesgo, el balance coste-beneficio positivo que supondría la realización de la conducta protectora, se sienta con los recursos suficientes para materializar la conducta de salud, cuente con un entorno social favorable al desarrollo de la conducta adecuada y tenga motivación para aprovechar el apoyo del que dispone, ponga en marcha respuestas emocionales positivas, perciba consistencia entre los proyectos vitales y los cambios conductuales que debe iniciar, estén presentes en la vida del sujeto tanto estímulos internos como externos que permitan centrar la atención sobre los riesgos de la conducta insana y los beneficios que puede obtener emprendiendo las conductas preventivas, y además existan ciertos factores personales (características de personalidad) que faciliten la toma de decisión de iniciar una vida saludable.

Si nos centramos en el período de la adolescencia, hay estudios que muestran que a lo largo de la adolescencia, algunos rasgos de personalidad se hacen más pronunciados, y siguen una dirección distinta a la que corresponde en el período adulto. Hay una tendencia al desajuste psicosocial del adolescente, mientras que la tendencia adulta es hacia una mayor maduración y ajuste (Soto, John, Gobling y Potter, 2011).

Tal vez el aspecto más llamativo del desarrollo psicológico durante la adolescencia es el crecimiento del conocimiento y la capacidad intelectual. Como ya decía Piaget, en la adolescencia temprana se sitúa la etapa final del desarrollo cognitivo y del pensamiento operacional formal. En cuanto al desarrollo de la personalidad es a veces visto como un progreso similar hacia etapas superiores caracterizadas por un

pensamiento y sentimiento más diferenciado. Los factores de personalidad parecen ciertamente invariables a través de estas edades, sobre todo, los niveles de extraversión. El neuroticismo parece aumentar en las chicas y la apertura a la experiencia lo hace en ambos sexos (McCrae et al., 2002).

Siguiendo el trabajo de Soto y colaboradores (2011), vemos que los cinco grandes factores de personalidad presentan distintas tendencias según la edad y el sexo. En cuanto al *tesón*, existe una tendencia positiva desde la adolescencia hasta principios de la edad adulta, siendo esta tendencia mayor en mujeres que en los hombres. Una tendencia similar ocurre en el caso de la *afabilidad*, en la que la tendencia es negativa desde la infancia hasta la adolescencia y positiva desde la adolescencia hacia la edad adulta. En referencia al *neuroticismo* las chicas son más propensas a experimentar emociones negativas que los chicos (se corroboran las evidencias de McCrae et al., 2002). Para las chicas, el neuroticismo mostró una tendencia positiva dentro de la adolescencia y una tendencia negativa a lo largo de la adultez temprana hacia la adultez media. Para los chicos muestra una ligera tendencia negativa desde la infancia tardía hasta la adultez media. Con respecto a la *extraversión*, se muestra una tendencia modestamente negativa desde la infancia hasta la adolescencia, presentando los chicos una tendencia negativa mayor que las chicas. En cuanto a la *apertura a la experiencia*, y particularmente apertura a las ideas, existe una tendencia positiva desde la adolescencia al inicio de la adultez. Sin embargo, existe una tendencia negativa desde la infancia tardía hacia la adolescencia temprana. En este mismo sentido, otro estudio, revela que el neuroticismo y la extraversión están negativamente asociadas con la edad, mientras que la afabilidad y el tesón presentan niveles más altos en la mitad de la vida. Además, las mujeres puntúan más alto en neuroticismo, extraversión y afabilidad, mientras que los hombres lo hacen en apertura a la experiencia (Lehman, Denissen, Allemand y Penke, 2013).

Otras evidencias muestran que, aunque los factores de personalidad son bastante estables a lo largo tiempo, con el paso de los años los chicos y chicas experimentan pequeños cambios que les convierten en menos extravertidos, más afables y con más tesón. Estas correlaciones se presentan independientemente del desarrollo cognitivo y el ajuste escolar (Lamb, Chuang, Wessels, Broger y Hwang, 2002; Manson y Perry, 2013). Las chicas puntúan más alto en empatía, amistad, tesón y apertura, mientras que los chicos muestran mayor estabilidad emocional, no presentándose diferencias entre sexos

en cuanto a energía (Del Barrio, Aluja y García, 2004). Pero sí existen diferencias entre sexos en cuanto a los momentos de maduración de la personalidad de los adolescentes, ya que las chicas maduran antes que los chicos (Klimstra et al., 2009).

Durante la adolescencia aumentan las conductas de riesgo para la salud (aumenta el consumo de alcohol y tabaco, la conducción temeraria, el consumo de drogas, el sexo sin protección, etc.). El hecho de que algunos adolescentes asuman grandes riesgos mientras que otros no lo hacen, parece responder a las diferencias individuales en la función ejecutiva, incluyendo juicio, control de impulsos, autocontrol y planificación (Pharo, Sim, Graham, Gross y Hayne, 2011).

Los rasgos y características de personalidad pueden ser importantes predictores del inicio y del cambio de comportamiento relacionado con la salud durante la adolescencia. Hay estudios que ilustran el valor de la asociación entre rasgos de personalidad y conductas saludables, por ejemplo a mayor tesón menos inicio en el consumo de alcohol y menos frecuencia de consumo de tabaco (Hagger-Johnson, Bewick, Conner, O'Connor y Shickle, 2012).

Las investigaciones sobre el consumo de alcohol y de drogas han reconocido, en general, el papel potencial de ciertos factores de personalidad como predisponentes al consumo de sustancias. Además, estos factores de personalidad parecen estar implicados en el inicio de dicho consumo durante la adolescencia. En este sentido, los adolescentes más bajos en logro y en estructura cognitiva, así como los más altos en impulsividad, son más propensos a consumir sustancias, y menos propensos a usar y practicar ciertas habilidades y capacidades cognitivas más positivas. Por ello, para estos adolescentes el consumo de drogas tiene un particular atractivo que utilizan como medio de satisfacción de necesidades y como autorregulación emocional, porque se trata de una conducta que requiere poco esfuerzo y pocas habilidades, y al mismo tiempo, promete efectos instantáneos y sin demora de la gratificación. Además, el alcohol y el consumo de drogas pueden facilitar la expresión abierta de necesidades de otro modo latentes o encubiertas (Labouvie y McGee, 1986).

Por otra parte, los factores de personalidad que predisponen a conductas externalizantes (p.ej., conducta antisocial, agresividad, etc.), el estado de ánimo depresivo y la baja integración del yo, así como la identificación con ciertos valores del grupo de amigos y las características familiares, influyen en el uso de tabaco y

marihuana en los adolescentes. Además, ciertos rasgos de personalidad, como la apertura a la experiencia y/o el neuroticismo, están implicados en la vulnerabilidad del adolescente a hacer un mal uso del alcohol (ver Brook, Whiteman, Jaeger, Shapiro y Cohen, 1997; Brook, Yeon, Finch y Brown, 2010; Conrod, Castellanos-Ryan y Mackie, 2008).

En este contexto referido a los aspectos personales que influyen en los comportamientos relacionados con la salud durante la adolescencia, ocupan un importante papel tanto la autonomía personal, la autoestima como el sentido de coherencia. En cuanto a la autonomía, no puede ser aislada de cómo los adolescentes practican comportamientos positivos o negativos, pues influye en cómo toman decisiones y practican conductas saludables (Spear y Kulbok, 2004). Parece ser que las personas emocionalmente estables, extravertidas y con tesón experimentan mayor nivel de autoestima que las personas emocionalmente inestables, introvertidas y con menos tesón. Por otra parte, el alto sentido de dominio, la baja asunción de riesgos y un mejor estado de salud, tienden a asociarse con un nivel más alto de autoestima. La menor autoestima durante la adolescencia, parece predecir consecuencias reales negativas durante la edad adulta, pues los adolescentes con baja autoestima tienen más pobre salud mental y física (Trzesniewski et al., 2006; Yasemin y Orth, 2011). En referencia al sentido de coherencia, se presenta como una fácil herramienta para identificar a adolescentes con necesidad de apoyo extra y de motivación para su conducta de salud. Un fuerte sentido de coherencia se asocia significativamente con ser no fumador, mejor cuidado de la salud oral y mejor competencia social (Mattila et al., 2011).

En definitiva, existen múltiples factores personales que influyen en los comportamientos de riesgo durante la adolescencia. En este sentido, las evidencias muestran cómo la personalidad de los niños en la infancia está relacionada con la personalidad durante la adolescencia. Por ello, las intervenciones específicas tempranas a nivel de personalidad pueden reducir, por ejemplo, la motivación de consumo de sustancias, lo que facilitaría la disminución de la cantidad y frecuencia de beber, de fumar, o de iniciarse en otro tipo de consumo de sustancias no legales (Conrod, Castellanos-Ryan y Mackie, 2011; Van den Akker, Dekovic, Asscher, Prinzie y Shiner, 2013).

### 3.2. POSITIVIDAD

Además del potencial explicativo por parte de los grandes rasgos de personalidad reseñados anteriormente, existen otros recursos personales como la Positividad, que podrían presentar una relación positiva con las conductas de salud y los hábitos saludables. Existen evidencias de que los juicios que las personas realizan sobre sí mismas, sobre sus vidas y sobre su futuro son importantes ingredientes de su funcionamiento psicológico y bienestar, y además están comúnmente relacionados unos con otros. Estas evidencias apoyan la hipótesis de que las evaluaciones sobre sí mismos, la propia vida y el propio futuro influyen sobre el modo de ver las experiencias, y conforman aspectos de un factor latente al que se denomina “Positividad”. Según Caprara, Steca, Alesandri, Abela, y McWhinnie (2010), la Positividad supone lo que subyace o tienen en común la satisfacción vital, la autoestima y el optimismo. La Positividad sería un modo generalizado de hacer frente a la realidad, reflexionar sobre la experiencia, así como elaborar eventos y procesar las experiencias personales e interpersonales a lo largo del tiempo y en las diversas circunstancias de la vida (Caprara, 2009). Se propone un componente cognitivo de bienestar en el que la satisfacción vital, la autoestima y el optimismo representan indicadores de un constructo latente que es la Positividad, el cual no se refiere exclusivamente a una Positividad hacia el futuro, tampoco a un sistema de cogniciones autorreferentes ocurriendo automáticamente en la experiencia de la persona, sino como un constructo general subyacente a tres constructos más específicos, reflejando la tendencia a vivenciar positivamente varios dominios de la vida, pertenecientes a sí mismo, al presente y al futuro. La Positividad sería el indicador de funcionamiento individual óptimo y se espera actúe como un factor protector contra la enfermedad y como un factor potenciador de la salud.

La relevancia de los tres componentes de la Positividad, a saber, la autoestima, la satisfacción vital y el optimismo, ha sido ampliamente documentada.

La *satisfacción con la vida* es el componente cognitivo del constructo “bienestar subjetivo” y se define como el sentimiento de bienestar en relación consigo mismo en la propia vida, diferenciándose de la aprobación-desaprobación o el grado de satisfacción con las condiciones objetivas de vida; es básicamente una estimación subjetiva

(Tarazona, 2005). La calidad de vida y la satisfacción personal son tanto una tarea como un compromiso individual, es decir, cada persona debe construirlas y fortalecerlas a través de los pensamientos, sentimientos y emociones que genera y construye diariamente. Supone la plenitud de vivir, es decir, aprovechar adecuadamente cada momento, vivir intensamente el presente con actitudes positivas. Por todo ello, la satisfacción vital está asociada con numerosos resultados positivos incluyendo más altos niveles de salud física, mayor uso de estrategias de afrontamiento positivo y mayor locus de control interno. La revisión realizada por Diener y Chan (2011) indica que un alto bienestar subjetivo (satisfacción vital, ausencia de emociones negativas, optimismo y emociones positivas) influye sobre índices positivos de salud y de longevidad.

Por su parte, la *autoestima*, que es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, de competencia y valía personal, nos impulsa a actuar, y nos aporta la motivación para conseguir nuestros objetivos. Influye en cómo nos tratamos a nosotros mismos, en cómo tratamos a los demás, en cómo nos tratan los demás y en los resultados que obtenemos. La autoestima, como aceptación y valoración de sí mismo, tiene efectos beneficiosos sobre diversas circunstancias de la vida, así las personas con altos niveles de autoestima adoptan estrategias más eficaces en la consecución de sus objetivos, son menos propensas a ceder ante los obstáculos y adversidades, sienten más control sobre los acontecimientos de la vida, están en menor riesgo de ansiedad y de síntomas depresivos y tienen mejores resultados de salud. Se han realizado numerosas investigaciones en las que se ha utilizado la escala de autoestima de Rosenberg (1965) que muestran cómo la autoestima es un importante determinante del bienestar físico y psicológico. En los adolescentes la autoestima crea una visión que influye en la forma en que se relacionan con las personas que los rodean, en cómo se sienten con ellos mismos en relación con los demás; la autoestima es la visión de nosotros mismos, es un espejo que refleja la forma en que pensamos que nos ven los demás. El concepto que tenemos sobre nosotros mismos o autoconcepto se basa muchas veces en nuestras experiencias sociales debido a que la opinión que tienen los demás sobre nuestra persona hace que nos generemos una imagen de nosotros mismos y que la proyectemos ante la sociedad. La opinión que tienen los demás sobre nosotros no siempre es positiva, es decir que si la interpretación que hacen de nosotros es negativa también nuestra autoestima lo será. Para que una persona pueda tener autoestima necesita de algunos elementos como la búsqueda de una identidad propia, valores, un propio estilo de vida,

la perspectiva que uno tiene de sí mismo, influencia de los demás sobre nosotros, tradiciones culturales, actitud y autenticidad. Todos estos aspectos y vivencias se presentan especialmente relevantes en la etapa de la adolescencia.

En cuanto al *optimismo* o tendencia a creer que uno experimentará buenos resultados en la vida, como orientación general hacia el futuro, presenta una asociación positiva con una buena salud física, estrategias de afrontamiento eficaces, éxito en la recuperación de enfermedades y la longevidad (Caprara, 2009). Es otra variable de personalidad que modula la relación entre estrés y salud o enfermedad. Una de las ventajas de las personas optimistas es que proporcionan una visión de las situaciones en las cuales buscan siempre el lado positivo e integrador en cualquier posible conflicto que puedan encontrar en sus vidas. Se tenga o no este carácter positivo por naturaleza, sí que podría aprenderse a afrontar los pequeños conflictos de forma que conduzcan a resultados adecuados, o por lo menos, con buen ánimo de no haber generado más tensión o negatividad (Caprara et al., 2010). Existen evidencias de que el optimismo está asociado con comportamientos saludables. En este sentido, en la revisión de Carver, Scheier y Segerstrom (2010) se muestra cómo las personas con expectativas positivas sobre el futuro, responden más adaptativamente a las dificultades que las personas con expectativas negativas. El optimismo se relaciona con mejor bienestar emocional, más estrategias eficaces de afrontamiento e incluso mejores resultados en varias áreas de salud física y de las relaciones interpersonales.

Desde el punto de vista de la genética, se han desarrollado estudios sobre la influencia de la herencia, y los resultados demuestran que la autoestima, la satisfacción vital y el optimismo comparten un gran núcleo genético. La heredabilidad (definida como la proporción de varianza total en un rasgo debido a la varianza genética) sería del 73% para la autoestima, del 59% para la satisfacción vital y del 28% para el optimismo. Los factores genéticos comunes a las tres variables explican por lo menos tres cuartas partes de la heredabilidad de cada una de ellos. La correlación genética (que mide cómo dos rasgos son afectados por los mismos genes) sería de 0,80 para la autoestima y la satisfacción vital, de 0,83 para la autoestima y el optimismo, y de 0,87 para la satisfacción vital y el optimismo (Caprara et al., 2009). Esta genética básica compartida debería representar el mecanismo heredable subyacente a la Positividad individual. Pero parece ser que la arquitectura genética de la Positividad es probablemente más compleja de lo que sugieren estos datos, estando mediatizada por una predisposición heredable a

la autoestima, satisfacción vital y optimismo. Caprara (2009) realiza dos estudios sobre el tema. En el primero de ellos, con una muestra de adultos italianos en el que examina si la Positividad está asociada a varias medidas del funcionamiento individual, tal como la salud, el balance hedónico, la calidad de las relaciones interpersonales y el estilo de afrontamiento. En el segundo estudio, se analiza la posible generalización de las evidencias encontradas en la muestra de jóvenes italianos a otras muestras de distinto contexto cultural, para lo que utilizó una muestra de canadienses. Se pudo concluir en ambos estudios que la Positividad presenta una asociación positiva con la salud física, el alto balance hedónico, y la alta calidad percibida de las relaciones interpersonales, especialmente con la familia y la pareja.

Además de la influencia de la genética en la Positividad, es importante tener en cuenta el papel de los factores ambientales, no sólo el compartido por parte de las tres dimensiones, sino además el que aporta cada una de dichas dimensiones individualmente. Los efectos ambientales que son compartidos explican una parte importante de la varianza del optimismo (40%), pero estos efectos parecen tener un impacto más débil en los casos de la autoestima (5%) y de la satisfacción vital (8%). Por su parte, la influencia de las experiencias únicas merece una particular atención para identificar las estrategias más adecuadas que promueven el bienestar individual. En este sentido, existe una influencia de los genes más moderada en el caso del optimismo, así podría observarse que los factores genéticos en los jóvenes tendrían una afectación más débil debida en parte a las experiencias ambientales específicas de los chicos y chicas (Caprara, Alessandri y Tisak, 2012a).

Con respecto a los jóvenes, cabe mencionar algún estudio realizado con adolescentes, tal como el llevado a cabo por Caprara, Steca, Gerbino, Paciello y Vecchio (2006) en el que se examinó el impacto de las creencias de autoeficacia sobre el bienestar subjetivo, el pensamiento positivo y la felicidad. Los resultados indicaron que las creencias de autoeficacia de los adolescentes para manejar las emociones (positivas y negativas) y las relaciones interpersonales, contribuyen a proporcionar unas expectativas positivas sobre el futuro, mantener un alto autoconcepto, percibir un mejor sentido de satisfacción vital y experimentar más emociones positivas.

Otros estudios longitudinales demuestran la alta estabilidad de la Positividad durante el curso de la adolescencia. Por otra parte, la Positividad se presenta como un fuerte predictor de la depresión, de la afectividad positiva y negativa, la calidad de la

amistad y de la salud, así como de otros indicadores del funcionamiento óptimo de la persona en la escuela y en el trabajo. La influencia de la Positividad está por encima del poder explicativo individual o aditivo de la autoestima, satisfacción vital y optimismo (Caprara, 2009).

En el ámbito de la salud, las evidencias empíricas muestran cómo la Positividad y los tres componentes de la misma, así como otras variables relevantes, se relacionan positivamente con las conductas y hábitos saludables. En este sentido, existen investigaciones interesantes sobre determinados hábitos de vida. Los sesgos optimistas con respecto a los riesgos de fumar fueron examinados entre 200 adolescentes (12-17 años). El 60% de ellos creían que “podían fumar durante algunos años y luego dejar de fumar” si lo deseaban, cifras muy superiores a los no fumadores. Por tanto, los adolescentes fumadores parecen presentar cierto sesgo optimista (Arnett, 2000).

Kavas (2009) estudió la relación entre la autoestima, las conductas de riesgo para la salud y el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en una muestra de adolescentes, así como las diferencias debidas al sexo. Los resultados evidenciaron que la autoestima estaba negativamente asociada con el consumo de alcohol y drogas ilegales, y no sugirieron ninguna relación significativa con el consumo de tabaco. En cuanto a la diferencia atribuida al sexo, el uso de tabaco y drogas es mayor en el caso de los chicos, no siendo significativas las diferencias de sexo en la escala de autoestima empleada.

La perspectiva psicológica y social de la salud y el bienestar conciben a los procesos de salud/enfermedad dependiendo de las transacciones entre el individuo y su medio. Desde el punto de vista de la interacción se debe dar cuenta de la interrelación de necesidades individuales y sociales como promotoras del bienestar o el malestar. Tomando la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y el bienestar social como indicadores de salud mental, Zubieta y Delfino (2010) realizaron un estudio con jóvenes estudiantes con el objetivo de explorar los niveles de satisfacción y bienestar. La muestra presentó niveles apropiados de satisfacción vital y bienestar psicológico. Los análisis indicaron que la satisfacción con la vida se asoció con la integración social (calidad de las relaciones que se mantienen con la sociedad y con la comunidad), la contribución social (sentimiento de utilidad, de que se es un miembro vital de la sociedad) y la actualización social (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). La satisfacción vital se incrementa cuando también lo hace la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito en la vida. En esta muestra de jóvenes se detectó una escasa percepción de control sobre los aspectos sociales, manifestando un importante déficit en la percepción de progreso y cambio social, en la creencia de que la sociedad controla su destino y traza intencionalmente el horizonte del futuro, y en la capacidad para producir bienestar, lo cual influiría en la satisfacción vital.

En todos estos estudios citados anteriormente, podemos constatar el papel relevante que muestran un amplio conjunto de variables y procesos en la puesta en marcha de hábitos de vida saludable. En todos los diversos factores destaca el amplio contexto social en la formación de las decisiones de las conductas de salud en los adolescentes, sus características de personalidad y constructos como la Positividad y sus rasgos latentes.

### **3.3. AFRONTAMIENTO**

El afrontamiento sería el proceso por el que la persona intenta hacer frente a la discrepancia que percibe entre las exigencias de la situación y los recursos personales de los que dispone o cree disponer. El afrontamiento y las estrategias puestas en marcha, incluirían continuas valoraciones de la situación mediante un proceso activo, dinámico y cambiante entre la persona y el contexto.

Teniendo en cuenta las aportaciones de Lazarus (1966), se señalan dos grandes tipos de estrategias de afrontamiento, las centradas en la emoción, que intentan regular la respuesta emocional ante el problema y, las centradas en el problema, que intentan alterar el problema que causa estrés.

El primer tipo de estrategias se ponen en marcha cuando las personas creen que no pueden hacer nada para cambiar las condiciones estresantes, es decir, cuando perciben que la situación escapa a su control (por ejemplo, padecer una enfermedad grave). En estos casos se suelen poner en marcha acciones que reduzcan el malestar como la relajación, la expresión de emociones negativas, etc.

Por su parte, el segundo tipo de estrategias se utilizan cuando las personas creen que la situación es modificable, es decir, cuando creen que pueden tener algún control sobre dicha situación (por ejemplo, ruptura con la pareja). En los diversos tipos de situaciones que se pueden presentar, se pueden llevar a cabo conductas que permiten eliminar o evitar los problemas, o al menos, disminuir el impacto emocional que tales problemas pudieran acarrear.

Por tanto, según las acciones que las personas emprenden ante las situaciones de estrés, las estrategias de afrontamiento predominantes en ellas serán de uno u otro tipo. En las estrategias centradas en el problema prevalecen acciones como la *confrontación* (manifestar indignación, intentar hacer cambiar de opinión a los demás...), la *búsqueda de apoyo social* (obtener más información sobre la situación, pedir consejo a familiares o amigos,..), y la *planificación para solucionar el problema* (elaborar un plan de acción y llevarlo a cabo, saber lo que se tiene que hacer,..). En las estrategias centradas en la emoción predomina el *autocontrol* (guardar los sentimientos para sí mismos, no seguir el primer impulso,..), el *distanciamiento* (intentar seguir como si nada ocurriera, no pensar en el problema,..), la *reevaluación positiva* (intentar cambios en sí mismos, redescubrir lo realmente importante en la vida,..), la *aceptación de la responsabilidad* (asumir la parte de culpa en el problema,..), y el *escape/evitación* (buscar sentirse mejor bebiendo, fumando, tomando medicamentos, etc., esperar que pase el tiempo y cambien las cosas,...) (Lazarus y Launier, 1978).

Más que considerar los dos tipos de estrategias de afrontamiento como categorías independientes, hay que considerarlas en interrelación. El afrontamiento centrado en el problema disminuye la percepción de amenazas y el malestar asociado a las mismas, y el afrontamiento centrado en la emoción disminuye las emociones negativas permitiendo considerar el problema con más calma (Carver y Connor-Smith, 2010). Siguiendo a estos autores, habría que matizar dos tipos de orientación en las estrategias de afrontamiento: por una parte, un afrontamiento en términos de compromiso (engagement), en el que se presenta una orientación hacia la fuente de estrés (problema o emoción asociada); y por otra parte un afrontamiento de falta de compromiso (disengagement), en el que la respuesta consiste en distanciarse del estresor. En el primer caso, las estrategias pueden referirse tanto a aquéllas centradas en el problema como a algunas centradas en la emoción (p.ej., aceptación y reestructuración cognitiva), pero en definitiva estrategias adaptativas. En el segundo

caso, las estrategias se refieren a aquéllas centradas en la emoción que se presentan como estrategias ciertamente desadaptativas (p.ej., evitación, negación y pensamiento ilusorio).

El afrontamiento es un importante constructo para comprender cómo los adolescentes reaccionan a los estresores y se adaptan a las experiencias. Se trata de un constructo complejo, digno de examen porque puede ser crítico para la intervención en la educación para la salud de adolescentes y jóvenes. Dicha intervención permite proporcionar a los adolescentes el uso de estrategias de afrontamiento saludables y minimizar aquellas que sean perjudiciales para la salud (García, 2010). En este sentido, hay estudios que indican que la autoestima y el optimismo presentan significativamente niveles más altos en los adolescentes que reciben intervenciones específicas en comparación con aquéllos que no las reciben, lo cual muestra que las intervenciones durante la adolescencia son críticas (Lev-Wiesel, 2009). Parece que las estrategias de afrontamiento se tornan más flexibles, organizadas, cooperativas y autónomas a lo largo de la adolescencia, por lo que sería un período fundamental para intervenciones en este sentido (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007).

Los desórdenes emocionales están a menudo relacionados con el uso de estrategias de afrontamiento negativas o desadaptativas en situaciones estresantes, pues además, tienen un impacto importante sobre el ajuste psicosocial de los niños y adolescentes (Gaspar de Matos et al., 2008). Los chicos más jóvenes tienen más bajos niveles de ajuste psicosocial que los chicos mayores. Dicho ajuste está significativamente relacionado, principalmente, con dos estilos de afrontamiento, la expresión de los sentimientos y el humor (Sopeña, Evangeli, Dodge y Melvin, 2010). Los adolescentes que utilizan estrategias de afrontamiento más centradas en el problema consiguen resultados más adaptativos, mayor nivel de autoestima y resiliencia. Sin embargo, la utilización de otros tipos de estrategias (por ejemplo: la negación, la evitación), se asocian con resultados negativos, tal como el abuso de alcohol, la depresión y la delincuencia (García, 2010). En este sentido, existen evidencias que muestran que los adolescentes con síntomas depresivos utilizan un estilo de afrontamiento cognitivo más proclive a las tendencias catastrofistas (centrándose en los aspectos negativos del estresor) y a la rumiación (pensamiento centrado en las posibles causas y consecuencias del estresor) (Rawana y Ahola, 2012).

Las respuestas de afrontamiento durante la adolescencia dependen de factores como la edad, sexo, personalidad, características del problema a resolver y condiciones sociales o contextuales del adolescente (Ebata y Moos, 1994).

Con respecto al sexo y la edad, los chicos que dan respuestas de afrontamiento más centradas en el problema y de carácter más adaptativo, suelen ser más activos, de mayor edad y enfocar el evento estresante como controlable y como un reto, además de poner en marcha más recursos sociales. Sin embargo, los de menor edad que usan más estrategias de afrontamiento de evitación, son chicos más angustiados, con más estresores crónicos y con experiencias vitales más negativas. Las chicas durante la adolescencia usan más a menudo las relaciones sociales y la expresión de sentimientos, mientras que los chicos hacen un uso más frecuente del ocio, deporte, relajación y tendencia a ignorar el problema (Cicognani, 2011; Ebata y Moos, 1994; Plancherel, Bolognini y Halfon, 1998). En general, las chicas puntúan más alto en búsqueda de apoyo social y en búsqueda de soluciones a los problemas, mientras los chicos puntúan más alto en el afrontamiento evitativo (Bowker, Bukowski, Hymel y Sippola, 2000; Eschenbeck, Kohlmann y Lohaus 2007). El uso del humor como estrategia de afrontamiento, aumenta en ambos sexos a partir de los 12 años (Führ, 2002). No obstante, parece que en torno a esta edad, chicos y chicas usan diferentes estrategias de afrontamiento, siendo los chicos los que tienen más éxitos en cuanto a reducir la ansiedad y los posibles temores (Byrne, 2000).

De todas formas, son las chicas, las que hacen más uso de las estrategias de afrontamiento que los chicos (específicamente las estrategias de búsqueda de apoyo y de retirada de los problemas), y la adopción de algunas de dichas estrategias afecta significativamente el bienestar psicológico de los adolescentes. Los adolescentes utilizan estrategias de afrontamiento activo cuando deben hacer frente a estresores relacionados con los iguales, estrategias de retirada ante los problemas familiares y escolares, y estrategias reflexivas y cognitivas ante problemas relacionados con el futuro. Con la edad, aumenta el uso de las estrategias de afrontamiento activo y las que reducen la tensión (por ejemplo: el uso de alcohol y drogas), así como las de autorreflexión. En este sentido, la autoeficacia percibida correlaciona positivamente con el uso de estrategias de afrontamiento activo y negativamente con las estrategias de retirada, pues el uso del primer tipo de afrontamiento incrementa actitudes positivas hacia la vida y hacia sí mismo, reduciendo el estado de ánimo depresivo, mientras el

segundo tipo, produce los efectos opuestos (Cicognani, 2011). La correlación significativa entre el nivel de autoapreciación (entendida como nivel de autoestima o amor propio), modalidades de afrontamiento y nivel de expresión de la agresividad, es diferente según el sexo. La autoapreciación es más positiva entre los chicos que entre las chicas, y está más fuertemente relacionada con la expresión de agresividad (dentro de formas socialmente aceptables) y el uso de determinadas modalidades de afrontamiento. Hay además evidencias de interacción entre la ira contenida y la autoapreciación. La ira expresada interiormente está más asociada con el afrontamiento de evitación, mientras que la ira expresada exteriormente lo estaría con la planificación de soluciones ante los problemas, el distanciamiento y el autocontrol. La manifestación de ira tiene relación con el diferente apoyo social percibido por parte de los padres, estando el apoyo de las madres especialmente relacionado con la ira contenida (Csibi y Csibi, 2011).

La percepción de estrés decrece durante la adolescencia tardía, y en este sentido, tal y como apunta el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), muchos de los cambios que se van produciendo con la maduración es que se van incorporando más recursos (es decir, aumenta la valoración secundaria), con lo que se percibe menos amenaza (baja la valoración primaria) y todo ello redundando en menor percepción de estrés, menos consecuencias, ya que se va usando un afrontamiento más completo, flexible y adaptado a las características de los problemas que se van experimentando. En cuanto al afrontamiento interno (p. ej., el retraimiento) y activo se incrementa progresivamente desde los 12 a los 19 años (Seiffge-Krenke, Aunola y Nurmi, 2009).

El papel del estrés, las respuestas ante el estrés y el afrontamiento son examinados en asociación con algunos rasgos de personalidad más próximos al temperamento y la depresión. Estas características de personalidad moderan y son moderadas por respuestas al estrés y por el afrontamiento en sus efectos sobre la depresión. Algunos rasgos de la personalidad son relacionados con síntomas depresivos, incluyendo la emocionalidad negativa y positiva, así como el control atencional. Algunas modalidades de afrontamiento, como sería el afrontamiento basado en la religión pueden moderar la relación entre estrés y síntomas depresivos, de tal forma que la práctica religiosa correlaciona negativamente con los efectos del estrés y los síntomas depresivos. Así, un menor afrontamiento basado en la religión se asocia con mayores

niveles de problemas externalizantes en la edad de 16-17 años. Al mismo tiempo, se ha encontrado que un incremento en dicho afrontamiento se asocia con un descenso de problemas externalizantes en edades de 18 a 21 años. Por tanto, este tipo de afrontamiento parece influir en el ajuste de los adolescentes y se presenta como un factor protector. Por otra parte, el estrés está positivamente relacionado con el uso de sustancias mientras que este uso, está inversamente relacionado con mecanismos de afrontamiento como el afrontamiento cognitivo, el apoyo social y la relajación (Ashby, 1986; Carpenter, Laney y Mezulis, 2012; Compas, Connor-Smith y Jaser, 2004; Eisenberg et al., 2011; Epstein-Ngo, Maurizi, Bregman y Ceballo, 2013; Magaldi-Dopman y Park-Taylor, 2013; Walker, AINETTE, Wills y Mendoza, 2007).

Las relaciones entre el manejo emocional, control y comportamientos internalizantes y externalizantes, están mediadas por el uso de estrategias de afrontamiento no productivas (Downey, Johnston, Hansen, Birney y Stough, 2010). En este sentido, las evidencias muestran que dicho tipo de afrontamiento y los problemas psicosociales forman un círculo vicioso, en el cual, las conductas de riesgo juegan un papel central en la adolescencia. Así, cuando los adolescentes se desesperan ante sus problemas, a menudo, suelen usar drogas, fumar y/o beber alcohol. Todo ello, lo perciben como una forma de tomar riesgos y como una búsqueda de sensaciones, no calculando la nocividad de las conductas que emprenden ni sus consecuencias futuras (Piko, 2001). La impulsividad, las estrategias de afrontamiento focalizadas en el manejo de la emoción de forma poco adaptativa (p.ej., negación, desahogo, etc.), el estrés y el uso de sustancias por parte de los iguales, se relacionan con el uso de sustancias durante la adolescencia. El retraso de la gratificación y las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, no están asociadas con tal uso de sustancias. Parece que el factor más influyente es el uso de sustancias por parte de los iguales (Wagner, 1993).

Por otra parte, comparando los chicos y chicas en tres dimensiones personales (afectividad positiva, afectividad negativa y control atencional), las chicas puntúan más alto que los chicos en afectividad negativa, afrontamiento evitativo y estado de ánimo depresivo. Para ambos sexos, la agresividad y el estado de ánimo depresivo son predichos por el afecto negativo. Por tanto, las intervenciones focalizadas en el autocontrol, la regulación de la emoción y el afrontamiento activo pueden ser medidas eficaces para hacer frente a las vulnerabilidades temperamentales y del tipo de afrontamiento utilizado, sobre todo, en las chicas (De Boo y Spiering, 2010).

Un aspecto a tener en cuenta durante la adolescencia, ya que supone una importante fuente de estrés para los chicos, es el contexto escolar y más específicamente, las situaciones de estrés ante la realización de exámenes. El estrés de los exámenes es un predictor significativo de problemas emocionales y físicos, sobre todo, en estudiantes con alto compromiso y rendimiento académico (Lee y Larson, 1996). Como ya se ha apuntado, las evidencias muestran, que las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas son más efectivas que las centradas en la emoción para la salud física y psicológica de los adolescentes (Cicognani, 2011; Downey et al., 2010; Ebata y Moos, 1994; Plancherel et al., 1998; Wagner, 1993). Además, la literatura disponible sobre el afrontamiento en adolescentes y adultos, sugiere que la efectividad del afrontamiento, difiere según las características del estrés, por ejemplo: su controlabilidad. En este sentido, los estudios de Lee y Larson (1996), muestran los siguientes resultados: los adolescentes que tenían eventos estresantes en sus vidas además del estrés de los exámenes, presentaban más síntomas físicos y psicológicos; las chicas usan más afrontamiento de búsqueda de información que los chicos; la utilización de estrategias de afrontamiento de búsqueda de información y resolución de problemas están relacionadas con menos depresión, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se relaciona con más síntomas físicos (estas relaciones aparecen tanto ante situaciones de estrés de los exámenes como ante situaciones neutras o sin exámenes); las relaciones entre el afrontamiento de los adolescentes tanto con situaciones de exámenes como de no exámenes, es generalmente independiente de la severidad de eventos estresantes que se estén dando en la vida (el afrontamiento contribuye al bienestar independientemente de la intensidad del estrés).

Todas estas evidencias muestran la importancia de la efectividad de los programas de intervención a nivel escolar para enseñar habilidades de afrontamiento a adolescentes, que incluyan respuestas de afrontamiento, como el optimismo y la resolución de problemas, a fin de manejar las dificultades y estresores de manera más efectiva (Frydenberg et al., 2004).

#### **4. RESUMEN**

Como hemos comentado, la adolescencia representa un momento importante en la formación de la personalidad y de los diferentes sistemas que la integran. Esta etapa supone una recapitulación de la pasada infancia, de toda la experiencia acumulada y ahora puesta en orden (Kaplan, 1984). En este proceso de recapitulación y de preparación, determinados temas vitales (la identidad propia, la sexualidad, el grupo de amigos, los valores, la experiencia y experimentación de nuevos roles), pasan a hacerse preponderantes en las relaciones del adolescente con su medio y en su propia vivencia fenomenológica de los acontecimientos.

Con todas las peculiaridades y características que le son propias, los adolescentes, actualmente, se encuentran en una sociedad caracterizada por ser principalmente una sociedad de consumo, por lo que la vulnerabilidad sociocultural de la etapa de la adolescencia se asocia al concepto de conductas de riesgo.

En definitiva, los principales rasgos de la etapa adolescente son los referidos a los cambios físicos y psicológicos, y como áreas más conflictivas se podrían apuntar las dificultades con los padres y en la toma de decisiones, la inestabilidad emocional, así como las conductas de riesgo para la salud, particularmente el consumo de alcohol y tabaco (Lara et al., 2013). La adolescencia es un importante período de desarrollo para el inicio del uso y mal uso de estas sustancias, con una considerable tendencia, como norma, a explorar en el mundo de las drogas (Castellanos-Ryan et al., 2013).

En este sentido, actualmente se reconoce que una parte significativa de los problemas de salud que sufre la población, guarda una estrecha relación con determinadas formas de conducta y estilos de vida. La elevada tasa de mortalidad y morbilidad asociada a las conductas de consumo (sobre todo el consumo de alcohol y tabaco), unida al hecho de que tales conductas son susceptibles de prevención, han convertido la reducción de la prevalencia de las conductas de consumo en uno de los objetivos prioritarios de las políticas y actuaciones dirigidas a la mejora de los niveles de salud de la población. Abunda en esta necesidad de prevención la observación de que el consumo de tabaco se viene produciendo a edades cada vez más tempranas, situándose la edad de inicio en los adolescentes españoles en torno a los 12 años con un consumo medio diario de 7,4 cigarrillos (Bermúdez y Contreras, 2008), aspecto que resulta particularmente preocupante por cuanto es conocida la asociación entre el inicio

temprano en el consumo y la intensidad y consolidación del hábito. Por su parte, el alcohol es la sustancia psicoactiva cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 75,1% lo ha probado alguna vez, el 73,6% lo ha consumido en los últimos 12 meses y el 63% en los últimos 30 días, siendo la edad media de inicio de 13,7 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2010). Estos datos confirman la necesidad de identificar aquellos factores que expliquen el inicio y mantenimiento de este tipo de conductas que suponen un riesgo cierto para la salud, lo que nos permitiría diseñar estrategias preventivas adecuadas para hacerles frente y prevenir su incidencia.

Los resultados de diferentes estudios muestran una asociación entre diversas variables de personalidad, estrategias de afrontamiento y la afectividad con la puesta en marcha de *hábitos saludables o de conductas de riesgo* entre la población adolescente. En este sentido, entre otros, Bermúdez (2011a) apunta la relación entre factores psicosociales y problemas diversos de salud; Bermúdez (2011b) indica la relación de ciertos rasgos de personalidad y un amplio conjunto de conductas promotoras y de riesgo para la salud (llevar a cabo una alimentación sana, realizar ejercicio físico, consumo de tabaco o alcohol, seguimiento de normas de seguridad, etc.); Carver y Connor-Smith (2010) sugieren cómo las estrategias de afrontamiento utilizadas pueden llevar a solucionar los problemas o a la búsqueda de apoyo (estrategias de compromiso) o a posponerlo (estrategias de no compromiso); Pérez-García (2011) muestra que las creencias relacionadas con el control se consideran relevantes para la salud y la enfermedad, dada su relación con los estilos de vida; Masferrer, Font-Mayolas y Gras (2012) sugieren que en general las conductas de riesgo como el consumo de tóxicos están precedidas por algún tipo de malestar emocional; y Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) analizan cómo el bienestar subjetivo muestra una influencia favorecedora de las conductas de salud. Además, los estudios del profesor Caprara y su equipo sobre el constructo de Positividad, apoyan la hipótesis de que las evaluaciones sobre sí mismos, la propia vida y el propio futuro influyen sobre el modo de ver las experiencias (ver Caprara, 2009; Caprara et al., 2006, 2010).

De todos los factores que pueden influir en la realización de conductas de riesgo para la salud, se debe focalizar la atención sobre el análisis de los procesos psicológicos que, unidos a factores situacionales, explicarían cuáles son los comportamientos que

inician, mantienen o cambian los patrones de conducta disfuncionales, para así establecer hábitos conductuales saludables en la población adolescente.

Por ello, el presente trabajo propone realizar una investigación empírica a fin de analizar los factores que se relacionan con los aspectos vinculados con la salud y las conductas de riesgo, concretamente el consumo de alcohol y de tabaco. Dadas las características particulares de la adolescencia, el período adolescente, es uno de los más decisivos para la adquisición de estilos de vida saludables (Chillón et al., 2002; Jiménez et al., 2007; Yopp et al., 1990), pero también es un período en el que se inician hábitos de conducta negativos para la salud (Gil et al., 2004).

Este estudio trata de establecer las relaciones existentes entre ciertas características de personalidad (Cinco Grandes y Positividad), el afecto, el rendimiento académico, las estrategias de afrontamiento, las conductas de consumo y las conductas de salud de los adolescentes tanto en situaciones de estrés como en situaciones de ausencia de eventos estresantes. También se plantea determinar la influencia que alcanza en las relaciones el encontrarse en determinados entornos (p. ej., estar con personas consumidoras o no consumidoras de alcohol y/o de tabaco, fiestas, etc.), la presión de los amigos y la realización o no de exámenes.

En este sentido los objetivos que se plantean en este estudio persiguen determinar los factores que se relacionan con los aspectos vinculados con la salud, de los que se estudian las conductas saludables (p. ej., alimentación sana, ejercicio físico, ocio, etc.) y las conductas de riesgo, de las que se analizan el consumo de alcohol y de tabaco. Además, se estudia cómo el estilo de vida, los hábitos insanos y el estrés afectan a dichas conductas vinculadas con la salud, así como qué variables relevantes en la persona (Cinco Grandes, Positividad, Afrontamiento y Afecto) influyen en las interacciones de todos los aspectos mencionados. En todo este contexto de interrelaciones es importante conocer la influencia del sexo y cómo el rendimiento académico es afectado por todas las variables estudiadas. En cuanto a las variables situacionales y sociales, este trabajo se plantea estudiar la influencia de las situaciones sociales y de las personas del entorno en las conductas de consumo, es decir cómo los diversos estímulos presentes en las situaciones y los tipos de situaciones (de ocio, de trabajo, de conflicto, etc.), se tornan como variables facilitadoras o no de estas conductas. Para llevar a cabo esta investigación se contará con una muestra de

adolescentes que se describirá más adelante, evaluada en dos momentos específicos, uno en el que los chicos y chicas no están sometidos a una situación específica de estrés, y otro, en el que están sometidos a una situación particularmente estresante a causa de la realización continua de exámenes.



## **CAPÍTULO II: ESTUDIO PRELIMINAR**

Antes de comenzar el presente estudio, es importante hacer referencia al trabajo que realizamos sobre Positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia, publicado en 2013 en la *Electronic Journal of Research in Educacional Psychology*, 11, 345-366 [doi: 10.14204/ejrep.30.13036] con el título Positivity, coping style and consumption of tobacco and alcohol in adolescents (*Consultar Artículo en Anexo XI*).

En dicho estudio, participando una muestra de sujetos con similares características a la que ha participado en la presente investigación, se trataba de comprobar cómo el consumo de tabaco y alcohol se asociaba a bajos niveles de positividad y al empleo de estrategias de afrontamiento poco adaptativas; así como la relación entre positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol, se vería modulada por las diferencias debidas al sexo y la edad, por lo que se esperaba que el consumo se incrementara con la edad, de manera particular en los chicos.

La **muestra** estaba formada por un total de 107 adolescentes españoles (55 chicas y 52 chicos), con una edad media de 14,10 años, tanto en chicos, como en chicas (DT= 0,98; rango 12-17). Los participantes eran estudiantes de los cursos de 2º y 3º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, así como del primer curso de los Programas de Cualificación Profesional Individual, de un Instituto de Enseñanza Secundaria de la provincia de Huelva (España).

Los **instrumentos** utilizados fueron los siguientes: para evaluar el afrontamiento se utilizó el *Brief COPE* (Carver, 1997; versión de la adaptación española de Morán, Landero y González, 2010); para la Positividad se utilizó la *Escala de Positividad* (Caprara, Alessandri, Eisenberg et al., 2012); y el *Consumo de tabaco y de alcohol* se midió con dos ítems (¿Cuántos cigarrillos fumas al día? y ¿Cuántas veces tomas bebidas con alcohol a la semana?) con cuatro posibles respuestas.

En cuanto al **procedimiento** seguido, una vez obtenido el consentimiento informado de los padres de los menores participantes en el estudio, las pruebas se administraron durante las clases de tutoría, estando, junto al profesor/a tutor/a, la persona responsable de la investigación. Una vez dadas las instrucciones, cada chico/a,

individualmente, cumplimentó las pruebas previamente descritas pidiendo que respondieran de forma sincera y garantizando la confidencialidad de sus respuestas.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a su **análisis** utilizándose la correlación de Pearson como índice de relación lineal entre las variables, el Análisis de Varianza Multivariado (MANOVA) a fin de probar los efectos principales entre las variables (positividad y sexo) y la posible interacción entre ellas, para posteriormente analizar tales efectos multivariados mediante Análisis de Varianza Univariado (ANOVAs). Finalmente, se utilizó el Análisis de Regresión Múltiple con el método de pasos sucesivos para encontrar el modelo más significativo y ajustado al N de la muestra para determinar los índices de predicción de las variables sobre el consumo de tabaco y de alcohol.

Como se muestra en los *Cuadros* 1, 2 y 3, los **resultados** que se obtuvieron en este estudio preliminar mostraron, por un lado, la presencia de relaciones significativas entre estrategias de afrontamiento, positividad y consumo de tabaco y alcohol, y, por otro, el papel modulador de la edad y el sexo. En el primer caso, la positividad se asociaba negativamente con el consumo de tabaco y alcohol y con el empleo de estrategias de afrontamiento poco adaptativas (consumo de sustancias y autculpa) y positivamente con estilos de afrontamiento orientados a la resolución de las dificultades.

Este patrón de resultados sugiere con claridad el valor protector sobre la salud de la dimensión de positividad; resultado consistente con la evidencia disponible indicativa del efecto beneficioso para la salud asociado al optimismo, la satisfacción con la vida y la autoestima, elementos integrados en la dimensión de **positividad** (Alessandri et al., 2012).

De nuevo en paralelo con la investigación sobre el tema, los datos relativos a la asociación entre **estrategias de afrontamiento** y consumo de alcohol y tabaco, sugerían que el consumo se mostraba asociado al empleo de un estilo de afrontamiento poco adaptativo, centrado en evitar hacer frente al problema, evadiéndose del mismo, negándolo o delegando su solución en factores externos como puede ser apelación a creencias o prácticas religiosas (Dugan, Lloyd y Lucas, 1999; Gómez-Fraguela et al., 2006; Wagner, Myers y McIninch, 1999; Wills y Hirky, 1996). En este último caso, si bien la investigación acerca del papel de esta estrategia de afrontamiento es aún poco concluyente (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Eisenberg et al., 2011; Frydenberg y

Lewis, 1991), los resultados de este estudio sugirieron el efecto negativo de esta estrategia cuando, en realidad, se está empleando para evitar hacer frente a los problemas.

Variables	Positividad	Tabaco	Alcohol
Consumo de tabaco	-		
Consumo de alcohol	-	+	
Afrontamiento Activo	+		
Planificación	+		
Reevaluación positiva	+		
Espiritualidad			+
Autodistracción	+		
Negación			+
Consumo de Sustancias	-	+	+
Autoculpa	-		

Cuadro 1. Resultados significativos de las correlaciones entre las variables. Nota: +: relación significativa y positiva; -: relación significativa y negativa

Por lo que respecta al papel modulador de las diferencias individuales en **sexo y edad**, los resultados apoyaron la evidencia existente indicativa del aumento del consumo de tabaco y alcohol con la edad, así como del mayor empleo por las adolescentes de estrategias de afrontamiento dirigidas al manejo de la tensión y malestar emocional producido por los problemas; son menos concluyentes, sin embargo, respecto al efecto diferencial del sexo en los niveles de consumo de tabaco y alcohol.

VARIABLES	SEXO		POSITIVIDAD	
	Chicos	Chicas	Bajos	Altos
Activo				*
Planificación				**
Reevaluación Positiva				*
Espiritualidad				*
Apoyo Emocional		***		*
Apoyo Instrumental		***		
Autodistracción				*
Desahogarse		***		
Consumo de tabaco			*	

*Cuadro 2. Análisis de varianza univariados con resultados significativos de las variables positividad y sexo sobre las estrategias de afrontamiento y los consumos de tabaco y de alcohol. Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .*

Los análisis de regresión llevados a cabo mostraron que la positividad es uno de los factores más predictivos de la conducta de consumo, de manera que el disponer de una actitud positiva hacia sí mismo, la propia vida y el futuro parecía actuar como factor protector disminuyendo las posibilidades de que el adolescente se iniciara en el consumo de tabaco y alcohol. Por el contrario, el enfrentarse a las dificultades con estrategias encaminadas a disminuir la tensión y el estrés, sin abordar directamente los problemas (desahogarse mediante la expresión de los sentimientos negativos, negar el problema o buscar amparo en prácticas religiosas) actuaban como factores facilitadores del consumo.

	Consumo tabaco	Consumo alcohol
Edad	+	
Positividad	-	-
Reevaluación positiva	+	
Utilización de Apoyo emocional	-	
Desahogo	+	
Espiritualidad		+
Negación		+
R <sup>2</sup> ajustado	<b>0,24</b>	<b>0,19</b>

*Cuadro 3. Signo de las betas estandarizadas significativas en los análisis de regresión múltiple de las variables predictoras (Edad, Sexo, Positividad, y Afrontamiento) sobre las variables criterio (Consumo de tabaco y alcohol). Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.*

Como se muestra en estos resultados, este estudio preliminar, aporta evidencia adicional al conocimiento de las relaciones entre estrategias de afrontamiento y el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes, así como sobre la incidencia de diferencias individuales en base al sexo y la edad.

No obstante, las limitaciones de este trabajo señaladas en la discusión del artículo publicado, llevaron a la realización de la investigación presente, en la que se ha ampliado el número y los tipos de factores y variables a estudiar, a fin de obtener una valoración e indicación más exhaustiva y detallada de las posibles influencias e interrelaciones entre dichos factores y variables, así como su posible carácter predictivo de las conductas de salud y de consumo. En este sentido, por ejemplo, se han considerado, a diferencia del estudio previo, los cinco grandes rasgos de personalidad (Extraversión, Neuroticismo, Tesón, Afabilidad y Apertura a la experiencia) como factores importantes y fundamentales a tener en cuenta en las conductas de consumo de los adolescentes. Además, se plantea cómo el rendimiento académico es afectado por todas las variables estudiadas, así como en qué forma situaciones específicas de estrés pudieran afectar a las conductas de riesgo en este colectivo. Para ello, esta investigación se propone realizar las medidas de los datos en dos momentos determinados, uno en el que el alumnado no está sometido a una situación específica de estrés, y otro, en el que está sometido a una situación particularmente estresante a causa de la realización continua de exámenes. Con todo ello se prevé que los análisis empíricos que aquí se proponen redunden en una complementación y ampliación de los resultados ya mostrados en este primer estudio.



## **CAPÍTULO III: ESTUDIO EMPÍRICO**

### **1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

En este estudio se persigue determinar los factores que se relacionan con los aspectos vinculados con la salud y las conductas de riesgo, especialmente el consumo de alcohol y de tabaco, pues como ya hemos comentado, el período adolescente es uno de los más decisivos para la adquisición de estilos de vida saludables (Chillón et al., 2002; Jiménez et al., 2007; y Yopp et al., 1990), pero también es un período en el que se inician hábitos de conducta negativos para la salud (Gil et al., 2004).

Esta investigación se propone determinar cómo los hábitos de la vida diaria y el estrés afectarán a dichas conductas vinculadas con la salud, así como qué variables personales relevantes influirán en las interacciones de todos los aspectos mencionados. También se plantea mostrar la influencia del sexo y la edad, así como en qué medida el rendimiento académico pudiera verse afectado por las variables objeto de análisis. Además, llevándose a cabo medidas en dos momentos temporales (momento de alto estrés y momento de bajo estrés), se estudiará la influencia de las situaciones sociales y de las personas del entorno de los chicos y chicas en las conductas de consumo.

En virtud de los planteamientos anteriores, a continuación se indican los objetivos e hipótesis planteados en este estudio.

Como **objetivos generales** se consideran los siguientes:

1.- Analizar las relaciones entre factores de personalidad (cinco grandes factores y positividad), afecto (positivo y negativo), estrategias de afrontamiento, rendimiento, conductas de salud y consumo de alcohol y de tabaco.

2.- Estudiar las diferencias en función del sexo en las variables de personalidad, en el afecto, en la utilización de las estrategias de afrontamiento, y en la puesta en marcha tanto de las conductas de salud como del consumo de alcohol y de tabaco.

3.- Estudiar qué factores predecirán las conductas de salud y de riesgo en los adolescentes, analizándose el papel del sexo, la edad, las variables personales (cinco grandes factores y positividad), afecto positivo y negativo, y estilo de afrontamiento sobre el rendimiento. En el caso de las conductas de riesgo se analizará el papel predictor sobre las mismas de la presencia de personas del entorno que fumen y/o

beban, y de las situaciones que favorecen dicho consumo. En todos los casos, además, se tendrá en cuenta el nivel de estrés situacional.

En cuanto a los **objetivos específicos**, se enuncian a continuación junto con las **hipótesis de trabajo** que corresponderían a cada uno de ellos.

1.- Analizar el sentido de las relaciones existentes entre las variables de personalidad (cinco grandes factores y positividad), afecto (positivo y negativo) y las estrategias de afrontamiento (productivas e improductivas). Para ello, se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1. Las variables personales, a excepción del neuroticismo, presentarán una relación positiva con el afecto positivo.
- Hipótesis 2. Las estrategias de afrontamiento más productivas mostrarán una relación positiva con las variables personales (excepto neuroticismo). Así mismo, el afecto negativo junto al neuroticismo se relacionarán en sentido positivo con el afrontamiento improductivo.

2.- Establecer la relación existente entre las variables personales, el afecto y el afrontamiento con las conductas de salud. Se plantea la siguiente hipótesis:

- Hipótesis 3. Las conductas de salud presentarán una relación positiva con las variables personales (a excepción del neuroticismo), el afecto positivo y el afrontamiento productivo.

3.- Definir la relación existente entre las variables personales, el afecto y el afrontamiento con las conductas de consumo. Teniendo en cuenta los resultados de investigaciones previas (Arnett, 2000; Downey et al., 2010; García, 2010; Hagger-Johnson et al., 2012; Kavas, 2009), se formulan las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 4. El afecto positivo, el tesón, la positividad y el afrontamiento productivo presentarán una relación positiva con un mejor hábito de consumo de alcohol y/o tabaco, aunque se prevé que no será así en el caso de la extraversión y la apertura, pues presentarán un peor hábito de consumo en ambas sustancias.
- Hipótesis 5. Los chicos y chicas que pongan en marcha estrategias de afrontamiento improductivas y presenten mayor neuroticismo y afecto

negativo, llevarán a cabo más conductas de consumo de alcohol y de tabaco que aquéllos que no presenten tales características.

- Hipótesis 6. Se prevé una fuerte relación entre el consumo de tabaco y de alcohol durante la adolescencia tanto en chicos como en chicas.

4.- Analizar el sentido de las relaciones existentes entre las variables de personalidad, el afecto, las estrategias de afrontamiento y las conductas de salud y/o de consumo con el rendimiento académico. Para ello y teniendo en cuenta algunos estudios preliminares (Brook et al., 2011; Morin et al., 2011) se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 7. Las variables personales (excepto el neuroticismo) y el Afrontamiento productivo mostrarán una relación de carácter positivo con el rendimiento académico.
- Hipótesis 8. Los consumidores de alcohol y tabaco presentarán un menor rendimiento académico.

5.- Determinar las diferencias debidas al sexo en las variables personales, en el afecto y en la utilización de las estrategias de afrontamiento. Basándose en investigaciones previas (Lara et al., 2013) se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 9. Se espera que las chicas hagan un mayor uso de afrontamiento improductivo y de búsqueda de apoyo social, mientras que los chicos harán más uso de estrategias productivas.
- Hipótesis 10. Los chicos presentarán puntuaciones más altas en tesón y las chicas en neuroticismo. No se esperan diferencias en positividad en función del sexo.
- Hipótesis 11. En referencia a la afectividad, se espera que las chicas muestren más afecto negativo que los chicos.

6.- Definir cómo existirán diferencias tanto en las conductas de salud como en las conductas de consumo en función del sexo. Partiendo de algunas evidencias empíricas (Bosson et al., 2012; Brodbeck et al., 2013; De Boo y Spiering, 2010; Mahalik et al., 2013) se enuncian las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 12. El afecto positivo y el tesón, sobre todo en los chicos, favorecerán la presencia de conductas más saludables.

- Hipótesis 13. Se espera que el sexo tenga un papel más relevante en el caso del consumo de tabaco, de tal forma que habrá más chicas fumadoras que chicos fumadores.

7.- Analizar cómo el sexo, la edad, la personalidad, el afecto y las estrategias de afrontamiento afectarán al rendimiento (pasado y actual). Se plantea la siguiente hipótesis:

- Hipótesis 14. Se prevé que la edad, el tesón, el afecto positivo, el afrontamiento productivo y la positividad se asocien con un mayor rendimiento académico.

8.- Analizar cómo las variables de sexo, edad, personalidad, afecto y afrontamiento, consideradas de manera conjunta, se relacionan con las conductas de salud. Se plantea la siguiente hipótesis:

- Hipótesis 15. Se espera que las conductas de salud se asocien con la edad, las variables personales (principalmente el tesón y la positividad), el afecto (particularmente el afecto positivo) y las estrategias de afrontamiento más adaptativas.

9.- Analizar cómo el sexo, la edad, la personalidad, el afecto y las estrategias de afrontamiento predecirán las conductas de consumo. Considerando investigaciones previas (Brook et al., 1997, 2010a y 2010b; Conrod et al., 2008; Leeuw et al., 2010) se espera que:

- Hipótesis 16. La edad tenga un papel más relevante en el caso del consumo de tabaco, de tal forma que el consumo de tabaco aumente con la edad en ambos sexos.
- Hipótesis 17. En las conductas de consumo tengan un papel relevante el neuroticismo, la extraversión, el afecto negativo y las estrategias de afrontamiento menos adaptativas, en sentido positivo o directo, y el tesón, la positividad y el afrontamiento productivo, en sentido negativo o inverso.

10.- Estudiar el papel predictor que sobre las conductas de consumo tendrán la presencia de personas del entorno que fumen y/o beban, así como las situaciones que favorecen dicho consumo y la influencia del nivel de estrés situacional. Por lo tanto, y

basándonos en estudios previos (Hu et al., 2011; Lee y Larson, 1996; Leeuw et al., 2010; Marrón et al., 2003; Schelleman-Offermans et al., 2013; Shamblen et al., 2011), se formulan las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 18. Las situaciones de consumo, así como las personas del entorno que beban o fumen, afectarán más a los consumidores de alcohol y de tabaco que a los no consumidores.
- Hipótesis 19. Cuando los chicos y chicas están sometidos a una situación particularmente estresante, como pudiera ser la realización continua de exámenes, pondrán en marcha menos conductas de salud y más conductas de consumo de alcohol y tabaco.

## 2. MÉTODO

### 2.1. PARTICIPANTES

La muestra estaba formada por un total de 199 adolescentes, de los cuales 103 eran chicas y 96 eran chicos, con una edad media de 17,09 años (DT= 1,84) (rango = 15-21 años). Los participantes eran estudiantes de los cursos de 4º de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.), 1º y 2º de Bachiller, 1º y 2º de los Programas de Cualificación Profesional Individual (P.C.P.I.), así como de 1º de Auxiliar de Enfermería y de Emergencias Sanitarias en un Instituto de Enseñanza Secundaria ubicado en la provincia de Huelva.

### 2.2. INSTRUMENTOS

El documento de pruebas que se presentó para cumplimentar en el *Tiempo 1* englobaba, en primer lugar, los siguientes apartados:

A.- *Datos Personales*. En este apartado se recogieron los datos personales del alumnado: sexo, fecha de nacimiento y edad. Además, se les comunicó que para poder relacionar los datos de cada participante con los que íbamos a recoger en una segunda ocasión al cabo de unos meses, necesitábamos una clave formada por las iniciales del nombre y de los dos apellidos, así como de los cuatro últimos números del DNI, por lo que se les solicitó que dejaran registradas sus propias claves, siendo fundamental que la recordaran claramente para cuando realizaran la segunda aplicación.

B.- *Rendimiento Académico Pasado*. Se les solicitó que teniendo en cuenta las calificaciones obtenidas en las asignaturas importantes del curso pasado especificaran cómo creían que fueron los resultados: regulares, aceptables, buenos o muy buenos.

En el *Anexo I* se describen las instrucciones generales de la batería de pruebas, así como la parte correspondiente a los datos personales, clave personal y rendimiento académico.

En segundo lugar, y después de la explicación de las instrucciones generales y la cumplimentación de los datos personales, de la clave personal y del rendimiento pasado y presente, se procedió a la aplicación de los distintos instrumentos presentados para el *Tiempo 1*, los cuáles fueron los siguientes:

**2.2.1. El *Big Five Questionnaire–Children (BFQ-C)*** de Barbaranelli, Caprara, Rabasca y Pastorelli (2003), es una prueba que mide los cinco grandes factores de personalidad (Extraversión, Neuroticismo, Afabilidad, Apertura y Tesón) en población no adulta. La versión española del BFQ-C es el Cuestionario de los Cinco Factores para Niños (BFQ-N) (Carrasco, Holgado y Del Barrio, 2005) y está formada por 65 ítems que miden los 5 grandes factores de personalidad adaptados para niños y adolescentes.

Cada factor se mide con 13 ítems. En cuanto al formato de respuesta se les pidió a los participantes que indicaran en qué medida les ocurría la conducta descrita en el ítem dando su respuesta en una escala de 5 puntos, siendo 1 “Casi Nunca”, 2 “Pocas veces”, 3 “Algunas veces”, 4 “Muchas veces” y 5 “Casi siempre”.

La Extraversión describe a una persona comunicativa y además asertiva, con ritmo personal acelerado, expresiva mediante los gestos, de comportamiento firme, sociable y hábil en el juego. Se mide con ítems como “me gusta mucho moverme y estar activo” o “me gusta estar en compañía de otros”. La Afabilidad hace referencia a una persona no crítica, de comportamiento flexible, considerado, que además es carismática, cordial, compasiva y básicamente confiable. Se utilizan ítems como “si un compañero de clase tiene dificultades, le ayudo” o “comparto mis cosas con los demás”. El Tesón se refiere a una persona confiable, responsable, productiva, capaz de postergar la gratificación, no complaciente consigo misma, que presenta un comportamiento ético y que además posee altas aspiraciones. Algunos ejemplos de ítems pueden ser: “pongo mucho empeño en las cosas que hago” o “si me comprometo a algo lo mantengo”. El Neuroticismo caracteriza a una persona tensa, nerviosa, deprimida y negativa. Se mide con ítems como “me pongo nervioso por tonterías” o “pierdo la calma con facilidad”. La Apertura a la Experiencia describe a una persona en términos de la imaginación, la sensibilidad para el arte y el intelectualismo. Algunos ítems utilizados son “cuando el profesor pregunta respondo bien” o “me gusta conocer y aprender cosas nuevas” (Benet-Martínez y John, 1998).

Para este estudio se ha adaptado la redacción de algunos ítems para su uso con población adolescente (por ejemplo: “aprendo fácilmente las cosas que estudio en el colegio” por “aprendo fácilmente las cosas que estudio”). Este cambio se debió a que los participantes son alumnos/as de un instituto y no de un colegio).

Las escalas, en la versión española o BFQ-N han presentado altos coeficientes de fiabilidad (0,78 para Neuroticismo, 0,79 para Extraversión, 0,80 para Afabilidad, 0,84 para Apertura, y 0,88 para Tesón) (Carrasco et al., 2005).

El *Anexo II* muestra la descripción de la escala y los ítems correspondientes a las cinco dimensiones.

**2.2.2.- La Escala de Positividad** de Caprara et al. (2012) resume las principales ideas de las investigaciones llevadas a cabo por el Profesor Caprara y su equipo sobre el tema.

En el trabajo presentado por el equipo de Caprara (2012b), se realizan cinco estudios para validar la escala de Positividad, cuyos resultados se exponen a continuación. En el estudio 1 se midieron las propiedades psicométricas de la escala de acuerdo a la teoría clásica de los test en una amplia muestra de estudiantes. Los resultados mostraron los datos descriptivos de los ítems (medias, desviaciones típicas, curtosis y distribución normal). En cuanto al índice de fiabilidad se obtiene un valor alpha de Cronbach de 0,75, lo cual confirmaba una adecuada consistencia interna. En el estudio 2 se confirma la unidimensionalidad de la escala mediante análisis factorial en dos muestras independientes. En cuanto al estudio 3 permite comprobar la validez interna y de constructo de la escala por su invariabilidad a través del sexo y sus relaciones con la autoestima, satisfacción vital, optimismo, afecto negativo y positivo, depresión y los cinco factores de Personalidad. Otros elementos que apoyan la validez de la escala derivan de sus correlaciones con el polo positivo de la extraversión, amabilidad, consciencia, estabilidad emocional y apertura a la experiencia. En referencia al estudio 4, la fiabilidad test-retest de la escala era encontrada en una muestra de estudiantes a quienes les era readministrada la escala después de 5 semanas. Finalmente, en el estudio 5 se realizan mediciones en distintos países (Estados Unidos, Italia, Japón y España) y los resultados muestran la robustez de la escala y de la positividad como disposición básica. La utilidad potencial y aplicabilidad de la escala es bastante amplia. Este instrumento, por su brevedad, fiabilidad y estabilidad es de gran utilidad para la investigación en Psicología Positiva. Las aplicaciones clínicas son además, evidentes gracias al papel que la Positividad puede jugar en una gran variedad de disfunciones psicológicas, fomentando el funcionamiento óptimo. La escala representa un instrumento para valorar el funcionamiento óptimo midiendo lo que es común a la autoestima, la satisfacción vital y el optimismo.

La Escala de positividad está formada por 8 ítems, que miden un único factor latente (la Positividad). La unidimensionalidad de la escala incluye aspectos asociados a los tres grandes constructos: Satisfacción Vital, con ítems como “estoy satisfecho con mi vida”, Autoestima, con ítems como “por lo general tengo mucha confianza en mí” y Optimismo, con ítems como “miro hacia el futuro con esperanza y entusiasmo”.

Las instrucciones pidieron al sujeto que indicara, en una escala de 5 puntos (desde 1 hasta 5), el grado en que estaba de acuerdo con el contenido de cada uno de los ítems (ver *Anexo III*). A puntuación más alta obtenida más Positividad.

**2.2.3.- *The Positive and Negative Affect Schedule*** (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Es un instrumento breve (consta de 20 ítems) desarrollado para evaluar el Afecto Positivo y el Afecto Negativo. La idea central para la construcción del PANAS fue la obtención de una medida del afecto basada en descriptores «puros», esto es, basada en marcadores bien del afecto positivo o bien del afecto negativo. Los autores aislaron 10 marcadores para cada una de estas dos dimensiones de la afectividad, los cuales constituyeron los 20 ítems totales de que consta el PANAS.

La versión de esta prueba para niños y adolescentes, el PANASN (Sandín, 2003), comprende igual que el PANAS para adultos dos escalas de 10 ítems cada una, dirigidas a medir las dimensiones primarias del estado de ánimo, es decir, el Afecto Positivo (con ítems como “me interese por la gente y/o las cosas” o “soy un chico/a decidido/a”) y el Afecto Negativo (con ítems como “me siento culpable” o “soy un chico/a asustadizo/a”) (ver *Anexo IV*).

El PANASN puede resultar de enorme interés para el estudio de la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes, y especialmente para la diferenciación entre estos dos constructos psicológicos desde el marco del modelo tripartito (depresión, ansiedad y afectividad). Por otra parte, el cuestionario siempre podrá ser utilizado para obtener una evaluación de la afectividad en el niño, con independencia de que se investigue o no la ansiedad y la depresión (Sandín, 2003).

En la versión original, las instrucciones piden a los participantes que indiquen cómo se sienten generalmente utilizando una escala de tres alternativas de respuesta, descritas como “Nunca” (1), “A veces” (2) y “Muchas veces” (3). En el presente estudio, y de cara a homogeneizar los formatos de respuesta de las distintas pruebas de personalidad y afecto, se ha utilizado una escala de 5 puntos, siendo el 1 “Casi nunca”, el 2 “Pocas veces”, el 3 “Algunas veces”, el 4 “Muchas veces” y el 5 “Casi siempre”.

Presenta altos índices de fiabilidad, de 0,72 y 0,73 para chicos y chicas, respectivamente, en la subescala de Afecto positivo, y de 0,74 y 0,75 para chicos y chicas, respectivamente, en la subescala de Afecto negativo (Sandín, 2003).

**2.2.4.- La Escala de Afrontamiento Breve para Adolescentes (ACS;** Frydenberg y Lewis, 1996a). Supone una escala abreviada de la versión original ya publicada previamente por parte de estos autores en 1993, la cuál ha sido probada como medida útil en investigaciones relacionadas con la salud. El instrumento Adolescent Coping Scale (ACS) se constituyó como una alternativa para el estudio del afrontamiento en el adolescente. Éste consta de 79 ítems cerrados más uno abierto, los cuales identifican las estrategias de afrontamiento más comunes utilizadas por los adolescentes. Los ítems se distribuyen en 18 escalas, cada una de las cuales refleja una respuesta de afrontamiento diferente y contiene entre tres y cinco ítems:

- *Buscar apoyo social (As)*. Estrategia que consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución. Ejemplo: “Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él”.
- *Concentrarse en resolver el problema (Rp)*. Es una estrategia dirigida a resolver el problema, estudiándose sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: “Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades”.
- *Esforzarse y tener éxito (Es)*. Es la estrategia que comprende conductas que ponen de manifiesto compromiso, ambición y dedicación. Ejemplo: “Trabajar intensamente”.
- *Preocuparse (Pr)*. Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Ejemplo: “Preocuparme por lo que está pasando”.
- *Invertir en amigos íntimos (Ai)*. Se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo personal íntimo e implica la búsqueda de relaciones personales íntimas. Ejemplo: “Pasar más tiempo con el chico o chica con que suelo salir”.
- *Buscar pertenencia (Pe)*. Indica la preocupación e interés por las relaciones con los demás en general y, más concretamente, por lo que otros piensan. Ejemplo: “Mejorar mi relación personal con los demás”.

- *Hacerse ilusiones (Hi)*. Es la estrategia expresada por ítems basados en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz. Ejemplo: “Esperar a que ocurra algo mejor”.
- *Falta de afrontamiento (Na)*. Consiste en ítems que reflejan la incapacidad para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos. Ejemplo: “No tengo forma de afrontar la situación”.
- *Reducción de la tensión (Rt)*. Se caracteriza por ítems que reflejan un intento por sentirse mejor y relajar la tensión. Ejemplo: “Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas”.
- *Acción social (So)*. Consiste en dejar que otros conozcan cuál es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos. Ejemplo: “unirme a gente que tiene el mismo problema”.
- *Ignorar el problema (Ip)*. Agrupa ítems que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él. Ejemplo: “Ignorar el problema”.
- *Autoinculparse (Cu)*. Incluye conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene. Ejemplo: “Sentirme culpable”.
- *Reservado para sí (Re)*. Es la estrategia expresada por ítems que reflejan que huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo: “Guardar mis sentimientos para mí solo”.
- *Buscar apoyo espiritual (Ae)*. Está compuesta por ítems que reflejan una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios. Ejemplo: “Dejar que Dios se ocupe de mi problema”.
- *Fijarse en lo positivo (Po)*. Se caracteriza por ítems que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo: “Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas”.
- *Buscar ayuda profesional (Ap)*. Es la estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros. Ejemplo: “Pedir consejo a una persona competente”.

- *Buscar diversiones relajantes (Dr)*. Se caracteriza por ítems que describen actividades de ocio y relajantes, como leer o pintar. Ejemplo: “Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión”.
- *Distracción física (Fi)*. Consta de ítems que se refieren a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma. Ejemplo: “Mantenerme en forma y con buena salud”.

Estas 18 escalas o estrategias de afrontamiento son agrupadas en tres estilos, cada uno de los cuales comprende entre cinco y siete estrategias (ver Frydenberg y Lewis, 1996a):

- a) *Resolver el problema*, está caracterizado por los esfuerzos que se dirigen a resolver el problema manteniendo una actitud optimista y socialmente conectada. Este primer estilo comprende las estrategias Concentrarse en resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, Fijarse en lo positivo, Buscar diversiones relajantes y Distracción física.
- b) *Referencia a otros*, implica un intento para afrontar el problema acudiendo al apoyo y a los recursos de las demás personas, como pares, profesionales o amistades. Las estrategias Buscar apoyo social, invertir en amigos íntimos, Buscar pertinencia, Acción social, Buscar apoyo espiritual y Buscar ayuda profesional pertenecen a este estilo.
- c) *Afrontamiento no productivo*, está asociado a una incapacidad para afrontar los problemas e incluye estrategias de evitación. Tal estilo no lleva a la solución del problema, pero en algunos casos puede contribuir a aliviarlo. Comprende las siguientes estrategias: Preocuparse, Hacerse ilusiones, Falta de afrontamiento o No afrontamiento, Ignorar el problema, Reducción de la tensión, Reservarlo para sí, y Autoinculparse.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, el ACS alcanzó coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre 0,54 y 0,84 (M=0,71). Además, se encontró que las correlaciones test-retest fueron más moderadas que altas. Alrededor del 50% de los coeficientes fueron inferiores a 0,70. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la estabilidad de respuesta no es enteramente una manera apropiada de evaluar la fiabilidad de las respuestas de afrontamiento de los adolescentes, desde que el afrontamiento es considerado como un fenómeno dinámico. Las fiabilidades test-retest para las subescalas variaron de 0,44 a 0,84 (M= 0,69) (Frydenberg y Lewis, 1996a).

Por su parte, la ACS-Forma abreviada es un instrumento que consta de 18 ítems seleccionados de los 79 ítems de los que consta la escala original. Teniendo en cuenta los datos aportados por Frydenberg y Lewis (1996a) sobre las estrategias comunes a los tres estilos (afrentamiento dirigido a la solución de problemas, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento improductivo) en el análisis de la forma abreviada (con 18 ítems, uno de cada estrategia) quedarían 16 estrategias, excluyendo “Invertir en amigos íntimos” y “Buscar pertenencia” porque unas veces saturan en el factor del estilo productivo, y otras en el no productivo o en afrontamiento en relación con los demás. La distribución de las estrategias dentro de cada estilo fue la siguiente:

1. Afrontamiento dirigido a la solución del problema (5 estrategias): Concentrarse en resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, Fijarse en lo positivo, Buscar diversiones relajantes, Distracción física.
2. Afrontamiento en relación con los demás (4 estrategias): Buscar apoyo social, Buscar apoyo espiritual, Buscar ayuda profesional, Acción social.
3. Afrontamiento improductivo (7 estrategias): Preocuparse, Hacerse ilusiones, No afrontar, Reducción de la tensión, Ignorar el problema, Autoinculparse, Reservarlo para sí.

De cada escala se cogió un ítem, el que mejor representaba la estrategia correspondiente, y a su vez, los más afines con otras escalas de afrontamiento, excepto en Autoinculparse y Reducción de la tensión en los que se han tomado dos por representar afrontamientos diferentes. En el caso de Autoinculparse, por una parte, se hace referencia a la culpabilidad como emoción (ítem: “sentirse culpable”), y por otra, al autoconocimiento, es decir, el propio conocimiento sobre la posible causa de las dificultades (ítem: “darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas”). En cuanto a la Reducción de la tensión, puede haber dos formas de conseguirlo, por una parte desahogándose mediante el llanto o grito (ítem: “encontrar una forma de aliviar la tensión, por ejemplo llorar o gritar”) o bien mediante el consumo de sustancias (ítem: “intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas, no medicamentos”).

Por tanto, de los 18 ítems de los que consta la ACS-Forma abreviada, 5 están centrados en el problema, 4 centrados en la relación con los demás, y 9 son improductivos.

Esta versión abreviada proporciona a los investigadores una forma rápida de evaluar respuestas de afrontamiento potencialmente importantes, unas adaptativas y otras más problemáticas.

En las instrucciones se pide a los jóvenes que indiquen cómo suelen solucionar las preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como los estudios, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc., por lo que se les presenta una lista de formas diferentes con las que la gente de sus edades suele hacer frente a esos problemas o dificultades. El formato de respuesta es de 5 puntos, siendo de 1 (“nunca”) a 5 (“con mucha frecuencia”).

En el *Anexo V* se muestra la Escala de Afrontamiento Breve (ACS) para adolescentes y las correspondencias entre los ítems y las estrategias para la corrección de los resultados utilizada en el presente estudio.

**2.2.5.- El Repertorio de Conductas de Salud (RCS)** es un inventario sobre conductas de salud, tanto positivas (potencialmente protectoras de la salud), como negativas (conductas que pueden suponer un riesgo para la salud). Este inventario ha sido elaborado expresamente para la presente investigación a partir, entre otros, de los trabajos de Bermúdez, Lasa y Contreras (2002), Velicer, DiClemente, Rossi y Prochaska (1990) y Vickers, Conway y Hervig (1990) (ver *Anexo VI*).

Trata de valorar una serie de cuestiones relacionadas con la prevención de accidentes y con el cuidado de la salud. Este inventario está formado por 7 ítems, mediante los que se obtiene una aproximación sobre los hábitos saludables y el seguimiento de normas de seguridad. Los ítems que conforman esta prueba están relacionados con la alimentación (¿con qué frecuencia comes de forma saludable?), con el seguimiento de normas (si vas sentado en los asientos de detrás del coche, ¿cuándo te pones el cinturón de seguridad?), con hábitos saludables (¿procuras dormir siete u ocho horas cada día?), con conductas de ocio (entre semana, además de ir a clase y hacer deberes y estudiar, ¿procuras sacar un rato al día para relajarte -charlar con los amigos, jugar a la consola, leer, ...-?) y con el ejercicio físico (¿cuánto ejercicio físico o deporte practicas a la semana, además del obligatorio en tu formación escolar?).

Las instrucciones que se les da a los/as chicos/as les indican que se les va a presentar una serie de cuestiones relacionadas con la prevención de accidentes y con el

cuidado de la salud, ante las que deben de marcar con una X aquella alternativa que mejor se ajuste a su forma de actuar habitualmente. La respuesta a las diversas conductas de salud se expresa en 4 puntos, indicando intensidad (siendo, aproximadamente, 1 “nada” y 4 “mucho”). La escala se puntúa de tal manera que a mayor puntuación, más saludable o protectora es la conducta.

**2.2.6.- El Repertorio de Conductas relacionadas con el Consumo de tabaco** es una prueba sobre este hábito nocivo que ha sido elaborada específicamente para este estudio. Se trata de valorar tres cuestiones principalmente: a) el consumo actual de tabaco, b) personas fumadoras con las que se está en contacto, y c) ambientes y/o situaciones en los que imagina realizaría él mismo o un conocido conductas del consumo de tabaco.

a) En primer lugar, y en referencia al consumo de tabaco, se debe marcar la alternativa que sea aplicable entre seis posibles (1. Nunca he fumado, ni siquiera un cigarrillo. 2. He probado alguna vez, pero no más de 5 cigarrillos en total. 3. Fumo de vez en cuando. 4. Fumo regularmente, al menos una vez a la semana. 5. Fumo todos los días. 6. He dejado de fumar). Posteriormente debe indicar, en el caso de que actualmente fume, el número de cigarrillos que, aproximadamente, consume diariamente entre cuatro posibles alternativas (a. Entre 1 y 5. b. Entre 6 y 10. c. Entre 11 y 20. d. Más de 20). En el caso de que actualmente no fume, debe señalar si cree que en el futuro se iniciará en el consumo o volverá a fumar, especificando si esto ocurriría con poca probabilidad, algo de probabilidad, bastante probabilidad o totalmente probable.

b) En segundo lugar, deben dar respuesta a la cuestión sobre cuántas personas de las que le rodean y con las que se relacionan (familia, amigos, compañeros) fuman. Para ello pueden elegir entre cuatro opciones: casi ninguna, algunas, bastantes o casi todas.

c) En tercer lugar, debe imaginar que está en las situaciones que se describen e indicar en qué medida cree que fumaría en cada una de ellas, marcando su respuesta en la escala a la derecha de cada pregunta, teniendo en cuenta que 1=nada en absoluto y 4=mucho. En el caso de que no fume, debe contestar pensando en lo que cree que haría un fumador de su edad. Esta parte de la prueba está formada por trece ítems que corresponden a situaciones diferentes de consumo. Algunos ítems de este apartado son por ejemplo: “cuando estoy contento y celebrando algo”, “cuando estoy con mi mejor amigo que está fumando” o “cuando me siento muy nervioso y agobiado”.

La escala se puntúa de tal manera que a mayor puntuación, mayor es el consumo de tabaco (ver *Anexo VII*).

**2.2.7.- El Repertorio de Conductas relacionadas con el Consumo de alcohol**, al igual que la prueba anterior, se trata de una prueba sobre este hábito nocivo para la salud que ha sido elaborada específicamente para este estudio. Consiste también en valorar tres cuestiones principalmente: a) el consumo actual de alcohol, b) personas consumidoras de alcohol con las que se está en contacto, y c) ambientes y/o situaciones en los que imagina realizaría él mismo o un conocido el consumo de alcohol.

a) En primer lugar, y en referencia al consumo de alcohol, se debe marcar la alternativa que sea aplicable entre seis posibles (1. Nunca he tomado bebidas con alcohol, ni siquiera una cerveza. 2. He probado alguna vez, pero no más de 5 veces en total. 3. Bebo de vez en cuando. 4. Bebo regularmente, al menos una vez a la semana. 5. Bebo todos los días. 6. He dejado de beber). Posteriormente debe indicar, en el caso de que actualmente beba, cuántas veces o días, aproximadamente, toma bebidas con alcohol a la semana entre cuatro posibles alternativas (a. Nunca. b. 1 vez (1 día). c. 2 veces (2 días). d. 3 o más veces (o días). En el caso de que actualmente no beba, debe señalar si cree que en el futuro se iniciará en el consumo o volverá a beber, especificando si esto ocurriría con poca probabilidad, algo de probabilidad, bastante probabilidad o totalmente probable.

b) En segundo lugar, deben dar respuesta a la cuestión sobre cuántas personas de las que le rodean y con las que se relacionan (familia, amigos, compañeros) consumen alcohol. Para ello pueden elegir entre cuatro opciones: casi ninguna, algunas, bastantes o casi todas.

c) En tercer lugar, debe imaginar que está en las situaciones que se describen e indicar en qué medida cree que tomaría bebidas con alcohol en cada una de ellas, marcando su respuesta en la escala a la derecha de cada pregunta, teniendo en cuenta que 1=nada en absoluto y 4= mucho. En el caso de que no consuma alcohol, debe contestar pensando en lo que cree que haría un bebedor de su edad. Esta parte de la prueba está formada por trece ítems que corresponden a situaciones diferentes de consumo. Algunos ítems de este apartado son por ejemplo: “cuando estoy con los amigos en una fiesta”, “cuando estoy de botellón o tomando algo en un bar” o “cuando me siento muy deprimido”.

La escala se puntúa de tal manera que a mayor puntuación, mayor consumo de alcohol (ver *Anexo VIII*).

Respecto a los instrumentos aplicados en el *Tiempo 2* serían los que se exponen a continuación, en los que figuran unas instrucciones específicas que demandan una información que fue utilizada para estudiar a los adolescentes en sus conductas relacionadas con la salud y el bienestar en épocas de exámenes y evaluaciones (ver *Anexo IX*). Además se les solicitó que especificaran nuevamente su clave personal, para poder emparejar las diversas pruebas con las ya aplicadas durante el *Tiempo 1*.

**1.- *The Positive and Negative Affect Schedule para niños y adolescentes*** (PANASN; Sandín, 2003). Este instrumento descrito ya anteriormente, se aplicó en esta ocasión con unas instrucciones concretas, ya que se les recordaron a los participantes que tenían que señalar la alternativa que mejor se ajustara a cómo se sentían o se habían sentido en las últimas dos semanas (semanas de probable estrés por la realización de los exámenes).

**2.- *La Escala de Positividad*** de Caprara y colaboradores (2012b). Esta escala se aplicó de igual forma que había sido aplicada en el *Tiempo 1*. Se repitió su aplicación para obtener datos de fiabilidad test-retest.

Justamente a continuación de la aplicación de la Escala de Positividad, se pidió información sobre el *Rendimiento Académico*. No obstante, en esta ocasión debían especificar el rendimiento académico más inmediato, es decir, se les solicitó que teniendo en cuenta las pruebas o exámenes realizados durante el segundo trimestre de 2013, especificaran como fueron los resultados: regulares, aceptables, buenos o muy buenos.

**3.- *La Escala de Afrontamiento Breve para Adolescentes*** (ACS; Frydenberg y Lewis, 1996a). Para el *Tiempo 2*, esta prueba, más arriba descrita, se presentó con instrucciones específicas en las que simplemente debían de responder a lo que creían que se ajustaba más a sus formas de actuar cuando se encontraban ante el problema que supone el periodo de exámenes o de evaluaciones que implicaban una mayor carga de trabajo en sus estudios.

**4.- *El Repertorio de Conductas de Salud*** aplicado en este momento se trata de una prueba sobre conductas de salud que ha sido elaborado específicamente para este

estudio. Los participantes debían marcar aquella alternativa que mejor se ajustara a sus formas de actuar en los momentos de especial estrés o nerviosismo, como cuando estaban en plena época de exámenes y evaluaciones.

Consistió en valorar los cambios de consumo de alcohol y de tabaco, así como de otros hábitos de salud, acaecidos al pasar de una época de no exámenes y, por tanto, de una menor carga de trabajo a una situación de mayor carga de trabajo y, por ello, de una supuesta mayor dosis de estrés académico.

Este instrumento está formado por ocho preguntas ante las que hay que señalar la opción, entre las cuatro posibles, que más se adecue a la forma de actuar en los momentos de nerviosismo. Las preguntas estaban relacionadas con aspectos como seguimiento de una dieta saludable (¿comes de forma saludable? -tomas frutas y verduras; evitas grasas, dulces y comida rápida-), hábitos de vida adecuados (¿procuras dormir siete u ocho horas cada día?), dedicación al ocio (¿procuras sacar un rato al día para relajarte -charlar con los amigos, jugar a la consola, leer,...-?), práctica de deporte (¿cuánto ejercicio físico o deporte practicas a la semana, además del obligatorio en tu formación escolar?) y consumo de tabaco y/o de alcohol (¿cómo es tu consumo de tabaco?, ¿cuántos cigarrillos fumas diariamente en época de exámenes?, ¿cómo es tu consumo de bebidas con alcohol? o ¿cuántas veces (o días) tomas bebidas con alcohol a la semana en época de exámenes?) (Ver *Anexo X*).

### **2.3. PROCEDIMIENTO**

Una vez se explicó el proceso y el objetivo de la investigación al Orientador del Instituto y obtenida tanto su conformidad, como el consentimiento informado de los padres de los menores participantes en el estudio, se determinó informar a los/as profesores/as tutores/as de los distintos cursos participantes a fin de programar la aplicación de las pruebas. Se concretó que se administrarían las pruebas durante las clases en las que los profesores lo determinaran, en las que los/as chicos/as, sin previo aviso, se encontraron junto al profesor/a, a la persona responsable de la investigación. Ésta explicó al grupo en qué consistía la tarea que iban a realizar, así como el objetivo de la misma. Una vez dadas las instrucciones al alumnado, cada chico/a, individualmente, cumplimentó los instrumentos descritos en el apartado anterior, todos ellos presentados en un único documento para facilitar su realización. Además, se

informó que la aplicación de las pruebas se realizaría en dos momentos diferenciados: a) *Tiempo 1(T1)*: cumplimentación de la batería de pruebas después del período vacacional, es decir, libre de situaciones de exámenes, y b) *Tiempo 2(T2)*: cumplimentación durante el período de realización de exámenes, es decir, en situación de posible estrés y dos meses después, aproximadamente, de la primera aplicación.

La distribución de los participantes en los dos momentos de aplicación de las pruebas en los diferentes cursos fue la siguiente:

	<i>4º ESO</i>	<i>1º Bach.</i>	<i>2º Bach.</i>	<i>1º PCPI</i>	<i>2º PCPI</i>	<i>1º Aux.Enf.</i>	<i>1º Emerg. Sanitarias</i>	<i>TOTAL</i>
<i>T 1</i>	56	45	39	9	3	24	23	199
<i>T 2</i>	54	44	35	7	3	23	18	184

### **3. RESULTADOS**

La exposición de los datos analizados se lleva a cabo, inicialmente, diferenciándose los análisis correspondientes al tiempo de aplicación 1 (T1) y los correspondientes al tiempo de aplicación 2 (T2). En ambos apartados diferenciados, se procede a especificar los datos preliminares en los que se engloban los datos descriptivos y correlacionales de las variables, así como las diferencias en dichas variables debidas al sexo, finalizándose con un breve resumen sobre todos los resultados obtenidos a modo de conclusión. Posteriormente, se prosigue con la realización de un análisis comparativo entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2, en el que se analizan los datos resultantes al compararse los resultados de las distintas variables estudiadas en ambos momentos temporales. En este apartado se finaliza la exposición con un resumen de los datos más concluyentes. A continuación se analizan los datos globales obtenidos sobre el Rendimiento, las Conductas de Salud y las Conductas de Consumo, terminándose este apartado con un resumen sobre los aspectos principales de los análisis globales llevados a cabo. Finalmente, se realiza un estudio comparativo entre consumidores y no consumidores, de tal forma que se analizan tanto las diferencias entre fumadores y no fumadores como entre bebedores y no bebedores, finalizándose el apartado de Resultados con un resumen sobre dicho estudio comparativo llevado a cabo.

El análisis de los datos se lleva a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 19). Se obtienen los principales Estadísticos Descriptivos de las variables registradas (media, desviación típica, rango real, rango posible, frecuencia y porcentaje); el Coeficiente de Fiabilidad de Cronbach, para medir la fiabilidad de los instrumentos que se utilizan; el Coeficiente de Correlación de Pearson como índice de la relación lineal entre las variables; el Análisis de Varianza Multivariado (MANOVA), a fin de probar los efectos principales entre variables y la posible interacción entre ellas, para posteriormente analizar tales efectos multivariados mediante Análisis de Varianza Univariados (ANOVAs), tanto de cada momento temporal, como cuando se comparan las medidas en T1 y T2. Además, se realizan análisis factoriales para estudiar las estructuras de las Escalas de situaciones de consumo de tabaco y de alcohol, diseñadas para esta investigación, una vez confirmada, mediante la aplicación de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y de Bartlett, la idoneidad de la utilización del análisis factorial como procedimiento estadístico adecuado para agrupar las situaciones o ítems de dichas escalas. Finalmente, se utiliza el Análisis de Regresión Múltiple (lo que hemos

denominado como “datos globales”) para determinar los índices de predicción de las variables personales (cinco grandes factores y positividad), el afecto y el afrontamiento, junto con la edad y el sexo, sobre el rendimiento, las conductas de salud, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, considerando tanto los registros tomados en T1 como en T2.

En el siguiente cuadro (*Cuadro 4*) se especifican todas las variables medidas en los dos momentos temporales (Tiempo 1 o tiempo de no estrés y Tiempo 2 o tiempo de estrés).

VARIABLES	TIEMPO 1 (T1)	TIEMPO 2 (T2)
	No estrés	Estrés
Edad	Edad	
Sexo	Sexo: Chicos=1, Chicas=2	
Personalidad	Extraversión Neuroticismo Tesón Afabilidad Apertura Positividad	
Afecto	Afecto positivo (T1) Afecto negativo (T1)	Afecto positivo (T2) Afecto negativo (T2)
Afrontamiento	Afrontamiento Problemas (T1) Afrontamiento Improductivo (T1) Afrontamiento en los demás (T1)	Afrontamiento Problemas (T2) Afrontamiento Improductivo(T2) Afrontamiento en los demás (T2)
Rendimiento	Pasado	Actual
Conductas de salud	Alimentación saludable Cinturón de seguridad Paso de peatones Horas de sueño Ocio/Tiempo para relajarse Ejercicio físico Normas de seguridad Conductas de salud Total	Alimentación saludable   Horas de sueño Ocio/Tiempo para relajarse Ejercicio físico  Conductas de salud Total
Conductas de consumo	Consumo de tabaco Nº cigarrillos Personas del entorno que fuman Situaciones de consumo de tabaco  Consumo de alcohol Cantidad de bebida Personas del entorno que beben Situaciones de consumo de alcohol	Cambio en frec. de consumo de tabaco Cambio en cantidad de nº de cigarrillos    Cambio en frec. de consumo de alcohol Cambio en cantidad de bebidas

*Cuadro 4. Variables medidas en el T1 y en el T2*

Como se ha indicado previamente, en el Tiempo 2 se aplicó la escala de Positividad para tener datos de estabilidad test-retest, pero no para su consideración en los análisis de este momento temporal.

### 3.1. TIEMPO 1: Datos preliminares

#### 3.1.1. Datos descriptivos

##### 3.1.1.1. Personalidad (Cinco Grandes Factores y Positividad), Afecto y Afrontamiento

En la *Tabla 1* se pueden consultar los valores reales y posibles, las puntuaciones medias y desviaciones típicas, así como el número de ítems y el valor de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de las escalas de medida de la Personalidad, el Afrontamiento y el Afecto utilizadas en el estudio.

Los valores medios alcanzados por la muestra en las variables de Positividad, los Cinco Grandes factores de Personalidad, Afecto Positivo y Afrontamiento, indicaron la obtención de unas puntuaciones medias o medio-altas por parte de la mayoría de los participantes, siendo las puntuaciones más bajas las obtenidas en la variable Afecto Negativo.

<b>Variables</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>	<b>Rango real</b>	<b>Rango posible</b>	<b>Nº de Ítems</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Positividad	30,32	4,60	15-38	8-40	8	0,76
Extraversión	47,03	6,52	26-61	13-65	13	0,74
Tesón	43,93	7,48	26-61	13-65	13	0,82
Afabilidad	49,17	6,56	32-65	13-65	13	0,80
Apertura	41,06	6,99	22-61	13-65	13	0,71
Neuroticismo	33,21	8,31	15-64	13-65	13	0,82
Afecto Positivo	36,58	5,58	20-50	10-50	10	0,79
Afecto Negativo	24,93	6,13	11-41	10-50	10	0,77
Afront. Problema	3,62	0,59	1,4-5	1-5	5	0,50
Afront. Improductivo	2,72	0,48	1,2-4,5	1-5	9	0,53
Afront. en los demás	2,71	0,76	1-5	1-5	4	0,50

*Tabla 1. Índice de Fiabilidad y Estadísticos descriptivos (Tiempo 1) de la Positividad, los Cinco Grandes factores de Personalidad, el Afecto y el Afrontamiento (N=199).*

El alfa de Cronbach nos muestra valores entre 0,71 y 0,82, los cuales son suficientes para garantizar la fiabilidad de las escalas correspondientes. Sólo en el caso

de las escalas de medida del Afrontamiento (0,50-0,53) se obtienen coeficientes de fiabilidad más bajos, aunque en torno al criterio de 0,50 sugerido como una fiabilidad mínimamente aceptable (Nunnally, 1978). Estos valores son consistentes con lo informado por los autores de estas escalas que indican que estos estilos tienen consistencias internas moderadas (Frydenberg y Lewis, 1993; Frydenberg y Rowley, 1998).

### 3.1.1.2. Rendimiento

En cuanto al Rendimiento escolar de los participantes en el último curso académico, la *Tabla 2* indica la distribución de los sujetos en función de las dos categorías o grupos de rendimiento formados: bajo/aceptable y bueno/muy bueno. Los datos muestran una mayor frecuencia de chicos y chicas con un rendimiento bueno o muy bueno. Así, mientras el 57,8% obtiene buenos resultados, el 42,2% informa resultados más bajos.

<b>Grupos de Rendimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo/Aceptable	84	42,2
Bueno/Muy bueno	115	57,8

*Tabla 2. Frecuencia de los grupos de rendimiento pasado (Tiempo 1) (N=199).*

### 3.1.1.3. Conductas de salud

En cuanto a las Conductas de Salud, el número de ítems fue de 7, y los rangos de valores reales y posibles estaban comprendidos en el intervalo 1-4. Las puntuaciones indican que los participantes presentaban valores medios (puntuación media total = 2,83) en las distintas conductas de salud, alcanzándose valores más altos tan sólo en la utilización del cinturón de seguridad y en la realización de actividades para relajarse (ver *Tabla 3*).

<b>Conductas de Salud</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>	<b>Rango real</b>	<b>Rango posible</b>
Alimentación saludable	2,81	0,85	1-4	1-4
Cinturón de seguridad	3,54	0,64	1-4	1-4
Paso de peatones	2,78	0,87	1-4	1-4
Horas de sueño	2,80	0,97	1-4	1-4
Tiempo para relajarse	3,28	0,92	1-4	1-4
Ejercicio físico	2,33	1,11	1-4	1-4
Normas de seguridad	2,25	1,08	1-4	1-4

*Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las conductas de salud (Tiempo 1) (N=199).*

El alfa de Cronbach de esta medida es de 0,34, por lo que se trata de una escala con un coeficiente de fiabilidad más bajo que el obtenido en el resto de instrumentos utilizados en este estudio, resultado esperable si tenemos en cuenta que incluye conductas muy diferentes entre sí.

### **3.1.1.4. Conductas de consumo**

#### *3.1.1.4.1. Consumo de tabaco (frecuencia, personas y situaciones)*

En referencia a la conducta de consumo de tabaco, la *Tabla 4*, muestra la frecuencia y la distribución tanto del consumo como del número de cigarrillos y de personas del entorno que fuman. El 40,2% de los participantes nunca ha tenido consumo de tabaco frente al resto de la muestra que ha fumado alguna vez o a diario. En cuanto al número de cigarrillos consumidos, entre aquellos que fuman (59,8%), la mayoría presenta un consumo de 1 a 5 cigarrillos diarios (61,2%). Por otra parte, más de la mitad de la muestra (52,8%) informó que bastantes o casi todas las personas de su entorno eran consumidores de tabaco.

		Frecuencia	Porcentaje
Consumo	Nunca	80	40,2
	Alguna vez	52	26,1
	De vez en cuando	23	11,6
	Regularmente	4	2,0
	A diario	40	20,1
N° de Cigarrillos diarios	0	132	66,3
	1-5	41	20,6
	6-10	17	8,5
	11-20	8	4,0
	Más de 20	1	0,5
Personas del entorno que fuman	Casi ninguna	15	7,5
	Algunas	79	39,7
	Bastantes	72	36,2
	Casi todas	33	16,6

Tabla 4. Frecuencia del consumo de tabaco, n° de cigarrillos y personas del entorno que fuman (Tiempo 1) (N=199).

Se realizó un análisis factorial para estudiar la estructura de la Escala de situaciones de consumo de tabaco aplicada en el estudio. Las pruebas realizadas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,94) y de Bartlett ( $\chi^2_{(78)}=2533,22$ ;  $p<0,001$ ) confirmaron que la utilización del análisis factorial era un procedimiento estadístico adecuado para agrupar las situaciones en esta muestra. Los datos mostraron una estructura unifactorial, con un factor que explicaba el 67,64% de la varianza común explicada por las situaciones que llevan a los chicos al consumo de tabaco (ver *Tabla 5*). A partir de ahí, se calculó una única puntuación, expresada como la suma de las puntuaciones alcanzadas en los ítems dividida entre el número de ítems, por lo que su rango posible oscila entre 1 y 4. En la *Tabla 5* se puede comprobar también que los participantes presentan unos valores medios en cuanto a poner en marcha conductas de consumo de tabaco en las situaciones más proclives a manifestar tales conductas. La escala presenta un índice de fiabilidad alto (0,96).

Situaciones de Fumar	Pesos Factoriales
1. En fiestas	0,82
2. Ver fumar con satisfacción	0,77
3. Contento y celebrando	0,82
4. En botellones o bares	0,82
5. Con amigos fumadores	0,81
6. En choques emocionales	0,82
7. Nerviosismo y agobios	0,90
8. Frustraciones	0,89
9. Problemas/conflictos familiares	0,88
10. Sentirse deprimido	0,86
11. Sentirse enfadado	0,85
12. Para concentrarse	0,70
13. Pensar en tiempo sin fumar	0,71
% de varianza explicada	67,64
Media (Dt)	1,99 (0,87)
Alfa de Cronbach	0,96

Tabla 5. Datos descriptivos, factoriales y de fiabilidad de la Escala de situaciones de consumo de tabaco (Tiempo 1) (N=199).

#### 3.1.1.4.2. Consumo de alcohol (frecuencia, personas y situaciones)

En referencia a la conducta de consumo de alcohol, la *Tabla 6*, muestra la frecuencia y la distribución tanto del consumo como de la cantidad de bebida ingerida y de personas del entorno que beben. La mayoría de los participantes (83,9%) ha tenido un consumo ocasional de alcohol frente al 10,1% que ha presentado un consumo frecuente y un 6% que nunca ha bebido. En cuanto a la cantidad de bebida consumida, la mayoría de los adolescentes analizados (59,3%) realizan un consumo de al menos una vez al día. Por otra parte, el 40,7% de los chicos informaron que bastantes o casi todas las personas de su entorno eran consumidoras de alcohol.

	Frecuencia	Porcentaje	
Consumo	Nunca	12	6,0
	Ocasional	167	83,9
	Frecuente	20	10,1
Cantidad de bebida diaria	Nunca	63	31,7
	1 vez/día	118	59,3
	2 veces/día	10	5,0
	3 veces/día	8	4,0
Personas del entorno que beben	Casi ninguna	39	19,6
	Algunas	79	39,7
	Bastantes	45	22,6
	Casi todas	36	18,1

Tabla 6. Frecuencia del consumo de alcohol, cantidad de bebida y personas del entorno que beben (Tiempo 1) (N=199).

Como en el consumo de tabaco, se realizó un análisis factorial para estudiar la estructura de la Escala de situaciones de consumo de alcohol aplicada en el estudio. Las

pruebas realizadas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,87) y de Bartlett ( $\chi^2_{(78)}=1874,23$ ;  $p<0,001$ ) confirmaron que la utilización del análisis factorial era un procedimiento estadístico adecuado para agrupar las situaciones en esta muestra. Aplicando el método de componentes principales y rotación Varimax se obtuvieron dos factores que explicaban el 66,36% de la varianza. Por un lado, un factor que recogía situaciones o estados emocionales negativos que llevaban al consumo de alcohol (38,24%), formado por los ítems 6 al 12, ambos inclusive, y por otro, las situaciones positivas o de celebración (28,13%), formado por los ítems 1 al 5. El ítem 13 se incluye en la puntuación total (Media= 1,72; Dt = 0,51;  $\alpha = 0,89$ ), pero no en ninguno de los dos factores o subescalas, por saturar de forma similar en ambos. La media de consumo de alcohol ante situaciones positivas es más alta que la de consumo ante situaciones negativas. El alfa de Cronbach muestra valores de 0,89 (positivas) y 0,92 (negativas), los cuales son suficientes para garantizar la fiabilidad de las dos subescalas (ver *Tabla 7*).

<b>Situaciones de Beber</b>	<b>Factor I Negativas</b>	<b>Factor II Positivas</b>
1. En fiestas	0,07	<b>0,86</b>
2. Ver beber con satisfacción	0,26	<b>0,75</b>
3. Contento y celebrando	0,15	<b>0,82</b>
4. En botellones o bares	0,05	<b>0,87</b>
5. Con amigos bebedores	0,17	<b>0,83</b>
6. En choques emocionales	<b>0,77</b>	0,10
7. Nerviosismo y agobios	<b>0,86</b>	0,14
8. Frustraciones	<b>0,92</b>	0,14
9. Problemas/conflictos familiares	<b>0,89</b>	0,10
10. Sentirse deprimido	<b>0,91</b>	0,08
11. Sentirse enfadado	<b>0,82</b>	0,18
12. Para concentrarse	<b>0,44</b>	0,14
13. Pensar en tiempo sin beber	0,43	0,36
% de varianza explicada	38,23	28,13
Media (Dt)	1,24 (0,53)	2,48 (0,79)
Alfa de Cronbach	0,92	0,89

*Tabla 7. Datos descriptivos, factoriales y de fiabilidad de la Escala de situaciones de consumo de alcohol (Tiempo 1) (N=199)*

### 3.1.2. Datos correlacionales

Las correlaciones entre las distintas variables analizadas se desglosan en varios apartados con el fin de hacer una presentación más clara y didáctica de las mismas. En todos los casos, se incluirá la variable Edad.

#### 3.1.2.1. Personalidad (*Cinco Grandes Factores y Positividad*)

En las correlaciones entre las variables de Personalidad, destacó la relación positiva del Tesón con la Extraversión, Afabilidad, Apertura, Positividad y Edad. Por su parte, la Extraversión, además de con el Tesón, presenta una asociación positiva con la Afabilidad, Apertura y Positividad. El Neuroticismo y la Positividad se relacionan significativamente de forma negativa. En cuanto a la Apertura y la Afabilidad, sus relaciones son significativas y positivas, así como también lo son con la Positividad y la Edad (ver *Tabla 8*).

	Extraversión	Tesón	Neuroticismo	Afabilidad	Apertura	Positividad	Edad
Extraversión	-						
Tesón	0,17*	-					
Neuroticismo	0,06	0,05	-				
Afabilidad	0,29***	0,48***	-0,03	-			
Apertura	0,37***	0,48***	0,01	0,34***	-		
Positividad	0,40***	0,26***	-0,26***	0,15*	0,20**	-	
Edad	0,08	0,34***	0,00	0,15*	0,22**	0,08	-

*Tabla 8. Correlaciones entre las variables de Personalidad y la edad (Tiempo 1) (N=199).*

*Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$*

#### 3.1.2.2. Afecto y Afrontamiento

Como indican los datos que figuran en la *Tabla 9*, el Afecto Positivo se relaciona positivamente con las estrategias de Afrontamiento centradas en el problema y de búsqueda de apoyo en los demás, así como con la Edad, de tal forma que a mayor edad mayor Afecto Positivo. Sin embargo, la dimensión afectiva negativa, presenta una relación significativa con el Afrontamiento Improductivo, lo cual muestra cómo la afectividad negativa se asocia con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento más desadaptativas. Estrategias más adaptativas, como afrontar los problemas y buscar el apoyo en los demás, presentan una correlación positiva entre ellas.

	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Afrontam. Problema	Afrontam. Improductivo	Afrontam. los demás	Edad
<b>Afecto Positivo</b>	-					
<b>Afecto Negativo</b>	-0,06	-				
<b>Afrontam. Problema</b>	0,53***	-0,09	-			
<b>Afrontam. Improductivo</b>	-0,06	0,54***	-0,17*	-		
<b>Afrontam. en los demás</b>	0,31***	0,17*	0,31***	0,11	-	
<b>Edad</b>	0,17*	0,01	0,09	-0,11	0,19**	-

Tabla 9. Correlaciones entre el Afecto y el Afrontamiento (Tiempo 1) incluyendo la edad (N=199). Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

### 3.1.2.3. Personalidad, Afecto y Afrontamiento

Los datos correlacionales muestran cómo el Afecto Positivo mantiene una relación significativa y positiva con Extraversión, Afabilidad, Tesón, Apertura y Positividad. Sin embargo, el Afecto Negativo presenta una relación positiva con el Neuroticismo y negativa con la Extraversión y la Positividad. En cuanto a las estrategias de Afrontamiento, son las centradas en el problema y en los demás las que mantienen una correlación positiva y significativa con todas las variables de personalidad a excepción del Neuroticismo, el cual sí se relaciona con las estrategias de afrontamiento de carácter improductivo. Este estilo de afrontamiento también se relaciona negativamente con Positividad. La Edad muestra una relación positiva y significativa con el Tesón, la Apertura, la Afabilidad, el Afecto positivo y el Afrontamiento centrado en los demás (ver *Tabla 10*).

	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Afrontamiento Problema	Afrontamiento Improductivo	Afrontamiento en los demás
<b>Extraversión</b>	0,65***	-0,12**	0,32***	-0,10	0,28***
<b>Tesón</b>	0,48***	0,09	0,44***	-0,03	0,33***
<b>Neuroticismo</b>	0,09	0,68***	-0,09	0,52***	0,09
<b>Afabilidad</b>	0,38**	0,06	0,26***	0,07	0,21**
<b>Apertura</b>	0,54***	-0,03	0,48***	-0,04	0,15**
<b>Positividad</b>	0,42***	-0,36***	0,34***	-0,39***	0,25**

Tabla 10. Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto y el Afrontamiento (Tiempo 1) (N=199). Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

### 3.1.2.4. Personalidad, Afecto y Afrontamiento con Rendimiento

Los datos de las correlaciones que figuran en la *Tabla 11* muestran que el Rendimiento Pasado se relaciona de forma significativa y positiva con el Tesón, la Apertura y el Afrontamiento centrado en el problema.

	<b>Rendimiento Pasado</b>		<b>Rendimiento Pasado</b>
<b>Extraversión</b>	- 0,12	<b>Afecto Positivo</b>	0,04
<b>Tesón</b>	0,48**	<b>Afecto Negativo</b>	0,09
<b>Neuroticismo</b>	-0,05	<b>Afrontamiento Problema</b>	0,15*
<b>Afabilidad</b>	0,09	<b>Afrontamiento Improductivo</b>	-0,002
<b>Apertura</b>	0,26**	<b>Afrontamiento en los Demás</b>	0,04
<b>Positividad</b>	0,04	<b>Edad</b>	0,01

Tabla 11. Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento y el Rendimiento Pasado incluyendo la edad (Tiempo 1) (N=199). Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

### 3.1.2.5. Personalidad, Afecto y Afrontamiento con Conductas de salud

El análisis de las correlaciones entre la Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento, la Edad y las conductas de Salud (T1) muestra cómo la Alimentación saludable se asocia tanto de forma significativa y positiva con la Extraversión, el Tesón, la Apertura, la Positividad, el Afecto positivo y el Afrontamiento centrado en los problemas o productivo, como de forma significativa y negativa con el Afecto negativo y el Afrontamiento Improductivo. La utilización de los Pasos de peatones, se relaciona de manera positiva con el Tesón. En cuanto a las Horas de sueño presenta, por una parte, una relación significativamente directa con la Positividad y el Afrontamiento centrado en el problema y, por otra parte, una relación significativa y negativa con el Afecto negativo. El Ocio y/o tiempo para relajarse muestra una relación positiva con la Extraversión, la Positividad y el Afecto positivo, y una relación negativa con el Afecto negativo y la Edad. La realización de Ejercicio físico presenta una correlación significativa y positiva con la Extraversión, la Positividad, el Afecto positivo y el Afrontamiento centrado en el problema, así como una correlación significativa y negativa con el Afecto negativo y el Afrontamiento improductivo. Por último, el seguimiento de las Normas de seguridad muestra una relación significativa y positiva con el Tesón, la Afabilidad, la Apertura, la Positividad, el Afrontamiento centrado en los demás y la Edad (ver *Tabla 12*).

	Alimentación saludable	Cinturón seguridad	Paso peatones	Horas de sueño	Ocio/Tiempo para relajarse	Ejercicio físico	Normas de seguridad
<b>Extraversión</b>	0,18**	0,02	-0,05	0,10	0,27***	0,24***	0,07
<b>Tesón</b>	0,30***	0,04	0,15*	0,12°	-0,13°	-0,08	0,24***
<b>Neuroticismo</b>	-0,13°	-0,03	-0,07	-0,09	-0,03	-0,13°	-0,12°
<b>Afabilidad</b>	0,09	0,01	0,13°	0,06	0,04	-0,04	0,16*
<b>Apertura</b>	0,23***	0,13°	0,06	0,07	0,08	0,12°	0,17*
<b>Positividad</b>	0,24***	-0,11	-0,04	0,17*	0,14*	0,17*	0,18*
<b>Afecto Positivo</b>	0,26***	0,09	0,04	0,10	0,17*	0,18**	0,12°
<b>Afecto Negativo</b>	-0,22***	0,06	-0,03	-0,23***	-0,15*	-0,25***	-0,04
<b>Afr. Problema</b>	0,26***	0,03	0,03	0,15*	0,04	0,44***	0,13°
<b>Afr. Improduct.</b>	-0,21***	-0,03	-0,11	-0,11	-0,01	-0,24***	-0,13°
<b>Afr. Demás</b>	0,04	0,11	0,13°	0,13°	0,09	-0,002	0,23***
<b>Edad</b>	0,06	0,09	0,02	0,02	-0,16*	-0,06	0,24***

Tabla 12. Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento y las Conductas de salud incluyendo la edad (Tiempo 1) (N=199). Notas: °  $p < 0,10$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

### 3.1.2.6. Personalidad, Afecto y Afrontamiento con Conductas de consumo

Los datos de las correlaciones que figuran en la *Tabla 13* indican que la Extraversión mantiene una relación significativa y positiva con el consumo de alcohol, la cantidad de bebida ingerida y las situaciones de beber positivas. El Tesón, sin embargo, únicamente se relaciona de forma significativa y negativa con las personas del entorno que fuman. En cuanto al Neuroticismo, el consumo de tabaco y el número de cigarrillos, son las variables con las que presenta una relación significativa y positiva. La Apertura muestra una relación significativa y positiva con la puntuación total en situaciones de fumar, mientras que la Positividad lo hace con las situaciones de beber positivas, presentando además, una relación significativa y negativa con el consumo de tabaco y con el número de cigarrillos. El Afecto positivo no presenta relación significativa con el consumo de tabaco, sin embargo, muestra una relación significativa y positiva con el consumo de alcohol y con la cantidad de bebida ingerida por parte de los participantes de la muestra.

En referencia a las estrategias de Afrontamiento, el afrontamiento centrado en el problema presenta una relación significativa y negativa con el consumo de tabaco, el número de cigarrillos y las personas del entorno que fuman. Por su parte, el afrontamiento improductivo muestra una relación significativa y positiva tanto con el consumo de tabaco, el número de cigarrillos consumidos, las personas del entorno que

fuman y la puntuación total en situaciones de fumar, como con la cantidad de bebida ingerida.

La variable Edad se relaciona de forma significativa y positiva con el consumo de tabaco, el número de cigarrillos, las situaciones de fumar total y el consumo de alcohol. Además, mantiene una relación marginalmente significativa con la cantidad de bebida ingerida.

	Consumo tabaco	Nº Cigarrillos	Personas que fuman	Situación fumar total	Consumo de alcohol	Cantidad de bebida	Situación beber positiva	Situación beber negativa
<b>Extraversión</b>	0,08	0,07	0,07	0,11	0,16*	0,17*	0,25**	0,02
<b>Tesón</b>	-0,03	-0,07	-0,17**	0,05	-0,07	0,05	-0,11	-0,02
<b>Neuroticismo</b>	0,18**	0,15**	0,13	0,05	0,04	0,02	0,07	-0,001
<b>Afabilidad</b>	-0,01	-0,08	-0,11	0,10	-0,01	0,09	0,04	-0,001
<b>Apertura</b>	0,02	0,00	-0,06	0,16*	0,01	0,08	0,07	0,001
<b>Positividad</b>	-0,19**	-0,19**	-0,09	-0,05	0,02	0,01	0,15*	0,01
<b>Afecto Positivo</b>	0,09	0,06	-0,03	0,11	0,15*	0,16*	0,14	0,03
<b>Afecto Negativo</b>	0,04	0,03	0,06	0,08	-0,05	-0,07	-0,07	-0,001
<b>Afr. Problema</b>	-0,20**	-0,16**	-0,19**	0,01	-0,04	-0,07	-0,11	0,05
<b>Afr. Improduct.</b>	0,27***	0,20**	0,19**	0,27***	0,07	0,15*	0,07	0,03
<b>Afr. Demás</b>	0,03	0,05	-0,06	0,16*	0,06	0,06	0,00	0,04
<b>Edad</b>	0,28***	0,24***	-0,01	0,17*	0,14*	0,13 <sup>o</sup>	-0,03	-0,08

Tabla 13. Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento y las Conductas de consumo (Tiempo 1) incluyendo la Edad (N=199). Notas: <sup>o</sup>  $p < 0,07$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 3.1.3. Diferencias de sexo

Para probar los efectos principales del sexo se realizaron tres análisis multivariados de varianza de un factor (MANOVA), usando la Lambda de Wilks como criterio de significación, tomando como variables dependientes, en el primer caso, las variables de Personalidad, Afecto y Afrontamiento; en el segundo, las Conductas de salud; y en el tercero, las Conductas de consumo.

#### 3.1.3.1. Personalidad, Afecto y Afrontamiento

En el primer análisis, como se ha indicado, se estudiaron las diferencias en Personalidad (los Cinco Grandes y Positividad), Afecto (Positivo y Negativo) y Afrontamiento (Afrontamiento centrado en el problema, Afrontamiento Improductivo y Afrontamiento centrado en los demás) (ver *Tabla 14*). Los resultados mostraron que las

variables combinadas fueron afectadas significativamente por el sexo [Wilk's  $\lambda=0,75$ ;  $F_{(11,188)}= 5,73$ ,  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,252$ ].

Como puede verse en los análisis univariados, las chicas presentaban puntuaciones significativamente más elevadas que los chicos en Tesón, Neuroticismo, Afabilidad, Afecto Negativo y Afrontamiento Improductivo (en este caso, de forma marginal), y más bajas en Apertura y Afrontamiento centrado en el problema, no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos en Extraversión, Positividad, Afecto Positivo y Afrontamiento centrado en los demás. El tamaño de los efectos de estas diferencias significativas es pequeño, excepto en el caso del Neuroticismo que se acerca a un valor moderado (Cohen, 1988).

Variables	Chicos (N=96)	Chicas (N=103)	F <sub>(1,198)</sub>	$\eta^2_p$
Extraversión	47,35 (7,27)	46,74 (5,76)	0,44	0,002
Tesón	42,71 (7,33)	45,08 (7,48)	5,09*	0,025
Neuroticismo	30,99 (7,59)	35,29 (8,45)	14,27***	0,068
Afabilidad	47,94 (6,56)	50,33 (6,39)	6,80**	0,033
Apertura	42,19 (6,92)	40,01 (6,94)	4,90*	0,024
Positividad	30,66 (4,38)	30,02 (4,80)	0,95	0,005
Afecto Positivo	36,43 (5,43)	36,73 (5,75)	0,14	0,001
Afecto Negativo	23,78 (5,57)	26,01 (6,47)	6,75**	0,033
Afrontamiento Problema	3,76 (0,52)	3,50 (0,62)	9,75**	0,047
Afrontamiento Improductivo	2,66 (0,51)	2,79 (0,44)	2,97°	0,015
Afrontamiento en los demás	2,66 (0,78)	2,76 (0,75)	0,77	0,004

Tabla 14. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) de la variable Sexo sobre Personalidad, Afecto y Afrontamiento (Tiempo 1) (N= 199). Nota: °  $p<0,08$ ; \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ .

### 3.1.3.2. Conductas de Salud

El segundo MANOVA estudió las diferencias en las Conductas de Salud en función del Sexo. Los resultados mostraron que las variables combinadas fueron afectadas significativamente por este factor [Wilk's  $\lambda=0,84$ ;  $F_{(8,191)}= 5,21$ ,  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,16$ ].

Como puede verse en la Tabla 15, los chicos realizaban más ejercicio físico y utilizaban en mayor medida el cinturón de seguridad que las chicas, presentando, en general, más conductas de salud que ellas. El tamaño de estos efectos es pequeño, excepto en el caso del ejercicio físico que sería medio (Cohen, 1988).

Variables	Chicos (N=96)	Chicas (N=103)	F <sub>(1,198)</sub>	η <sup>2</sup> p
Conductas de salud total	2,94 (0,40)	2,72 (0,41)	13,98***	0,066
Alimentación saludable	2,92 (0,85)	2,71 (0,84)	3,01°	0,015
Cinturón de seguridad	3,68 (0,53)	3,42 (0,71)	8,45**	0,041
Paso de peatones	2,78 (0,93)	2,78 (0,80)	0,001	0,000
Horas de sueño	2,82 (0,91)	2,78 (1,01)	0,11	0,001
Ocio	3,29 (0,90)	3,26 (0,94)	0,05	0,000
Ejercicio físico	2,73 (1,10)	1,96 (0,98)	27,13***	0,121
Normas de seguridad	2,34 (1,08)	2,17 (1,07)	1,37	0,007

Tabla 15. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) de la variable Sexo sobre las Conductas de salud (Tiempo 1) (N= 199).

Nota: ° p<0,08; \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001.

### 3.1.3.3. Conductas de Consumo

El tercer MANOVA se centró en estudiar el Sexo sobre las Conductas de Consumo medidas. El análisis mostró que las variables combinadas fueron parcialmente afectadas por este factor [Wilk's  $\lambda=0,91$ ;  $F_{(10,189)}= 1,76$ ,  $p<0,07$ ;  $\eta^2_p = 0,086$ ].

En referencia a los efectos encontrados (ver *Tabla 16*), las chicas fumaban más y tendían a estar rodeadas de más personas que fuman. En cuanto al consumo de alcohol, no hubo diferencias entre ambos sexos, aunque los chicos tendían a informar de más personas de su entorno que bebían. No existían diferencias significativas entre sexos en cuanto a las situaciones que llevaban al consumo de tabaco, ni tampoco entre las de carácter positivo (p.ej., situaciones de alegría, salir de fiesta, etc.) que favorecían el consumo de alcohol. No obstante, sí se observó una tendencia ( $p<0,07$ ) a un mayor consumo de alcohol de los chicos ante situaciones de beber negativas. El tamaño de los efectos de estas diferencias significativas son, en cualquier caso, pequeños (Cohen, 1988).

Variables	Chicos (N=96)	Chicas (N=103)	F <sub>(1,198)</sub>	η <sup>2</sup> p
Consumo de tabaco	1,05 (1,45)	1,64 (1,53)	7,77***	0,038
Cigarrillos	0,43 (0,90)	0,61 (0,81)	2,35	0,012
Personas del entorno que fuman	2,50 (0,81)	2,73 (0,88)	3,63°	0,018
Consumo de alcohol	1,83 (0,82)	1,92 (0,51)	0,69	0,003
Cantidad de bebidas	1,84 (0,74)	1,80 (0,67)	0,33	0,002
Personas del entorno que beben	2,52 (0,97)	2,27 (1,01)	3,12°	0,016
Situaciones de fumar total	1,98 (0,91)	1,99 (0,83)	0,008	0,000
Situaciones de beber positivas	2,50 (0,84)	2,48 (0,75)	0,025	0,000
Situaciones de beber negativas	1,32 (0,57)	1,18 (0,50)	3,26°	0,016

Tabla 16. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) de la variable Sexo sobre las Conductas de consumo (Tiempo 1)

(N= 199). Nota: ° p<0,07; \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001.

### 3.1.4. Resumen datos preliminares Tiempo 1

Los datos preliminares del Tiempo 1, apuntan que las escalas utilizadas en este estudio presentan un aceptable índice de fiabilidad. Dichos datos, además, indican cómo poco más de la mitad de los participantes obtiene un buen rendimiento académico y unos valores medios en las conductas de salud, así como en poner en marcha conductas de consumo en las situaciones más proclives a manifestar tales conductas. En este sentido, la media de consumo de alcohol ante situaciones positivas es más alta que la de consumo ante situaciones negativas.

Por su parte, los datos correlacionales muestran, en general (*ver Cuadro 5*), que los factores de Personalidad (Cinco Grandes Factores y Positividad), el Afecto (negativo y positivo), el Afrontamiento, las Conductas de salud y las Situaciones de Consumo, se presentan como variables con relaciones significativas entre ellas (tanto de carácter positivo como negativo). En referencia a estos datos, hay que destacar que el Afecto Positivo suele relacionarse significativamente de forma directa con Extraversión, Afabilidad, Tesón, Apertura y Positividad, mientras que lo hace de forma negativa o inversa con el Neuroticismo. Del mismo modo, las estrategias de Afrontamiento más adaptativas (Afrontamiento centrado en los problemas y en los demás) se relacionan de forma positiva con todas las variables personales a excepción del Neuroticismo, en cuyo caso se establece una asociación positiva con el Afrontamiento Improductivo. Tales estrategias adaptativas también correlacionan positivamente con menor consumo de tabaco, siendo una vez más el Afrontamiento Improductivo el que se relaciona con un mayor consumo. En cuanto a las Conductas de salud, la Extraversión, el Tesón, la Apertura y la Positividad, así como el Afecto positivo y las estrategias de Afrontamiento más adaptativas, se relacionan de forma significativa y positiva con las conductas más saludables (alimentación adecuada, utilización de paso de peatones, realización de ejercicio físico, seguimiento de normas de seguridad, etc.). Por otra parte, son el Afecto negativo, el Neuroticismo y el Afrontamiento Improductivo, las variables que muestran una relación más negativa con tales conductas protectoras de la salud.

En referencia al Rendimiento, éste muestra una relación positiva con el Tesón, la Apertura y el Afrontamiento centrado en el problema.

Si nos fijamos en la variable Edad, se ha comprobado que presenta una relación significativa y positiva con el Tesón, la Afabilidad, la Apertura, el Afecto positivo, el Afrontamiento centrado en los demás, el seguimiento de Normas de seguridad y el Consumo de alcohol y tabaco, mostrando una relación negativa con el Ocio y/o tiempo para relajarse.

En cuanto a las diferencias respecto al sexo (ver *Cuadro 6*), los MANOVA efectuados muestran que las chicas obtienen puntuaciones más elevadas que los chicos en Tesón, Neuroticismo, Afabilidad, Afecto Negativo y Afrontamiento Improductivo, siendo ellos los que puntúan más alto en Apertura y en el uso de estrategias centradas en el Problema. Además, los chicos realizan más ejercicio físico, siguen una alimentación más saludable, utilizan más el cinturón de seguridad y ponen en marcha más conductas de salud que ellas. En referencia al consumo de tabaco, las chicas de esta muestra fuman más que los chicos, aunque no hay diferencias significativas entre sexos en cuanto a las situaciones que llevan a dicho consumo. En el caso del consumo de alcohol, no hay diferencias entre ambos sexos, aunque los chicos tienden a tener más personas en su entorno que beben y, a consumir más alcohol en situaciones de carácter negativo que las chicas. En conjunto, los tamaños de los efectos encontrados en cuanto a las diferencias en función del sexo son pequeños o moderados.

	Rendimiento pasado	Alimentación saludable	Paso de peatones	Horas de sueño	Ocio/tiempo para relajarse	Ejercicio físico	Normas de seguridad	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	Personas que fuman	Situación fumar total	Situación beber positiva
<b>Extraversión</b>		+			+	+			+			+
<b>Tesón</b>	+	+	+				+			-		
<b>Neuroticismo</b>								+				
<b>Afabilidad</b>							+					
<b>Apertura</b>	+	+					+					
<b>Positividad</b>		+		+	+	+	+	-				
<b>Afecto Positivo</b>		+			+	+			+			
<b>Afecto Negativo</b>		-		-	-	-						
<b>Afr. Problema</b>	+	+				+		-		-		
<b>Afr. Improduct.</b>		-				-		+		+	+	
<b>Afr. Demás</b>							+				+	
<b>Edad</b>					-		+	+	+		+	

Cuadro 5. Resultados significativos de las correlaciones entre las variables del TI. Nota: +: relación significativa y positiva; -: relación significativa y negativa.

GRUPOS DE VARIABLES	SEXO	
	CHICOS	CHICAS
<b>PERSONALIDAD Y AFECTO</b>		
TESÓN		*
NEROTICISMO		***
AFABILIDAD		**
APERTURA	*	
AFECTO NEGATIVO		**
<b>AFRONTAMIENTO</b>		
AFRONTAMIENTO PROBLEMA	**	
AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO		0
<b>CONDUCTAS SALUD</b>		
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	0	
CINTURÓN SEGURIDAD	**	
EJERCICIO FÍSICO	***	
CONDUCTAS SALUD TOTAL	***	
<b>CONDUCTAS CONSUMO</b>		
CONSUMO TABACO		***
PERSONAS ENTORNO QUE FUMAN		0
PERSONAS ENTORNO QUE BEBEN	0	

Cuadro 6. Resumen de diferencias en función del sexo en T1.

Notas: (1) Se incluyen sólo variables donde los MANOVAS son significativos o marginalmente significativos; (2) La significación se ha recogido en la columna correspondiente al sexo con la puntuación más alta en la variable analizada; (3) °  $p < 0,08$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 3.2. TIEMPO 2: Datos preliminares

Como ya se ha informado, el *Tiempo 2 (T2)*, supuso la cumplimentación de la batería de pruebas durante el período de realización de exámenes, es decir, en situación de posible estrés y dos meses después, aproximadamente, de la primera aplicación.

En este momento temporal se procedió a la medida de las siguientes variables (consultar *Cuadro 4*): Afecto, Afrontamiento, Rendimiento actual, Alimentación saludable, Horas de sueño, Ocio/Tiempo para relajarse, Ejercicio físico, Conductas de salud Total, Cambio en frecuencia de consumo de tabaco, Cambio en cantidad de nº de cigarrillos, Cambio en frecuencia de consumo de alcohol y Cambio en cantidad de bebidas ingeridas.

#### 3.2.1. Datos descriptivos

##### 3.2.1.1. Afecto y afrontamiento

Como se muestra en la *Tabla 17* los valores alcanzados por la muestra en las variables de Afectividad y Afrontamiento, indicaron la obtención de unas puntuaciones medias-altas por parte de la mayoría de los participantes, no obstante en el caso del Afecto Negativo las puntuaciones fueron un poco más bajas, alrededor de la media.

VARIABLES	Media	Desviación Típica	Rango Real	Rango Posible	Nº de Ítems
Afecto Positivo	34,86	5,50	18-50	10-50	10
Afecto Negativo	25,95	6,33	10-45	10-50	10
Afrontamiento Problema	3,50	0,58	1,4-4,8	1-5	5
Afrontamiento Improductivo	2,63	0,51	1,56-4,33	1-5	9
Afrontamiento en los demás	2,67	0,77	1-4,75	1-5	4

*Tabla 17. Índice de Fiabilidad y Estadísticos descriptivos (Tiempo 2) del Afecto y el Afrontamiento(N=184)*

### 3.2.1.2. Rendimiento

En cuanto al Rendimiento Académico Actual, la *Tabla 18* indica la distribución en los dos grupos de rendimiento, mostrándose una mayor frecuencia de chicos y chicas con un rendimiento presente bajo o aceptable. En el Tiempo 2, los participantes presentan una disminución en el rendimiento (actual) frente al medido en el Tiempo 1 (pasado). No obstante, la diferencia entre los dos grupos de distribución no es amplia, pues un 46,2% de los chicos informan de un rendimiento bueno o muy bueno frente a un 53,8% con un rendimiento bajo o aceptable.

Grupos de Rendimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo/Aceptable	99	53,8
Bueno/Muy bueno	85	46,2

*Tabla 18. Frecuencia de los grupos de rendimiento actual (Tiempo 2) (N=184)*

### 3.2.1.3. Conductas de salud

En cuanto a las Conductas de Salud, las puntuaciones indicaron que los participantes presentan valores medios (puntuación media total=2,56) en las distintas conductas de salud, siendo la puntuación más baja la obtenida para la realización de ejercicio físico (ver *Tabla 19*).

Conductas de Salud	Media	Desviación Típica	Rango Real	Rango Posible
Alimentación saludable	2,46	0,92	1-4	1-4
Horas de sueño	2,62	1,00	1-4	1-4
Ocio	2,99	0,92	1-4	1-4
Ejercicio físico	2,18	1,05	1-4	1-4

*Tabla 19. Estadísticos descriptivos de las conductas de salud. (Tiempo 2) (N=184).*

### 3.2.1.4. Conductas de consumo

#### 3.2.1.4.1. Consumo de tabaco

Los resultados siguientes (ver *Tabla 20*) muestran los cambios de consumo y de la frecuencia del mismo en situación de exámenes. La mayoría de los participantes mantienen el consumo habitual y con el mismo número de cigarrillos (1-5 cigarrillos

diarios), aunque el 27,8% de los que fuman aumentan su consumo con respecto a las situaciones de menor estrés.

		Frecuencia	Porcentaje
Consumo	Nunca	130	70,7
	Igual	39	21,2
	Más	11	6
	Mucho más	4	2,2
Nº de Cigarrillos	0	133	72,3
	1-5	28	15,2
	6-10	17	9,2
	11-20	6	3,3

Tabla 20. Frecuencia del consumo de tabaco y nº de cigarrillos (Tiempo 2) (N=184).

#### 3.2.1.4.2. Consumo de alcohol

En cuanto a los cambios en la frecuencia y en el consumo de alcohol, los participantes tienden a mantener un consumo de bebida similar, así como la cantidad de la misma a pesar de encontrarse en una situación de estrés como son los períodos de realización de exámenes (ver *Tabla 21*).

		Frecuencia	Porcentaje
Consumo	Nunca	68	37
	Igual	110	59,8
	Más	2	1,1
	Mucho más	4	2,2
Cantidad de Bebida	Nunca	129	70,1
	1 vez	48	26,1
	2 veces	5	2,7
	3 o más veces	2	1,1

Tabla 21. Frecuencia del consumo de alcohol y cantidad de bebida (Tiempo 2) (N=184).

### 3.2.2. Datos correlacionales

#### 3.2.2.1. Afecto y Afrontamiento

Como indican los datos que figuran en la *Tabla 22*, el Afecto Positivo se relaciona positivamente con la estrategia de Afrontamiento centrada en los problemas y con el Afrontamiento centrado en los demás, así como con la Edad, de tal forma que a mayor edad mayor Afecto Positivo. Sin embargo, la dimensión afectiva negativa, presenta una relación significativa y positiva con el Afrontamiento Improductivo y

negativa con el Afrontamiento centrado en los problemas, lo cual muestra cómo este polo afectivo se asocia con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento más desadaptativas. El afrontamiento dirigido a buscar el apoyo en los demás correlaciona significativa y positivamente con los otros dos tipos de afrontamiento, aunque esa relación es más relevante en el caso del centrado en los problemas ( $p < 0,001$ ) que en el improductivo ( $p < 0,05$ ).

	<b>Afecto Positivo</b>	<b>Afecto Negativo</b>	<b>Afrontam. Problema</b>	<b>Afrontam. Improductivo</b>	<b>Afrontam. en los demás</b>	<b>Edad</b>
<b>Afecto Positivo</b>	-					
<b>Afecto Negativo</b>	-0,09	-				
<b>Afr. Problema</b>	0,63 <sup>***</sup>	-0,32 <sup>***</sup>	-			
<b>Afr. Improductivo</b>	-0,03	0,51 <sup>***</sup>	-0,09	-		
<b>Afr. los demás</b>	0,40 <sup>***</sup>	0,15 <sup>*</sup>	0,37 <sup>***</sup>	0,18 <sup>*</sup>	-	
<b>Edad</b>	0,15 <sup>*</sup>	0,13	-0,03	-0,00	0,11	-

Tabla 22. Correlaciones entre el Afecto y el Afrontamiento incluyendo la edad (Tiempo 2) (N=184). Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 3.2.2.2. Personalidad, Afecto y Afrontamiento

Las correlaciones entre Personalidad (medida en el Tiempo 1) y Afecto y Afrontamiento (medidos en el Tiempo 2) muestran que el Afecto Positivo mantiene una relación significativa y positiva con todas las variables de personalidad a excepción del Neuroticismo. Por su parte, el Afecto Negativo se relaciona positivamente con el Neuroticismo y negativamente con Extraversión y Positividad. En cuanto a las estrategias de Afrontamiento, son las centradas en el problema las que mantienen una correlación positiva y significativa con todas las variables de personalidad a excepción del Neuroticismo; mientras que las de carácter improductivo se relacionan positivamente con Neuroticismo y negativamente con Positividad. Finalmente, Extraversión, Tesón y Positividad se relacionan con el Afrontamiento hacia los demás (ver Tabla 23).

	Tiempo 2				
	Afecto Positivo	Afecto Negativo	Afrontam. Problema	Afrontam. Improductivo	Afrontam. en los demás
Extraversión	0,56***	-0,22**	0,44***	-0,13	0,24***
Tesón	0,37***	0,09	0,20**	-0,01	0,28***
Neuroticismo	-0,03	0,54***	-0,12	0,39***	0,14
Afabilidad	0,28***	0,12	0,15*	0,12	0,14
Apertura	0,41***	-0,05	0,34***	-0,06	0,03
Positividad	0,44***	-0,38***	0,36***	-0,30***	0,20**

Tabla 23. Correlaciones entre las variables de Personalidad y el Afecto y el Afrontamiento (Tiempo 2) (N=184). Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

### 3.2.2.3. Personalidad, Afecto, Afrontamiento con Conductas de Consumo

Los resultados de las correlaciones que figuran en la *Tabla 24* indican que el Tesón se relaciona negativamente con el consumo de alcohol y la cantidad de bebida consumida, mientras que la Positividad se asocia de forma negativa con el consumo de tabaco y el número de cigarrillos. Estas dos variables relacionadas con el consumo de tabaco se relacionan positivamente con el Afrontamiento Improductivo. En cuanto a la influencia de las distintas situaciones, son las situaciones de fumar las que se relacionan con un mayor consumo de tabaco y un más alto número de cigarrillos consumidos. De la misma forma, son las situaciones de beber positivas, como pueden ser la asistencia a fiestas, reuniones de amigos, etc., las que llevan a los chicos a un mayor consumo de alcohol y a un consumo más elevado de bebidas alcohólicas. En relación con este resultado estaría la correlación significativa y positiva entre Afecto Positivo con consumo de alcohol y cantidad de bebida. Finalmente, el Afecto Negativo se asocia negativamente con consumo de alcohol.

	Tiempo 2			
	Consumo tabaco	Nº Cigarrillos	Consumo de Alcohol	Cantidad de bebida
<b>Extraversión</b>	0,07	0,05	0,14	0,03
<b>Tesón</b>	-0,07	-0,02	-0,20**	-0,18**
<b>Neuroticismo</b>	0,17**	0,12	-0,05	-0,07
<b>Afabilidad</b>	-0,07	0,05	-0,07	-0,04
<b>Apertura</b>	-0,03	-0,03	-0,06	0,02
<b>Positividad</b>	-0,18**	-0,15*	0,04	-0,01
<b>Afecto Positivo</b>	0,02	0,08	0,15*	0,15*
<b>Afecto Negativo</b>	0,05	0,05	-0,16*	-0,08
<b>Afrontamiento Problema</b>	-0,13	-0,08	0,14	0,02
<b>Afrontamiento Improductivo</b>	0,19*	0,17*	0,04	0,00
<b>Afrontamiento en los Demás</b>	0,00	-0,00	0,04	0,01
<b>Situación fumar total</b>	0,49***	0,41***	0,10	0,07
<b>Situación beber positiva</b>	0,19**	0,13	0,29***	0,26***
<b>Situación beber negativa</b>	-0,11	-0,09	-0,01	0,04

Tabla 24. Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento con las Conductas de consumo. (N=184). Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

#### 3.2.2.4. Personalidad, Afecto, Afrontamiento con Conductas de salud

Los datos de las correlaciones entre las variables que se muestran en la *Tabla 25*, indican cómo la Alimentación saludable mantiene una relación significativa y positiva con la Extraversión, la Positividad, el Afecto (positivo y negativo) y el Afrontamiento centrado en el problema, así como una relación significativa y negativa con el Neuroticismo y el Afrontamiento improductivo. En cuanto a las Horas de sueño, presentó una relación positiva con la Extraversión y el Afrontamiento centrado en el problema, una relación negativa con el Afecto negativo y una relación marginalmente significativa y negativa con la Afabilidad. El Ocio o tiempo para relajarse es una variable que mostró una relación significativa en sentido positivo con la Extraversión, el Afecto positivo y el Afrontamiento centrado en el problema, así como una relación significativa e inversa con el Tesón y el Afecto negativo. Además, mantuvo una asociación marginalmente significativa y negativa con la Edad.

El Ejercicio físico presentó una relación significativa y positiva con la Extraversión, la Positividad, el Afecto positivo y el Afrontamiento centrado en el problema, y una relación significativa y negativa con el Afecto negativo y el

Afrontamiento improductivo, así como una relación marginalmente significativa y negativa con el Neuroticismo.

En referencia a la puntuación total en Conducta de salud en este momento de análisis, indicaron una asociación positiva con la Extraversión, el Afecto positivo, la Positividad y el Afrontamiento centrado en los problemas, y una asociación negativa con el Afecto negativo y el Afrontamiento improductivo. Además también presentaron tales conductas una relación marginalmente significativa y negativa con la Afabilidad.

	Alimentación saludable	Horas sueño	Ocio/tiempo relajarse	Ejercicio físico	Conductas de salud total
<b>Extraversión</b>	0,19**	0,14*	0,20**	0,19**	0,28***
<b>Tesón</b>	-0,09	-0,10	-0,15**	-0,03	-0,07
<b>Neuroticismo</b>	-0,16*	0,04	0,01	-0,12°	-0,09
<b>Afabilidad</b>	-0,05	-0,12°	-0,09	-0,06	-0,13°
<b>Apertura</b>	0,09	-0,05	0,08	0,09	0,08
<b>Positividad</b>	0,23**	0,09	0,10	0,26***	0,26***
<b>Afecto Positivo</b>	0,19***	0,03	0,15**	0,19**	0,22**
<b>Afecto Negativo</b>	0,30***	-0,18*	-0,19**	-0,19**	-0,33***
<b>Afr. Problema</b>	0,21**	0,19**	0,17**	0,40***	0,39***
<b>Afr. Improduct.</b>	-0,26***	-0,05	-0,02	-0,17**	-0,19**
<b>Afr. Demás</b>	-0,01	0,08	-0,04	0,11	0,06
<b>Edad</b>	-0,02	-0,03	-0,13°	-0,04	-0,08

Tabla 25. Correlaciones entre las variables de Personalidad, el Afecto, el Afrontamiento y las Conductas de consumo (Tiempo 2) incluyendo la Edad (N=184). Notas: °  $p < 0,07$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

### 3.2.2.5. Personalidad, Afecto, Afrontamiento y Edad con Rendimiento Actual

Los datos de las correlaciones que se muestran en la *Tabla 26* indican que el Rendimiento Actual, al igual que el Rendimiento Pasado (ver *Tabla 11*), se relaciona de forma significativa y positiva con el Tesón, la Apertura, y el Afrontamiento centrado en el problema. No obstante, en esta ocasión (situación de mayor estrés), el Rendimiento presentó además una asociación positiva con la Edad, el Afrontamiento en los Demás y el Afecto Positivo.

	<b>Rendimiento Actual</b>		<b>Rendimiento Actual</b>
<b>Extraversión</b>	0,06	<b>Afecto Positivo</b>	0,25 <sup>**</sup>
<b>Tesón</b>	0,34 <sup>**</sup>	<b>Afecto Negativo</b>	0,001
<b>Neuroticismo</b>	-0,07	<b>Afrontamiento Problema</b>	0,21 <sup>**</sup>
<b>Afabilidad</b>	-0,03	<b>Afrontamiento Improductivo</b>	-0,06
<b>Apertura</b>	0,28 <sup>**</sup>	<b>Afrontamiento en los Demás</b>	0,17 <sup>*</sup>
<b>Positividad</b>	0,14	<b>Edad</b>	0,32 <sup>**</sup>

Tabla 26. Correlaciones de las variables de Personalidad, Afecto, Afrontamiento y Edad con el Rendimiento Actual (Tiempo 2) (N=184). Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

### 3.2.3. Diferencias de sexo

Como en el Tiempo 1, para probar los efectos principales del Sexo se realizaron análisis multivariados de varianza de un factor (MANOVA), usando la Lambda de Wilks como criterio de significación.

#### 3.2.3.1. Afecto y Afrontamiento

En el caso de las variables de Afrontamiento y Afecto, los resultados mostraron que las variables combinadas fueron también afectadas significativamente por el sexo [Wilk's  $\lambda = 0,90$ ;  $F_{(5,178)} = 4,15$ ,  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,10$ ]. Los resultados de las pruebas univariadas indican que los chicos ponen en marcha ante las dificultades más estrategias de afrontamiento centradas en el problema y menos estrategias improductivas que las chicas, siendo el tamaño de estos efectos pequeño. En referencia a la afectividad, las chicas mostraron más afecto negativo que los chicos, con un tamaño del efecto moderado (ver *Tabla 27*).

<b>Variables</b>	<b>Chicos (N=87)</b>	<b>Chicas (N=97)</b>	<b>F<sub>(1,182)</sub></b>	<b><math>\eta^2_p</math></b>
Afecto positivo	34,80 (5,82)	34,93 (5,19)	0,03	0,000
Afecto negativo	24,30 (5,87)	27,42 (6,41)	11,80 <sup>***</sup>	0,061
Afrontamiento problema	3,62 (0,57)	3,40 (0,56)	6,60 <sup>*</sup>	0,035
Afrontamiento improductivo	2,54 (0,51)	2,71 (0,49)	5,69 <sup>*</sup>	0,030
Afrontamiento en los demás	2,60 (0,78)	2,72 (0,77)	1,16	0,006

Tabla 27. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) de la variable Sexo sobre Afecto positivo, Afecto negativo, y Afrontamiento (Tiempo 2) (N= 184). Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 3.2.3.2. Conductas de Salud

En el caso de las Conductas de Salud, los resultados mostraron que las variables combinadas fueron afectadas significativamente por el Sexo [Wilk's  $\lambda=0,86$ ;  $F_{(4,179)}=7,05$ ,  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,14$ ]. Como puede verse en la *Tabla 28*, los análisis univariados indican que los chicos realizaban con más frecuencia conductas de salud que las chicas, sobre todo en lo que se refiere a la práctica de ejercicio físico, con un tamaño del efecto moderado, así como en llevar una alimentación más saludable, aunque en este caso, con un tamaño del efecto mucho menor.

Variables	Chicos (N=87)	Chicas (N=97)	F <sub>(1,183)</sub>	$\eta^2_p$
Alimentación saludable	2,60 (0,83)	2,33 (0,99)	3,93*	0,021
Horas de sueño	2,75 (0,98)	2,51 (1,02)	2,68	0,014
Ocio	3,06 (0,87)	2,93 (.98)	0,90	0,005
Ejercicio físico	2,60 (1,07)	1,82 (0,90)	27,64***	0,132
Conducta de salud total	2,75 (0,61)	2,40 (0,60)	15,42***	0,078

*Tabla 28. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) de la variable Sexo sobre las Conductas de salud (Tiempo 2) (N= 184).*

*Nota:* \*  $p<0,05$ ;\*\*\*  $p<0,001$ .

### 3.2.3.3. Conductas de Consumo

En referencia a las conductas de consumo, no se encontró efecto significativo del Sexo [Wilk's  $\lambda=0,98$ ;  $F_{(4,179)}= 0,80$ ,  $p=0,525$ ;  $\eta^2_p = 0,02$ ]. Los resultados recogidos en la *Tabla 29*, sólo muestran, sin alcanzar significación estadística, como indica el efecto global, que las chicas tienen un consumo de tabaco algo mayor y que tienden a fumar más cigarrillos que los chicos ( $p=0,10$ ).

Variables	Chicos (N=87)	Chicas (N=97)	F <sub>(1,183)</sub>	$\eta^2_p$
Consumo de tabaco	0,31 (0,66)	0,47 (0,73)	2,52°	0,014
Nº de cigarrillos	0,33 (0,77)	0,53 (0,81)	2,72°	0,015
Consumo de alcohol	0,69 (0,63)	0,68 (0,59)	0,01	0,000
Cantidad de bebidas alcohólicas	0,33 (0,56)	0,36 (0,62)	0,09	0,001

*Tabla 29. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) de la variable Sexo sobre las Conductas de consumo (Tiempo 2)*

*(N= 184). Nota:* °  $p=0,10$

### 3.2.3.4. Rendimiento académico pasado y actual

En cuanto al rendimiento académico, tampoco hubo efecto significativo del Sexo en el MANOVA realizado [Wilk's  $\lambda=0,98$ ;  $F_{(1,181)}= 2,81$ ,  $p=0,167$ ;  $\eta^2_p = 0,02$ ]. No obstante, análisis más pormenorizados revelaron que los chicos presentaban medias algo más elevadas que las chicas, que sólo estaban próximas a la significación ( $p<0,08$ ) en el caso del rendimiento actual.

Un análisis de varianza de medidas repetidas, tomando como factor el tipo de rendimiento (pasado y actual) sí reveló que, para ambos sexos, el rendimiento pasado era superior al rendimiento obtenido en el presente curso [ $F_{(1,183)}= 18,06$ ,  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,09$ ] (ver *Tabla 30*).

Variables	Total (N=184)	Chicos (N=87)	Chicas (N=97)	$F_{(1,183)}$	$\eta^2_p$
Rendimiento pasado	2,65 (0,97)	2,77 (0,98)	2,55 (0,97)	2,44	0,013
Rendimiento actual	2,35 (0,96)	2,48 (0,98)	2,24 (0,94)	3,01°	0,016

*Tabla 30. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) de la variable Sexo sobre el Rendimiento pasado y actual (Tiempo 2) (N= 184). Nota: °  $p<0,08$*

### 3.2.4. Resumen datos preliminares Tiempo 2

En cuanto a las variables de Afectividad y Afrontamiento, las puntuaciones obtenidas por los participantes fueron medias-altas. En el Rendimiento Actual, ha sido un rendimiento bajo/aceptable el más frecuente en los grupos formados.

En referencia a las Conductas de Salud y de Consumo en el T2, se mantuvo el consumo habitual de alcohol, aunque una cuarta parte de los fumadores fumaba más, además disminuyó la toma de alimentación saludable.

Los datos correlacionales (ver *Cuadro 7*) permitieron comprobar que el polo negativo de la afectividad, se relacionó con el Neuroticismo y con las estrategias de Afrontamiento improductivas, frente al afecto positivo que se asoció con los tipos de Afrontamiento más adaptativos, así como con Tesón, Extraversión, Afabilidad, Apertura y Positividad.

En referencia a las Conductas de salud, los datos de las correlaciones entre las distintas variables, indicaron, en general, una asociación positiva con la Extraversión, el

Afecto positivo y la Positividad, y una asociación negativa con el Afecto negativo y el Afrontamiento improductivo, así como una relación marginalmente significativa y negativa con la Afabilidad.

Las estrategias de Afrontamiento centradas en el problema y en los demás, así como la Positividad, se relacionaron con un menor consumo de alcohol y tabaco, y por su parte, el Afrontamiento improductivo se asoció con mayor consumo.

En cuanto a las diferencias respecto al sexo (ver *Cuadro 8*), los MANOVA efectuados muestran que los chicos utilizaban estrategias de Afrontamiento de mayor compromiso que las chicas, menos estrategias de Afrontamiento improductivo, presentan puntuaciones más bajas en Afecto negativo que éstas, y tienden a mostrar un rendimiento mayor en este periodo (T2). Por otra parte, las Conductas de Salud eran puestas en marcha con más frecuencia en el caso de los chicos que de las chicas, siendo especialmente significativa la diferencia en el caso del ejercicio físico. De igual modo, como en T1, también son las chicas las que solían presentar mayor consumo de tabaco con respecto a los chicos.

En cuanto al Rendimiento, para ambos sexos, el rendimiento pasado fue superior al rendimiento actual. El Rendimiento Actual, al igual que el Rendimiento Pasado, se relacionó de forma significativa y positiva con el Tesón, la Apertura, y el Afrontamiento centrado en el problema, pero además, presentó una asociación también positiva con la Edad, el Afrontamiento en los Demás y el Afecto Positivo.

	Rendimiento actual	Consumo tabaco	Nº Cigarrillos	Consumo alcohol	Cantidad de bebida	Alimentación saludable	Horas de sueño	Ocio/tiempo relajarse	Ejercicio físico	Conductas salud total
<b>Edad</b>	+							(-)	+	
<b>Afecto Positivo</b>	+				+	+			+	+
<b>Afecto Negativo</b>				-		+	-	+	-	-
<b>Afr. Problema</b>	+					+	+	-	+	+
<b>Afr. Improduct.</b>		+	+			-			-	-
<b>Afr. Demás</b>	+									
<b>Extraversión</b>						+	+	+		+
<b>Tesón</b>	+			-	-			-		
<b>Neuroticismo</b>		+				-			(-)	
<b>Afabilidad</b>							(-)			(-)
<b>Apertura</b>	+									
<b>Positividad</b>		-	-			+			+	+
<b>Situación fumar total</b>		+	+							
<b>Situación beber positiva</b>		+		+	+					
<b>Situación beber negativa</b>										

Cuadro 7. Resultados significativos de las correlaciones entre las variables del T2. Nota: +: relación significativa y positiva; -: relación significativa y negativa; ( ): relación marginalmente significativa

GRUPOS DE VARIABLES	SEXO	
	CHICOS	CHICAS
<b>AFECTO</b>		
AFECTO NEGATIVO		***
<b>AFRONTAMIENTO</b>		
AFRONTAMIENTO PROBLEMA	*	
AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO		*
<b>CONDUCTAS SALUD</b>		
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	*	
EJERCICIO FÍSICO	***	
CONDUCTAS SALUD TOTAL	***	
<b>CONDUCTAS CONSUMO</b>		
CONSUMO TABACO		0
Nº DE CIGARRILLOS		0
<b>RENDIMIENTO</b>		
RENDIMIENTO ACTUAL	0	

Cuadro 8. Resumen de diferencias en función del sexo en T2.

Notas: (1) Se incluyen sólo variables donde los MANOVAS son significativos o marginalmente significativos; (2) La significación se ha recogido en la columna correspondiente al sexo con la puntuación más alta en la variable analizada; (3) °  $p < 0,10$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 3.3. ANÁLISIS COMPARANDO TIEMPO 1 Y TIEMPO 2

En el estudio comparativo entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2 se realizaron correlaciones entre ambos momentos temporales, así como análisis univariados para comprobar si había diferencias significativas entre las variables medidas en ambos tiempos, es decir, en T1 o bajo estrés y T2 o alto estrés, periodo asociado a la realización de exámenes.

#### 3.3.1. Afecto y Afrontamiento

Las variables de Afecto (T1 y T2), así como las de Afrontamiento (T1 y T2) presentan altas correlaciones (tanto positivas como negativas). Hay que destacar la relación positiva del Afecto Positivo tanto en T1 como en T2 con las estrategias de Afrontamiento más adaptativas, y su relación negativa con las estrategias más desadaptativas o improductivas (en este caso, estadísticamente significativa en el caso del Afecto Positivo del T2). Por su parte, el Afecto Negativo, en ambos tiempos, correlaciona de forma positiva con el Afrontamiento Improductivo, y de manera negativa con el Afrontamiento centrado en los problemas y en los demás (en este último caso, lo hace de forma estadísticamente significativa sólo en el Afecto Negativo del T2). Cuando se compara la relación entre las mismas variables tomadas en ambos tiempos, se observa una fuerte asociación, entre 0,48 para el Afrontamiento centrado en el problema y 0,70 para el Afecto Negativo (los datos se han marcado en negrita; ver *Tabla 31*).

	Afecto Positivo 2	Afecto Negativo2	Afront. Problema2	Afront. Improductivo2	Afront. en los demás2
Afecto Positivo 1	<b>0,66</b> <sup>***</sup>	-0,12	0,44 <sup>***</sup>	-0,13	0,23 <sup>**</sup>
Afecto Negativo1	-0,15 <sup>*</sup>	<b>0,70</b> <sup>***</sup>	-0,18 <sup>*</sup>	0,41 <sup>***</sup>	0,11
Afront. Problema 1	0,42 <sup>***</sup>	-0,15 <sup>*</sup>	<b>0,48</b> <sup>***</sup>	-0,19 <sup>**</sup>	0,13
Afront.Improductivo 1	-0,15 <sup>*</sup>	0,47 <sup>***</sup>	-0,22 <sup>**</sup>	<b>0,56</b> <sup>***</sup>	0,05
Afront. en los demás 1	0,34 <sup>***</sup>	0,15 <sup>*</sup>	0,27 <sup>***</sup>	0,07	<b>0,63</b> <sup>***</sup>

*Tabla 31. Correlaciones entre el Afecto y el Afrontamiento en T1 y T2 (N=184).*

*Notas: \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001*

Se realizaron análisis univariados para comprobar las diferencias en las variables de Afecto y de Afrontamiento en los dos tiempos de aplicación de las pruebas. En este sentido, como muestran las *Tablas 32 y 33*, se obtuvieron diferencias en Afecto y en

Afrontamiento, de forma que en T2, o momento de más estrés, el Afecto Positivo era más bajo y el Afecto Negativo más alto que en T1; mientras que tanto las estrategias centradas en el problema como las improductivas eran más bajas en T2 que en T1. De esta forma, en T2, tiempo vinculado a los exámenes, sube el afecto negativo, baja el positivo y se reducen los recursos de afrontamiento.

Variables	T1	T2	F(1,183)	$\eta^2_p$
Afecto Positivo	36,61(5,51)	34,86(5,48)	27,22***	0,13
Afecto Negativo	24,86(6,22)	25,95(6,34)	9,09**	0,05

Tabla 32. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del tiempo de aplicación sobre el Afecto. Nota: \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Variables	T1	T2	F(1,183)	$\eta^2_p$
Afront. Problema	3,63(0,60)	3,50(0,58)	8,56**	0,04
Afront. Improductivo	2,73(0,48)	2,63(0,51)	8,86**	0,05
Afront. Demás	2,71(0,77)	2,66(0,78)	0,69	0,00

Tabla 33. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del tiempo de aplicación sobre el Afrontamiento. Nota: \*\*  $p < 0,01$ .

### 3.3.2. Rendimiento

En la *Tabla 34* se indica la presencia de una correlación positiva significativa entre el Rendimiento Actual y Pasado.

	Rendimiento Actual (N=184)
Rendimiento Pasado	0,52***

Tabla 34. Correlación entre el rendimiento pasado y el actual. Nota: \*\*\*  $p < 0,001$

Asimismo, en la *Tabla 30* se informaron las diferencias en rendimiento entre ambos momentos temporales, apoyando que el actual, en ambos sexos, se percibe más bajo que el del curso pasado ( $p < 0,001$ ).

### 3.3.3. Conductas de salud

Los datos correlacionales que figuran en la *Tabla 35*, indican cómo las Conductas de Salud presentan relaciones estadísticamente significativas y positivas entre ellas en los dos tiempos de estudio. En este sentido, destaca la asociación que se establece entre la misma conducta en el Tiempo 1 y en el Tiempo 2 (marcadas en

negrita en la *Tabla 35*), donde la mayor estabilidad se observa en el Ejercicio físico (0,77) y la menor en las conductas de Ocio y tiempo libre (0,31).

	Alimentación saludable2	Horas de sueño2	Ocio2	Ejercicio físico2	Conductas Salud2-Total
<b>Alimentación saludable 1</b>	<b>0,50</b> <sup>***</sup>	0,12	0,18	0,22 <sup>**</sup>	0,33 <sup>***</sup>
<b>Horas de sueño 1</b>	0,19 <sup>**</sup>	<b>0,55</b> <sup>***</sup>	0,15 <sup>**</sup>	0,20 <sup>**</sup>	0,43 <sup>***</sup>
<b>Ocio 1</b>	0,08	0,19 <sup>**</sup>	<b>0,31</b> <sup>***</sup>	0,07	0,25 <sup>***</sup>
<b>Ejercicio físico</b>	0,20 <sup>**</sup>	0,19 <sup>**</sup>	0,09	<b>0,77</b> <sup>***</sup>	0,50 <sup>***</sup>
<b>Conductas Salud 1-Total</b>	0,30 <sup>***</sup>	0,31 <sup>***</sup>	0,53 <sup>***</sup>	0,47 <sup>***</sup>	<b>0,45</b> <sup>***</sup>

*Tabla 35. Correlaciones entre las Conductas de Salud en T1 y T2 (N=184).*

Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

El análisis univariado que se muestra en la *Tabla 36* indica que en T2 se llevaron a cabo menos Conductas de Salud que en T1.

Variable	T1	T2	F <sub>(1,183)</sub>	$\eta^2_p$
Conductas de Salud	2,83(0,42)	2,56 (0,63)	38,18 <sup>***</sup>	0,17

*Tabla 36. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del tiempo de aplicación sobre las Conductas de Salud.*

Nota: \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 3.3.4. Conductas de consumo

Como muestran los resultados que se indican en la *Tabla 37*, las Conductas de Consumo en T1 y T2 correlacionan positivamente. Tanto el consumo de tabaco y de alcohol se relacionan significativamente como el número de cigarrillos consumidos y la cantidad de bebida ingerida en ambos momentos del estudio. No obstante, las puntuaciones correlacionales son más elevadas entre las conductas de consumo de tabaco (0,67 y 0,71) que entre las conductas de consumo de alcohol (0,27 y 0,37) (ver en la *Tabla 37* los datos marcados en negrita en la diagonal).

	Consumo de tabaco 2	Nº Cigarrillos2	Consumo de alcohol 2	Cantidad de bebida 2
<b>Consumo de tabaco 1</b>	<b>0,67</b> <sup>***</sup>	0,72 <sup>***</sup>	0,21 <sup>**</sup>	0,18 <sup>*</sup>
<b>Nº cigarrillos 1</b>	0,62 <sup>***</sup>	<b>0,71</b> <sup>***</sup>	0,22 <sup>**</sup>	0,21 <sup>**</sup>
<b>Consumo de alcohol 1</b>	0,21 <sup>**</sup>	0,22 <sup>**</sup>	<b>0,27</b> <sup>***</sup>	0,24 <sup>***</sup>
<b>Cantidad de bebida 1</b>	0,27 <sup>***</sup>	0,27 <sup>***</sup>	0,38 <sup>***</sup>	<b>0,37</b> <sup>***</sup>

*Tabla 37. Correlaciones entre las Conductas de Consumo en T1 y T2 (N=184).*

Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

El análisis univariado que se muestra en la *Tabla 38* indica que, aunque no hay diferencias en el nº de cigarrillos fumados, la cantidad de bebida en T2, coincidente con el periodo de exámenes, es más baja que en T1.

<b>Variab</b> les	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>F(1,183)</b>	<b>η<sup>2</sup><sub>p</sub></b>
Nº Cigarrillos	0,49(0,82)	0,43(0,79)	2,06	0,01
Cantidad Bebidas	1,82(0,72)	0,35(0,59)	726,46***	0,80

*Tabla 38. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto (η<sup>2</sup><sub>p</sub>) del tiempo de aplicación sobre las Conductas de Consumo.*

*Nota: \*\*\* p<0,001.*

### 3.3.5. Resumen de datos comparativos entre T1 y T2

A modo de resumen, el análisis comparativo de los datos obtenidos en los dos momentos temporales, nos permite delimitar una serie de resultados, los cuales se presentan altamente interesantes a la hora de retomar los objetivos de este estudio y las hipótesis de trabajo (ver *Cuadros 9,10 y 11*).

El Afecto Positivo (T1 y T2) se asoció positivamente con las estrategias de Afrontamiento más adaptativas, y el Afecto Negativo (T1 y T2) con las estrategias menos adaptativas. Las puntuaciones en Afecto Negativo eran más altas en T2 que en T1, mientras que el Afecto Positivo era menor, y el uso de estrategias de afrontamiento bajaba, tanto en el caso del centrado en la tarea, como en el caso del improductivo.

En referencia al Rendimiento Pasado y Actual, ambos presentaron una correlación positiva, de tal forma que a un Rendimiento Pasado alto o bajo le correspondía, igualmente, un Rendimiento Actual alto o bajo, aunque se produjo una bajada en el rendimiento Actual frente al obtenido en el curso pasado.

En cuanto a las Conductas de Salud, éstas correlacionaron positivamente en ambos tiempos de estudio, aunque en el T2 se ponían en marcha menos conductas saludables. En este sentido, la más estable, manteniéndose en ambos momentos temporales, fue la práctica de Ejercicio físico. Igualmente ocurrió con las Conductas de Consumo, las cuales, además de presentar una correlación positiva en ambos tiempos, mostraron una mayor variabilidad en la cantidad de bebida consumida, que disminuía en T2, es decir, en época de exámenes, no así en el caso del tabaco, que se mantenía de forma similar en ambos momentos temporales o de distinto nivel de estrés.

	Afecto Positivo 2	Afecto Negativo 2	Afront. Problema 2	Afront. Improduct. 2	Afront. Demás 2	Rendimiento Actual
Afecto Positivo 1	+		+	-	+	
Afecto Negativo 1	-	+	-	+		
Afr. Problema 1	+	-	+	-		
Afr. Improduct. 1	-	+	-	+		
Afr. Demás 1	+		-	+	+	
Rendimiento pasado						+

Cuadro 9. Resultados significativos de las correlaciones entre el afecto, el afrontamiento y el rendimiento del T1 y T2. Nota: +: relación significativa y positiva; -: relación significativa y negativa.

	Aliment. saludable 2	Horas de sueño 2	Ocio 2	Ejercicio físico 2	Conductas salud 2 total	Consumo tabaco 2	Nº cigarros 2	Consumo alcohol 2	Cantidad de bebida 2
Aliment. Saludable 1	+			+	+				
Horas de sueño 1	+	+	+	+	+				
Ocio 1		+	+	+	+				
Ejercicio físico 1	+	+		+	+				
Conductas salud 1 total	+	+	+	+	+				
Consumo tabaco 1						+	+	+	
Nº cigarros 1						+	+	+	
Consumo alcohol 1						+	+	+	
Cantidad de bebida 1						+	+	+	

Cuadro 10. Resultados significativos de las correlaciones entre las conductas de salud y las conductas de consumo del T1 y T2. Nota: +: relación significativa y positiva.

GRUPOS DE VARIABLES	MOMENTOS TEMPORALES	
	TIEMPO 1	TIEMPO 2
<b>AFECTO</b>		
AFECTO POSITIVO	***	
AFECTO NEGATIVO		**
<b>AFRONTAMIENTO</b>		
AFRONTAMIENTO PROBLEMA	**	
AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO	**	
<b>CONDUCTAS SALUD</b>		
CONDUCTAS SALUD TOTAL	***	
<b>CONDUCTAS CONSUMO</b>		
CANTIDAD DE BEBIDA	***	

Cuadro 11. Resumen de las diferencias entre los dos momentos temporales (Tiempo 1 o bajo estrés y Tiempo 2 o alto estrés)

Notas: (1) Se incluyen sólo las variables donde los MANOVAS fueron significativos; (2) La significación se he recogido en la columna correspondiente al Tiempo con la puntuación más alta en la variable analizada; (3) \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### **3.4. ANÁLISIS GLOBALES**

En este apartado se llevaron a cabo diversos Análisis de Regresión Lineal Múltiple utilizando el método de Introdudir, para determinar los índices de predicción de las variables objeto de este estudio.

Esta estrategia de análisis respondió a una cuestión de gran interés, ya que permitió discriminar de un amplio conjunto de variables medidas, cuáles eran las que más predecían el comportamiento de los criterios estudiados: rendimiento, conductas de salud y conductas de consumo.

A la hora de emprender dicho estudio se realizaron tres análisis diferenciados:

1.- Análisis global del Rendimiento: En estos análisis se estudió la variable Rendimiento (Rendimiento Pasado y Actual), utilizándose como variables predictoras el Sexo, la Edad, la Personalidad (Cinco Grandes y Positividad), Afecto (Positivo y Negativo) y las Estrategias de afrontamiento (centrado en el problema, improductivo y búsqueda de apoyo en los demás). En el caso del Rendimiento Pasado las variables predictoras de Afecto y Afrontamiento correspondían al T1, y en el caso del Rendimiento Actual, el Afecto y el Afrontamiento correspondían al T2, además de incluirse como predictor, en este último caso, el Rendimiento Pasado.

2.- Análisis global de las Conductas de Salud: Estos análisis permitieron obtener índices predictivos, que sobre las distintas Conductas de Salud (alimentación saludable, utilización del cinturón de seguridad y del paso de peatones, horas de sueño, ocio y tiempo para relajarse, ejercicio físico y seguimiento de las normas de seguridad), ejercían, como en el caso anterior, las variables predictoras (Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento), tanto en el T1 como en el T2, teniéndose en cuenta, además, en el caso de las Conductas de Salud T2, las Conductas de Salud T1.

3.- Análisis global de las Conductas de Consumo: Estos análisis mostraron modelos globales sobre cómo el Consumo de Tabaco y de Alcohol eran predichos por las variables predictoras (Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento), tanto en el T1 como en el T2, tal y como se hizo en los análisis descritos anteriormente. No obstante, en este caso se introdujeron, además, otras variables predictoras distintas con respecto a los análisis recogidos en los puntos 1 y 2. En este sentido, para el Consumo de Tabaco T1 se tuvieron en cuenta variables como la puntuación total en situaciones de

consumo de tabaco y las personas del entorno que fuman; y para el Consumo de Tabaco T2, además de estas dos variables, el Consumo de Tabaco T1. Por su parte, para el Consumo de Alcohol T1 se añadieron las situaciones de consumo tanto positivas como negativas, así como las personas del entorno que beben, y para el Consumo de Alcohol T2, además de estas tres variables, se introdujo el Consumo de Alcohol T1.

### 3.4.1. Rendimiento

En este primer análisis, como ya se ha descrito más arriba, se han utilizado como variables predictoras el Sexo, la Edad, la Personalidad, el Afecto y las Estrategias de afrontamiento. En el caso del Rendimiento Pasado las variables predictoras correspondían al T1.

Se obtuvo un modelo significativo que explicaba el 13% de la varianza del Rendimiento Pasado. Los predictores significativos fueron la Apertura y el Tesón, presentando una relación positiva con el rendimiento (ver *Tabla 39*). Así, un mayor Tesón y una Apertura más elevada se asociaban con un mejor rendimiento previo.

<i>Criterio: Rendimiento Pasado</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,22	0,15	-0,11	-1,46	0,15
Edad	-0,06	0,04	-0,11	-1,51	0,13
Extraversión	-0,02	0,01	-0,16	-1,64	0,10
Tesón	0,04	0,01	<b>0,30</b>	<b>3,01</b>	<b>0,003</b>
Neuroticismo	-0,01	0,01	-0,13	-1,23	0,22
Afabilidad	-0,01	0,01	0,04	-0,46	0,65
Apertura	0,03	0,01	<b>0,24</b>	<b>2,70</b>	<b>0,01</b>
Positividad	0,01	0,02	0,06	0,66	0,51
Afecto Positivo (T1)	-0,01	0,02	-0,08	-0,76	0,45
Afecto Negativo (T1)	0,03	0,02	0,17	1,66	0,09
Afront. Problemas (T1)	-0,01	0,15	-0,01	-0,05	0,96
Afront. Improductivo (T1)	0,01	0,18	0,004	0,04	0,97
Afront. Demás (T1)	-0,02	0,10	-0,02	-0,19	0,85

**Modelo:**  $F_{(13,185)}=3,37, p<0,001; R^2$  corregida = 0,13

*Tabla 39. Análisis de Regresión del Rendimiento Pasado con Sexo, Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1). N=199. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer*

En cuanto al Rendimiento Actual las variables incluidas de Afecto y Afrontamiento correspondían al T2, además de añadirse el Rendimiento Pasado. En este caso, el modelo que se muestra en la *Tabla 40*, indica que tal rendimiento es explicado en un 41% por los predictores analizados, siendo estadísticamente significativos la Edad, el Tesón, el Afecto Positivo y el Rendimiento pasado. Estas variables presentaron

una relación positiva con el Rendimiento Actual. Además, la Positividad y la Afabilidad mostraron una relación marginalmente significativa de signo negativo en este modelo.

<i>Criterio: Rendimiento actual</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,09	0,12	-0,04	-0,70	0,48
Edad	0,08	0,03	<b>0,15</b>	<b>2,34</b>	<b>0,02</b>
Extraversión	-0,01	0,01	-0,07	-0,93	0,36
Tesón	0,02	0,01	<b>0,19</b>	<b>2,39</b>	<b>0,02</b>
Neuroticismo	0,002	0,01	0,02	0,23	0,81
Afabilidad	-0,02	0,01	-0,12	-1,68	0,09
Apertura	0,01	0,01	0,11	1,40	0,16
Positividad	-0,03	0,01	-0,14	-1,90	0,06
Afecto Positivo (T2)	0,03	0,02	<b>0,20</b>	<b>2,17</b>	<b>0,03</b>
Afecto Negativo (T2)	-0,01	0,01	-0,06	-1,60	0,52
Afront. Problemas (T2)	0,18	0,14	0,11	1,25	0,21
Afront. Improductivo (T2)	-0,21	0,13	0,11	-1,60	0,11
Afront. Demás (T2)	0,02	0,09	0,02	0,26	0,80
Rendimiento Pasado	0,41	0,06	<b>0,41</b>	<b>6,46</b>	<b>0,000</b>

**Modelo:**  $F_{(14,169)} = 9,97$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,41

*Tabla 40. Análisis de Regresión del Rendimiento Actual con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto (T2) y Afrontamiento (T2), así como con el Rendimiento Pasado. N=184. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.*

### 3.4.2. Conductas de salud

En el análisis de las distintas Conductas de Salud, como ya se ha comentado, se utilizaron como variables predictoras el Sexo, la Edad, la Personalidad, el Afecto y el Afrontamiento, tanto en el T1 como en el T2, teniéndose en cuenta, además, en el caso de las Conductas de Salud T2 las Conductas de Salud T1.

En referencia a la Alimentación Saludable, el modelo que se muestra en la *Tabla 41*, indica que tal conducta es explicada en un 14% por los predictores analizados, siendo estadísticamente significativo el Tesón. Esta variable presentó una relación positiva con la Alimentación Saludable. Además, el Afecto Negativo mostró una relación marginalmente significativa y negativa en este modelo.

<i>Criterio: Alimentación Saludable</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,19	0,13	-0,11	-1,51	0,13
Edad	-0,02	0,03	-0,05	-1,72	0,47
Extraversión	0,004	0,01	0,03	0,34	0,73
Tesón	0,04	0,01	<b>0,32</b>	<b>3,33</b>	<b>0,001</b>
Neuroticismo	0,01	0,01	0,06	0,53	0,59
Afabilidad	-0,01	0,01	-0,07	-0,85	0,40
Apertura	0,02	0,01	0,02	0,18	0,86
Positividad	0,01	0,02	0,04	0,43	0,66
Afecto Positivo (T1)	0,01	0,02	0,08	0,70	0,48
Afecto Negativo (T1)	-0,02	0,01	-0,18	-1,68	0,09
Afront. Problemas (T1)	0,06	0,13	0,04	0,43	0,66
Afront. Improductivo (T1)	-0,14	0,15	-0,08	-0,90	0,37
Afront. Demás (T1)	-0,06	0,09	-0,05	-0,70	0,48

**Modelo:**  $F_{(13,185)}=3,43$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,14

Tabla 41. Análisis de Regresión de la Alimentación Saludable con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1). N=199. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

Teniendo en cuenta las conductas de seguridad y más concretamente la utilización del Cinturón de Seguridad se obtuvo un modelo significativo que explicaba el 8% de la varianza del criterio. Los predictores significativos fueron el Sexo, la Positividad y el Afecto Positivo (ver Tabla 42). Tanto el Sexo como la Positividad presentaron una relación negativa con la conducta de utilización del cinturón de seguridad, siendo el Afecto Positivo y el Afrontamiento en los Demás los que mostraron una relación positiva con dicha conducta. En este modelo, el Afrontamiento Improductivo presentaba un efecto marginalmente significativo y negativo con esta conducta de salud.

<i>Criterio: Utilización cinturón seguridad</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,31	0,10	<b>-0,24</b>	<b>-3,07</b>	<b>0,02</b>
Edad	0,02	0,03	-0,06	0,77	0,44
Extraversión	-0,007	0,01	-0,07	-0,67	0,50
Tesón	-0,001	0,01	-0,02	-0,17	0,87
Neuroticismo	-0,007	0,01	-0,09	-0,81	0,42
Afabilidad	-0,001	0,01	-0,01	-0,07	0,94
Apertura	0,007	0,01	0,08	0,85	0,40
Positividad	-0,03	0,01	<b>-0,24</b>	<b>-2,74</b>	<b>0,007</b>
Afecto Positivo (T1)	0,03	0,01	<b>0,25</b>	<b>2,20</b>	<b>0,03</b>
Afecto Negativo (T1)	0,01	0,01	0,12	1,13	0,26
Afront. Problemas (T1)	-0,17	0,10	-0,16	-1,74	0,83
Afront. Improductivo (T1)	-0,20	0,12	-0,15	-1,70	0,09
Afront. Demás (T1)	0,13	0,07	<b>0,16</b>	<b>1,99</b>	<b>0,05</b>

**Modelo:**  $F_{(13,185)}=2,33$ ,  $p<0,01$ ;  $R^2$  corregida = 0,08

Tabla 42. Análisis de Regresión de la Utilización del Cinturón de Seguridad con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1). N=199. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

Seguendo con las conductas de seguridad, el modelo que ilustra la *Tabla 43*, indica que el Paso por la zona de peatones era explicado en un 4% por los predictores, de los cuales los significativos fueron la Positividad, el Afrontamiento Improductivo y el Afrontamiento en los demás (relación negativa en el caso de las dos primeras variables y relación positiva en la última). La Extraversión presentaba una relación marginalmente significativa.

<i>Criterio: Paso de Peatones</i>					
	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,13	0,14	-0,07	-0,91	0,36
Edad	-0,03	0,03	-0,06	-0,81	0,42
Extraversión	-0,02	0,01	-0,18	-1,71	0,09
Tesón	0,01	0,01	0,11	1,11	0,27
Neuroticismo	0,01	0,01	0,05	0,49	0,62
Afabilidad	0,02	0,01	0,14	1,64	0,10
Apertura	0,003	0,01	0,02	0,26	0,79
Positividad	-0,03	0,02	<b>-0,18</b>	<b>-2,06</b>	<b>0,04</b>
Afecto Positivo (T1)	0,01	0,02	0,09	0,86	0,39
Afecto Negativo (T1)	-0,01	0,02	-0,10	-0,93	0,35
Afront. Problemas (T1)	-0,18	0,14	-0,12	-1,28	0,20
Afront. Improductivo (T1)	-0,37	0,16	<b>-0,21</b>	<b>-2,28</b>	<b>0,02</b>
Afront. Demás (T1)	0,24	0,09	<b>0,21</b>	<b>2,58</b>	<b>0,01</b>

**Modelo:**  $F_{(13,185)}=1,63$ ,  $p<0,08$ ;  $R^2$  corregida = 0,04

*Tabla 43. Análisis de Regresión de la Utilización del Paso de Peatones con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1). N=199. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.*

Tal y como se indica en la *Tabla 44*, se obtuvo un modelo significativo que explicaba el 4% de la varianza de las Horas de Sueño. La variable predictora que presentó significación fue el Afecto Negativo, el cual se relacionó negativamente con el criterio. Por su parte, el Afrontamiento centrado en los demás presentaba una relación marginalmente significativa.

<i>Criterio: Horas de sueño</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,03	0,15	-0,02	-0,22	0,82
Edad	-0,02	0,04	-0,03	-0,40	0,69
Extraversión	-0,01	0,01	-0,05	-0,49	0,63
Tesón	0,01	0,01	0,09	0,95	0,34
Neuroticismo	0,02	0,01	0,18	1,61	0,11
Afabilidad	0,004	0,01	0,03	0,34	0,73
Apertura	-0,002	0,01	-0,01	-0,14	0,89
Positividad	0,01	0,02	0,04	0,47	0,64
Afecto Positivo (T1)	-0,01	0,02	-0,04	-0,37	0,71
Afecto Negativo (T1)	-0,06	0,02	<b>-0,37</b>	<b>-3,37</b>	<b>0,001</b>
Afront. Problemas (T1)	0,10	0,15	0,06	0,65	0,52
Afront. Improductivo (T1)	0,004	0,18	0,002	0,02	0,98
Afront. Demás (T1)	0,18	0,10	0,14	1,73	0,09

**Modelo:**  $F_{(13,185)}=1,69$ ,  $p<0,06$ ;  $R^2$  corregida = 0,04

Tabla 44. Análisis de Regresión de las Horas de Sueño con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).  $N=199$ . Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

En referencia al Tiempo para relajarse, el modelo que se muestra en la Tabla 45, indica que tal conducta es explicada en un 10% por los predictores analizados, siendo estadísticamente significativos el Tesón y la Edad. Estas variables presentaron una relación negativa con el criterio.

<i>Criterio: Tiempo para relajarse</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	0,08	0,14	0,04	0,55	0,58
Edad	-0,08	0,04	<b>-0,16</b>	<b>-2,22</b>	<b>0,03</b>
Extraversión	0,02	0,01	0,14	1,40	0,17
Tesón	-0,03	0,01	<b>-0,24</b>	<b>-2,47</b>	<b>0,01</b>
Neuroticismo	0,001	0,01	0,01	0,08	0,93
Afabilidad	0,005	0,01	0,04	0,43	0,66
Apertura	0,01	0,01	0,11	1,22	0,22
Positividad	0,01	0,02	0,06	0,70	0,48
Afecto Positivo (T1)	0,02	0,02	0,11	1,01	0,31
Afecto Negativo (T1)	-0,02	0,02	-0,15	-1,40	0,17
Afront. Problemas (T1)	-0,09	0,14	-0,06	-0,62	0,53
Afront. Improductivo (T1)	0,14	0,17	0,08	0,86	0,39
Afront. Demás (T1)	0,14	0,09	0,12	1,50	0,14

**Modelo:**  $F_{(13,185)}=2,75$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,10

Tabla 45. Análisis de Regresión del Tiempo para relajarse con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1).  $N=199$ . Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

En cuanto al Ejercicio Físico se obtuvo un modelo significativo que explicaba el 32% de la varianza del criterio. Los predictores significativos fueron el Sexo, el Tesón y el Afrontamiento centrado en los problemas (ver Tabla 46). Tanto el Sexo como el Tesón presentaron una relación negativa con la realización de Ejercicio Físico, mayor

en los chicos, siendo el Afrontamiento centrado en los problemas el que mostró una relación positiva con dicha conducta. En este modelo, el Afecto Negativo presentaba un efecto marginalmente significativo.

<i>Criterio: Ejercicio Físico</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,46	0,15	<b>-0,21</b>	<b>-3,09</b>	<b>0,002</b>
Edad	-0,007	0,04	-0,01	-0,18	0,86
Extraversión	0,02	0,01	0,11	1,31	0,19
Tesón	-0,03	0,01	<b>-0,21</b>	<b>-2,43</b>	<b>0,02</b>
Neuroticismo	0,02	0,01	0,15	1,58	0,11
Afabilidad	0,001	0,01	0,02	0,11	0,91
Apertura	-0,01	0,01	-0,08	-1,05	0,29
Positividad	-0,01	0,02	-0,03	-0,42	0,67
Afecto Positivo (T1)	-0,001	0,02	-0,02	-0,07	0,95
Afecto Negativo (T1)	-0,03	0,02	<i>-0,16</i>	<i>-1,71</i>	<i>0,09</i>
Afront. Problemas (T1)	0,92	0,15	<b>0,49</b>	<b>6,16</b>	<b>0,001</b>
Afront. Improductivo (T1)	-0,29	0,18	-0,12	-1,64	0,10
Afront. Demás (T1)	-0,08	0,10	-0,05	-0,78	0,43

**Modelo:**  $F_{(13,185)}=8,15$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,32

Tabla 46. Análisis de Regresión del Ejercicio Físico con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1). N=199. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

El modelo realizado sobre las Normas de Seguridad indica que las variables predictoras explicaban el 9%. En concreto la variable criterio es predicha por la Edad y el Afrontamiento en los Demás, presentando una relación positiva (ver Tabla 47).

<i>Criterio: Seguimiento de Normas de Seguridad</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,24	0,17	-0,11	-1,42	0,16
Edad	-0,09	0,04	<b>0,15</b>	<b>2,06</b>	<b>0,04</b>
Extraversión	-0,01	0,02	-0,05	-0,47	0,64
Tesón	0,02	0,01	0,12	1,19	0,24
Neuroticismo	-0,01	0,01	-0,07	-0,63	0,53
Afabilidad	0,01	0,01	0,08	0,95	0,34
Apertura	0,01	0,01	0,07	0,73	0,46
Positividad	0,01	0,02	0,06	0,75	0,46
Afecto Positivo (T1)	-0,01	0,02	-0,04	-0,35	0,73
Afecto Negativo (T1)	0,01	0,02	0,04	0,38	0,71
Afront. Problemas (T1)	-0,13	0,17	-0,07	-0,78	0,43
Afront. Improductivo (T1)	-0,26	0,20	-0,11	-1,31	0,19
Afront. Demás (T1)	0,26	0,11	<b>0,18</b>	<b>2,28</b>	<b>0,02</b>

**Modelo:**  $F_{(13,185)}=2,59$ ,  $p<0,003$ ;  $R^2$  corregida = 0,09

Tabla 47. Análisis de Regresión del Seguimiento de las Normas de Seguridad con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1). N=199. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

En referencia a la puntuación total en frecuencia de Conductas de Salud (T1), el modelo explicó un 25% de la varianza. Presentaron una relación estadísticamente significativa el Sexo, el Afecto Negativo, así como las Estrategias de afrontamientos Improductivo y las centradas en los demás. Los chicos ponían en marcha más conductas de salud que las chicas. El Afecto Negativo y el Afrontamiento Improductivo mostraban una relación negativa, y el Afrontamiento en los demás una relación de carácter positiva (ver *Tabla 48*).

<i>Criterio: Conductas de Salud (T1)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,18	0,06	<b>-0,22</b>	<b>-3,13</b>	<b>0,001</b>
Edad	-0,01	0,01	-0,03	-0,45	0,65
Extraversión	0,000	0,01	-0,005	-0,06	0,95
Tesón	0,002	0,006	0,04	0,49	0,63
Neuroticismo	0,005	0,005	0,10	1,08	0,28
Afabilidad	0,005	0,005	0,07	0,98	0,33
Apertura	0,003	0,005	0,05	0,64	0,52
Positividad	-0,005	0,01	-0,05	-0,66	0,51
Afecto Positivo (T1)	0,01	0,01	0,11	1,09	0,28
Afecto Negativo (T1)	-0,02	0,01	<b>-0,27</b>	<b>-2,78</b>	<b>0,006</b>
Afront. Problemas (T1)	0,07	0,06	0,10	1,22	0,22
Afront. Improductivo (T1)	-0,16	0,07	<b>-0,18</b>	<b>-2,30</b>	<b>0,02</b>
Afront. Demás (T1)	0,12	0,04	<b>0,21</b>	<b>2,95</b>	<b>0,004</b>

**Modelo:**  $F_{(13,185)} = 6,23$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,25

*Tabla 48. Análisis de Regresión de las Conductas de Salud (T1) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T1). N=199. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.*

En cuanto a la puntuación total en la frecuencia de Conductas de Salud en alto estrés (T2), el modelo explicó un 32% (ver *Tabla 49*). Dicho modelo indicó, por una parte, que las Conductas de Salud (T1) era un predictor con una relación significativa y positiva, y por otra parte, mostró las relaciones marginalmente significativas presentadas por el Sexo, la Afabilidad y el Afrontamiento centrado en los Problemas.

<i>Criterio: Conductas Salud (T2)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	0,15	0,09	-0,12	-1,73	0,09
Edad	-0,01	0,02	-0,04	-0,55	0,58
Extraversión	0,01	0,01	0,11	1,32	0,19
Tesón	-0,01	0,01	-0,07	-0,85	0,40
Neuroticismo	0,01	0,01	0,13	1,57	0,12
Afabilidad	-0,01	0,01	-0,13	-1,75	0,08
Apertura	-0,01	0,01	-0,11	-1,30	0,19
Positividad	0,01	0,01	0,09	1,18	0,24
Afecto Positivo (T2)	0,01	0,01	0,08	0,78	0,43
Afecto Negativo (T2)	-0,01	0,01	-0,11	-1,19	0,23
Afront. Problemas (T2)	-0,19	0,10	0,18	1,92	0,06
Afront. Improductivo (T2)	0,12	0,09	0,02	0,21	0,84
Afront. Demás (T2)	-0,09	0,06	-0,11	-1,38	0,17
Conducta salud (T1)	0,54	0,11	<b>0,36</b>	<b>4,81</b>	<b>0,001</b>

**Modelo:**  $F_{(14,169)}=7,06$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,32

Tabla 49. Análisis de Regresión de las Conductas de Salud (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con las Conductas de Salud (T1).  $N=184$ .

Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

El modelo que se ilustra en la Tabla 50 explicó el 24% de la varianza del criterio. Dicho modelo indicó que la Alimentación Saludable (T1) era el único predictor con una relación significativa y positiva de esta conducta de salud en T2.

<i>Criterio: Alimentación saludable (T2)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,09	0,13	-0,05	-0,72	0,47
Edad	-0,02	0,03	-0,04	-0,55	0,58
Extraversión	0,01	0,01	0,06	0,62	0,53
Tesón	0,003	0,01	0,02	0,25	0,80
Neuroticismo	0,000	0,01	-0,004	-0,05	0,96
Afabilidad	-0,01	0,01	0,09	-1,09	0,27
Apertura	-0,01	0,01	-0,09	-1,06	0,29
Positividad	0,004	0,02	0,02	0,24	0,81
Afecto Positivo (T2)	0,02	0,02	0,14	1,39	0,17
Afecto Negativo (T2)	-0,01	0,01	-0,07	-0,73	0,47
Afront. Problemas (T2)	-0,02	0,15	-0,01	-0,16	0,87
Afront. Improductivo (T2)	-0,14	0,14	-0,08	-0,98	0,33
Afront. Demás (T2)	-0,03	0,09	-0,03	-0,35	0,73
Alimentación saludable (T1)	0,46	0,08	<b>0,43</b>	<b>5,72</b>	<b>0,001</b>

**Modelo:**  $F_{(14,169)}=5,11$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,24

Tabla 50. Análisis de Regresión de la Alimentación Saludable (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con la Alimentación saludable (T1).  $N=184$ .

Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

En la Tabla 51 se indica un modelo significativo que explicaba un 35% de las Horas de Sueño (T2). Tanto la Extraversión como el Neuroticismo y las Horas de Sueño

(T1) eran predictores que presentaron una relación significativa y positiva. Por otra parte, la Apertura mostró una relación marginalmente significativa.

<i>Criterio: Horas de sueño (T2)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,18	0,97	-0,09	-1,37	0,17
Edad	-0,02	0,13	0,04	0,70	0,48
Extraversión	0,03	0,04	<b>0,18</b>	<b>2,15</b>	<b>0,03</b>
Tesón	-0,01	0,01	-0,06	-0,75	0,45
Neuroticismo	0,02	0,01	<b>0,15</b>	<b>1,99</b>	<b>0,05</b>
Afabilidad	-0,01	0,01	-0,06	-0,86	0,39
Apertura	0,02	0,01	-0,15	-1,83	0,07
Positividad	0,000	0,02	-0,002	-0,02	0,98
Afecto Positivo (T2)	-0,02	0,02	-0,13	-1,39	0,17
Afecto Negativo (T2)	-0,02	0,01	-0,09	-1,11	0,27
Afront. Problemas (T2)	0,25	0,15	0,14	1,63	0,10
Afront. Improductivo (T2)	0,09	0,14	0,05	0,66	0,51
Afront. Demás (T2)	0,08	0,09	-0,06	-0,82	0,42
Horas de sueño (T1)	0,59	0,06	<b>0,56</b>	<b>8,98</b>	<b>0,001</b>

**Modelo:**  $F_{(14,169)}=8,21$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,35

Tabla 51. Análisis de Regresión de las Horas de Sueño (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con las Horas de Sueño (T1).  $N=184$ . Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

Para el estudio de las Conductas de Ocio y de Relajación en el T2, tal y como indica la Tabla 52, el modelo explicaba el 11% de la varianza del criterio. Fue el Tiempo para relajarse (T1) el predictor que presentó una relación significativa y positiva.

<i>Criterio: Tiempo para relajarse (T2)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,01	0,14	-0,005	-0,07	0,94
Edad	-0,02	0,04	-0,04	-0,53	0,59
Extraversión	0,01	0,01	0,05	0,49	0,63
Tesón	-0,02	0,01	-0,15	-1,48	0,14
Neuroticismo	0,01	0,01	0,09	1,02	0,31
Afabilidad	-0,01	0,01	-0,10	-1,18	0,24
Apertura	0,01	0,01	0,09	0,96	0,34
Positividad	0,002	0,02	0,01	0,11	0,91
Afecto Positivo (T2)	0,02	0,02	0,14	1,31	0,19
Afecto Negativo (T2)	-0,02	0,01	-0,14	-1,38	0,17
Afront. Problemas (T2)	0,04	0,16	0,03	0,25	0,80
Afront. Improductivo (T2)	0,12	0,15	0,07	0,78	0,44
Afront. Demás (T2)	-0,11	0,10	-0,09	1,10	0,27
Tiempo para relajarse (T1)	0,23	0,08	<b>0,22</b>	<b>2,87</b>	<b>0,005</b>

**Modelo:**  $F_{(14,169)}=2,70$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,11

Tabla 52. Análisis de Regresión del Tiempo para relajarse (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con el tiempo de relajarse (T1).  $N=184$ . Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

En la *Tabla 53* podemos comprobar que el modelo analizado explicó el 61% del Ejercicio Físico (T2). El Sexo, la Positividad y el Ejercicio Físico (T1) mostraron una relación significativa, siendo ésta negativa en el caso del sexo (es decir, mayor en los chicos) y positiva en el caso de la Positividad y el Ejercicio Físico (T1). Además, el Afrontamiento centrado en los problemas (T2) presentó una relación marginalmente significativa.

<i>Criterio: Ejercicio físico (T2)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,25	0,11	<b>-0,12</b>	<b>-2,21</b>	<b>0,03</b>
Edad	-0,004	0,03	-0,01	-0,13	0,90
Extraversión	-0,01	0,01	-0,08	-1,26	0,21
Tesón	-0,002	0,01	-0,01	-0,18	0,86
Neuroticismo	0,004	0,01	0,03	0,54	0,60
Afabilidad	-0,004	0,01	-0,03	-0,49	0,63
Apertura	-0,01	0,01	-0,05	-0,80	0,42
Positividad	0,03	0,01	<b>0,13</b>	<b>2,24</b>	<b>0,03</b>
Afecto Positivo (T2)	0,01	0,01	0,04	0,55	0,58
Afecto Negativo (T2)	0,01	0,01	0,07	1,01	0,31
Afront. Problemas (T2)	0,23	0,13	<i>0,13</i>	<i>1,80</i>	<i>0,07</i>
Afront. Improductivo (T2)	0,03	0,12	0,02	0,29	0,77
Afront. Demás (T2)	0,02	0,08	0,02	0,32	0,75
Ejercicio físico (T1)	0,67	0,05	<b>0,71</b>	<b>13,05</b>	<b>0,001</b>

**Modelo:**  $F_{(14,169)}=21,90$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,61

*Tabla 53. Análisis de Regresión del Ejercicio físico (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con el Ejercicio físico (T1). N=184. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.*

### 3.4.3. Conductas de consumo

Como ya se ha comentado, estos análisis permitieron obtener índices que sobre las distintas Conductas de Consumo aportan las variables predictoras tanto en el T1 como en el T2, teniéndose en cuenta, además, en el caso de las Conductas de Consumo T2, las Conductas de Consumo T1.

#### 3.4.3.1. Consumo de tabaco

El modelo que se muestra en la *Tabla 54* apunta cómo la varianza del criterio (Consumo de tabaco T1) es explicada en un 43% por el modelo analizado. La edad, el Afecto positivo, las situaciones de consumo y las personas del entorno que fuman mostraron una relación positiva. Por su parte, la Positividad, el Afecto negativo y el Afrontamiento centrado en los problemas, presentaron una relación significativa y negativa.

<i>Criterio: Consumo de tabaco (T1)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	0,31	0,19	0,10	0,16	0,10
Edad	0,20	0,05	<b>0,25</b>	<b>4,20</b>	<b>0,001</b>
Extraversión	-0,01	0,02	-0,04	-0,47	0,64
Tesón	-0,01	0,02	-0,05	-0,64	0,52
Neuroticismo	0,03	0,01	0,15	1,73	0,09
Afabilidad	-0,01	0,02	-0,04	-0,62	0,53
Apertura	-0,004	0,02	-0,02	-0,26	0,79
Positividad	-0,06	0,02	<b>-0,18</b>	<b>-2,68</b>	<b>0,01</b>
Afecto Positivo (T1)	0,06	0,02	<b>0,21</b>	<b>2,39</b>	<b>0,02</b>
Afecto Negativo (T1)	-0,06	0,02	<b>-0,23</b>	<b>-2,75</b>	<b>0,01</b>
Afront. Problemas (T1)	-0,39	0,19	<b>-0,15</b>	<b>-2,06</b>	<b>0,04</b>
Afront. Improductivo (T1)	0,25	0,23	0,08	1,07	0,29
Afront. Demás (T1)	0,03	0,13	0,02	0,25	0,80
Situaciones de consumo	0,60	0,10	<b>0,35</b>	<b>5,82</b>	<b>0,001</b>
Personas del entorno que fuman	0,43	0,10	<b>0,24</b>	<b>4,13</b>	<b>0,001</b>

**Modelo:**  $F_{(15,183)} = 10,94$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,43

Tabla 54. Análisis de Regresión del Consumo de tabaco (T1) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento, así como con las Situaciones de consumo y las personas del entorno que fuman (T1).  $N=199$ . Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

En cuanto al Consumo de tabaco (T2), el modelo significativo explicó el 53% del criterio. El Consumo de tabaco (T1), la Afabilidad y el Afrontamiento en los demás (T2), presentaron una relación significativa y positiva. Además, el Afecto Negativo (T2), mostró una relación marginalmente significativa (ver Tabla 55).

<i>Criterio: Consumo de tabaco (T2)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	-0,09	0,08	-0,07	-1,14	0,26
Edad	0,02	0,02	0,06	1,02	0,31
Extraversión	-0,02	0,01	-0,02	-0,27	0,79
Tesón	-0,01	0,01	-0,11	-1,46	0,15
Neuroticismo	0,01	0,01	0,09	1,36	0,17
Afabilidad	0,02	0,01	<b>0,15</b>	<b>2,31</b>	<b>0,02</b>
Apertura	-0,002	0,01	-0,02	-0,23	0,82
Positividad	-0,01	0,01	-0,08	-1,24	0,22
Afecto Positivo (T2)	0,005	0,01	0,04	0,47	0,64
Afecto Negativo (T2)	-0,02	0,01	<i>-0,14</i>	<i>-1,86</i>	<i>0,06</i>
Afront. Problemas (T2)	-0,13	0,09	-0,11	-1,45	0,15
Afront. Improductivo (T2)	0,01	0,09	0,01	0,16	0,87
Afront. Demás (T2)	0,13	0,06	<b>0,14</b>	<b>2,19</b>	<b>0,03</b>
Situación fumar total	0,03	0,05	0,04	0,62	0,53
Personas del entorno que fuman	0,06	0,05	0,08	1,36	0,17
Consumo de tabaco (T1)	0,30	0,03	<b>0,64</b>	<b>9,21</b>	<b>0,001</b>

**Modelo:**  $F_{(16,167)} = 13,83$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,53

Tabla 55. Análisis de Regresión del Consumo de tabaco (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con las Situaciones de consumo, las personas del entorno que fuman y el Consumo de tabaco (T1).  $N=184$ . Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer

### 3.4.3.2. Consumo de alcohol

El modelo que se muestra en la *Tabla 56* apunta cómo la varianza del criterio (Consumo de alcohol T1) es explicada en un 17% por el modelo analizado. La edad, el Afecto positivo y las situaciones de consumo positivas mostraron una relación positiva. Por su parte, las situaciones de consumo negativas, presentaron una relación significativa y negativa.

<i>Criterio: Consumo de alcohol (T1)</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	0,07	0,19	0,05	0,70	0,48
Edad	0,06	0,05	<b>0,16</b>	<b>2,24</b>	<b>0,03</b>
Extraversión	-0,002	0,02	-0,02	-0,18	0,85
Tesón	-0,01	0,02	-0,13	-1,36	0,17
Neuroticismo	-0,002	0,01	-0,03	-0,27	0,79
Afabilidad	-0,01	0,02	-0,06	-0,77	0,44
Apertura	-0,01	0,02	-0,07	-0,78	0,43
Positividad	-0,02	0,02	-0,12	-1,38	0,17
Afecto Positivo (T1)	0,03	0,02	<b>0,23</b>	<b>2,12</b>	<b>0,03</b>
Afecto Negativo (T1)	-0,01	0,02	-0,08	-0,75	0,45
Afront. Problemas (T1)	0,02	0,19	0,01	0,16	0,88
Afront. Improductivo (T1)	0,08	0,23	0,06	0,66	0,51
Afront. Demás (T1)	0,06	0,13	0,07	0,87	0,39
Situaciones de consumo positivas	0,35	0,10	<b>0,41</b>	<b>5,34</b>	<b>0,001</b>
Situaciones de consumo negativas	-0,22	0,09	<b>-0,18</b>	<b>-2,50</b>	<b>0,01</b>
Personas del entorno que beben	-0,01	0,05	-0,01	-0,12	0,91

**Modelo:**  $F_{(16,182)}=3,47$ ,  $p<0,001$ ;  $R^2$  corregida = 0,17

*Tabla 56. Análisis de Regresión del Consumo de alcohol (T1) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento, así como con las Situaciones de consumo tanto positivas como negativas y las personas del entorno que beben (T1). N=199. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.*

En cuanto al Consumo de alcohol (T2), el modelo significativo explicó el 22% del criterio. El Consumo de alcohol (T1) y las personas del entorno que beben, presentaron una relación significativa y positiva. Además, el Tesón (en sentido negativo) y las Situaciones de consumo positivas (en sentido positivo), mostraron una relación marginalmente significativa (ver *Tabla 57*).

<i>Criterio: Consumo de alcohol T2</i>	B	Error típico	$\beta$	t	Sig.
Sexo	0,04	0,09	0,03	0,42	0,67
Edad	0,01	0,02	0,02	0,30	0,77
Extraversión	0,000	0,01	-0,004	-0,05	0,96
Tesón	-0,01	0,01	-0,17	-1,77	0,08
Neuroticismo	-0,003	0,01	-0,04	-0,42	0,67
Afabilidad	-0,001	0,01	-0,01	-0,19	0,85
Apertura	-0,004	0,01	-0,05	-0,57	0,57
Positividad	-0,004	0,01	-0,03	-0,39	0,69
Afecto Positivo (T2)	0,01	0,01	0,08	0,74	0,46
Afecto Negativo (T2)	-0,01	0,01	-0,12	-1,25	0,21
Afront. Problemas (T2)	0,06	0,10	0,05	0,56	0,58
Afront. Improductivo (T2)	0,11	0,09	0,09	1,09	0,27
Afront. Demás (T2)	0,06	0,06	0,08	0,96	0,34
Situaciones de consumo positivas	0,11	0,06	0,14	1,74	0,08
Situaciones de consumo negativas	-0,11	0,08	-0,09	-1,29	0,20
Personas del entorno que beben	-0,12	0,04	<b>0,20</b>	<b>2,85</b>	<b>0,005</b>
Consumo de alcohol T1	0,26	0,07	<b>0,29</b>	<b>3,93</b>	<b>0,001</b>

**Modelo:**  $F_{(17,166)}=3,99, p<0,001; R^2$  corregida = 0,22

Tabla 57. Análisis de Regresión del Consumo de alcohol (T2) con el Sexo, Edad, Personalidad, Afecto y Afrontamiento (T2), así como con las Situaciones de consumo tanto positivas como negativas, las personas del entorno que beben y el Consumo de alcohol (T1). N=184. Nota: sexo: 1=varón, 2= mujer.

### 3.4.4. Resumen de los análisis globales

Una vez realizados los análisis globales podemos indicar el resumen de los resultados obtenidos, tanto de la variable Rendimiento como de las Conductas de consumo y de salud (ver Cuadro 12 y 13).

En cuanto al Rendimiento, tanto en el pasado como en el actual, la variable predictora con significación estadística fue el Tesón, pero además en el caso del Rendimiento actual, el Afecto Positivo, la Edad y el Rendimiento pasado presentaron una relación significativa y positiva, así como la Apertura lo hizo en el caso del Rendimiento en el T1.

En referencia a las Conductas de Salud, en el modelo explicativo de la Alimentación Saludable, el Tesón y el Afecto Negativo, se presentaron como los predictores con significación, estableciéndose una relación positiva y negativa respectivamente con el criterio. En las conductas de seguridad (ponerse el cinturón de

seguridad, cruzar por el paso de peatones y seguir las normas de seguridad), son las variables Edad, Afrontamiento en los demás, Positividad y Afecto Positivo las que indicaban una relación positiva, siendo el Sexo (menos en chicas) y el Afrontamiento Improductivo los que mostraban una asociación significativa y negativa. En las Horas de Sueño (T1) el predictor significativo y con relación positiva fue la variable Afabilidad, y en el T2 fueron la Extraversión, el Neuroticismo y las Horas de Sueño (T1), las variables predictoras con significación. El Tesón y la Edad se presentaron como las variables predictoras del Tiempo para relajarse, estableciendo una relación negativa. En cuanto al Ejercicio Físico, el Sexo (los chicos practicaban más deporte que las chicas), el Tesón (relación negativa), la Positividad y el Afrontamiento centrado en el problema (ambos con relación positiva), fueron las variables estadísticamente significativas.

Los análisis globales realizados sobre las Conductas de Consumo indicaron cómo, tanto en el consumo de tabaco como en el de alcohol, las variables predictoras como la Edad, el Afecto Positivo, las situaciones de consumo y las personas del entorno que fumaban y bebían, presentaron una relación significativa y positiva, a excepción de las situaciones de consumo negativas que mostraron una relación negativa. En el consumo de tabaco, además, el Afrontamiento centrado en el problema indicó una asociación negativa.

	Rendimiento pasado	Rendimiento actual	Consumo de tabaco		Consumo de alcohol	
			T1	T2	T1	T2
Sexo						
Edad		+	+		-	
Extraversión						
Tesón	+	+				
Neuroticismo						
Afabilidad				+		
Apertura	+					
Positividad			-			
Afecto positivo		+	+		+	
Afecto negativo			-			
Afrontamiento problema			-			
Afrontamiento Improductivo						
Afrontamiento demás				+		
Personas entorno que fuman			+			
Situaciones de beber positivas					+	
Situaciones de beber negativas					-	
Otras variables T1				+		+
				(Consumo Tabaco)		(Consumo Alcohol)
R <sup>2</sup> ajustado	0,13	0,41	0,43	0,53	0,17	0,22

Cuadro 12. Signo de la regresión de las variables predictoras (Edad, Sexo, Personalidad, Afecto y Afrontamiento) sobre las variables criterio (Rendimiento, Conductas y Situaciones de consumo). Nota: sexo: 1= varón, 2= mujer

	Alimentación saludable		Cinturón de seguridad	Paso de peatones	Horas de sueño		Ocio/tiempo relajarse		Ejercicio físico		Normas seguridad	Consumo de alcohol	
	T1	T2			T1	T2	T1	T2	T1	T2		T1	T2
Sexo			-						-	-			
Edad					+	-					+		-
Extraversión													
Tesón	+				+	-			-				
Neuroticismo													
Afabilidad													
Apertura													
Positividad			-	-						+			
Afecto positivo			+										+
Afecto negativo					-								
Afrontamiento problema									-				
Afrontamiento Improductivo				-							+		
Afrontamiento demás			+	+									
Personas entorno que fuman													
Situaciones de beber positivas													+
Situaciones de beber negativas													-
Otras variables T1		+			+		+		+				+
		(Alim. Salud.)			(H. Sueño)		(Ocio)		(Ejer. Físico)				(Cons. Alcohol)
R <sup>2</sup> ajustado	0,14	0,24	0,08	0,04	0,04	0,35	0,10	0,11	0,32	0,61	0,09	0,17	0,22

Cuadro 13. Signo de la regresión de las variables predictoras (Edad, Sexo, Personalidad, Afecto y Afrontamiento) sobre las Conductas de salud.  
Nota: sexo: 1= varón, 2= mujer.

### 3.5. ANÁLISIS ENTRE CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES

Para llevar a cabo el análisis de las diferencias en función de las conductas de consumo (fumar y beber) se distribuyeron los participantes en grupos según el nivel informado de consumo o de no consumo. En el caso del tabaco se establecieron dos grupos, uno formado por los no fumadores (todos aquellos que habían informado que nunca habían fumado) y otro formado por los fumadores (todos los que pertenecían al resto de categorías medidas: alguna vez, de vez en cuando, regularmente y a diario). En cuanto al consumo de alcohol, al igual que con el de tabaco, se establecieron dos grupos diferenciados, los no bebedores (todos aquellos que informaron no consumir alcohol) y los bebedores (todos los que pertenecían al resto de categorías medidas: ocasional y frecuente).

Una vez diseñados los grupos, se procedió a realizar los análisis comparativos a fin de determinar los efectos principales, por una parte, entre fumadores y no fumadores, y por otra parte, entre bebedores y no bebedores. Para ello, se realizaron diez análisis multivariados de varianza de un factor (MANOVA), usando la Lambda de Wilks como criterio de significación.

#### 3.5.1. Diferencias entre fumadores y no fumadores

##### 3.5.1.1. Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1)

En el primer análisis se estudiaron las diferencias en Edad, Personalidad (los Cinco Grandes y Positividad), Afecto (Positivo y Negativo) y Afrontamiento (Afrontamiento centrado en el problema, Afrontamiento Improductivo y Afrontamiento centrado en los demás) (ver *Tabla 58*). Los resultados mostraron que las variables combinadas fueron afectadas significativamente por el consumo de tabaco [Wilk's  $\lambda=0,81$ ;  $F_{(12,186)}= 3,66$ ,  $p<0,001$ ;  $\eta^2p = 0,191$ ].

La *Tabla 58* indica las diferencias significativas que aportaban las variables Edad, Positividad, Neuroticismo, Afrontamiento centrado en el problema y Afrontamiento Improductivo, de tal forma que los fumadores tenían mayor edad, Neuroticismo y Afrontamiento improductivo, así como menos Positividad y Afrontamiento centrado en el problema.

	No fuman (N=80)	Sí fuman (N=119)	F <sub>(1,198)</sub>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Edad	16,71(1,65)	17,34 (1,9)	5,61 **	0,028
Neuroticismo	31,25 (7,79)	34,53 (8,42)	7,70 **	0,038
Extraversión	46,79 (5,78)	47,20 (6,99)	0,19	0,001
Tesón	45,00 (6,89)	43,22 (7,80)	2,73	0,014
Afabilidad	49,76 (5,97)	48,78 (6,93)	1,07	0,005
Apertura	41,18 (6,88)	40,98 (7,11)	0,04	0,000
Positividad	31,48 (3,60)	29,55 (5,04)	8,65 **	0,042
Afecto Positivo (T1)	36,30 (5,42)	36,77 (5,71)	0,34	0,002
Afecto Negativo (T1)	24,55 (5,40)	25,19 (6,59)	0,52	0,003
Afrontamiento problema (T1)	3,77 (0,63)	3,53 (0,54)	8,32 **	0,041
Afrontamiento improduc. (T1)	2,64 (0,45)	2,79 (0,49)	4,56*	0,023
Afrontamiento en demás (T1)	2,74 (0,70)	2,70 (0,81)	0,14	0,001

Tabla 58. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del Consumo de tabaco sobre la Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1). (N=199). Nota: \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001.

### 3.5.1.2. Conductas de salud (T1)

El segundo MANOVA estudió las diferencias en las Conductas de Salud (T1) en función del Consumo de tabaco. Los resultados mostraron que las variables combinadas no fueron afectadas significativamente por este factor [Wilk's  $\lambda=0,95$ ;  $F_{(7,191)}=1,33$ ,  $p<0,24$ ;  $\eta^2_p = 0,05$ ]. Sin embargo, el Ejercicio físico y las Conductas de Salud total (T1) fueron variables que mostraron diferencias significativas, de tal forma que los no fumadores presentaron más conductas de salud y realizaban más ejercicio físico que los fumadores (ver Tabla 59).

	No fuman (N=80)	Sí fuman (N=119)	F <sub>(1,198)</sub>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Alimentación saludable	2,87 (0,92)	2,76 (0,79)	0,81	0,004
Cinturón de seguridad	3,56 (0,67)	3,53 (0,62)	0,13	0,001
Paso de peatones	2,80 (0,89)	2,76 (0,85)	0,08	0,000
Horas de sueño	2,94 (0,97)	2,71 (0,95)	2,79	0,014
Ocio	3,26 (0,92)	3,29 (0,91)	0,03	0,000
Ejercicio físico	2,56 (1,05)	2,18 (1,12)	5,98 *	0,029
Normas de seguridad	2,39 (1,06)	2,16 (1,08)	2,16	0,011
Conducta de salud (T1)	2,91 (0,43)	2,77 (0,40)	5,80 *	0,029

Tabla 59. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianzas univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del Consumo de tabaco sobre las Conductas de Salud (T1). (N=199)

Nota: \* p<0,05.

### 3.5.1.3. Variables relacionadas con las Conductas de consumo (T1)

El tercer MANOVA se centró en estudiar las diferencias entre fumadores y no fumadores en Personas del entorno que fuman y beben, Consumo de alcohol, Situación de fumar total, Situaciones de beber positivas y Situaciones de beber negativas. El análisis mostró que las variables combinadas fueron significativamente afectadas por este factor [Wilk's  $\lambda=0,75$ ;  $F_{(8,190)}= 8,14$ ,  $p<0,001$ ;  $\eta^2p = 0,26$ ].

En referencia a los efectos encontrados (ver *Tabla 60*), las personas que fuman tienen a su alrededor más personas con este hábito, y ven más situaciones facilitadoras de esta conducta. Además, también consumen más alcohol, más cantidad de bebidas y ven las situaciones positivas como más facilitadoras de este consumo.

	No fuman (N=80)	Sí fuman (N=119)	F <sub>(1,198)</sub>	$\eta^2p$
Personas entorno que fuman	2,26 (0,76)	2,86 (0,83)	26,44 ***	0,12
Personas entorno que beben	2,48 (0,81)	2,34 (1,01)	0,92	0,005
Cantidad de bebida	1,69 (0,70)	1,90 (0,69)	4,40*	0,022
Consumo de alcohol	1,55 (0,76)	2,09 (0,50)	36,60 ***	0,16
Situaciones de fumar total	1,76 (0,82)	2,13 (0,87)	9,14 **	0,044
Situaciones de beber positivas	2,23 (0,75)	2,65 (0,77)	14,80 ***	0,070
Situaciones de beber negativas	1,23 (0,54)	1,23 (0,53)	0,37	0,002

*Tabla 60. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2p$ ) del Consumo de tabaco sobre las Personas del entorno que fuman y beben, Cantidad de bebida, Consumo de alcohol, Situación de fumar total, Situaciones de beber positivas y Situaciones de beber negativas (T1). (N=199).*

*Nota:* \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ .

### 3.5.1.4. Afecto (T2) y Afrontamiento (T2)

En el cuarto análisis se estudiaron las diferencias en el Afecto (T2) y Afrontamiento (T2) (ver *Tabla 61*). Los resultados mostraron que las variables combinadas no fueron afectadas significativamente por el consumo de tabaco [Wilk's  $\lambda=0,96$ ;  $F_{(5,178)}= 1,63$ ,  $p=0,16$ ;  $\eta^2p = 0,044$ ] en el tiempo de alto estrés o periodo de exámenes.

	No fuman (N=79)	Sí fuman (N=105)	F <sub>(1,184)</sub>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Afecto Positivo (T2)	34,94 (5,52)	34,81 (5,48)	0,024	0,000
Afecto Negativo (T2)	25,47 (5,57)	26,30 (6,86)	0,78	0,004
Afrontamiento problema (T2)	3,58 (0,60)	3,44 (0,55)	2,68	0,014
Afrontamiento improduc. (T2)	2,56 (0,46)	2,68 (0,54)	2,41	0,013
Afrontamiento en demás (T2)	2,76 (0,72)	2,59 (0,81)	2,03	0,011

Tabla 61. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del Consumo de tabaco sobre el Afecto (T2) y Afrontamiento (T2). (N=184).

### 3.5.1.5. Conductas de salud (T2)

El quinto MANOVA estudió las diferencias en las Conductas de Salud (T2) en función del Consumo de tabaco. Los resultados mostraron que las variables combinadas, no fueron afectadas significativamente por este factor [Wilk's  $\lambda=0,96$ ;  $F_{(4,179)}=1,85$ ,  $p=0,12$ ;  $\eta^2_p=0,04$ ]. No obstante, en los análisis univariados se obtuvo que el Ejercicio físico fue una variable que mostró diferencias significativas, de tal forma que los no fumadores realizaban más ejercicio físico que los fumadores (ver Tabla 62).

	No fuman (N=79)	Sí fuman (N=105)	F <sub>(1,184)</sub>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Alimentación saludable	2,49 (0,84)	2,43 (0,98)	0,22	0,001
Horas de sueño	2,54 (0,97)	2,68 (1,03)	0,77	0,004
Ocio	2,92 (0,90)	3,04 (0,94)	0,69	0,004
Ejercicio físico	2,38 (1,04)	2,04 (1,04)	4,88 *	0,026
Conducta de salud (T2)	2,59 (0,60)	2,55 (0,65)	0,18	0,001

Tabla 62. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del Consumo de tabaco sobre las Conductas de Salud (T2). (N=184).

Nota: \*  $p<0,05$

## 3.5.2. Diferencias entre bebedores y no bebedores

### 3.5.2.1. Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1)

En el sexto análisis se estudiaron las diferencias en Personalidad, Afecto y Afrontamiento. Los resultados mostraron que las variables combinadas no fueron afectadas significativamente por el consumo de alcohol [Wilk's  $\lambda=0,92$ ;  $F_{(12,186)}=1,33$ ,  $p=0,20$ ;  $\eta^2_p=0,08$ ].

La Tabla 63 indica, no obstante, que los adolescentes que consumían alcohol mostraban puntuaciones más altas en Extraversión y en Afecto positivo.

	No beben (N=63)	Sí beben (N=136)	F <sub>(1,198)</sub>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Edad	16,95 (1,91)	17,15 (1,81)	0,48	0,002
Extraversión	45,49 (6,67)	47,75 (6,35)	5,27 *	0,026
Tesón	43,84 (8,08)	43,98 (7,22)	0,01	0,000
Neuroticismo	32,98 (8,26)	33,32 (8,36)	0,07	0,000
Afabilidad	48,62 (6,73)	49,43 (6,49)	0,66	0,003
Apertura	40,81 (7,46)	41,18 (6,80)	0,12	0,001
Positividad	30,27 (4,62)	30,35 (4,61)	0,01	0,000
Afecto positivo (T1)	35,46 (5,83)	37,10 (5,41)	3,77*	0,019
Afecto negativo (T1)	24,97 (5,77)	24,92 (6,31)	0,003	0,000
Afrontamiento problemas (T1)	3,68 (0,64)	3,60 (0,56)	0,88	0,004
Afrontamiento en demás (T1)	2,69 (0,83)	2,72 (0,74)	0,05	0,000
Afrontamiento improductivo (T1)	2,64 (0,47)	2,77 (0,48)	2,97	0,015

Tabla 63. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del Consumo de alcohol sobre la Edad, Personalidad, Afecto (T1) y Afrontamiento (T1). (N=199). Nota: \*  $p < 0,05$ .

### 3.5.2.2. Conductas de salud (T1)

El siguiente MANOVA estudió las diferencias en las Conductas de Salud (T1) en función del Consumo de alcohol. Los resultados mostraron que las variables combinadas no fueron afectadas significativamente por este factor [Wilk's  $\lambda = 0,99$ ;  $F_{(7,191)} = 0,38$ ,  $p = 0,92$ ;  $\eta^2_p = 0,014$ ] (ver Tabla 64), no encontrándose ningún efecto relevante.

	No beben (N=63)	Sí beben (N=136)	F <sub>(1,198)</sub>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Alimentación saludable	2,83 (0,85)	2,80 (0,85)	0,03	0,000
Cinturón de seguridad	3,54 (0,67)	3,54 (0,63)	0,002	0,000
Paso de peatones	2,86 (1,03)	2,74 (0,78)	0,75	0,004
Horas de sueño	2,73 (0,99)	2,83 (0,95)	0,47	0,002
Ocio	3,24 (0,92)	3,29 (0,91)	0,16	0,001
Ejercicio físico	2,44 (1,06)	2,28 (1,13)	0,96	0,005
Normas de seguridad	2,25 (1,09)	2,25 (1,07)	0,001	0,000
Conductas de salud (T1)	2,84 (0,45)	2,82 (0,39)	0,11	0,001

Tabla 64. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del Consumo de alcohol sobre las Conductas de Salud (T1). (N=199).

### 3.5.2.3. Variables relacionadas con las Conductas de consumo (T1)

El octavo MANOVA se centró en estudiar el Consumo de alcohol sobre las Personas que fuman y beben, la puntuación total en Situaciones de fumar, las Situaciones de beber positivas y las Situaciones de beber negativas. El análisis mostró que las variables combinadas fueron significativamente afectadas por este factor [Wilk's  $\lambda=0,90$ ;  $F_{(6,192)}= 3,49$ ,  $p<0,003$ ;  $\eta^2p = 0,099$ ].

En referencia a los efectos encontrados (ver *Tabla 65*), los que bebían alcohol veían las situaciones positivas como elicitadoras de este consumo, tenían a su alrededor más personas que fumaban, y veían más situaciones como facilitadoras del consumo de tabaco, que los adolescentes que no consumían alcohol o no bebedores.

	No beben (N=63)	Sí beben (N=136)	F <sub>(1,198)</sub>	$\eta^2p$
Personas entorno que fuman	2,26 (0,76)	2,86 (0,83)	26,44 ***	0,12
Personas entorno que beben	2,48 (0,81)	2,34 (1,01)	0,92	0,005
Situaciones de fumar total	1,76 (0,82)	2,13 (0,87)	9,14 **	0,044
Situaciones de beber positivas	2,23 (0,75)	2,65 (0,77)	14,80 ***	0,070
Situaciones de beber negativas	1,23 (0,54)	1,23 (0,53)	0,37	0,002

*Tabla 65. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2p$ ) del Consumo de alcohol sobre las Personas del entorno que fuman y beben, Situación de fumar total, Situaciones de beber positivas y Situaciones de beber negativas (T1). (N=199). Nota: \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ .*

### 3.5.2.4. Afecto (T2) y Afrontamiento (T2)

En el noveno análisis se estudiaron las diferencias en el Afecto (T2) y Afrontamiento (T2) (ver *Tabla 66*). Los resultados mostraron que las variables combinadas, a excepción del Afecto positivo que presentó una relación marginal en los análisis univariados siendo más alto en los bebedores, no fueron afectadas significativamente por el consumo de alcohol [Wilk's  $\lambda=0,96$ ;  $F_{(5,178)}= 1,63$ ,  $p=0,16$ ;  $\eta^2p = 0,044$ ].

	No beben (N=60)	Sí beben (N=124)	F <sub>(1,183)</sub>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Afecto positivo (T2)	35,46 (5,83)	37,10 (5,41)	3,77 °	0,019
Afecto negativo (T2)	24,97 (5,77)	24,92 (6,31)	0,003	0,000
Afrontamiento problemas (T2)	3,68 (0,64)	3,60 (0,56)	0,88	0,004
Afrontamiento en los demás (T2)	2,69 (0,83)	2,72 (0,74)	0,05	0,000
Afrontamiento improductivo (T2)	2,64 (0,47)	2,77 (0,48)	2,97	0,015

Tabla 66. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del Consumo de alcohol sobre el Afecto (T2) y Afrontamiento (T2). (N=184). Nota: ° p<0,06

### 3.5.2.5. Conductas de salud (T2)

El último MANOVA estudió las diferencias en las Conductas de Salud (T2) en función del Consumo de alcohol. Los resultados mostraron que las variables combinadas no fueron afectadas significativamente por este factor [Wilk's  $\lambda=0,96$ ; F<sub>(4,179)</sub>= 1,85, p=0,12;  $\eta^2_p = 0,04$ ] (ver Tabla 67).

	No beben (N=60)	Sí beben (N=124)	F <sub>(1,184)</sub>	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Alimentación saludable	2,50 (0,95)	2,44 (0,91)	0,20	0,001
Horas de sueño	2,53 (0,95)	2,66 (1,03)	0,65	0,004
Ocio	2,88 (0,94)	3,04 (0,91)	1,17	0,006
Ejercicio físico	2,32 (1,02)	2,12 (1,06)	1,41	0,008
Conducta de salud (T2)	2,56 (0,62)	2,56 (0,66)	0,04	0,000

Tabla 67. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) del Consumo de alcohol sobre las Conductas de Salud (T2). (N=184).

### 3.5.3. Resumen de los análisis entre consumidores y no consumidores

Los resultados comparativos entre fumadores y no fumadores mostraron que los fumadores tenían más Edad, Neuroticismo y utilizaban más estrategias de Afrontamiento Improductivo que los no fumadores, al tiempo que tenían puntuaciones más bajas en Positividad y en Afrontamiento centrado en el Problema.

Los no fumadores realizaban con más frecuencia Ejercicio físico, y además ponían en marcha, en general, más cantidad de conductas de salud.

El estar rodeados de personas que fuman era más frecuente entre los fumadores, así como el consumir tabaco en situaciones en las que se suele fumar con mayor frecuencia. El consumo de alcohol y la cantidad de bebidas era mayor en los consumidores de tabaco en comparación de los chicos que no habían fumado nunca.

Además, los fumadores, solían fumar más en situaciones que elicitan más fácilmente el consumo de alcohol (fiestas, reuniones con amigos, etc.), (ver *Cuadro 14*).

En cuanto a los resultados comparativos entre bebedores y no bebedores indicaron cómo el consumo de alcohol era mayor en personas con un mayor índice de Extraversión y de Afecto positivo. Eran personas más proclives a la búsqueda de nuevas sensaciones.

No se presentó ningún efecto relevante en cuanto al consumo de alcohol y las diferencias en las Conductas de salud.

En el consumo de alcohol, al igual que ocurría en el consumo de tabaco, los bebedores, solían informar de que había más personas en su entorno que fumaban, además de beber más en las situaciones en las que se fumaba con mayor probabilidad, así como en aquellas situaciones que invitaban con más facilidad al consumo de bebidas alcohólicas (ver *Cuadro 15*).

GRUPOS DE VARIABLES	CONSUMO DE TABACO	
	NO FUMAN	SÍ FUMAN
<b>EDAD</b>		**
EDAD		**
<b>PERSONALIDAD</b>		
NEUROTICISMO		**
POSITIVIDAD	**	
<b>AFRONTAMIENTO</b>		
AFRONTAMIENTO PROBLEMA	**	
AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO		*
<b>CONDUCTAS SALUD</b>		
CONDUCTAS SALUD TOTAL	*	
<b>CONDUCTAS CONSUMO</b>		
PERSONAS QUE FUMAN		***
CANTIDAD DE BEBIDA		*
CONSUMO DE ALCOHOL		***
SITUACIONES FUMAR TOTAL		**
SITUACIONES BEBER POSITIVAS		***

Cuadro 14. Resumen de diferencias entre Fumadores y No fumadores.

Notas: (1) Se incluyen sólo variables donde los MANOVAS son significativos; (2) La significación se he recogido en la columna correspondiente al grupo con la puntuación más alta en la variable analizada; (3) \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

GRUPOS DE VARIABLES	CONSUMO DE ALCOHOL	
	NO BEBEN	SÍ BEBEN
<b>AFECTO</b>		
AFECTO POSITIVO		*
<b>PERSONALIDAD</b>		
EXTRAVERSIÓN		*
<b>CONDUCTAS CONSUMO</b>		
PERSONAS QUE FUMAN		***
SITUACIONES FUMAR TOTAL		**
SITUACIONES BEBER POSITIVAS		***

*Cuadro 15. Resumen de diferencias entre los que Consumen alcohol y los que No consumen alcohol.*

*Notas: (1) Se incluyen sólo variables donde los MANOVAS son significativos; (2) La significación se he recogido en la columna correspondiente al grupo con la puntuación más alta en la variable analizada; (3) \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .*

#### 4. DISCUSIÓN

La adolescencia es tiempo de exploración, descubrimientos y elecciones. Las opciones que los adolescentes hacen sobre el consumo de sustancias (principalmente alcohol y tabaco), pueden tener implicaciones serias en el ámbito social y en la salud.

Los objetivos que se plantearon en este estudio perseguían determinar los factores que se relacionaban con los aspectos vinculados con la salud, de los que se estudiaron las conductas saludables (p. ej., alimentación sana, ejercicio físico, ocio, etc.) y las conductas de riesgo, de las que se analizaron el consumo de alcohol y de tabaco. Además, se estudió cómo el estilo de vida, los hábitos insanos y el estrés afectaban a dichas conductas vinculadas con la salud, así como qué variables relevantes en la persona (cinco grandes, positividad, afrontamiento y afecto) influyeron en las interacciones de todos los aspectos mencionados. También era importante conocer la influencia del sexo, la edad y cómo el rendimiento académico era afectado por todas las variables estudiadas. Por otro lado se estudió la influencia de las situaciones sociales y de las personas del entorno en las conductas de consumo, es decir cómo los diversos estímulos presentes en las situaciones y los tipos de situaciones (de ocio, de trabajo, de conflicto, etc.), se tornaban como variables facilitadoras o no de estas conductas.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo indican la existencia de relaciones entre ciertas características de personalidad (cinco grandes y positividad), el afecto, el rendimiento académico, las estrategias de afrontamiento, las conductas de consumo y las conductas de salud de los adolescentes tanto en situaciones de estrés como en situaciones de ausencia de eventos estresantes.

Por lo que respecta al primer objetivo general enunciado, el análisis de datos muestra unos resultados que permiten confirmar las hipótesis de trabajo planteadas. En cuanto a la *hipótesis 1*, dichos datos indican cómo las variables personales, a excepción del neuroticismo, presentan una relación positiva con el afecto positivo. En concreto el afecto positivo se relaciona significativamente de forma directa con extraversión, afabilidad, tesón, apertura y positividad, mientras que lo hace de forma negativa o inversa con el neuroticismo. Del mismo modo, tal y como se enunciaba en la *hipótesis 2*, las estrategias de afrontamiento más adaptativas (afrontamiento centrado en los problemas y en los demás) se relacionan de forma positiva con todas las variables personales a excepción del neuroticismo, en cuyo caso se establece una asociación positiva con el afrontamiento improductivo. Tales estrategias adaptativas también

correlacionan positivamente con menor consumo de tabaco y de alcohol, siendo una vez más el afrontamiento improductivo el que se relaciona con un mayor consumo, lo cual sucede tanto en chicos como en chicas (resultados que confirman las *hipótesis 4,5 y 6* planteadas en este estudio). Con respecto a las conductas de salud, tal y como se enunciaba en la *hipótesis 3*, la extraversión, el tesón, la apertura y la positividad, así como el afecto positivo y las estrategias de afrontamiento más adaptativas, se relacionan de forma significativa y positiva con las conductas más saludables (alimentación adecuada, utilización del paso de peatones, realización de ejercicio físico, seguimiento de normas de seguridad, etc.). Por otra parte, son el afecto negativo, el neuroticismo y el afrontamiento improductivo, las variables que muestran una relación más negativa con tales conductas protectoras de la salud.

Este patrón de resultados sugiere con claridad, al igual que otros estudios (Labouvie y McGee, 1986; Salazar et al., 2006), el valor sobre la salud de los factores psicosociales de protección (p. ej., estrategias de afrontamiento productivas y algunos factores personales). Éstos incrementan la probabilidad de que no se presenten conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y tabaco. Dichos factores tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los individuos. En paralelo con la investigación sobre el tema (Hagger-Johnson et al., 2012), nuestros datos sugieren que los rasgos y características de personalidad pueden ser importantes predictores del inicio y de cambios relacionados con la salud durante la adolescencia. Hay estudios (ver Brook et al., 1997; Brook et al., 2010b; Conrod et al., 2008) que ilustran el valor de la asociación entre rasgos de personalidad y conductas saludables, por ejemplo a mayor tesón menos inicio en el consumo de alcohol y menos frecuencia de consumo de tabaco. Además, en el presente estudio, al igual que se muestra en las evidencias anteriores, se indica cómo ciertos rasgos de personalidad están implicados en la vulnerabilidad del adolescente a hacer un mal uso del alcohol (p. ej. neuroticismo). Por otra parte, como apuntan diferentes estudios (Arnett, 2000; Caprara, 2009; Caprara et al., 2006; Kavas, 2009; Newcomb y Félix-Ortíz, 1992; Trzesniewski et al., 2006; Yasemin y Orth, 2011; o Zubieta y Delfino, 2010), nuestros resultados, indican que la positividad (recordemos los tres componentes que subyacen a la misma: satisfacción vital, autoestima y optimismo) se relaciona positivamente con las conductas y hábitos saludables.

En cuanto al análisis de las relaciones existentes entre las variables de personalidad, el afecto, las estrategias de afrontamiento y las conductas de salud y/o de consumo con el rendimiento académico, los resultados obtenidos confirman los planteamientos enunciados en las *hipótesis 7, 8 y 14*. En virtud de estos resultados se ha comprobado cómo, efectivamente, las variables personales (excepto el neuroticismo) y el afrontamiento productivo muestran una relación de carácter positivo con el rendimiento académico, siendo dicho rendimiento, menor entre los consumidores de alcohol y tabaco. Además, el análisis de los datos indica cómo la edad, el afecto positivo y la positividad se asocian con un mayor rendimiento académico. Tales resultados confirman, como otras evidencias existentes (ver Brook et al., 2011; Morin et al., 2011 para su revisión), que la mayor implicación en el cumplimiento de las obligaciones académicas se relaciona en su polo positivo con un mayor rendimiento escolar y un menor consumo de tabaco y de alcohol durante la adolescencia, por lo que la variable tesón juega un importante papel en estas relaciones. La relación entre tesón y rendimiento académico podemos interpretarla en términos de motivación, ya que los estudiantes con alto grado de tesón (en sus dimensiones de escrupulosidad y perseverancia) están más motivados a obtener resultados excelentes. Por otra parte, suele también suponerse que existe una relación lógica entre comportamientos subyacentes a altos grados de tesón y alto rendimiento académico, como por ejemplo el ser organizado y tener capacidad de trabajo y orientación al logro.

En referencia al segundo objetivo general, los resultados del presente trabajo apoyan tanto la evidencia existente (ver Bosson et al., 2012; Brodbeck et al., 2013; Carver y Connor-Smith, 2010; De Boo y Spiering, 2010; Jiménez-Iglesias et al., 2013; Mahalik et al., 2013; Ramos y Moreno, 2010) como las hipótesis de trabajo planteadas al respecto (*hipótesis 9, 10, 11, 12 y 13*). En este sentido, tales resultados, corroborando las hipótesis indicadas, muestran el aumento del consumo de tabaco y alcohol con la edad, el mayor empleo por las adolescentes de estrategias de afrontamiento menos productivas a la hora de manejar el estrés y el malestar emocional producido por los problemas, así como la puesta en marcha por parte de los chicos de más conductas saludables que las chicas. En este sentido y teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento, nuestros resultados guardarían cierta relación con estudios (ver Carver y Connor-Smith, 2010, Lara et al., 2013; Pérez-García, 2011, para revisiones) en los que se ha encontrado que los hombres afrontan el estrés más orientados a la tarea, mientras

que las mujeres están más orientadas a la regulación emocional. Teniendo en cuenta la influencia del sexo, los resultados indican que, dada la mayor emocionalidad de las chicas, así como el mayor afecto negativo que ellas presentan con respecto a los chicos, éstas ponen en marcha menos conductas de salud y muestran mayor consumo de tabaco que aquéllos.

Además, los resultados de los MANOVAS llevados a cabo muestran que, primero, en consonancia con otras investigaciones sobre el tema (ver Del Barrio et al, 2004; Leeuw et al., 2010, Lehman et al, 2013; McCrae et al., 2002), las chicas obtienen puntuaciones más elevadas que los chicos en tesón, neuroticismo, afabilidad, afecto negativo y afrontamiento improductivo, siendo ellos los que puntúan más alto en apertura y en el uso de estrategias centradas en el problema; segundo, los chicos realizan más ejercicio físico, siguen una alimentación más saludable, utilizan más el cinturón de seguridad y ponen en marcha más conductas de salud que ellas (ver Verkooijen et al, 2008; Wichstrom et al., 2013), no obstante, con respecto a este último dato, éste no parece concluyente, pues existen resultados diferentes apuntando que son los chicos los que presentan más patrones de comportamientos de riesgo para la salud que las chicas (ver Brodbeck et al., 2013; Brook et al. 2010a; Calvete y Estévez, 2009; Mahalik et al., 2013 para una revisión sobre el tema); tercero, las chicas de esta muestra fuman más que los chicos (también se muestra esta tendencia en el Plan Nacional sobre Drogas, 2010 y en los estudios de Jiménez-Iglesias et al, 2013), aunque no hay diferencias significativas entre sexos en cuanto a las situaciones que llevan a dicho consumo; cuarto, en el caso del consumo de alcohol, no hay diferencias entre ambos sexos, aunque los chicos tienden a tener más personas en su entorno que beben y, a consumir más alcohol en situaciones de carácter negativo que las chicas.

En cuanto al tercer objetivo general planteado en este estudio, se analizan los resultados sobre los factores que predicen las conductas de salud y de riesgo en los adolescentes. Los datos que se obtienen confirman los planteamientos enunciados en las *hipótesis 15 y 16*, así como en ciertos trabajos publicados sobre el tema (ver Brook et al., 1997 y 2010b; Conrod et al., 2008; Hu et al., 2011; Lee y Larson, 1996; Leeuw et al., 2010; Marrón et al., 2003; Schelleman-Offermans et al., 2013; Shamblen et al., 2011). En este sentido, hemos comprobado cómo las conductas de salud se asocian con la edad, el tesón, la positividad, el afecto positivo y las estrategias de afrontamiento más adaptativas.

En cuanto a la edad, este estudio al igual que otros trabajos publicados (Brook et al., 1997 y 2010b; Plan Nacional sobre Drogas, 2010) indica cómo el consumo de tabaco aumenta con la edad en ambos sexos. Centrándonos en el consumo de alcohol y de tabaco y siguiendo los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, los resultados muestran que los índices de consumo, efectivamente sufren variaciones en función de la edad, pero también en función del sexo. Teniendo en cuenta tales datos, en cuanto al consumo de tabaco en la población adolescente española, se indican cifras como que el 46% de jóvenes entre 11 y 18 años manifiesta haber fumado alguna vez, siendo el porcentaje más elevado entre las chicas que entre los chicos a partir de los 15 años. En cuanto al consumo diario de tabaco los resultados muestran que un 14,5% de los adolescentes entre 11 y 18 años fuman a diario, llegando a ser un 31,8% en el grupo de más edad (dentro de este grupo, el de 17-18 años, son un 25,7% los varones que fuman a diario frente a un 37,4% de ellas). Se observa que los que dicen fumar a diario fueron los que probaron el tabaco por primera vez antes y los que pertenecen a grupos de iguales en los que hay mayor proporción de fumadores.

Con respecto al consumo de alcohol un 67,2% de los adolescentes parece no haberse emborrachado nunca, aunque un 10,5% dice haberlo hecho al menos cuatro veces. Considerada la muestra de jóvenes globalmente, no se observan diferencias significativas en cuanto al sexo, pero sí en función de la edad. Así, por ejemplo, el porcentaje de adolescentes que no se ha emborrachado nunca disminuye a medida que aumenta la edad (se pasa del 94,5% a los 11-12 años, al 57,6% a los 15-16 y al 33,9% a los 17-18 años) y, de igual manera, se incrementa el porcentaje de adolescentes que dijo haberse emborrachado más de diez veces (del 0,3% a los 11-12 años, se va pasando en los grupos de edad de 13-14, 15-16 y 17-18 años al 1,1%, 5,8% y 14,4% respectivamente).

Este inicio temprano en el consumo de alcohol y tabaco tiene unas consecuencias negativas que, generalmente, los adolescentes no son capaces de calibrar. Los adolescentes pueden estar comprometidos en varias formas con el alcohol y el tabaco. Es común el experimentar con el alcohol y las drogas durante la adolescencia. Desgraciadamente, con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del mañana. Ellos tienen la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas que otros experimentan. El uso del alcohol o del tabaco a una temprana edad podría aumentar el riesgo del uso de otras drogas más tarde. Algunos adolescentes experimentan un poco y dejan de usarlas o

continúan usándolas ocasionalmente sin tener problemas significativos. Otros desarrollarán una dependencia, usarán luego drogas más peligrosas y se causarán daños significativos a ellos mismos y posiblemente a otros. La adolescencia es el tiempo de probar cosas nuevas. En este sentido, los adolescentes ponen en marcha conductas de consumo por varias razones, incluyendo la curiosidad, el sentirse bien, el reducir el estrés, el sentirse personas adultas o para pertenecer a un grupo.

El abuso de alcohol y tabaco en la adolescencia se relaciona con problemas de salud, fracaso escolar, sexo no planificado, problemas legales, alteraciones afectivas e inicio de consumo de otras drogas. Este último factor es especialmente significativo ya que el inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales ha sido identificado como factor de riesgo y puente para iniciarse en el uso o abuso de drogas ilegales (Inglés et al., 2007).

Por todo ello, nuestro estudio y otras evidencias (Conrod et al., 2011; Giannotta y Özdemir, 2013; Van den Akker et al., 2013) muestran la conveniencia de la puesta en marcha de las intervenciones específicas tempranas a nivel de personalidad para reducir, por ejemplo, la motivación de consumo de sustancias, lo que facilitaría la disminución de la cantidad y frecuencia de beber, de fumar, o de iniciarse en otro tipo de consumo de sustancias no legales.

Por otra parte, el análisis de datos aportado por este estudio (corroborando la *hipótesis17*), muestra cómo en las conductas de consumo tiene un papel relevante el neuroticismo, la extraversión, el afecto negativo y las estrategias de afrontamiento menos adaptativas, en sentido positivo o directo, y el tesón, la positividad y el afrontamiento productivo, en sentido negativo o inverso.

Los resultados obtenidos procedentes de la relación que presentan las variables neuroticismo y extraversión sobre las conductas de consumo, se pueden interpretar basándonos en la definición misma de los sujetos extravertidos como personas sociales que anhelan la excitación y la búsqueda de sensaciones nuevas, fáciles de aburrir y con una fuerte tendencia a evitar la monotonía, por tanto, se plantea la posibilidad de que las personas extravertidas fumen porque se aburren y deseen elevar su nivel cortical de excitación, mientras que las personas neuróticas consuman estas sustancias para reducir sus tensiones y ansiedades. En consonancia con el neuroticismo y teniendo en cuenta que el afecto negativo refleja un estado emocional que se describe en los niveles altos como "una variedad de estados de ánimo, que incluyen la ira, la culpa, el temor y el

nerviosismo, mientras que el bajo afecto negativo es un estado de calma y serenidad" (Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibáñez, 2006, pág. 143), es probable que las personas con mayor afecto negativo pongan en marcha con más frecuencia, conductas de consumo y de riesgo que las personas con un nivel de afectividad negativa menor. No obstante, también se ha mostrado en este estudio una relación positiva del afecto positivo con conductas de consumo de alcohol, por lo que podemos pensar que los chicos y chicas durante estas edades, suelen asociar tales conductas con estados personales de mayor alegría que permiten más disposición para la diversión y mayores oportunidades de sociabilidad.

En referencia a las estrategias de afrontamiento menos adaptativas, considerándolas como aquellas estrategias que conllevan un tipo de afrontamiento caracterizado por la falta de compromiso (*disengagement*), en el que la respuesta consiste en distanciarse del estresor, los resultados obtenidos en este trabajo al igual que en la evidencia científica existente sobre el tema (ver Ashby, 1986; Carpenter et al., 2012; Cicognani, 2011; Compas et al., 2004; Csibi y Csibi, 2011; Downey et al., 2010; Ebata y Moos, 1994; Eisenberg et al., 2011; Epstein-Ngo et al., 2013; Führ, 2002; Lazarus y Folkman, 1984; Magaldi-Dopman y Park-Taylor, 2013; Plancherel et al., 1998; Walker et al., 2007), apuntan cómo la puesta en marcha de tales tipos de estrategia favorece la realización, por parte de los adolescentes, de menos conductas saludables y, por tanto, que desplieguen más frecuentemente conductas de consumo y de riesgo.

Según las acciones que las personas emprenden ante las situaciones de estrés, las estrategias de afrontamiento predominantes en ellas serán de uno u otro tipo (Ebata y Moos, 1994), así en la muestra utilizada en este estudio, los chicos y chicas con mayor consumo de alcohol y tabaco ponen en marcha con más frecuencia estrategias de afrontamiento más improductivas como el escape/evitación, buscando sentirse mejor bebiendo y fumando, esperando que pase el tiempo y cambien las cosas. A este respecto, en este estudio tal y como apuntaba Wagner (1993), las estrategias de afrontamiento focalizadas en el manejo de la emoción de forma poco adaptativa (p.ej., negación, desahogo, etc.), el estrés y el uso de sustancias por parte del grupo de amigos, se ha relacionado con el uso de alcohol y tabaco en los participantes. Por ello, los programas de tratamiento y prevención tienen que ir encaminados a incorporar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento más productivas y que generen más compromiso como la búsqueda de apoyo social (obtener más información sobre la situación, pedir consejo a familiares o amigos,...), y la planificación para solucionar el

problema (elaborar un plan de acción y llevarlo a cabo, saber lo que se tiene que hacer,..). Es decir, es preciso fomentar el aprendizaje de estrategias que permitan una orientación hacia la fuente de estrés (problema o emoción asociada).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento más adaptativas (p.ej., aceptación y reestructuración cognitiva), se presenta una orientación hacia la fuente de estrés (problema o emoción asociada). Los resultados proporcionados por este trabajo apuntan al igual que otros estudios (ver García, 2010; Lev-Wiesel, 2009; Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007; Sopeña et al., 2010), cómo los chicos y chicas que ponen en marcha estrategias de afrontamiento en términos de compromiso manifiestan menos conductas de riesgo que aquéllos que son más proclives a llevar a cabo estrategias menos adaptativas.

Comprobamos con los datos obtenidos cómo los jóvenes con un afrontamiento más adaptativo, buscan con más frecuencia apoyo en el grupo de amigos (buscar pertenencia, invertir en amigos íntimos) y presentan una actitud ante los problemas más optimista (se fijan más en lo positivo, presentan menor tendencia a autoinculparse).

Los resultados encontrados al comparar las estrategias de afrontamiento entre chicos y chicas (las mujeres buscan más apoyo social mientras que los varones buscan más la orientación hacia el problema, aunque se muestran más reservados que ellas) también coinciden con los encontrados por otros estudios (Frydenberg y Lewis, 1993; 1996a; 1996b; Frydenberg et al., 2004).

En referencia a la Positividad, también se presenta en este estudio cómo esta variable se torna protectora de las conductas de consumo y de riesgo durante la adolescencia. En este sentido, comprobamos con los datos aportados, cómo la Positividad está presente con más frecuencia entre los jóvenes no consumidores a diferencia de los jóvenes consumidores (sobre todo, en el caso del consumo de tabaco). La función de protección de la Positividad se debe a que favorece creencias de autoeficacia en los adolescentes para manejar las emociones (positivas y negativas) y las relaciones interpersonales, contribuyendo a proporcionar unas expectativas positivas sobre el futuro, a mantener un alto autoconcepto, a percibir un sentido de satisfacción vital y a experimentar más emociones positivas. Sin embargo, también aparecen en este estudio relaciones negativas de la Positividad con el seguimiento de las normas de seguridad. Este dato podría interpretarse como consecuencia del sentimiento de autodeterminación del adolescente, el cual le lleva en ciertas ocasiones a trasgredir la

normativa y/o el poder existente en un afán de reafirmar su propia personalidad e imponer su propio criterio.

En cuanto a las personas del entorno que beban o fumen y a las situaciones de consumo, tal y como indicaba la *hipótesis 18*, afectan más a los adolescentes consumidores de alcohol y de tabaco que a los adolescentes no consumidores de tales sustancias.

En este sentido, los resultados obtenidos indican que la conducta de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, se relaciona con el número de personas que fuman o beben en la familia y/o el número de amigos fumadores y bebedores, de tal forma que a mayor número de consumidores en los contextos socializadores, mayor consumo en los jóvenes. Estos resultados coinciden con las evidencias mostradas en numerosos trabajos (Cleveland et al., 2012; Cranford et al., 2010; Hu et al., 2011; King et al., 2011; Leeuw et al., 2010; Marrón et al., 2003; McNaughton et al., 2012; Mrug y McCay, 2013; Prokhorov y Alexandrov, 1992; Schelleman-Offermans et al., 2013; Stautz y Cooper, 2013; o Van der Zwaluw et al., 2009).

El adolescente absorbe todo lo que le rodea; está en una etapa de desarrollo, crecimiento, aprendizaje y formación de su personalidad, y está formándose la persona que va a ser. La familia y, principalmente, su grupo es una pieza clave que actúa moldeándole. En la adolescencia no se tiene desarrollada una opinión clara sobre muchos aspectos de la vida, y además se siente la necesidad de formar parte de un grupo de personas en el que sentirse aceptado y libre para expresarse. Los grupos de amigos han sido definidos consistentemente como contextos en los que predomina la confianza, la ayuda mutua y, en general, el afecto. La pertenencia al grupo pasa por compartir valores, experiencias y participar de las mismas acciones y actividades, las cuales llevan a la puesta en práctica tanto de conductas saludables (p.ej.: realizar ejercicio físico) como de conductas de consumo (principalmente consumo de alcohol y tabaco). En referencia a las conductas de consumo, los resultados que fueron obtenidos en la presente investigación, parecen sugerir que tener amigos que beben constituye un factor de riesgo significativo, no solo para el consumo, sino también para la voluntad de continuar haciéndolo, ya que se verifica que existe asociación significativa entre consumir y tener amigos que beben y/o fuman.

Tal y como apuntan algunos estudios como los trabajos realizados por Ballester y Gil (2009), los hallazgos obtenidos en el presente estudio, destacan la relación existente entre el modelado del consumo por parte de amigos y padres y la gestación de patrones desadaptativos. En la base del comportamiento adolescente está el estándar socialmente validado del modo en que se debe desarrollar el ocio a esas edades mantenido por una elevada presión grupal. Hay que estar desinhibido a nivel social, evadirse de los problemas y estar contento para estar bien visto en el grupo, a todo lo cual contribuye el alcohol. Mientras se mantengan estas exigencias, el consumo abusivo de alcohol (o el de otras drogas con efectos semejantes) se mantendrá impermeable a los intentos de prevención por lo que atender a la gestión del ocio, adquirir habilidades de asertividad ante las exigencias grupales e intervenir a nivel familiar se muestran aspectos clave a desarrollar en los programas de prevención primaria y secundaria.

Todos estos datos mostrados vienen a confirmar la influencia que ejerce en la adolescencia el grupo de iguales, así como el poder que ejerce la familia en el comportamiento juvenil. Estos hallazgos nos llevan a reflexionar sobre la importancia del comportamiento de los padres para la prevención de las conductas de consumo de sus hijos, así como la labor preventiva que es preciso desplegar sobre los jóvenes tanto a nivel individual como grupal.

En referencia a las situaciones de consumo, los hallazgos obtenidos nos indican cómo tales situaciones presentan una relación significativa tanto con el consumo de tabaco como de alcohol. En base a estos resultados podríamos preguntarnos si el énfasis por la búsqueda de nuevas sensaciones por parte de los adolescentes, pudiera favorecer el mayor consumo de alcohol y tabaco en situaciones más proclives a realizar tales consumos, como pudiera ser la asistencia a las fiestas y/o participar en reuniones con los amigos y las amigas.

Con respecto a la influencia de las situaciones de consumo y la búsqueda de sensaciones por parte de los jóvenes, sería importante analizar la importancia de las motivaciones para el consumo de alcohol y tabaco, así como las creencias que los adolescentes presentan con respecto a tal consumo. En este sentido, teniendo en cuenta los datos aportados por parte del Informe de resultados del Estudio Sociológico “Juventud y Alcohol” – Fundación Pfizer (2013) respecto a las motivaciones que causan el inicio del consumo de alcohol, se encuentra que la razón principal es “el deseo de experimentar” con un 37,1%, seguido de las “ocasiones especiales, fiestas o

celebraciones” con un 23,6%. También destacan causas como “la existencia de consumidores de alcohol entre los amigos” o la “simple curiosidad”. En vista de estos hallazgos, coincidiendo con los obtenidos en el presente estudio, sería conveniente intensificar las intervenciones dirigidas a reducir o evitar el consumo de alcohol en menores, mediante un mayor control por parte de las familias, el desarrollo de medidas preventivas por parte de las Administraciones Públicas y la orientación desde los centros de enseñanza.

Un tema importante en este estudio ha sido analizar las situaciones de estrés en la adolescencia y su relación con las conductas de consumo de alcohol y tabaco. Los adolescentes, al igual que los adultos, pueden experimentar estrés de cualquier tipo todos los días. La mayoría de los adolescentes experimentan más estrés cuando perciben una situación como peligrosa, difícil o dolorosa y ellos no tienen los recursos para enfrentarla o abordarla. Por ello es importante estudiar algunas de las fuentes de estrés para los adolescentes. De todas ellas, la fuente de estrés que se torna más influyente durante la adolescencia es la realización de exámenes. En este sentido, los resultados obtenidos en esta investigación muestran cómo cuando los chicos y chicas están sometidos a tal situación, ponen en marcha menos conductas saludables, siendo la más estable, la práctica de ejercicio físico. Igualmente ocurrió con las conductas de consumo de alcohol, las cuales mostraron una mayor variabilidad en la cantidad de bebida consumida, que disminuía en época de exámenes, no así en el caso del tabaco, que se mantenía de forma similar independientemente del nivel de estrés. Teniendo en cuenta los datos anteriores, debemos indicar, que los planteamientos indicados en la *hipótesis 19* no se han confirmado plenamente en este estudio, pues la conducta de consumo de alcohol durante el período de realización de exámenes, y por tanto, de estrés, disminuía en vez de aumentar, además, el consumo de tabaco se mantuvo constante a pesar del estrés al que estaban sometidos los chicos y chicas.

Sin embargo, en las situaciones de estrés el afecto negativo era mayor y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la tarea bajaba. Estos datos reflejan cómo, efectivamente, en situaciones de estrés, es lógico que los chicos se sientan con más afectividad negativa, entendida ésta como un estado emocional que se describe en los niveles altos como una variedad de estados de ánimo, que incluyen la ira, la culpa, el temor y el nerviosismo. Ante esta situación de malestar e incertidumbre que supone la

realización de exámenes, tienden a no poner en marcha estrategias de afrontamiento más adaptativas, desplegando más bien afrontamientos más improductivos. En este punto, cabe mencionar, tal y como se enuncia en el trabajo de De la Fuente y colaboradores (2014), la importancia de las estrategias de regulación emocional y de afrontamiento a la hora de enfrentar las situaciones de exámenes. Tales estrategias se presentan como habilidades de gestión del comportamiento emocional para gestionar y hacer frente al estrés que potencialmente produce el estudio y el aprendizaje.

En cuanto a la supuesta menor realización de conductas saludables que pudiera observarse en los chicos y chicas cuando se encuentran en situaciones de estrés, podríamos cuestionarnos si realmente pudiera deberse a la situación de estrés propiamente dicha, la cual conllevaría a descuidar la realización de conductas saludables, o más bien, a que no se goza del tiempo suficiente como para ponerlas en marcha, así podría suceder, por ejemplo, que los adolescentes durante el período de ejecución de exámenes pudieran disponer de menos tiempo para realizar ejercicio físico.

Al respecto de las reacciones de los adolescentes ante las situaciones de estrés, podríamos plantear la cuestión de si la edad (o maduración) a lo largo del período de la adolescencia, permitiría a los chicos y chicas poner en marcha estrategias de afrontamiento más productivas para enfrentarse al estrés de forma más efectiva, tal y como muestran los trabajos de Seiffge-Krenke y colaboradores (2009), indicando que el afrontamiento activo se incrementa progresivamente desde los 12 a los 19 años. A este respecto, en este estudio, no se han obtenido resultados significativos entre la edad y las estrategias de afrontamiento, pero pudiera ser ésta una línea de trabajo interesante para futuras investigaciones.

Los resultados obtenidos deben ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, las cuales pueden considerarse en futuras investigaciones. Por una parte, el tamaño muestral es algo reducido, por lo que no se garantiza totalmente la representatividad de la muestra. Además, no se ha controlado el efecto o influencia de otras variables como la etnia o el estatus socioeconómico de los participantes, lo cual puede amenazar la validez interna del estudio. Por otra parte, la información utilizada ha procedido en su totalidad de autoinformes cumplimentados por parte de los participantes, no habiéndose dispuesto de informaciones procedentes de las familias, amigos/as y/o del profesorado. La superación de estas limitaciones permitiría, sin lugar a dudas, un análisis más exhaustivo y preciso de las conductas saludables y de

riesgo en los adolescentes, lo cual nos brindará la oportunidad en el futuro de la elaboración de un importante modelo teórico explicativo en el que se identifique y valore la capacidad predictiva de las variables estudiadas.

A pesar de las limitaciones indicadas y las propuestas para investigaciones futuras, este trabajo presenta unas aportaciones muy valiosas en cuanto a la valoración de la capacidad predictiva conjunta de las variables de personalidad (cinco grandes factores y positividad), las estrategias de afrontamiento (centradas en los problemas, en los demás e improductivas), los afectos (negativo y positivo), el rendimiento académico, las situaciones de estrés y la puesta en marcha de conductas saludables y/o de riesgo por parte de la población adolescente.

## **CONCLUSIONES**

A partir de los datos aportados por la presente investigación se pueden establecer las siguientes conclusiones:

- La positividad, el tesón, la afabilidad, la extraversión y la apertura a la experiencia favorecen un mayor nivel de afecto positivo, así como la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento más productivas. Además, cuando tales variables están presentes en los adolescentes (sobre todo el tesón, la positividad y el afecto positivo), éstos llevan a cabo conductas de salud con más frecuencia.
- El neuroticismo, sin embargo, se presenta como una variable de personalidad que se relaciona con un mayor nivel de afecto negativo, así como con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento más improductivas. Además, tanto el neuroticismo, como el afecto negativo y el afrontamiento improductivo, favorecen un mayor consumo de alcohol y tabaco.
- En cuanto a las conductas de consumo de alcohol y tabaco, existe una fuerte relación entre ellas durante la adolescencia tanto en los chicos como en las chicas.
- El rendimiento se asocia positivamente, tanto en chicos como en chicas, con tesón, positividad, afecto positivo y con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento más productivas, siendo menor en los consumidores que en los no consumidores.
- Los adolescentes que consumen más alcohol y tabaco informan con más frecuencia tener en su entorno personas que fuman y/o beben (familiares, amigos), además de beber más en las situaciones en las que se fuma con mayor probabilidad, así como en aquellas que facilitan el consumo de bebidas alcohólicas (fiestas, reuniones con amigos, estar en un bar, ir de botellón, etc.).
- El sexo influye tanto en las conductas de salud como de consumo, de tal forma que son los chicos los que ponen en marcha más conductas saludables, siendo las chicas, las que presentan más consumo de tabaco que los chicos. No obstante, no hay diferencia entre sexos en cuanto al consumo de alcohol.
- Con referencia a la edad, vemos cómo a mayor edad mayor consumo de alcohol y de tabaco en los jóvenes.
- Cuando los chicos y chicas están sometidos a una situación particularmente estresante, como pudiera ser la realización continua de exámenes, ponen en marcha menos conductas de salud y más conductas de consumo de tabaco.

Esta aproximación al estudio de las relaciones entre personalidad, afecto y afrontamiento en las conductas saludables y de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, nos ha permitido dibujar una panorámica que permite conocer cuáles son las relaciones que favorecen o dificultan una conducta de salud y/o de riesgo determinada. Habría que investigar, no obstante, hasta qué punto los adolescentes realmente adquieren esas conductas y se mantienen a largo plazo o más bien están en un periodo de ensayo de tales conductas en el que las características propias del período de adolescencia, en el que tanto influye en los chicos y chicas el autoconcepto, la autopercepción de las circunstancias en las que se encuentre, etc., favorece o dificulta la experimentación con las mismas.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de investigar de modo más amplio los comportamientos de salud y de riesgo en los que los adolescentes se envuelven y de la ocurrencia de los mismos, así como de los factores que los influyen, ya que ese conocimiento es importante para la elaboración de programas de intervención de salud especialmente concebidos para este grupo de edad. Esta investigación tiene varias implicaciones para las acciones de prevención que se deben de desarrollar con los adolescentes. De tal forma que, a nivel educacional, es importante ayudar/enseñar a los adolescentes a desarrollar competencias que les permitan resistir a la influencia de los amigos en aquellos comportamientos que coloquen en riesgo su salud y bienestar. Esas acciones deben desarrollarse en la escuela y en la comunidad, y la participación de los pares y de los padres es importante para su éxito, dado el papel que ellos tienen en la modelación de comportamientos.

Dada la importancia y relevancia social que supondría la mejora de las conductas de salud y de riesgo en los adolescentes, la responsabilidad de llevar a cabo programas para desarrollar estilos de vida saludables en los jóvenes, debería recaer, principalmente, sobre las autoridades y las instituciones públicas. En este sentido, la Estrategia Nacional sobre drogas 2006-2016 especifica en su segundo Plan de Acción 2013-2016, una serie de objetivos y tareas que se centran en la prevención de los daños asociados con el consumo de alcohol durante la infancia y adolescencia. A este respecto, el Plan contempla los siguientes objetivos específicos: la reducción del consumo episódico excesivo de alcohol, la disminución de la accesibilidad y disponibilidad de bebidas

alcohólicas para los jóvenes, la reducción de la exposición de los menores a la publicidad relacionada con el alcohol, la disminución del daño asociado al alcohol durante el embarazo, asegurar la existencia de ambientes sanos y seguros para los jóvenes, y el apoyo a la investigación y evaluación en consumo de alcohol.

Por tanto, siguiendo a Moral, Ovejero, Sirvent, Rodríguez y Pastor (2009), en materia de conductas de consumo juvenil no basta con prevenir aportando información, sino que se han de modificar actitudes, así como mejorar los mecanismos de afrontamiento y otros recursos personales de los adolescentes, desde una perspectiva psicosocial de promoción de la salud, así como encauzando las labores de prevención hacia la optimización de los factores protectores en los contextos familiar, educativo y comunitario y, por extensión, en la propia cultura juvenil recreativa aportando alternativas de ocio y ocupación activa del tiempo libre.

En este sentido, los hallazgos encontrados en el presente estudio son sugerentes y sintonizan con las modernas corrientes de la Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon y King, 2001; Snyder y López, 2002), que, actualmente, ejercen una amplia influencia en el campo de la Psicología de la salud. Más que intentar corregir deficiencias o debilidades, el objetivo que se propone desde esta orientación en el campo de la prevención es promover recursos y competencias que faciliten el bienestar y la resistencia ante situaciones de riesgo. Los resultados de este trabajo permitirían sugerir que esta orientación puede ser una vía interesante para la promoción de estilos de vida saludables durante la adolescencia, así como a resaltar la importancia de los profesionales de la psicología y de las investigaciones desarrolladas en este ámbito.

**REFERENCIAS:**

- Ajdacic-Gross, V., Landolt, K., Angst, J., Gamma, A., Merikangas, K., Gutzwiller, F. y Rössler, W. (2009). Adult versus adolescent onset of smoking: How are mood disorders and other risk factors involved? *Addiction*, *104*, 1411-1419. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02640.x.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J. y Ibáñez, E. (2006). Afectos y género: un estudio con la PANAS-X. *Psicothema*, *18*, 166-171.
- Alcalá, M., Azañas, S., Moreno, C. y Gálvez, L. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de Familia*, *3*, 81-87.
- Alessandri, G., Caprara, G. V. y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning. *European Psychologist*, *17*, 44-54. Doi: 10.1027/2F1016-9040/Fa000070.
- Andrews, J. y Duncan, S. (1997). Examining the reciprocal relation between academic motivation and substance use: Effects of family relationships, self-esteem and general deviance. *Journal of Behavioral Medicine*, *20*, 523-549. Doi: 10.1023/A:1025514423975.
- Arnett, J.J. (2000). Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addictive Behaviors*, *25*, 625-632. Doi: 10.1016/S0306-4603(99)00072-6.
- Ashby, T. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology*, *5*, 503-529. Doi: 10.1037/0278-6133.5.6.503.
- Audrain-McGovern, J., Tercyak, K., Epstein, L., Goldman, K. y Goldman, P. (2004). Applying a behavioral economic framework to Understanding adolescent smoking. *Psychology of Addictive Behaviors*, *18*, 64-73. Doi: 10.1037/0893-164x.18.1.64.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2009). ¿Por qué los jóvenes se dan atracones de alcohol los fines de semana? Estudio sobre creencias y actitudes relacionadas con este patrón de consumo y diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *14*, 25-35.
- Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Rabasca, A. y Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences* *34*, 645-664. Doi: 10.1016/S0191-8869(02)00051-X.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Fernández-Hermida, J.R., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F. y Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, *25*, 292-298.

- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *ALAPSA: Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud*, 5, 1-40.
- Bekman, N., Goldman, M., Worley, M. y Anderson, K. (2011). Pre-Adolescent alcohol expectancies: Critical shifts and associated maturational processes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19, 420-432. Doi: 10.1037/a0025373.
- Benet-Martínez, V. y John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait Multimethod analyses of the Big in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750. Doi: 10.1037/0022-3514.75.3.729.
- Bermúdez, J. (1999). Personality and health-protective behaviour. *European Journal of Personality*, 13, 83-103. Doi: 10.1002/(SICI)1099-0984(199903/04)13:2%3C83::AID-PER338%3E3.0.CO;2-M.
- Bermúdez, J. (2011a). *Explicación psicosocial de las conductas de salud*. Madrid: Klinik.
- Bermúdez, J. (2011b). Personalidad, procesos psicosociales y conducta de salud. En J. Bermúdez, A.M. Pérez-García, J.A. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la Personalidad* (pp. 701-746). Madrid: UNED.
- Bermúdez, J. y Contreras, A. (2008). Predictores psicosociales del consumo de tabaco en adolescentes: extensiones de la teoría de la conducta planificada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 175-186.
- Bermúdez, J., Contreras, A., Margüenda, A. y Pérez-García, A. M. (2004). Procesos motivacionales y volitivos en el desarrollo de conductas saludables: utilidad diferencial de la implementación de la intención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 71-101.
- Bermúdez, J., Lasa, A. y Contreras, A. (2002). Personalidad, procesos psicológicos e intención de cambio de conducta: Implicaciones para el desarrollo de conducta saludable. *Acción Psicológica*, 2, 151-164.
- Bonomo, Y., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. y Patton, G. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: A cohort study over seven years. *Addiction*, 99, 1520-1528. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00846.x.
- Bowker, A., Bukowsk, W., Hymel, S. y Sippola, L. (2000). Coping with daily hassles in the peer group during early adolescence: Variations as a function of peer experience. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 211-243. Doi: 10.1207/SJRA1002\_5.

- Brodbeck, J., Bachmann, M., Croudace, T. y Brown, A. (2013). Comparing growth trajectories of risk behaviors from late adolescence through young adulthood: An accelerated design. *Developmental Psychology*, 29, 1732-1738. Doi: 10.1037/a0030873.
- Brook, J., Balka, E., Crossman, A., Dermatis, H., Galanter, M. y Brook, D. (2010a). The relationship between parental alcohol use, early and late adolescent alcohol use and young adult psychological symptoms: A longitudinal study. *The American Journal Addictions*, 19, 534-542. Doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00083.x.
- Brook, J., Balka, E., Zhang, C., Pahl, K. y Brook, D. (2011). Adolescent academic adjustment factors and the trajectories of cigarette smoking from adolescence to the mid-30s. *International Journal of Mental Health*, 40, 7-21. Doi: 10.2753/IMH0020-74114000101.
- Brook, D., Brook, J., Zhang, C., Whiteman, M., Cohen, P. y Finch, S. (2008). Developmental trajectories of cigarette smoking from adolescence to the early thirties: Personality and behavioral risk factors. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 1283-1291. Doi: 10.1080/14622200802238993.
- Brook, J., Saar, N., Zhang, C. y Brook, D. (2009). Psychosocial antecedents and adverse health consequences related to substance use. *American Journal of Public Health*, 99, 563-568. Doi: 10.2105/AJPH.2007.127225.
- Brook, J., Whiteman, M., Jaeger, L., Shapiro, J. y Cohen, P. (1997). Cigarette smoking in young adults: Childhood and adolescent personality, familial and peer antecedents. *The Journal of Genetic Psychology*, 158, 172-188. Doi: 10.1080/00221329709596660.
- Brook, J., Yeon, J., Finch, S. y Brown, E. (2010b). Course of comorbidity of tobacco and marijuana use: Psychosocial risk factors. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 474-482. Doi: 10.1093/ntr/ntq027.
- Burke, J., Loeber, R., Raskin, H., Stouthamer-Loeber, M. y Pardini, A. (2007). Inattention as a key predictor of tobacco use in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 249-259. Doi: 10.1037/0021-843x.116.2.249.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem and coping strategies in adolescence. *Adolescence*, 35, 201-215.
- 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, 49-56.

- Candel, N., Olmedilla, A. y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8, 61-77.
- Caprara, G.V. (2009). Positive orientation: Turning potentials into optimal functioning. *The European Health Psychologist*, 11, 46-48.
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G., Yamaguchi, S., Fukuzawa, A. y Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24, 701-712. doi: 10.1037/a0026681
- Caprara, G.V., Alessandri, G. y Tisak, J. (2012a). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning. *European Psychologist*, 17, 44-54. Doi: 10.1027/1016-9040/a000070.
- Caprara, G.V., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Abela, J., Yamguchi, S. y Fukuzawa, A. (2012b). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24, 701-712. Doi: 10.1037/a0026681.
- Caprara, G.V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Cavalli Sforza, L. L. y Stazi, M. A. (2009). Human optimal functioning: The genetics of Positive Orientation towards self, life, and the future. *Behaviour Genetics*, 39, 277-284. Doi: 10.1007/s10519-009-9267-y.
- Caprara, G.V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z. y McWhinnie, C. M. (2010). Positive Orientation: Explorations of what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19, 63-71. Doi: 10.1017/S1121189X00001615.
- Caprara G. V., Steca P., Gerbino M., Paciello M. y Vecchio G. (2006). Looking for adolescents' well-being: Self-efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *Epidemiología e Psichiatria Sociale*, 15, 30-43. Doi: 10.1017/S1121189X00002013.
- Carpenter, T., Laney, T. y Mezulis, A. (2012). Religious coping, stress and depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4, 19-30. Doi: 10.1037/a0023155.
- Carrasco, M. A., Holgado, F. P. y Del Barrio, V. (2005). Dimensionalidad del cuestionario de los cinco grandes (BFQ-N) en población infantil española. *Psicothema*, 17, 286-291.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6.
- Carver, C.S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. Doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Carver, C.S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. C., (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889. Doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006.
- Carver, C.S., Scheier, J. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Castellanos-Ryan, N., Parent, S., Vitaro, F., Tremblay, R.E. y Séguin, J.R. (2013). Pubertal development, personality, and substance use: A 10-year longitudinal study from childhood to adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 782-796.
- Chillón, P., Tercedor, P., Delgado, M. y González-Gross, M. (2002). Actividad físico-deportiva en escolares adolescentes. *Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 1, 5-12.
- Cicognani, E. (2011). Coping strategies with minor stressors in adolescence: relationships with social support, self-efficacy and psychological well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 41, 559-578. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2011.00726.x.
- Cleveland, M., Feinberg, M. y Jones, D. (2012). Predicting alcohol use across adolescence relative strength of individual, family, peer and contextual risk and protective factors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 703-713. Doi: 10.1037/a0027583.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power and analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Compas, B., Connor-Smith, J. y Jaser, S. (2004). Temperament, stress reactivity and coping: Implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 21-31. Doi: 10.1207/S15374424JCCP3301\_3.
- Conrod, P., Castellanos-Ryan, N. y Mackie, C. (2008). Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49, 181-190. Doi: 10.1111/j. 1469-7610.2007.01826.x.

- Conrod, P., Castellanos-Ryan, N. y Mackie, C. (2011). Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 296-306. Doi: 10.1037/a00022997.
- Costa, P.T., Jr. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, Fl.: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T., Jr. y McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources (adaptación española de Cordero, Pamos y Seisdedos, Madrid: TEA, 1999).
- Costello, D., Dierker, L., Rose, J. y Jones B. (2008). Trajectories of smoking from adolescence to early adulthood and their psychosocial risk factors. *Health Psychology, 27*, 811-818. Doi: 10.1037/0278-6133.27.6.811.
- Cranford, J., Zucker, R., Jester, J., Puttler, L. y Fitzgerald, H. (2010). Parental alcohol involvement and adolescent alcohol expectancies predict alcohol involvement in male adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*, 386-396. Doi: 10.1037/a0019801.
- Csibi, S. y Csibi, M. (2011). Study of aggression related to coping, self-appreciation and social support among adolescent. *Nordic Psychology, 63*, 35-55. Doi: 10.1027/1901-2276/a000044.
- De Boo, G. y Spiering, M. (2010). Pre-Adolescent gender differences in associations between temperament, coping and mood. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 313-320. Doi: 10.1002/cpp.664.
- De la Fuente, J., López, M., Zapata, M., Martínez-Vicente, J.M., Mariano, M., Solinas, G. y Fadda, S. (2014). Competencias para estudiar y aprender en contextos estresantes: Fundamentos de la utilidad e-Afrontamiento del estrés académico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 12*, 717-746. Doi: 10.14204/ejrep.34.14034.
- Del Barrio, V., Aluja, A. y García, L. (2004). Relationship between empathy and big five personality traits in a sample of Spanish adolescents. *Social Behavior and Personality, 32*, 677-682. Doi: 10.2224/sbp.2004.32.7.677.
- Diener, E. y Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 3*, 1-43. Doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. Doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
- Downey, L., Johnston, P., Hansen, K., Birney, J. y Stough, C. (2010). Investigating the mediating effects of emotional intelligence and coping on problem behaviors in adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 62, 20-29. Doi: 10.1080/00049530903312873.
- Droomers, M., Schrijvers, C., Casswell, S. y Mackenbach, J. (2005). Father's occupational group and daily smoking during adolescence: Patterns and predictors. *American Journal of Public Health*, 95, 681-688. Doi: 10.2105/AJPH.2002.002774.
- DSM IV-TR (2008). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association*. Barcelona: Masson.
- Dugan, S., Lloyd, B. y Lucas, K. (1999). Stress and coping as determinants of adolescent smoking behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 870-888. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb02030.x.
- Ebata, A. y Moos, R. (1994). Personal, situational and contextual correlates of coping in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 99-125. Doi: 10.1207/s15327795jra0401\_6.
- Edwards, A., Sihvola, E., Korhonen, T., Pulwkinen, L., Moilanen, I., Kaprio, J., Rose, R. y Dick, D. (2011). Depressive symptoms and alcohol use are genetically and environmentally correlated across adolescence. *Behavior Genetic*, 41, 476-487. Doi: 10.1007/s10519-010-940-y.
- Eisenberg, N., Castellani, V., Panerai, L., Eggum, N, Cohen, A., Pastorelli, C. y Caprara, V. (2011). Trajectories of religious coping from adolescence into early adulthood: Their form and relations to externalizing problems and prosocial behavior. *Journal of Personality*, 79, 841-873. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00703.x.
- Epstein-Ngo, Q., Maurizi, L., Bregman, A. y Ceballo, R. (2013). In response to community violence: coping strategies and involuntary stress responses among latino adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 19, 38-49. Doi: 10.1037/a0029753.
- Erikson, E.H. (1968/1980) *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton. Trad. cast.: Madrid: Taurus.

- Eschenbeck, H., Kohlmann, C. y Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28, 18-26. Doi: 10.1027/1614-000128.1.18.
- Estrategia Nacional sobre drogas 2013-2016. *Plan de Acción sobre drogas, España 2013-2016*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Fierro, A. (1990). Autoestima en adolescentes. Estudios sobre su estabilidad y sus determinantes. *Estudios de Psicología*, 45, 85-107.
- Fisher, L. y Feldman, S. (1998). Familial antecedents of young adult health risk behavior: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 12, 66-80. Doi: 10.1037/0893-3200.12.1.66.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). Adolescent coping styles and strategies: Is there functional and dysfunctional coping? *Journal of Counseling and Guidance*, 1, 35-43.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1993). *Manual: The Adolescent Coping Scale*. Melbourne: Australian Council for Educational Research.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996a). A replication study of the structure of the Adolescent Coping Scale: Multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 224-235. Doi: 10.1027/1015-5759.12.3.224.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996b). *Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes*. Adaptado por J. Pereña y N. Seisdedos. Madrid: TEA.
- Frydenberg, E., Lewis, R., Bulgalski, K., Cotta, A., MacCarthy, C., Luscombe-Smith, N. y Pooe, C. (2004). Prevention is better than cure: Coping skills training for adolescents at school. *Educational Psychology in Practice*, 20, 117-134. Doi: 10.1080/02667360410001691053.
- Frydenberg, E. y Rowley, G. (1998). Coping with social issues: What Australian university students. *Issues in Educational Research*, 8, 33-48.
- Führ, M. (2002). Coping humor in early adolescence. *Humor*, 15, 283-304.
- Garaulet, M., Ortega, F., Ruiz, J., Rey-López, J., Béghin, L., Manios, Y., Cuenca-García, M., Plada, M., Diethelm, K., Kafatos, A., Molnár, D., Al-Tahan, J. y Moreno, L. (2011). Short sleep duration is associated with increased obesity markers in European adolescents: Effect of physical activity and dietary habits. *International Journal of Obesity*, 35, 1308-1317. Doi: 10.1038/ijo.2011.149.

- Garbayo, J., Craviotto, R., Abelló, M., Gómez, C., Oliver, M., Marimón, L., Samaranch, J., Armengol, A., Soler, L. y Vidal J. (2000). Consumo de nutrientes y hábitos alimentarios de adolescentes en Belaguer. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 7, 47-58.
- García, C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 166-185.
- Gaspar de Matos, M., Tome, G., Borges, A., Manso, D., Ferreira, P. y Ferreira, A. (2008). Anxiety, depression and coping strategies: Improving the evaluation and the understanding of these dimensions during pre-adolescence and adolescence. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8, 169-184.
- Gebremariam, M., Bergh, I., Andersen, L., Ommundsen, Y., Totlard, T., Bjelland, M., Grydland, M. y Lien, N. (2013). Are screen-based sedentary behaviors longitudinally associated with dietary behaviors and leisure-time physical activity in the transition into adolescence? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 1-8. Doi: <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/9>.
- Giannotta, F. y Özdemir, M. (2013). School bonding and alcohol use in italian early adolescents: What comes first? *Merril-Palmer Quarterly*, 59, 280-303. Doi: 10.1353/mpq.2013.0013.
- Gil, J., Moreno, E., Vinaccia, S., Contreras, F., Fernández H., Londoño, X. y Haydee, G., (2004). Hábitos básicos de salud y creencias sobre su salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36,483-504.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.
- Hagger-Johnson, G., Bewick, B., Conner, M., O'Connor, D. y Shickle, D. (2012). School-related conscientiousness, alcohol drinking and cigarette smoking in a representative sample of English school pupils. *British Journal of Health Psychology*, 17, 644-665. Doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02061.x.
- Hahn, C., Cowell, J., Wiprzycka, U. Goldstein, M., Hasher, L. y Zelazo, P. (2012). Circadian rhythms in executive function during the transition to adolescence: The effect of synchrony between chronotype and time of day. *Developmental Science*, 15, 408-416. Doi: 10.1111/j.1467-7687.2012.01137.x.

- Hawkins, M., Villagonzalo, K., Sanson, A., Toumbourou, J., Letcher, P. y Olsson, C. (2012). Associations between positive development in late adolescence and social, health, and behavioral outcomes in young adulthood. *Journal of Adult Development*, 19, 88-99. Doi: 10.1007/s10804-011-9137-8.
- Hernando, A., Oliva, A. y Pertegal, M.A. (2013). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 22, 15-23. Doi: 10.5093/in2013a3.
- Heron, J., Hickman, M., Macleod, J. y Munafo, M. (2011). Characterizing patterns of smoking initiation in adolescence: Comparison of methods for dealing with missing data. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 1266-1275. Doi: 10.1093/ntr/ntr161.
- Hiemstra, M., Otten, R. y Engels, R. (2012). Smoking onset and the time-varying effects of self-efficacy environmental smoking, and smoking-specific parenting by using discrete-time survival analysis. *Journal Behavior Medical*, 35, 240-251. Doi: 10.1007/s10865-011-9355-3.
- Hombrados, M.I., Gómez, L., Domínguez, L. M., García, P. y Castro, M. (2012). Types of social support provided by parents, teachers and classmates during adolescence. *Journal of Community Psychology* 40, 645-664. Doi: 10.1002/jcop.20523.
- Horn, A., Possel, P. y Hautzinger, M. (2010). Promoting adaptative emotion regulation and coping in adolescence. A school-based programme. *Journal of Health Psychology*, 16, 258-273. Doi: 10.1177/1359105310372814.
- Hu, M., Griesler, P., Shaffran, C. y Kandel, D. (2011). Risk and protective factors for nicotine dependence in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1063-1072. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02362.x.
- Informe de resultados del Estudio Sociológico “Juventud y Alcohol” – Fundación Pfizer (2013).
- Inglés, I., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M., Espada J., García-Fernández, J., Hidalgo, M. y García-López, L. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 403-420.
- Jiménez, R., Cervelló, E., García, T., Santos F. J. e Iglesias, 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, 385-401.

- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Rivera, F. y García-Moya, J. (2013). The role of family in promoting responsible substance use in adolescence. *Journal Child Family Study*, 22, 585-602. Doi: 10.1007/s10826-013-9737-y.
- Kaplan, L. J. (1984). *Adolescencia, el adiós a la infancia*. Buenos Aires: Paidós.
- Kavas, A.B. (2009). Self-esteem and health-risk behaviors among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 44, 187-198.
- King, K., Fleming, C., Monahan, K. y Catalano, R. (2011). Changes in self-control problems during middle school predict alcohol, tobacco and marijuana use during high school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 69-79. Doi: 10.1037/a0021958.
- Klimstra, T., Hale, W., Raaijmakers, Q., Branje, S. y Meeus, W. (2009). Maturation of personality in adolescence. *Journal of Personality*, 96, 898-912. Doi: 10.1037/a0014746.
- Korhonen, T., Latvala, A., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R., Kaprio, J. y Huizink, A. (2012). Genetic and environmental influences underlying externalizing behaviors, cigarette smoking and illicit drug use across adolescence. *Behavior Genetic*, 42, 614-625. Doi: 10.1007/s10519-012-9528-z.
- Labouvie, E. y McGee, C. (1986). Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 289-293. Doi: 022-006x/86/s00.75.
- Lamb, M., Chuang, S., Wessels, H., Broberg, A. y Hwang C. (2002). Emergence and construct validation of the big five factors in early childhood: A longitudinal analysis of their ontogeny in Sweden. *Child Development*, 73, 1517-1524. Doi: 10.1111/1467-8624.00487.
- Lara, M.D., Bermúdez, J. y Pérez-García, A. M. (2013). Positivity, coping style and tobacco and alcohol use in adolescence. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11, 345-366. Doi: 10.14204/ejreg.30.13036.
- Lazaratou, H., Dikeos, D., Anagnostopoulos, D., Sbokou, O. y Soldatos, C. (2005). Sleep problems in adolescence. A study of senior high school students in Greece. *European Child & Adolescence Psychiatry*, 14, 237-243. Doi: 10.1007/s00787-005-0460-0.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984/1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lazarus, R.S. y Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L. A. Pervin y M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum Press.
- Lee, M. y Larson, R. (1996). Effectiveness of coping in adolescence: The case of Korean examination stress. *International Journal of Behavioral Development*, *19*, 851-869. Doi: 10.1080/016502596385613.
- Lee, R., Yuen, A., Wu, C. y Ho, A. (2010). The lifestyle behaviours and psychosocial well-being of primary school students in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, *19*, 1462-1472. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03057.x.
- Leeuw, R., Scholte, R., Sargent, J., Vermulst, A. y Engels, R. (2010). Do interactions between personality and social-environmental factors explain smoking development in adolescence? *Journal of Family Psychology*, *24*, 68-77. Doi: 10.1037/a0018182.
- Legleye, S., Janssen, E., Beck F., Chau, N. y Khlal, M. (2011). Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: A retrospective cohort study. *Addiction*, *106*, 1520-1531. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03447.x.
- Lehman, R., Denissen, J., Allemand, M. y Penke, L. (2013). Age and gender differences in motivational manifestations of the big five from age 16 to 60. *Developmental Psychology*, *49*, 365-383. Doi: 10.1037/a0028277.
- Lessov-Shlaggar, C., Kristjansson, S., Bucholz, K., Helath, A. y Madden, P. (2012). Genetic influences on developmental smoking trajectories. *Addiction*, *107*, 1696-1704. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03871.x.
- Lev-Wiesel, R. (2009). Enhancing potency among male adolescents at risk to drug abuse: An action research. *Child Adolescent Society Work*, *26*, 383-398. Doi: 10.1007/s10560-007-0099-4.
- Lewinsohn, P., Brown, R., Seeley, R. y Ramsey, S. (2000). Psychosocial correlates of cigarette smoking abstinence, experimentation, persistence and frequency during adolescence. *Nicotine & Tobacco Research*, *2*, 121-131. Doi: 10.1080/713688129.
- Lewinsohn, P., Rohde, P. y Brown, R. (1999). Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction*, *6*, 913-921.
- Magaldi-Dopman, D. y Park-Taylor, I. (2013). Sacred adolescence: Practical suggestions for psychologist working with adolescents 'religious and spiritual identity. *Spirituality in Clinical Practice*, *1*, 40-52. Doi: 10.1037/2326-4500.1.S.40.

- Mahalik, J., Levine, R., McPherran, C., Doyle, A., Markowitz, A. y Jaffe, S. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood. *Health Psychology, 32*, 685-694. Doi: 10.1037/a0031658.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W. y Engels, R. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *Journal Behaviors Medical, 33*, 474-485. Doi: 10.1007/s10865-010-9278-4.
- Manson, J. y Perry, S. (2013). Personality structure, sex differences and temporal change and stability in wild White-faced Capuchins (*Cebus Capucinus*). *Journal of Comparative Psychology, 127*, 299-311. Doi: 10.1037/a0031316.
- Mares, S., Lichtwarck-Aschoff, A., Burk, J., Van der Vorst, H. y Engels, R. (2012). Parental alcohol-specific rules and alcohol use from early adolescence to young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*, 798-805. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02533.x.
- Marrón, R., Pérez, A., Clemente, M. y Herrero, I. (2003). Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prevención del Tabaquismo, 5*, 219-234.
- Masferrer, L., Font-Mayolas, S. y Gras, M.E. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática, 102*, 47-53.
- Matarazzo, J.D. (1984). *A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- Mattila, M., Rautava, P., Honkinen, P., Ojanlatva, A., Jaakkola, S., Aromaa, M., Suominen, S., Helenius, H. y Sillanpaa, M. (2011). Sense of coherence and health behavior in adolescence. *Acta Paediatrica, 100*, 1590-1595. Doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02376.x.
- McCrae, R., Costa, P., Terracciano, A., Parker, W., Mills, C., De Fruyt, F. y Mervielde, J. (2002). Personality trait development from age 12 to age 18: longitudinal cross-sectional and cross-cultural analyses. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 1456-1468. Doi: 10.1037//0022-3514.6.1456.
- McNaughton, H., Foshee, V., Baver, D. y Ennett, S. (2012). Developmental associations between adolescent alcohol use and dating aggression. *Journal of Research on Adolescence, 22*, 526-541. Doi: 10.1111/j.1532.7795.2012.00799.x.
- Meester, F., Lenthe, F., Spittaels, H., Lien, N. y Bourdeaudhuij, I. (2009). Interventions for promoting physical activity among European teenagers: A systematic review.

- International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 1-11. Doi: 10.1186/1479-5868-6-82.
- Moral, M.V., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F.J. y Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32, 125-138.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A. y García-Moya, I. (2012). *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2010)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Morin, A., Rodríguez, D., Fallu, J., Maiano, C. y Janosz, M. (2011). Academic achievement and smoking initiation in adolescence: A general growth mixture analysis. *Addiction*, 107, 819-828. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03725.x.
- Mrug, S. y McCay, R. (2013). Parental and peer disapproval of alcohol use its relationship to adolescent drinking: Age, gender and racial differences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3, 604-614. Doi: 10.1037/a0031064.
- Newcomb, M. y Félix-Ortíz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectorial and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 280-296. Doi: 10.1037/0022-3514.63.2.280.
- Noel, J. y Renick, N. (2012). Children's alcohol cognitions prior to drinking onset: discrepant patterns from implicit and explicit measures. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 451-458. Doi: 10.1037/a00025531.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- O'Brien, E. y Mindell, J. (2005). Sleep and risk-taking behavior in adolescents. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 113-133. Doi: 10.1207/s15402010bsm0303\_1.
- Organización Mundial de la Salud, 2010. *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. ISBN 9789243599939.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (1990). *Desarrollo Psicológico y Educación, I. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza Editorial.

- Patrick, M. y Schulenberg, J. (2011). How trajectories of reasons for alcohol use relate to trajectories of binge drinking: National panel data spanning late adolescence for early adulthood. *Development Psychology*, 47, 311-317. Doi: 10.1037/a0021939.
- Pedreira, J.L. y Martín, L. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documento Social*, 120, 69-89.
- Pérez-García, A. (2011). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: Klinik.
- Petersen, A. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 39, 583-607. Doi: 10.1146/annurev.ps.39.020188.003055.
- Pharo, H., Sim, C., Graham, M. Gross, J. y Hayne, H. (2011). Risky business: Executive function, personality and reckless behavior during adolescence and emerging adulthood. *Behavioral Neuroscience*, 125, 970-978. Doi: 10.1037/a0025768.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223-235.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Memoria 2009*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.pnsd.msc.es>.
- Plan Nacional sobre Drogas (2010). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Plan Nacional sobre Drogas (2014). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Plancherel, B., Bolognini, M. y Halfon, O. (1998). Coping strategies in early and mid-adolescence: Differences according to age and gender in a community sample. *European Psychologist*, 3, 192-201. Doi: 10.1027/1016-9040.3.3.192.
- Prokhorov, A. y Alexandrov, A. (1992). Tobacco smoking in Moscow school students. *British Journal of Addiction*, 87, 1469-1476. Doi: 10.1111/j.1360-0443.1992.tb01925.x.
- Ramos, P. y Moreno, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Health and Addictions*, 10, 13-36.
- Ramos, P., Rivera, F. y Moreno, C. (2012). Beneficios del contexto asociativo en las actividades del tiempo libre de los adolescentes españoles. *Infancia y Aprendizaje*, 35, 365-378. Doi: 10.1174/021037012802238984.

- Rawana, J. y Ahola, S. (2012). Eating attitudes, coping styles and peer victimization among adolescents with seasonal and nonseasonal depression symptoms. *Cognitive Therapy Review*, 36, 199-209. Doi: 10.1007/s10608-010-9333-z.
- Rende, R., Slomkowski, C., McCaffery, J., Lloyd-Richardson, E. y Niaura, R. (2005). A twin-sibling study of tobacco use in adolescence: Etiology of individual differences and extreme scores. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, 413-419. Doi: 10.1080/14622200500125609.
- Rew, L., Wong, Y., Torres, R. y Howell, E. (2007). A linguistic investigation of mediators between religious commitment and health behaviors in older adolescents. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30, 71-86. Doi: 10.1080/01460701525147.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rueda, B., Pérez-García, A. y Bermúdez, J. (2003). La salud emocional desde la perspectiva de la competencia percibida. *Acción Psicológica*, 2, 41-49.
- Ryan, S., Jorm, A. y Lubman, D. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 774-783.
- Salazar, I., Varela, M.T., Cáceres, D. y Tovar, J. (2006). El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología Conductual*, 14, 77-101.
- Salvador, T. (2009). *Adolescentes y jóvenes: ocio y uso del tiempo libre en España (Revisión)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 173-182.
- Saraceno, L., Heron, J., Munafo, M., Craddock, N. y Van der Bree, M. (2011). The relationship between childhood depressive symptoms and problem alcohol use in early adolescence: Findings from a large longitudinal population-based study. *Addiction*, 107, 567-577.
- Schelleman-Offermans, K., Knibbe, R. y Kuntsche, E. (2013). Are the effects of early pubertal timing on the initiation of weekly alcohol use mediated by peers and/or parents? A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 49, 1277-1285. Doi: 10.1037/a0029880.

- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. y Nurmi, J. (2009). Changes in stress perception and coping during adolescence: The role of situational and personal factors. *Child Development, 80*, 259-279. Doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychological Association, 55*, 5-14. Doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5.
- Settineri, S., Vitetta, A., Mento, C., Fanara, G., Silvestri, R., Tati, F., Grugno, R., Cordici, F., Conte, F., Polimeni, G., Gitto, L. y Bramanti, P. (2010). Construction of a telephone interview to assess the relationship between mood and sleep in adolescence. *Neurological Sciences, 31*, 459-465. Doi: 10.1007/s10072-010-0255-z.
- Shamblen, S., Harris, M., Ringwalt, C., Flewelling, R., Clark, H. y Hanley, S. (2011). Outlet density as a predictor of use of alcohol in early adolescence. *Substance use & Misuse, 46*, 1049-1059. Doi: 10/3109/108260884.2011.552933.
- Sheldon, K.M. y King, L.K. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist, 56*, 216-217. Doi: 10.1037/0003-066X.56.3.216.
- Shim, S., Barber, B. y Serido, J. (2011). A consumer way of thinking: Linking consumer socialization and consumption motivation perspective to adolescent development. *Journal of Research on Adolescence, 21*, 290-299. Doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00730.x.
- Sidorchuk, A., Hemmingsson, T., Romelsjo, A. y Allebeck, P. (2012). Alcohol use in adolescence and risk of disability pension: A 39 year follow-up a population-based conscription survey. *Plos One, 7*, 1-10. Doi: 10.1371/journal.pone.0042083.
- Simoës, C., Batista-Foguet, J.M., Matos, M.G. y Calmeiro, L. (2008). Alcohol use and abuse in adolescence: Proposal of and alternative analysis. *Journal Compilation, Child: Care, Health and Development, 34*, 291-301. Doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00806.x.
- Skinner, E. y Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annual Review Psychology, 58*, 119-144. Doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085705.
- Snyder, C.R. y López, S.J. (2002). *Positive Psychological Assessment. A Handbook of models and measures*. Oxford: University Press.
- Sopeña, S., Evangeli, M., Dodge, J. y Melvin, D. (2010). Coping and psychological adjustment in adolescents with vertically acquired. *HIV AIDS CARE, 22*, 1252-1258.
- Soto, C., John, O., Gobling, S. y Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*, 330-348. Doi: 10.1037/a0021717.

- Spaeth, M., Weichold, K., Silbercisen, R. y Wiesner, M. (2010). Examining the differential effectiveness of a life skills program (IPSY) on alcohol use trajectories in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 334-348. Doi: 10.1037/a0019550.
- Spear, H. y Kulbok, P. (2004). Autonomy and adolescence: A concept analysis. *Public Health Nursing, 21*, 144-152. DoI: 10.1111/j.0737-1209.2004.021208.x.
- Stautz, K. y Cooper, A. (2013). Urgency traits and problematic substance use in adolescence: Direct effects and moderation of perceived peer use. *Psychology of Addictive Behaviors, 1-12*. Doi: 10.1037/a0034346.
- Stenbacka, M. (2003). Problematic alcohol and cannabis use in adolescence-risk of serious adult substance abuse? *Drug and Alcohol Review, 22*, 277-286. Doi: 10.1080/0959523031000154418.
- Sweeting, H., Hunt, K. y Bhaskar, A. (2012). Consumerism and well-being in early adolescence. *Journal of Youth Studies, 15*, 802-820. Doi: 10.1080/13676261.2012.685706.
- Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista IIPSI, 8*, 57-65.
- Trzesniewski, K., Donnellan, M., Moffitt, T., Robins, R., Poulton, R. y Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts per health, criminal behavior and limited economic prospect during adulthood. *Developmental Psychology, 42*, 381-390. Doi: 10.1037/0012-16.
- Turner, R., Irwin, C., Tschann, J. y Millstein, S. (1993). Autonomy, relatedness and the initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychology, 12*, 200-208. Doi: 10.1037/0278-6133.12.3.200.
- Vallido, T., Peters, k., O'Brien, L. y Jackson, D. (2009). Sleep in adolescence: A review of issues for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1819-1826. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02812.x.
- Van Beek, J., Kendler, K., De Moor, M., Geels, L., Bartels, M., Vink, J., Van den Berg, S., Willemsen, G. y Boomsma, D. (2012). Stable genetic effects on symptoms of alcohol abuse and dependence from adolescence into early adulthood. *Behavior Genetic, 42*, 40-56. Doi: 10.1007/s10519-011-9488-8.
- Van der Akker, A., Dekovic, M., Asscher, J., Prinzie, P. y Shiner, R. (2013). Personality types in childhood: Relations to latent trajectory classes of problem behavior

- parenting across the transition into adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *104*, 750-764. Doi: 10.1037/a0031184.
- Van der Zwaluw, C., Scholte, R., Vermulst, A., Buitelaar, J., Verkes, R. y Engels, R. (2009). The Crown of love: Intimate relations and alcohol use in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *18*, 407-417. Doi: 10.1007/s00787-009-0748-6.
- Velicer, W.F., DiClemente, C., Rossi, J.S. y Prochaska, J.O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, *15*, 271-283. Doi: 10.1016/0306-4603(90)90070-E.
- Verkooijen, K., Nielsen, G. y Kremers, S. (2008). The association between leisure time physical activity and smoking in adolescence: An examination of potential mediating and moderating factors. *International Journal of Behavioral Medicine*, *15*, 157-163. Doi: 10.1080/1070500801929833.
- Verkooijen, K., Nielsen, G. y Kremers, S. (2009). Leisure time physical activity motives and smoking in adolescence. *Psychology of Sport and Exercise*, *10*, 559-564. Doi: 10.1016/j.psychsport.2009.01.001.
- Vickers, R.R., Conway, T.L. y Hervig, L.K. (1990). Demonstration of replicable dimensions of health behaviors. *Preventive Medicine*, *19*, 377-401. Doi: 10.1016/0091-7435(90)90037-K.
- Wagner, E. (1993). Delay of gratification, coping with stress and substance use in adolescence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *1*, 27-43. Doi: 10.1037/1064-1297.1.1-4.27.
- Wagner, E.F., Myers, M.G. y McIninch, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance. *Addictive Behaviors*, *24*, 769-779. Doi: 10.1016/S0306-4603(99)00058-1.
- Walker, C., Ainette, M., Wills, T. y Mendoza, D. (2007). Religiosity and substance use: Test of an indirect effect model in early and middle adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21*, 84-96. Doi: 10.1037/0893-164x21.1.84.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070. Doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Wichstrom, L., Von Soest, T. y Lundin, A. (2013). Predictors of growth and decline in leisure time physical activity from adolescence to adulthood. *Health Psychology*, *32*, 775-784. Doi: 10.1037/a0029465.

- Wichstrom, T. y Wichstrom, L. (2008). Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use? *Addiction*, *104*, 138-149. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02422.x.
- Wills, T.A. y Hirky, A.E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp. 279-302). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Wu, L. y Antony, J. (1999). Tobacco smoking and depressed mood in late childhood and early adolescence. *American Journal of Public Health*, *89*, 1837-1840. Doi: 10.2105/AJPH.89.12.1837.
- Yasemin, R. y Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*, 607-619. Doi: 10.1037/a0024299.
- Yopp, R., Brownell, K. y Félix, M. (1990). Age and sex differences in health habits and beliefs of school children. *Health Psychology*, *9*, 208-224. Doi: 10.1037/0278-6133.9.2.208.
- Zubieta, E. M., Delfino, G. I. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, *17*, 227-283.

**ANEXOS**

**Anexos Tiempo 1**

**ANEXO I**

***Instrucciones Generales***

**Por favor, lee cuidadosamente**

En este cuadernillo encontrarás preguntas sobre tu forma de pensar, sentir, actuar ante los problemas y sobre tus hábitos en relación con la salud y con el consumo de alcohol y tabaco.

Te pedimos que contestes a las preguntas de la forma más sincera posible, sin saltarte o dejar en blanco ninguna pregunta.

No existen respuestas mejores o peores, la respuesta que escribas reflejará tu modo habitual de pensar, sentir y/o actuar.

La información que obtengamos será confidencial y servirá para estudiar a los adolescentes en sus conductas relacionadas con la salud y el bienestar.

**DATOS PERSONALES**

**CLAVE:**

Para poder relacionar tus datos con los que recojamos en una segunda ocasión dentro de unos meses, necesitamos una clave formada por las iniciales de tu nombre y tus dos apellidos y los cuatro últimos números de tu DNI. Por ejemplo, si un estudiante se llamara Juan García Sánchez y su DNI fuera 50723488, su clave sería: JGS-3488.

**Escribe tu clave:**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Indica, marcando con una X si eres:**

Chico

Chica

**Fecha de nacimiento: mes/año** \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_ años

**Teniendo en cuenta tus notas en las asignaturas importantes del curso pasado crees que tus resultados fueron:**

Regulares	Aceptables	Buenos	Muy buenos

**ANEXO II**

***El Big Five Questionnaire–Children (BFQ-N)***

**Instrucciones:** A continuación se indican una serie de frases que pueden describirte en mayor o menor medida. Lee detenidamente cada frase y rodea con un círculo el número que más se aproxime a tu forma de ser. Recuerda que no existen contestaciones buenas ni malas, sino que debes recoger **la respuesta que más se adapte a ti**.

	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Tengo ganas de ver a otras personas.....	1	2	3	4	5
2. Comparto las cosas con los demás.....	1	2	3	4	5
3. Hago las cosas con atención y sin distraerme.....	1	2	3	4	5
4. Me pongo nervioso por tonterías.....	1	2	3	4	5
5. Sé muchas cosas.....	1	2	3	4	5
6. Estoy de mal humor.....	1	2	3	4	5
7. Trabajo mucho y con ganas.....	1	2	3	4	5
8. Discuto acaloradamente con los demás.....	1	2	3	4	5
9. Me gusta competir son los compañeros.....	1	2	3	4	5
10. Tengo una gran fantasía.....	1	2	3	4	5
11. Soy correcto y honrado con los demás.....	1	2	3	4	5
12. Aprendo fácilmente las cosas que estudio.....	1	2	3	4	5
13. Me doy cuenta cuando los demás necesitan ayuda.....	1	2	3	4	5
14. Me gusta mucho moverme y estar activo.....	1	2	3	4	5
15. Me enfado con facilidad.....	1	2	3	4	5
16. Me gusta hacer regalos.....	1	2	3	4	5
17. Me peleo con los demás.....	1	2	3	4	5
18. Cuando el profesor pregunta respondo bien.....	1	2	3	4	5
19. Me gusta estar en compañía de otros.....	1	2	3	4	5
20. Pongo mucho empeño en las cosas que hago.....	1	2	3	4	5
21. Si alguien me hace una faena le perdono.....	1	2	3	4	5
22. En clase me concentro en las cosas que hago.....	1	2	3	4	5
23. Me resulta fácil decir a los demás lo que pienso.....	1	2	3	4	5
24. Me gusta leer libros.....	1	2	3	4	5
25. Cuando termino los ejercicios, los repaso, para ver si lo he hecho bien.....	1	2	3	4	5
26. Digo lo que pienso.....	1	2	3	4	5
27. Trato a mis compañeros afectuosamente.....	1	2	3	4	5
28. Respeto las reglas y el orden.....	1	2	3	4	5
29. Me ofendo fácilmente.....	1	2	3	4	5
30. Cuando el profesor explica algo, lo entiendo enseguida.....	1	2	3	4	5
31. Estoy triste.....	1	2	3	4	5

32. Me comporto con los demás con mucha amabilidad.....	1	2	3	4	5
33. Me gustan los programas de ciencias en televisión.....	1	2	3	4	5
34. Si me comprometo a algo lo mantengo.....	1	2	3	4	5
35. Hago cualquier cosa para no aburrirme.....	1	2	3	4	5
36. Me gusta ver el telediario y saber lo que ocurre en el mundo....	1	2	3	4	5
37. Mi habitación está ordenada.....	1	2	3	4	5
38. Respondo a otras personas con educación.....	1	2	3	4	5
39. Cuando quiero hacer algo, no soy capaz de esperar y tengo que hacerlo inmediatamente.....	1	2	3	4	5
40. Me gusta hablar con los otros.....	1	2	3	4	5
41. Tengo poca paciencia.....	1	2	3	4	5
42. Convenzo a los demás de lo que pienso.....	1	2	3	4	5
43. Soy capaz de inventar juegos nuevos y divertidos.....	1	2	3	4	5
44. Cuando empiezo algo tengo que terminarlo a toda costa.....	1	2	3	4	5
45. Si un compañero de clase tiene dificultades, le ayudo.....	1	2	3	4	5
46. Se me dan bien los problemas de matemáticas.....	1	2	3	4	5
47. Me fío de los demás.....	1	2	3	4	5
48. Me gusta tener todas las cosas del colegio muy ordenadas.....	1	2	3	4	5
49. Pierdo la calma con facilidad.....	1	2	3	4	5
50. Cuando hablo, los demás me escuchan y hacen lo que yo digo..	1	2	3	4	5
51. Trato bien incluso a las personas que me son antipáticas.....	1	2	3	4	5
52. Me gusta conocer y aprender cosas nuevas.....	1	2	3	4	5
53. Sólo juego después de haber terminado los deberes.....	1	2	3	4	5
54. Hago las cosas precipitadamente.....	1	2	3	4	5
55. Me gusta hacer bromas.....	1	2	3	4	5
56. Dificilmente me distraigo.....	1	2	3	4	5
57. Hago amistad fácilmente.....	1	2	3	4	5
58. Lloro.....	1	2	3	4	5
59. Me gustaría mucho viajar y conocer el modo de vida de otros pueblos.....	1	2	3	4	5
60. Pienso que las otras personas son buenas y honradas.....	1	2	3	4	5
61. Me preocupan cosas sin importancia.....	1	2	3	4	5
62. Entiendo las cosas inmediatamente.....	1	2	3	4	5
63. Soy muy alegre y vivaz.....	1	2	3	4	5
64. Dejo que los demás usen mis cosas.....	1	2	3	4	5
65. Cumplo con mis obligaciones.....	1	2	3	4	5

**Corrección:**

- **Extraversión:** 13 ítems: 1, 9, 14, 19, 23, 26, 35, 40, 42, 50, 55, 57, 63.
- **Tesón:** 13 ítems: 3, 7, 20, 22, 25, 28, 34, 37, 44, 48, 53, 56, 65.
- **Neuroticismo:** 13 ítems: 4, 6, 8, 15, 17, 29, 31, 39, 41, 49, 54, 58, 61.
- **Afabilidad:** 13 ítems: 2, 11, 13, 16, 21, 27, 32, 38, 45, 47, 51, 60, 64.
- **Apertura:** 13 ítems: 5, 10, 12, 18, 24, 30, 33, 36, 43, 46, 52, 59, 62.

**ANEXO III**

**Escala de Positividad (EP)**

**Instrucciones:** Lee con atención las siguientes afirmaciones e intenta responder **en qué medida estás de acuerdo con cada frase**, rodeando con un círculo el número que mejor recoja tu forma de pensar, sentir o actuar. Recuerda que no hay contestaciones buenas o malas. Sólo importa tu opinión ante cada frase.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Tengo mucha fe en el futuro.....	1	2	3	4	5
2.	Estoy satisfecho con mi vida.....	1	2	3	4	5
3.	Cuando lo necesito, suelo poder contar con alguien.....	1	2	3	4	5
4.	Miro hacia el futuro con esperanza y entusiasmo.....	1	2	3	4	5
5.	En general estoy satisfecho conmigo mismo.....	1	2	3	4	5
6.	A veces, el futuro me parece bastante incierto.....	1	2	3	4	5
7.	Siento que tengo muchas cosas de las que estar orgulloso.	1	2	3	4	5
8.	Por lo general tengo mucha confianza en mí.....	1	2	3	4	5

**Corrección:**

- Ítem 6 invertido: 5 (Totalmente en desacuerdo) – 1 (Totalmente de acuerdo).
- Puntuación total: suma de la puntuación en los 8 ítems (previa inversión del ítem 6).

**ANEXO IV**

***The Positive and Negative Affect Schedule (PANASN)***

**Instrucciones:** A continuación se indican algunas frases que los chicos y chicas utilizan para describirse a sí mismos. Lee detenidamente cada frase y rodea con un círculo el número que más se aproxime a la respuesta que quieres dar. No existen contestaciones buenas ni malas. Recuerda que tienes que señalar la **alternativa que mejor se ajuste a tu forma de ser.**

	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me intereso por la gente o las cosas.....	1	2	3	4	5
2. Me siento tenso/a, agobiado/a, con sensación de estrés....	1	2	3	4	5
3. Soy una persona animada, suelo emocionarme.....	1	2	3	4	5
4. Me siendo disgustado/a o molesto/a.....	1	2	3	4	5
5. Siento que tengo vitalidad o energía.....	1	2	3	4	5
6. Me siento culpable.....	1	2	3	4	5
7. Soy un/a chico/a asustadizo/a.....	1	2	3	4	5
8. Estoy enfadado/a o furioso/a.....	1	2	3	4	5
9. Me entusiasmo (por cosas, personas, etc.).....	1	2	3	4	5
10. Me siento orgulloso/a (de algo), satisfecho/a.....	1	2	3	4	5
11. Tengo mal humor (me altero o irrito).....	1	2	3	4	5
12. Soy un/a chico/a despierto/a, “despabilado/a”.....	1	2	3	4	5
13. Soy vergonzoso/a.....	1	2	3	4	5
14. Me siento inspirado/a.....	1	2	3	4	5
15. Me siento nervioso/a.....	1	2	3	4	5
16. Soy un/a chico/a decidido/a.....	1	2	3	4	5
17. Soy una persona atenta, detallista.....	1	2	3	4	5
18. Siento sensaciones corporales de estar intranquilo/a o preocupado/a.....	1	2	3	4	5
19. Soy un chico/a activo/a.....	1	2	3	4	5
20. Siento miedo.....	1	2	3	4	5

**Corrección:**

**Afecto positivo:** 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 y 19.

**Afecto negativo:** 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20

**ANEXO V**

**La Escala de Afrontamiento Breve para Adolescentes (ACS-SF)**

**Instrucciones:** Los jóvenes suelen tener preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como los estudios, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. A continuación se presenta una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele hacer frente a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes **marcar el número de la derecha que mejor refleje tu manera de sentir, reaccionar o actuar**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde **lo que crees que se ajusta más a tu forma de actuar, en general, ante los problemas**.

		Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Con mucha frecuencia
1.	Seguir con mis tareas como es debido.....	1	2	3	4	5
2.	Ignorar el problema.....	1	2	3	4	5
3.	Guardar mis sentimientos para mí solo.....	1	2	3	4	5
4.	Pedir consejo a una persona competente o a un profesional...	1	2	3	4	5
5.	Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, jugar un videojuego.....	1	2	3	4	5
6.	Hacer deporte y mantenerme en forma.....	1	2	3	4	5
7.	Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego mis capacidades.....	1	2	3	4	5
8.	Simplemente, me doy por vencido.....	1	2	3	4	5
9.	Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas (no medicamentos).....	1	2	3	4	5
10.	Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas..	1	2	3	4	5
11.	Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.....	1	2	3	4	5
12.	Preocuparme por lo que está pasando.....	1	2	3	4	5
13.	Sentirme culpable.....	1	2	3	4	5
14.	Hablar con familiares o con amigos sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.....	1	2	3	4	5
15.	Soñar despierto que las cosas irán mejorando.....	1	2	3	4	5
16.	Unirme a gente que tiene el mismo problema.....	1	2	3	4	5
17.	Pedir a Dios que cuide de mí.....	1	2	3	4	5
18.	Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar.....	1	2	3	4	5

**Corrección**

Afrontamiento dirigido a la **solución de problemas** (5 ítems): 1, 5, 6, 7 y 11.

Afrontamiento en relación con **los demás** (4 ítems): 4, 14, 16 y 17.

Afrontamiento **improductivo** (9 ítems): 2, 3, 8, 9, 10, 12, 13, 15 y 18.

**ANEXO VI**

**El Repertorio de Conductas de Salud (RCS)**

**Instrucciones:** A continuación se indican una serie de cuestiones relacionadas con la **prevención de accidentes y con el cuidado de la salud**. Marca con una X aquella alternativa que mejor se ajuste a tu forma de actuar habitualmente.

**1. ¿Con qué frecuencia comes de forma saludable? :**

Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Casi siempre

**2. Si vas sentado en los asientos de detrás del coche, ¿cuándo te pones el cinturón de seguridad?**

Nunca	Sólo en autopistas o grandes vías	Fuera de mi pueblo o ciudad, en cualquier tipo de carretera	Siempre que voy en el coche

**3. Cuando tienes que cruzar una calle lo haces de forma correcta (esperas que el semáforo esté en verde para los peatones, utilizas el paso de cebra):**

Siempre	A veces, si no vienen coches, cruzo en rojo	Muchas veces cruzo por cualquier sitio, si no vienen coches	Casi nunca me paro, siempre busco la forma de cruzar más rápida posible

**4. ¿Procuras dormir siete u ocho horas cada día?:**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

**5. Entre semana, además de ir a clase y hacer deberes y estudiar, ¿procuras sacar un rato al día para relajarte (charlar con los amigos, jugar a la consola, leer, ...)?:**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

**6. ¿Cuánto ejercicio físico o deporte practicas a la semana (además del obligatorio en tu formación escolar)?:**

Casi nada	1 ó 2 veces	Entre 3 y 4 veces	Más de 4 veces

**7. Cuando haces alguna actividad que implica cierto riesgo (montar en patinete, bicicleta, motocicleta, atracciones de las ferias,...), ¿sigues las normas de seguridad recomendadas en cada caso? (casco, protecciones, cinturones de seguridad, etc.**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

## CORRECCIÓN

A más puntuación, más frecuencia/intensidad en la práctica de conductas de salud.

1. ¿Con qué frecuencia comes de forma saludable? :

Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Casi siempre
1	2	3	4

2. Si vas sentado en los asientos de detrás del coche, ¿cuándo te pones el cinturón de seguridad?

Nunca	Sólo en autopistas o grandes vías	Fuera de mi pueblo o ciudad, en cualquier tipo de carretera	Siempre que voy en el coche
1	2	3	4

3. Cuando tienes que cruzar una calle lo haces de forma correcta (esperas que el semáforo esté en verde para los peatones, utilizas el paso de cebra):

Siempre	A veces, si no vienen coches, cruzo en rojo	Muchas veces cruzo por cualquier sitio, si no vienen coches	Casi nunca me paro, siempre busco la forma de cruzar más rápida posible
4	3	2	1

4. ¿Procuras dormir siete u ocho horas cada día?:

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	2	3	4

5. Entre semana, además de ir a clase y hacer deberes y estudiar, ¿procuras sacar un rato al día para relajarte (charlar con los amigos, jugar a la consola, leer,...)?:

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	2	3	4

6. ¿Cuánto ejercicio físico o deporte practicas a la semana (además del obligatorio en tu formación escolar)?:

Casi nada	1 ó 2 veces	Entre 3 y 4 veces	Más de 4 veces
1	2	3	4

7. Cuando haces alguna actividad que implica cierto riesgo (montar en patinete, bicicleta, motocicleta, atracciones de las ferias,...), ¿sigues las normas de seguridad recomendadas en cada caso? (casco, protecciones, cinturones de seguridad, etc.)

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	2	3	4

**ANEXO VII**

**REPERTORIO DE CONDUCTAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO**

En relación con el consumo de tabaco, marca la alternativa que te sea aplicable en cada pregunta:

- Nunca he fumado, ni siquiera un cigarrillo
- He probado alguna vez, pero no más de 5 cigarrillos en total
- Fumo de vez en cuando
- Fumo regularmente, al menos una vez a la semana
- Fumo todos los días
- He dejado de fumar

**Si actualmente fumas, ¿cuántos cigarrillos consumes diariamente?:**

Entre 1 y 5	Entre 6 y 10	Entre 11 y 20	Más de 20

**¿Cuántas personas de las que te rodean y con las que te relacionas normalmente (familia, amigos, compañeros) fuman?:**

Casi ninguna	Algunas	Bastantes	Casi todas

Imagina que estás en las situaciones que se describen a continuación e indica ¿En qué medida crees que fumarías en cada una de ellas? Marca tu respuesta en la escala a la derecha de cada pregunta, teniendo en cuenta que 1=nada en absoluto y 4= mucho.

Si no fumas, contesta pensando en lo que crees que haría un fumador de tu edad

	Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Cuando estoy con los amigos en una fiesta.....	1	2	3	4
2. Cuando veo a alguien fumando con cara de satisfacción.....	1	2	3	4
3. Cuando estoy contento y celebrando algo.....	1	2	3	4
4. Cuando estoy de botellón o tomando algo en un bar.....	1	2	3	4
5. Cuando estoy con mi mejor amigo que está fumando.....	1	2	3	4
6. Si sufriera un choque emocional fuerte, como el que me produciría un accidente o la muerte de algún familiar.....	1	2	3	4
7. Cuando me siento muy nervioso y agobiado.....	1	2	3	4
8. Cuando las cosas no me van como desearía y me siento frustrado.....	1	2	3	4
9. Cuando tengo problemas y conflictos con mi familia.....	1	2	3	4
10. Cuando me siento muy deprimido.....	1	2	3	4
11. Cuando me siento muy enfadado por algo o por alguien.....	1	2	3	4
12. Cuando quiero concentrarme.....	1	2	3	4
13. Cuando me pongo a pensar en el tiempo que hace que no fumo.....	1	2	3	4

## CORRECCIÓN

**A más puntuación, mayor consumo, aunque muchas se van a utilizar como categorías**

**En relación con el consumo de tabaco, marca la alternativa que te sea aplicable en cada pregunta:**

- 0\_ Nunca he fumado, ni siquiera un cigarrillo
- 1\_ He probado alguna vez, pero no más de 5 cigarrillos en total
- 2\_ Fumo de vez en cuando
- 3\_ Fumo regularmente, al menos una vez a la semana
- 4\_ Fumo todos los días
- 0\_ He dejado de fumar

**Si actualmente fumas, ¿cuántos cigarrillos consumes diariamente?:**

Entre 1 y 5	Entre 6 y 10	Entre 11 y 20	Más de 20
1	2	3	4

**¿Cuántas personas de las que te rodean y con las que te relacionas normalmente (familia, amigos, compañeros) beben con frecuencia?:**

Casi ninguna	Algunas	Bastantes	Casi todas
1	2	3	4

**Imagina que estás en las situaciones que se describen a continuación e indica ¿En qué medida crees que beberías en cada una de ellas? Marca tu respuesta en la escala a la derecha de cada pregunta, teniendo en cuenta que 1=nada en absoluto y 4=mucho.**

**Si no bebes, contesta pensando en lo que crees que haría un bebedor de tu edad**

Suma de la respuesta a los 13 ítems. A más puntuación, más consumo

**ANEXO VIII**

**REPERTORIO DE CONDUCTAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL**

En relación con el consumo de bebidas con alcohol, marca la alternativa que te sea aplicable en cada pregunta:

- Nunca he tomado bebidas con alcohol, ni siquiera una cerveza
- He probado alguna vez, pero no más de 5 veces en total
- Bebo de vez en cuando
- Bebo regularmente, al menos una vez a la semana
- Bebo todos los días
- He dejado de beber

Si actualmente bebes, ¿cuántas veces (o días) tomas bebidas con alcohol a la semana?

Nunca	1 vez (1 día)	2 veces (2 días)	3 ó más veces (o días)

¿Cuántas personas de las que te rodean y con las que te relacionas normalmente (familia, amigos, compañeros) beben con frecuencia?:

Casi ninguna	Algunas	Bastantes	Casi todas

Imagina que estás en las situaciones que se describen a continuación e indica ¿En qué medida crees que fumarías en cada una de ellas? Marca tu respuesta en la escala a la derecha de cada pregunta, teniendo en cuenta que 1=nada en absoluto y 4=mucho.

Si no bebes, contesta pensando en lo que crees que haría un bebedor de tu edad

	Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Cuando estoy con los amigos en una fiesta.....	1	2	3	4
2. Cuando veo a alguien bebiendo y pasándolo bien.....	1	2	3	4
3. Cuando estoy contento y celebrando algo.....	1	2	3	4
4. Cuando estoy de botellón o tomando algo en un bar.....	1	2	3	4
5. Cuando estoy con mi mejor amigo que está bebiendo.....	1	2	3	4
6. Si sufriera un choque emocional fuerte, como el que me produciría un accidente o la muerte de algún familiar.....	1	2	3	4
7. Cuando me siento muy nervioso y agobiado.....	1	2	3	4
8. Cuando las cosas no me van como desearía y me siento frustrado.....	1	2	3	4
9. Cuando tengo problemas y conflictos con mi familia.....	1	2	3	4
10. Cuando me siento muy deprimido.....	1	2	3	4
11. Cuando me siento muy enfadado por algo o por alguien.....	1	2	3	4
12. Cuando quiero concentrarme.....	1	2	3	4
13. Cuando me pongo a pensar en el tiempo que hace que no bebo.....	1	2	3	4

### CORRECCIÓN

En relación con el consumo de bebidas con alcohol, marca la alternativa que te sea aplicable en cada pregunta:

- 0\_ Nunca he tomado bebidas con alcohol, ni siquiera una cerveza
- 1\_ He probado alguna vez, pero no más de 5 veces en total
- 2\_ Bebo de vez en cuando
- 3\_ Bebo regularmente, al menos una vez a la semana
- 4\_ Bebo todos los días
- 0\_ He dejado de beber

Si actualmente bebes, ¿cuántas veces (o días) tomas bebidas con alcohol a la semana?

Nunca	1 vez (1 día)	2 veces (2 días)	3 ó más veces (o días)
1	2	3	4

¿Cuántas personas de las que te rodean y con las que te relacionas normalmente (familia, amigos, compañeros) beben con frecuencia?:

Casi ninguna	Algunas	Bastantes	Casi todas
1	2	3	4

**Imagina que estás en las situaciones que se describen a continuación e indica ¿En qué medida crees que beberías en cada una de ellas? Marca tu respuesta en la escala a la derecha de cada pregunta, teniendo en cuenta que 1=nada en absoluto y 4=mucho.**

**Si no bebes, contesta pensando en lo que crees que haría un bebedor de tu edad**

Suma de la respuesta a los 13 ítems. A más puntuación, más consumo

### Anexos Tiempo 2

#### **ANEXO IX**

Respecto a los instrumentos aplicados en el T 2 serían los mismos que figuran en los anexos III, IV y V, pero en esta ocasión en ellos se especifican unas instrucciones contextualizadas al momento de aplicación, las cuales se indican a continuación.

#### **PANASN**

Instrucciones: Lee detenidamente cada frase y rodea con un círculo el número que más se aproxime a la respuesta que quieres dar. Recuerda que tienes que señalar la alternativa que mejor se ajuste a cómo te sientes o te has sentido en las últimas dos semanas.

#### **EP**

Instrucciones: Lee con atención las siguientes afirmaciones e intenta responder en qué medida estás de acuerdo con cada frase, rodeando con un círculo el número que mejor recoja tu forma de pensar, sentir o actuar. Recuerda que no hay contestaciones buenas o malas. Sólo importa tu opinión ante cada frase.

#### **ACS-SF**

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele hacer frente a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar el número de la derecha que mejor refleje tu manera de sentir, reaccionar o actuar.

No hay respuestas correctas o incorrectas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta más a tu forma de actuar cuando estás ante el problema que supone el periodo de exámenes o de evaluaciones que implican una mayor carga de trabajo en tus estudios.

#### **Rendimiento presente**

En las pruebas o exámenes realizados durante el primer trimestre de 2013 tus resultados están siendo:

Regulares	Aceptables	Buenos	Muy buenos

**ANEXO X**

**RCS**

**Instrucciones:** Marca con una X aquella alternativa que mejor se ajuste a tu forma de actuar en los **momentos de especial estrés o nerviosismo, como cuando estás en plena época de exámenes y evaluaciones**

**EN ESOS MOMENTO DE MAYOR ESTRÉS...**

**1. ¿Comes de forma saludable? (tomas frutas y verduras; evitas grasas, dulces y comida rápida)**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

**2. ¿Procuras dormir siete u ocho horas cada día?:**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

**3. ¿Procuras sacar un rato al día para relajarte (charlar con los amigos, jugar a la consola, leer,...)?:**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

**4. ¿Cuánto ejercicio físico o deporte practicas a la semana (además del obligatorio en tu formación escolar)?:**

Casi nada	1 ó 2 veces	Entre 3 y 4 veces	Más de 4 veces

**5. ¿Cómo es tu consumo de tabaco?:**

Sigo sin fumar	Fumo lo mismo que siempre	Fumo algo más de lo habitual	Fumo mucho más de lo habitual

**6. ¿Cuántos cigarrillos fumas diariamente en época de exámenes?:**

No fumo	Entre 1 y 5	Entre 6 y 10	Entre 11 y 20	Más de 20

**7. ¿Cómo es tu consumo de bebidas con alcohol?:**

Sigo sin beber	Bebo lo mismo que siempre	Bebo algo más de lo habitual	Bebo mucho más de lo habitual

**8. ¿Cuántas veces (o días) tomas bebidas con alcohol a la semana en época de exámenes?:**

Nunca	1 vez (1 día)	2 veces (2 días)	3 ó más veces (o días)

**CORRECCION**

**1. ¿Comes de forma saludable? (tomas frutas y verduras; evitas grasas, dulces y comida rápida)**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	2	3	4

**2. ¿Procuras dormir siete u ocho horas cada día?:**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	2	3	4

**3. ¿Procuras sacar un rato al día para relajarte (charlar con los amigos, jugar a la consola, leer,...)?:**

Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	2	3	4

**4. ¿Cuánto ejercicio físico o deporte practicas a la semana (además del obligatorio en tu formación escolar)?:**

Casi nada	1 ó 2 veces	Entre 3 y 4 veces	Más de 4 veces
1	2	3	4

**5. ¿Cómo es tu consumo de tabaco?:**

Sigo sin fumar	Fumo lo mismo que siempre	Fumo algo más de lo habitual	Fumo mucho más de lo habitual
0	1	2	3

**6. ¿Cuántos cigarrillos fumas diariamente en época de exámenes?:**

No fumo	Entre 1 y 5	Entre 6 y 10	Entre 11 y 20	Más de 20
0	1	2	3	4

**7. ¿Cómo es tu consumo de bebidas con alcohol?:**

Sigo sin beber	Bebo lo mismo que siempre	Bebo algo más de lo habitual	Bebo mucho más de lo habitual
0	1	2	3

**8. ¿Cuántas veces (o días) tomas bebidas con alcohol a la semana en época de exámenes?:**

Nunca	1 vez (1 día)	2 veces (2 días)	3 ó más veces (o días)
0	1	2	3

**ANEXO XI**



**Positividad, Estilo de Afrontamiento y  
Consumo de Tabaco y Alcohol  
en la Adolescencia**

**M. Dolores Lara, José Bermúdez y Ana M. Pérez-García**

---

Facultad de Psicología, UNED, Madrid

---

**España**

*Correspondencia:* José Bermúdez. Facultad de Psicología, UNED. c/ Juan del Rosal, 10, 28040 Madrid. España.  
E-mail: [jbermudez@psi.uned.es](mailto:jbermudez@psi.uned.es)

---

© Education & Psychology I+D+i and Editorial EOS (Spain)

Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 11(2), 345-366. ISSN: 1696-2095. 2013, no. 30  
<http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.30.13036>

- 345 -

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

## **Resumen**

**Introducción.** La adolescencia es una etapa crítica para actuar a nivel preventivo, teniendo en cuenta que en ella suelen iniciarse conductas de riesgo para la salud, como el consumo de tabaco y alcohol.

**Método.** En este contexto, 106 adolescentes (54 chicas y 52 chicos; edad media de 14,10 años, tanto en chicos, como en chicas) participaron en esta investigación, cuyos objetivos fueron analizar las relaciones que mantienen el estilo de afrontamiento y la positividad con el consumo de tabaco y alcohol, así como las posibles diferencias debidas al sexo y la edad.

**Resultados.** Los resultados mostraron, primero, la presencia de relaciones significativas entre estilo de afrontamiento, positividad y consumo de tabaco y alcohol; segundo, el papel modulador de la edad y el sexo; finalmente, la positividad fue uno de los factores predictivos más significativos del consumo de alcohol y tabaco, destacando su papel protector.

**Conclusión.** Los resultados relativos a la significación del estilo de afrontamiento, la edad y el género en la explicación del consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia, tienden a ser consistentes con la investigación existente sobre el tema. Suponen, al mismo tiempo, una aportación novedosa a la investigación en este ámbito los resultados relativos a la dimensión de positividad, que sugieren su significativo papel protector ante el desarrollo de conductas de riesgo como las consideradas en nuestro estudio.

**Palabras Clave:** Positividad, Adolescencia, Afrontamiento, Tabaco, Alcohol

*Recepción: 15/04/13*

*Aceptación inicial: 10/05/2013*

*Aceptación final: 14/07/13*

Positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia

## Positivity, Coping Style and Tobacco and Alcohol Use in Adolescence

### Abstract

**Introduction.** Adolescence is a period in which risky health behaviors, such as tobacco and alcohol consumption frequently begin; thus, it is a critical period to implement preventive strategies.

**Method.** In this context, 106 adolescents (54 females and 52 males; mean age both groups = 14.10) took part on this research. The main objectives were to study, first, the relationships between psychosocial factors, such as coping style and the new construct of positivity, and tobacco and alcohol consumption; second, the potential effect of gender and age differences.

**Results.** Results showed, first, significant relationships among coping, positivity, and consumption; second, these effects were modulated by age and gender; finally, positivity was one of the most significant predictors of alcohol and tobacco consumption, emphasizing its protective role.

**Conclusion.** Results concerning the contribution of coping style, age and gender to explain the adolescents' tobacco and alcohol consumption tend to be consistent with previous research on this topic. Results, on the other hand, regarding to the positivity dimension mean a novel contribution to the research in this area, suggesting its significant protective role against the development of risk behaviors such as tobacco and alcohol consumption.

**Keywords:** Positivity, Adolescence, Coping, Tobacco, Alcohol

*Received:* 04/15/13

*Initial acceptance:* 05/10/13

*Final acceptance:* 07/14/13

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

### **Introducción**

La adolescencia es esencialmente una etapa de cambios y de cierta inestabilidad, asociada a la búsqueda de la identidad y autonomía personal y en la que se aprecia una mayor susceptibilidad a la influencia social. Teniendo en cuenta además que es durante esta etapa de la vida cuando generalmente se inician las conductas de riesgo para la salud, particularmente el consumo de alcohol y de tabaco, la adolescencia se presenta como un período crítico para actuar a nivel preventivo.

Los datos aportados por la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008 y la Health Behavior in School-aged Children (HBSC) (citados en el extenso resumen de los mismos de Ramos y Moreno, 2010), indican que en España el alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18, si bien, este consumo parece estabilizarse en 2009, en paralelo con la tendencia observada en los otros países del sur de Europa.

Actualizando y detallando esta visión global sobre el consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes en España, los datos recogidos en la ESTUDES 2010 (Plan Nacional sobre Drogas, 2010) ponen de manifiesto que, por lo que respecta al consumo de alcohol, el 75,1% de los adolescentes lo ha consumido alguna vez, el 73,6% lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 63% en el último mes, con una edad media de inicio a los 13,7 años. La prevalencia del consumo es algo más elevada en las chicas que en los chicos, si bien, cuando se desagregan los datos por sexo y edad, puede observarse cómo la prevalencia en el consumo es mayor en las chicas entre los 14 y los 16 años, mientras a los 17 y 18 años el porcentaje de varones que consumen alcohol es superior al de mujeres. Finalmente, los niveles de prevalencia de consumo tienden a incrementarse con la edad. Así, el 38,1% de los adolescentes de 14 años manifiestan haber consumido alcohol en el último mes, mientras que el porcentaje se eleva al 77,1% de los adolescentes de 18 años.

Tras el alcohol, el tabaco es la droga más consumida por los estudiantes de Secundaria en España. El 39,8% ha fumado alguna vez en su vida y el 26,2% lo ha hecho en el último mes. En el último año fumaron mayor número de chicas que de chicos (36,4% vs. 28,1%), aunque, por otra parte, ellos consumieron mayor número de cigarrillos (el 11,7% de los chicos informaron fumar más de 10 cigarrillos diariamente frente al 7,6% de las chicas). La edad

media de inicio se sitúa en los 13,5 años. El consumo, por último, tiende a aumentar con la edad tanto en varones, como en mujeres, pasando del 12,3% entre los adolescentes de 14 años al 40% entre los de 18 años.

En este contexto, un volumen creciente de investigación se está centrando en la identificación de los factores psicosociales que podrían explicar el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias en la adolescencia, con el propósito de diseñar estrategias apropiadas para prevenir su aparición y desarrollo. Entre estos factores, vienen mereciendo particular atención estilos de comportamiento, como el tipo de estrategias que emplea el adolescente para hacer frente a las dificultades (Lazarus y Folkman, 1986; Parker y Endler, 1996), y factores cognitivos, expectativas generales positivas que expresan el modo en que la persona se percibe y valora a sí misma, se posiciona ante el futuro y valora las distintas facetas de su vida; procesos cognitivos recogidos en los constructos de autoestima (Emler, 2001; Rosenberg, 1965), optimismo (Carver y Scheier, 2002; Scheier y Carver, 1985) y satisfacción con la vida (Diener, 1984), respectivamente.

En la investigación sobre *estrategias de afrontamiento* se suele diferenciar dos grandes tipos de estrategias interrelacionadas; por una parte, las centradas en la emoción, que intentan regular la respuesta emocional ante el problema y, por otra, las centradas en el problema, que intentan alterar y dar respuesta al problema que causa estrés (Carver y Connor-Smith, 2010; Lazarus y Folkman, 1986).

Los estudios relativos a su empleo en la adolescencia muestran que el adolescente tiende a utilizar de manera más o menos estable un rango de estrategias preferidas para enfrentarse a los problemas específicos y que con la edad aumenta su repertorio. No obstante, y aunque la investigación al respecto presenta aún una apreciable ambigüedad, este patrón global parece modulado por factores como el sexo o la edad de los sujetos. En cuanto a las diferencias de sexo, la evidencia disponible tiende a mostrar que las chicas disponen de un mayor número de estrategias de afrontamiento, empleando en mayor medida estrategias basadas en el contacto con los demás, como la búsqueda de apoyo social, invertir en amigos o la búsqueda de pertenencia. Los chicos, por su parte, utilizan más estrategias de afrontamiento improductivo, como la búsqueda de distracción, ignorar el problema o reservarlo para sí. Por lo que concierne a la edad, a su vez, la investigación tiende a indicar que con la edad se produce un incremento en el empleo de estrategias de afrontamiento improductivo, como autoinculparse o

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

intentar reducir la tensión; mientras en las etapas iniciales de la adolescencia se emplearían en mayor medida estrategias de evitación y búsqueda de apoyo social (Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006; González-Barrón, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002; Martín, Lucas y Pulido, 2011).

Con respecto al papel que los estilos de afrontamiento tienen como factores de protección o de riesgo del consumo de sustancias en la adolescencia, la evidencia disponible apunta a que estrategias como esforzarse, concentrarse en resolver los problemas o fijarse en lo positivo, parecen tener efectos protectores previniendo el consumo de sustancias, mientras que el empleo de estrategias de evitación para hacer frente a los problemas facilitaría el consumo (Gómez-Fraguela *et al.*, 2006; Myers y MacPherson, 2009).

El supuesto común que guía, por su parte, la investigación sobre el papel de la *autoestima*, la *satisfacción con la vida* y el *optimismo* en la explicación del consumo de sustancias, radica en que estamos ante unas expectativas generales positivas que juegan un importante papel en la autorregulación de la conducta y se asocian al empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas (Scheier y Carver, 1985), actuando así como elementos protectores contra las conductas de riesgo (Carvajal, 2012; Carvajal, Evans, Nash y Getz, 2002).

Acerca de la *autoestima*, que es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, de competencia y valía personal (Rosenberg, 1965), disponemos hoy de suficiente evidencia indicativa de su beneficioso papel como determinante del bienestar físico y psicológico (Emler, 2001). Por lo que concierne a su papel en el consumo de sustancias, la evidencia apunta de manera consistente que la autoestima es un predictor significativo del inicio y frecuencia de consumo, de manera que a mayor autoestima, menor probabilidad de llegar a ser fumador (Otten, van Lier y Engels, 2011), si bien, esta asociación tiende a ser más acusada en las chicas que en los chicos (Abernathy, Massad y Romano-Dwyer, 1995). La posible presencia de diferencias individuales en autoestima, debidas al sexo y la edad, ha generado un significativo volumen de investigación que viene a señalar que las mujeres tienden a presentar menores niveles de autoestima que los varones, aunque estas diferencias tienden a ser pequeñas, y que tales diferencias se observan fundamentalmente en la adolescencia (ver, entre otros, los metaanálisis llevados a cabo por Kling, Hyde, Showers y Buswell, 1999; Major, Barr, Zubek y Babey, 1999; Twenge y Campbell, 2001). No obstante, para un correcto entendimiento de esta evidencia, es preciso tener en cuenta que la misma procede de investigaciones en las que

se ha evaluado la autoestima como constructo global; en cambio, cuando se analizan facetas específicas de autoestima (aceptación social, apariencia física, valoración y satisfacción personal, dimensión ética-moral de la conducta, etc.), el perfil diferencial que muestran chicos y chicas en las distintas etapas evolutivas cambia sustancialmente y no parece tan lineal y homogéneo como muestra la investigación focalizada en el constructo global (Gentile, Grabe, Dolan-Pascoe, Twenge y Wells, 2009).

De igual modo, la *satisfacción con la vida*, el sentirse satisfecho consigo mismo y con la propia vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), contribuye positivamente a la percepción de bienestar personal, protege la salud física y psicológica y se asocia a estilos de afrontamiento adaptativos dirigidos a la solución de los problemas (Diener y Chan, 2011; González-Barrón *et al.*, 2002). Si bien la evidencia disponible en población adulta tiende a indicar que los hombres informan niveles más elevados de satisfacción vital, los datos al respecto en población adolescente son menos concluyentes; con respecto a la edad, la satisfacción vital tiende a disminuir en este rango de edad, aunque esta tendencia vendría matizada por los distintos dominios que integran la satisfacción vital (académico, salud, amigos, familia, etc.) (Gilman *et al.*, 2008; Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach y Henrich, 2007). La investigación con muestras adolescentes acerca de la asociación entre satisfacción vital y consumo de sustancias, viene a indicar que los bajos niveles de satisfacción vital influyen, tanto en el más temprano inicio, como en el abuso en el consumo de sustancias como alcohol y tabaco (Masferrer, Font-Mayolas y Gras, 2012; Piko, Luszczynska, Gibbons y Teközel, 2005; Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann y Drane, 2001).

Similar patrón de resultados se puede predicar del *optimismo*, en el sentido de que las personas con expectativas positivas sobre el futuro, suelen presentar estilos de comportamiento más saludables y responden más adaptativamente a las dificultades que las personas con expectativas negativas (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010; Scheier y Carver, 1985). La investigación, por otro lado, acerca de la posible existencia de diferencias en optimismo en función del género entre los adolescentes, ofrece aún resultados poco concluyentes; así, en algunos estudios los datos indican que los varones presentan mayores niveles de optimismo que las mujeres (Bindorf, Ryan, Auinger y Aten, 2005; Puskar *et al.*, 2010), mientras en otros estudios no se encuentran diferencias significativas debidas al sexo (Boman, Smith y Curtis, 2003; Huan, Yeo, Ang y Chong, 2006). La evidencia disponible, por último, acerca del posible efecto diferencial de la edad, tiende a poner de manifiesto una notable estabilidad del op-

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

timismo disposicional a lo largo del ciclo vital, aunque, razonablemente, puedan observarse fluctuaciones y peculiaridades en su expresión asociadas a las específicas circunstancias por las que atraviesa la persona en cada caso (Carver y Scheier, 2002; Glaesmer *et al.*, 2012).

En este contexto, se ha sugerido recientemente el constructo *positividad* para dar cuenta, por una parte, de la significativa interrelación existente entre autoestima, optimismo y satisfacción con la vida y, por otra, de sus efectos en los más diversos ámbitos de la vida y del comportamiento (salud, emocionalidad, rendimiento, estilo de afrontamiento, relaciones interpersonales, etc.) (Alessandri, Vecchione *et al.*, 2012; Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010). La positividad puede conceptualizarse como la predisposición de conducta básica, relativamente estable y generalizada culturalmente, que subyace a autoestima, optimismo y satisfacción vital, explicando mayor porcentaje de varianza en conducta que el atribuido a estas expectativas individual o conjuntamente consideradas. En otros términos, puede decirse que la positividad se perfila como un significativo determinante del funcionamiento óptimo de las personas y, aunque aún se requiere mayor investigación sobre posibles diferencias en este constructo debidas al sexo y la edad, los datos disponibles hasta el momento sugieren un perfil similar al indicado al respecto de los constructos integrados en el mismo (Alessandri, Caprara y Tisak, 2012; Caprara, Alessandri, Eisenberg *et al.*, 2012; Caprara, Alessandri, Trommsdorff *et al.*, 2012).

#### *Objetivos*

Teniendo en cuenta, en resumen, el significativo papel que los estilos de afrontamiento juegan en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias en la adolescencia, la potencial incidencia de diferencias asociadas a la edad y el género, así como la positiva expectativa generada por el novedoso constructo de positividad, sobre el que hasta el momento apenas se ha desarrollado investigación en España, el presente estudio se plantea los siguientes objetivos: 1<sup>o</sup>) Estudiar las relaciones entre positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol, así como la potencial incidencia de diferencias debidas al sexo y la edad; 2<sup>o</sup>) Analizar la contribución predictiva de los distintos factores evaluados sobre el consumo de tabaco y alcohol.

Para dar respuesta a estos objetivos, en nuestro estudio se sometieron a prueba las siguientes hipótesis: primera, el consumo de tabaco y alcohol se asocia a bajos niveles de positividad y al empleo de estrategias de afrontamiento poco adaptativas; segunda, la relación

entre positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol, se verá modulada por las diferencias debidas al sexo y la edad, esperándose que el consumo se incremente con la edad, de manera particular en los chicos.

### **Método**

#### *Participantes*

La muestra inicial estaba formada por un total de 107 adolescentes españoles (55 chicas y 52 chicos), con una edad media de 14,10 años, tanto en chicos, como en chicas (DT= 0,98; rango 12-17). Para la muestra del estudio se eliminó una chica, al no haber cumplimentado correctamente todas las pruebas del cuadernillo de evaluación. Los participantes eran estudiantes de los cursos de 2º y 3º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, así como del primer curso de los Programas de Cualificación Profesional Individual, de un Instituto de Enseñanza Secundaria de la provincia de Huelva (España).

#### *Instrumentos*

Para evaluar el afrontamiento se utilizó el *Brief COPE* (Carver, 1997; versión de la adaptación española de Morán, Landero y González, 2010). Consta de 14 escalas con dos ítems cada una: Afrontamiento activo, Planificación, Reevaluación positiva, Aceptación, Humor, Espiritualidad, Utilización de apoyo emocional, Utilización de apoyo instrumental, Autodistracción, Negación, Desahogarse, Consumo de sustancias, Abandono y Autoculpa. Las escalas presentan fiabilidades entre 0,50 y 0,90. De hecho, sólo en tres de ellas, la fiabilidad es inferior a 0,60 (Aceptación, Negación y Desahogarse). Este inventario de afrontamiento proporciona a los investigadores una forma rápida de evaluar respuestas de afrontamiento potencialmente importantes, unas adaptativas y otras más problemáticas. Carver (1997) indica que los investigadores pueden seleccionar aquellas escalas que tengan más interés para las muestras que se vayan a analizar y los objetivos concretos de cada estudio. El formato de respuesta es una escala de frecuencia de uso de 4 puntos, desde 0 (*casi nunca*) a 3 (*casi siempre*).

En nuestro estudio se tomó sólo un ítem de cada subescala, con el fin de no alargar excesivamente la prueba con ítems muy redundantes, siguiendo la estrategia seguida por otros autores (Eisenberg, Shen, Schwarz y Mallon, 2012), y se adaptó su redacción para su uso con población adolescente (p. ej. sustituyendo como estrategia de autodistracción “ir de compras” por “navegar por Internet o jugar a la consola”) y con instrucciones de carácter disposicional o

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

de estilo, preguntando cómo reacciona en general cuando se encuentra ante situaciones difíciles, problemas o preocupaciones.

Para medir la orientación positiva se utilizó la *Escala de Positividad* (Caprara, Alessandri, Eisenberg et al., 2012), formada por 8 ítems, que miden aspectos asociados a tres grandes constructos: Autoestima, Optimismo y Satisfacción Vital, con ítems como “siento que tengo muchas cosas de las que estar orgulloso”, “miro hacia el futuro con esperanza y optimismo”, o “estoy satisfecho con mi vida”, y que recogen la tendencia de las personas a ver su vida y dirigir sus experiencias con una orientación positiva. Las instrucciones piden al sujeto que indique, en una escala de 5 puntos (desde 1 hasta 5), el grado en que está de acuerdo con el contenido de cada uno de los ítems. La fiabilidad de la escala en esta muestra fue de 0,80, similar a la informada por su autor en otros trabajos con diferentes muestras de distintos países (Caprara et al., 2012). Las puntuaciones altas indican mayor positividad.

El *Consumo de tabaco y de alcohol* se midió con dos ítems con cuatro posibles respuestas. El primero preguntaba ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?, registrando la respuesta en una escala de cuatro puntos donde el 1 indicaba que no fumaba, el 2, entre 1 y 10 cigarrillos, el 3 entre 11 y 20, y el 4 más de 20. El segundo ítem preguntaba ¿Cuántas veces tomas bebidas con alcohol a la semana?, siendo el 1 nunca, el 2 una vez, el 3 dos veces y el 4 tres o más veces. En ambos casos, la mayor puntuación indica mayor consumo.

#### *Procedimiento*

El proceso y objetivo de la investigación se explicaron detenidamente al Orientador del Instituto y obtenida tanto su conformidad, como el consentimiento informado de los padres de los menores participantes en el estudio, las pruebas se administraron durante las clases de tutoría, estando, junto al profesor/a tutor/a, la persona responsable de la investigación. Ésta explicó al grupo en qué consistía la tarea que iban a realizar, así como el objetivo de la misma. Una vez dadas las instrucciones, cada chico/a, individualmente, cumplimentó las pruebas previamente descritas pidiendo que respondieran de forma sincera y garantizando la confidencialidad de sus respuestas.

*Análisis Estadístico*

Se utilizó la correlación de Pearson como índice de relación lineal entre las variables. Seguidamente se utilizó el Análisis de Varianza Multivariado (MANOVA), con la Lambda de Wilks como criterio de significación, a fin de probar los efectos principales entre las variables (positividad y sexo) y la posible interacción entre ellas, para posteriormente analizar tales efectos multivariados mediante Análisis de Varianza Univariado (ANOVAs). Finalmente, se utilizó el Análisis de Regresión Múltiple con el método de pasos sucesivos para encontrar el modelo más significativo y ajustado al N de la muestra para determinar los índices de predicción de las variables sobre el consumo de tabaco y de alcohol.

**Resultados***Datos descriptivos y correlacionales*

Como puede verse en la Tabla 1, el valor medio alcanzado por la muestra en positividad indicó una puntuación media alta si consideramos que el rango posible en esta escala es de 8 a 40. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, cuyos valores reales estaban comprendidos en el intervalo 0-3, se obtuvieron unas puntuaciones medias o altas. Los valores superiores se dieron en los casos de afrontamiento activo, reevaluación positiva, utilización de apoyo emocional, utilización de apoyo instrumental, y especialmente en la autodistracción. Los valores más bajos se obtuvieron en las estrategias de consumo de sustancias, espiritualidad, abandono y negación.

**Tabla 1. Media (y desviaciones típicas) de las variables medidas en el estudio, así como su correlación con positividad, consumo de tabaco y consumo de alcohol (N=106)**

Variables	Mé dia (Dt)	Positividad	Tabaco	Alcohol
Positividad	32,04 (4,71)	--	--	--
Consumo de tabaco	1,17 (0,49)	-0,32***	--	--
Consumo de alcohol	1,35 (0,59)	-0,30**	0,36***	--
Afrontamiento Activo	2,08 (0,89)	0,25**	-0,01	-0,08
Planificación	1,88 (0,90)	0,24**	-0,06	-0,17
Reevaluación positiva	2,19 (0,90)	0,20*	0,08	0,07
Aceptación	2,03 (0,93)	0,10	-0,03	-0,05
Humor	1,25 (1,15)	0,07	-0,02	0,07
Espiritualidad	0,44 (0,80)	0,10	0,05	0,24*

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

Utiliz. Apoyo Emocional	2,29 (0,93)	0,15	-0,17	-0,14
Utiliz. Apoyo Instrumental	2,12 (0,90)	0,08	-0,05	0,03
Autodistracción	2,40 (0,89)	0,21*	-0,05	0,04
Negación	0,75 (0,99)	-0,08	0,11	0,28**
Desahogarse	1,35 (1,09)	-0,03	0,15	0,11
Consumo de Sustancias	0,28 (0,71)	-0,22*	0,52***	0,63***
Abandono	0,66 (0,82)	-0,12	-0,05	0,03
Autoculpa	1,21 (0,97)	-0,28**	-0,04	0,11

Nota: \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001

La positividad se relacionó positivamente con afrontamiento activo, de planificación, de reevaluación positiva y de autodistracción, y negativamente con las estrategias de consumo de sustancias y autoculpa, así como con las conductas de beber y fumar. Ambas conductas se relacionaban entre sí, además de positivamente con la estrategia de consumo de sustancias y con la edad (*fumar* = 0,30,  $p < .01$ ; *beber* = 0,20,  $p < .05$ ). La conducta de beber alcohol correlacionaba positivamente también con las estrategias de negación y de espiritualidad (ver Tabla 1).

El análisis de la distribución del consumo de sustancias indicó que el 29,3% de la muestra consumía alcohol y el 13,2% fumaba. Entre los que consumían alcohol, un 23,6% bebía al menos una vez a la semana y, entre los que fumaban, la mayor parte (10,4%) consumía entre 1 y 10 cigarrillos al día.

#### *Estudio de la positividad y el sexo sobre el afrontamiento y el consumo de alcohol y tabaco*

Se formaron grupos de altos y bajos según la puntuación en la escala de positividad, a partir del valor de la mediana ( $Mdn = 33$ ). Se consideraron bajos en positividad a los participantes que obtuvieron una puntuación menor o igual a 33 (24 chicos y 32 chicas), y los altos en positividad fueron aquellos con puntuaciones entre 34 y 40 (28 chicos y 22 chicas). En primer lugar se comprobó que no había diferencias en edad ni en función del nivel de positividad [ $F(1,105) = 0,36$ ] ni en función del sexo [ $F(1,105) = 0,03$ ].

El análisis de varianza multivariado (MANOVA) mostró que las variables combinadas (afrontamiento y consumo) fueron afectadas significativamente por la positividad [Wilk's  $\lambda = 0,73$ ;  $F(16,87) = 2,05$ ,  $p < .02$ ;  $\eta^2 p = 0,273$ ] y por el sexo [Wilk's  $\lambda = 0,33$ ;  $F(16,87) = 2,63$ ,

Positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia

$p < .02$ ;  $\eta^2_p = 0,326$ ], pero no por la interacción entre ambos factores [Wilk's  $\lambda = 0,85$ ;  $F(16,87) = 1,01$ ,  $p = 0,469$ ;  $\eta^2_p = 0,155$ ].

Los análisis univariados (ver Tabla 2) mostraron que los altos en positividad informaban hacer más uso de las estrategias de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva, espiritualidad, apoyo (tanto instrumental como emocional) y autodistracción, y fumaban menos que los bajos en positividad. En cuanto al sexo, las chicas utilizaban significativamente más que los chicos las estrategias de apoyo social, tanto emocional como instrumental, así como el desahogo de las emociones.

**Tabla 2. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis), análisis de varianza univariados y tamaño del efecto ( $\eta^2_p$ ) de las variables positividad y sexo sobre las estrategias de afrontamiento y los consumos de tabaco y de alcohol.**

Variables	Positividad				Sexo			
	Altos (n=50)	Bajos (n=56)	F(1,105)	$\eta^2_p$	Chicos (n=52)	Chicas (n=54)	F(1,105)	$\eta^2_p$
Activo	2,30 (0,81)	1,89 (0,91)	6,06*	0,06	2,06 (0,968)	2,11 (0,82)	0,41	0,00
Planificación	2,16 (0,87)	1,62 (0,87)	10,01**	0,09	1,90 (0,89)	1,85 (0,92)	0,00	0,00
Reeval. Positiva	2,44 (0,79)	1,96 (0,93)	8,40*	0,08	2,15 (0,83)	2,41 (0,85)	0,52	0,01
Aceptación	2,10 (0,93)	1,96 (0,93)	0,71	0,01	1,96 (0,95)	2,09 (0,92)	0,67	0,01
Humor	1,26 (1,19)	1,23 (1,13)	0,00	0,00	1,37 (1,12)	1,13 (1,18)	1,19	0,01
Espiritualidad	0,62 (0,97)	0,29 (0,56)	5,35*	0,05	0,38 (0,72)	0,50 (0,86)	1,13	0,01
Apoyo Emocional	2,46 (0,84)	2,14 (0,99)	5,65*	0,05	2,00 (1,09)	2,57 (0,66)	12,91***	0,11
Apoyo Instrumental	2,28 (0,78)	1,98 (0,98)	5,44*	0,05	1,85 (0,98)	2,36 (0,79)	12,38***	0,11
Autodistracción	2,58 (0,73)	2,23 (0,97)	4,68*	0,04	2,35 (0,97)	2,44 (0,79)	0,64	0,01
Negación	0,80 (1,01)	0,71 (0,97)	0,38	0,00	0,63 (0,93)	0,87 (1,03)	1,55	0,02
Desahogarse	1,38 (1,07)	1,32 (1,11)	0,91	0,01	0,88 (1,00)	1,80 (0,98)	22,75***	0,18
Consumo sustancias	0,26 (0,72)	0,30 (0,71)	0,15	0,00	0,33 (0,73)	0,24 (0,70)	0,50	0,01
Abandono	0,56 (0,79)	0,75 (0,86)	1,23	0,01	0,62 (0,79)	0,70 (0,86)	0,14	0,00
Autoculpa	1,10 (0,95)	1,30 (0,97)	0,75	0,01	1,04 (0,91)	1,37 (0,99)	2,72	0,03
Fumar	1,06 (0,24)	1,27 (0,62)	4,56*	0,04	1,13 (0,49)	1,20 (0,49)	0,21	0,00
Beber	1,30 (0,54)	1,39 (0,62)	0,80	0,01	1,38 (0,60)	1,31 (0,58)	0,50	0,01

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

*Variables predictoras del consumo de sustancias*

Se llevaron a cabo dos análisis de regresión múltiple por el método de pasos sucesivos tomando como variables dependientes o criterio, el consumo de tabaco y de alcohol, y como variables predictoras el sexo, la edad (dado que correlacionaba significativamente con mayor consumo), la positividad y las estrategias de afrontamiento (se quitó la estrategia de consumo de sustancias para no contaminar los análisis) (Tabla 3).

El modelo final del primer análisis, explicando el 24% de la varianza, indicó que la conducta de fumar se asociaba negativamente con la positividad y con la utilización del apoyo emocional, y positivamente con la edad, la reevaluación positiva y el desahogo emocional. El modelo final del segundo análisis, explicando el 19% de la varianza, indicó que el consumo de alcohol se asociaba negativamente con la positividad y positivamente con el uso de estrategias de evitación como la espiritualidad y la negación.

**Tabla 3. Modelos finales de los análisis de regresión múltiple por pasos sucesivos tomando como variables predictoras el sexo, la edad, la positividad y las estrategias de afrontamiento y como criterios el consumo de tabaco y de alcohol**

<i>Consumo de tabaco</i>	B	SEB	$\beta$
Edad	0,14	0,04	0,28**
Positividad	-0,03	0,01	-0,27**
Reevaluación positiva	0,12	0,05	0,22*
Utilización apoyo emocional	-0,13	0,05	-0,26**
Desahogo	0,11	0,04	0,25**
Modelo R <sup>2</sup> ajustada = 0,24; F(5,100) = 7,44***			
<i>Consumo de alcohol</i>	B	SEB	$\beta$
Positividad	-0,04	0,01	-0,30***
Espiritualidad	0,17	0,07	0,24**
Negación	0,13	0,05	0,22*
Modelo R <sup>2</sup> ajustada = 0,19; F(3,102) = 9,03***			

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

## Discusión

Por lo que respecta al primer objetivo planteado, los resultados obtenidos en el presente estudio muestran, por un lado, la presencia de relaciones significativas entre estrategias de afrontamiento, positividad y consumo de tabaco y alcohol, y, por otro, el papel modulador de la edad y el sexo. En el primer caso, la positividad se asocia negativamente con el consumo de tabaco y alcohol y el empleo de estrategias de afrontamiento poco adaptativas (consumo de sustancias y autculpa) y positivamente con estilos de afrontamiento orientados a la resolución de las dificultades. Este patrón de resultados sugiere con claridad el valor protector sobre la salud de la dimensión de positividad; resultado consistente con la evidencia disponible indicativa del efecto beneficioso para la salud asociado al optimismo, la satisfacción con la vida y la autoestima, elementos integrados en la dimensión de positividad (Alessandri, Caprara *et al.*, 2012). De nuevo en paralelo con la investigación sobre el tema, nuestros datos relativos a la asociación entre estrategias de afrontamiento y consumo de alcohol y tabaco, sugieren que el consumo se muestra asociado al empleo de un estilo de afrontamiento poco adaptativo, centrado en evitar hacer frente al problema, evadiéndose del mismo, negándolo o delegando su solución en factores externos, como puede ser en nuestro estudio la apelación a creencias o prácticas religiosas (Dugan, Lloyd y Lucas, 1999; Gómez-Fraguela *et al.*, 2006; Wagner, Myers y McIninch, 1999; Wills y Hirky, 1996). En este último caso, si bien la investigación acerca del papel de esta estrategia de afrontamiento es aún poco concluyente (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Eisenberg *et al.*, 2011; Frydenberg y Lewis, 1991), nuestros resultados sugieren el efecto negativo de esta estrategia cuando, en realidad, se está empleando para evitar hacer frente a los problemas.

En segundo lugar, y por lo que respecta al papel modulador de las diferencias individuales en sexo y edad, los resultados de nuestro estudio apoyan la evidencia existente indicativa del aumento del consumo de tabaco y alcohol con la edad, así como del mayor empleo por las adolescentes de estrategias de afrontamiento dirigidas al manejo de la tensión y malestar emocional producido por los problemas; son menos concluyentes, sin embargo, respecto al efecto diferencial del sexo en los niveles de consumo de tabaco y alcohol (Carver y Connor-Smith, 2010; Gómez-Fraguela *et al.*, 2006; González-Barrón *et al.* 2002; Ramos y Moreno, 2010).

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

Para dar respuesta al segundo objetivo de nuestro estudio y sugerir con mayor potencia explicativa el patrón de interrelaciones considerado en respuesta al primer objetivo, los resultados de los análisis de regresión llevados a cabo muestran que, primero, en consonancia con la investigación existente sobre el tema (Caprara, Alessandri, Eisenberg *et al.*, 2012), la positividad es uno de los factores más predictivos de la conducta de consumo, de manera que el disponer de una actitud positiva hacia sí mismo, la propia vida y el futuro parece actuar como factor protector disminuyendo las posibilidades de que el adolescente se inicie en el consumo de tabaco y alcohol; segundo, por el contrario, el enfrentarse a las dificultades con estrategias encaminadas a disminuir la tensión y el estrés, sin abordar directamente los problemas (desahogarse mediante la expresión de los sentimientos negativos, negar el problema o buscar amparo en prácticas religiosas) actuarían como factores facilitadores del consumo (ver revisión en Wills y Hirky, 1996); de igual manera, en tercer lugar, los cambios personales, sociales y contextuales asociados a la edad incrementarían el riesgo de iniciarse en el consumo, al menos en el caso del tabaquismo (Ebata y Moos, 1994). Comentario adicional, con todo, merece el comportamiento de las estrategias “reevaluación positiva” y “utilización de apoyo emocional”. Por lo que respecta a la primera, que frecuentemente es considerada como una estrategia productiva, facilitadora de la conducta adaptativa, puede, sin embargo, como sucedería en nuestro estudio, que actúe como estrategia negativa en la medida en que refleje un exceso de optimismo que lleve al adolescente a ignorar el riesgo asociado al consumo de sustancias (Arnett, 2000). Enfrentarse a los problemas buscando apoyo emocional en los demás, considerada con frecuencia como una estrategia poco eficaz para resolver los problemas, puede, sin embargo, tener efectos positivos, en la medida en que el control de la emocionalidad que aporte el apoyo de los demás puede facilitar que el sujeto considere más detenidamente la situación, y encuentre estrategias eficaces de hacerle frente (Carver, *et al.*, 1989).

Entre las posibles limitaciones de nuestro estudio cabe señalar su naturaleza transversal y el empleo de medidas de autoinforme para la evaluación de las distintas variables de interés. La primera dificultad, como es conocido, la identificación de relaciones de causalidad entre los factores considerados; es preciso, por ello, abogar por la conveniencia de llevar a cabo investigación longitudinal que nos permita identificar la presencia y dirección de potenciales relaciones causales. Para evitar, por otra parte, el posible sesgo del evaluador, en futuros estudios las medidas de autoinforme deberían complementarse con otras estrategias de evaluación (ej.: entrevista), el empleo de datos heteroinformados o medidas objetivas en el caso de variables de conducta. Finalmente, el empleo de muestreo no aleatorio en nuestro

estudio aconseja tomar con cautela la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos en el mismo.

Pese a estas limitaciones, el presente estudio, aporta evidencia adicional al conocimiento de las relaciones entre estrategias de afrontamiento y el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes, así como sobre la incidencia de diferencias individuales en base al sexo y la edad. En segundo lugar, se aportan datos novedosos en nuestro país, acerca del papel que en este contexto parece jugar el nuevo constructo de positividad. Desde esta perspectiva, se abre una nueva vía desde la que diseñar estrategias de intervención psicoeducativa para prevenir el inicio del consumo de sustancias y potenciar el desarrollo, bienestar y salud de los adolescentes. En este sentido, el centro educativo ofrece un marco idóneo en el que desarrollar programas dirigidos a formar en los alumnos la conciencia del riesgo asociado al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas, enseñarles a identificar situaciones que favorecerían la iniciación en el consumo, entrenarles en estrategias para hacer frente a la presión social, fundamentalmente por parte del grupo de amigos, dotarles, en una palabra, de recursos psicosociales (potencialidades, actitudes, expectativas, etc.) que les permita hacer frente de manera adaptativa a los diferentes retos presentes en su quehacer diario, entre los que destacan aquellos que pueden amenazar seriamente su salud y bienestar físico y psicológico.

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

### Referencias

- Abernathy, T.J., Massad, L. y Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, *30*, 899-907.
- Alessandri, G., Caprara, G. V. y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning. *European Psychologist*, *17*, 44-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/2F1016-9040/Fa000070>
- Alessandri, G., Vecchione, M., Tisak, J., Deiana, G., Caria, S. y Caprara, G.V. (2012). The utility of positive orientation in predicting job performance and organisational citizenship behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, *61*, 669-698. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2012.00511.x>
- Arnett, J.J. (2000). Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addictive Behaviors*, *25*, 625-632. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00072-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00072-6)
- Bindorf, S., Ryan, S., Auinger, P. y Aten, M. (2005). High self-esteem among adolescents: Longitudinal trends sex differences and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, *37*, 194-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.08.012>
- Boman, P., Smith, D.C. y Curtis, D. (2003). Effects of pessimism and explanatory style on development of anger in children. *School Psychology International*, *24*, 80-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0143034303024001581>
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G., Yamaguchi, S., Fukuzawa, A. y Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, *24*, 701-712. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0026681>
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Trommsdorff, G., Heikamp, T., Yamaguchi, S. y Suzuki, F. (2012). Positive orientation across three cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *43*, 77-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0022022111422257>
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z. y McWhinnie, C. M. (2010). Positive Orientation: Explorations of what is common to Life Satisfaction, Self-Esteem, and Optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *19*, 63-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00001615>
- Carvajal, S.C. (2012). Global positive expectancies in adolescence and health-related behaviours: Longitudinal models of latent growth and cross-lagged effects. *Psychology & Health*, *27*, 916-937. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.633241>

- Carvajal, S.C., Evans, R.I., Nash, S.G. y Getz, J.G. (2002). Global positive expectancies of the self and adolescents' substance use avoidance: Testing a social influence mediational model. *Journal of Personality*, 70, 421-442. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6494.05010>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](http://dx.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (2002). Optimism. En C.R. Snyder y J.L. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Carver, C.S., Scheier, J. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. y Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Dugan, S., Lloyd, B. y Lucas, K. (1999). Stress and coping as determinants of adolescent smoking behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 870-888. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb02030.x>
- Ebata, A.T. y Moos, R.H. (1994). Personal, situational, and contextual correlates of coping in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 99-125. doi: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327795jra0401\\_6](http://dx.doi.org/10.1207/s15327795jra0401_6)
- Eisenberg, N., Castellani, V., Panerai, L., Eggum, N.D., Cohen, A.B., Pastorelli, C. y Caprara, G. V. (2011). Trajectories of religious coping from adolescence into early adulthood: Their form and relations to externalizing problems and prosocial behavior. *Journal of Personality*, 79, 841-873. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00703.x>

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

- Eisenberg, S.A., Shen, B.J., Schwarz, E.R. y Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 253-261. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-011-9358-0>
- Emler, N. (2001). *Self-esteem: The costs and consequences of low self-worth*. York, England: York.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). Adolescent coping styles and strategies: Is there functional and dysfunctional coping? *Journal of Counseling and Guidance*, 1, 35-43.
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J.M. y Wells, B.E. (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13, 34-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0013689>
- Gilman, R., Huebner, E.S., Tian, L., Park, N., O'Byrne, J., Schiff, M., Sverko, D., y Langknecht, H. (2008). Cross-National Adolescent Multidimensional Life Satisfaction Reports: Analyses of mean scores and response style differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 142-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-007-9172-8>
- Glaesmer, H., Risf, W., Martin, A., Mewes, R., Brähler, E., Zenger, M. y Hinz, A. (2012). Psychometric properties and population-based norms of the Life Orientation Test Revised (LOT-R). *British Journal of Health Psychology*, 17, 432-445. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02046.x>
- Goldbeck, L., Schmitz, T.G., Besier, T., Herschbach, P. y Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16, 969-979. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-007-9205-5>
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.
- González-Barrón, R., Montoya I., Casullo, M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368.
- Huan, V.S., Yeo, L.S., Ang, R.P. y Chong, W.H. (2006). The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of academic stress. *Adolescence*, 41, 533-546.

- Kling, K.C., Hyde, J.S., Showers, C.J. y Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.4.470>
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Major, B., Barr, L., Zubek, J. y Babey, S.H. (1999). Gender and self-esteem: A meta-analysis. En W.B. Swann Jr., J.H. Langlois y L.A. Gilbert (Eds.), *Sexism and stereotypes in modern society: The gender science of Janet Taylor Spence* (pp. 223-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martín, G., Lucas, B. y Pulido, R. (2011). Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia. *Brocar*, 35, 157-166.
- Masferrer, L., Font-Mayolas, S. y Gras, M. E. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 102, 47-53.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Myers, M.G. y MacPherson, L. (2009). Coping with temptations and adolescent smoking cessation: An initial investigation. *Nicotine and Tobacco Research*, 11, 940-944. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntp089>
- Otten, R., Van Lier, P.A.C. y Engels, R. (2011). Disentangling two underlying processes in the initial phase of substance use: Onset and frequency of use in adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 36, 237-240. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.10.003>
- Parker, J.D. y Endler, N.S. (1996). Coping and defense: A historical overview. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp. 3-23). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Piko, B.F., Luszczynska, A., Gibbons, F.X. y Teközel, M. (2005). A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *European Journal of Public Health*, 15, 393-398. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki008>
- Plan Nacional sobre Drogas (2010). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Puskar, K.R., Bernardo, L.M., Ren, D., Haley, T.M., Tark, K.H., Switala, J. y Simeon, L. (2010). Self-esteem and optimism in rural youth: Gender differences. *Contemporary Nurse*, 34, 190-198. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.190>

M<sup>a</sup>. Dolores Lara et al.

- Ramos, P. y Moreno, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Health and Addictions*, 10, 13-36.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Twenge, J.M. y Campbell, W.K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 321-344. doi: [http://dx.doi.org/10.1207/S15327957PSPR0504\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/S15327957PSPR0504_3)
- Wagner, E.F., Myers, M.G. y McIninch, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance. *Addictive Behaviors*, 24, 769-779. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00058-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00058-1)
- Wills, T.A. y Hirky, A.E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp. 279-302). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Zullig, K.J., Valois, R.T., Huebner, E.S., Oeltmann, J.E. y Drane, W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-288. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00269-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00269-5)