

Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia

M^a José Rodrigo, M^a Luisa Máiquez, Marta García, Ramón Mendoza*, Antonia Rubio*, Ascensión Martínez**
y Juan Carlos Martín**

Universidad de La Laguna, * Universidad de Huelva y ** Fundación Eccla (Las Palmas de Gran Canaria)

Este estudio analiza los estilos de vida (consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, hábitos alimenticios, actividad deportiva, sexualidad, autoimagen, relaciones con los iguales, vida escolar) de 1.417 adolescentes de nivel socioeconómico bajo y su relación con la calidad de las relaciones padres-hijos. Los resultados obtenidos mediante las técnicas del análisis de correspondencias múltiples indican que los estilos de vida sanos, típicos de la mayoría de los adolescentes de 13 años, empeoran hacia los 15 y 16 años. Se encuentran pautas más extremas de deterioro en aquellos adolescentes atendidos por los servicios sociales o que siguen programas alternativos (Garantía Social). La comunicación y el apoyo de los padres, así como el acuerdo de éstos en temas educativos, se muestran como factores de protección asociados a los estilos de vida saludables en todas las edades estudiadas.

Parent-child relationships and life-styles of adolescents. This study examines the variety of adolescents' life-styles that exists in a low socio-economic background and their relation with quality of parent-child relationships. A sample of 1417 adolescents (13 to 17 year olds) were interviewed about tobacco, alcohol and other substance use, eating habits, sports, knowledge on contraceptive methods and AIDS, perceived health, self-image, peer relations, school life, and other related issues. Reports about quality of parent-child relationships were also obtained. Results from multiple correspondence factor analysis indicated that healthy life-styles typical of 13 year olds moderately decreased around 15 or 16 year olds. An extreme pattern of unhealthy life-styles was found in those adolescents referred by the social services or following alternative school curriculum. Communication and support from parents as well as agreement on educational matters seem to be protective factors associated to healthy life styles at any age group.

La etapa de la adolescencia se caracteriza por cambios drásticos y rápidos en el desarrollo físico, mental, emocional y social, que provocan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que el adolescente desea incorporarse. Por ello, los adolescentes son una «materia» moldeable y receptiva que está muy abierta a las influencias de los modelos sociales y de los entornos de vida que frecuentan. La adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia.

El presente estudio tiene como objetivo principal acercarse a la vida cotidiana de adolescentes de un estrato concreto del espectro social, caracterizado por un nivel socioeconómico bajo, tal como ésta se despliega en sus diferentes esferas de relación interpersonal. Para ello, partimos del análisis de su *estilo de vida*, definido por la O.M.S. como «un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los

patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales» (O.M.S., 1989). Por patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábitos cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones (Mendoza, Sagra y Batista, 1994; Rodríguez Marín, 1995). El estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir, con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel bio-psico-social. Por su parte, por estilo de vida de riesgo se entiende el conjunto de patrones conductuales, incluyendo tanto conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico y que acarrear directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen seriamente aspectos del desarrollo del individuo.

Las variables que han sido tradicionalmente estudiadas en las investigaciones sobre estilos de vida en la adolescencia son los hábitos alimenticios, el ejercicio físico y el deporte, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, de medicamentos, la incidencia de accidentes de tráfico y la edad de inicio de las relaciones sexuales. Más recientemente se han incorporado otras variables que apuntan más directamente a la protección de la salud y a la prevención del riesgo, como son la higiene dental, la prevención de embarazos y de enfermedades de trans-

Fecha recepción: 20-6-03 • Fecha aceptación: 16-12-03

Correspondencia: María José Rodrigo

Facultad de Psicología

Universidad de La Laguna

38071 Tenerife (Spain)

E-mail: mjrodri@ull.es

misión sexual, los hábitos de descanso y las actividades de tiempo libre (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994; Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998). Por último, se tiende a incorporar indicadores de competencias socio-cognitivas, tanto individuales como relacionales, que podrían ir asociadas a los estilos de vida adoptados en la adolescencia. Entre las primeras están, por ejemplo, la percepción de la salud, el bienestar psíquico o la satisfacción con la imagen corporal de los adolescentes. Entre las variables relacionales están las percepciones de ajuste o desajuste al entorno familiar, escolar y al de los iguales. En esta investigación se incluye una muestra de variables de distintos tipos, con un énfasis especial en las variables relacionales.

El análisis de los estilos de vida en la adolescencia debe realizarse teniendo en cuenta los sistemas que rodean al adolescente en desarrollo: familia, iguales y escuela (Grossman et al., 1992; Rensnick et al., 1997). En este estudio analizaremos expresamente la relación entre la calidad de las relaciones padres-hijos y la adopción del estilo de vida, aunque de manera tangencial obtendremos también datos sobre la calidad de las relaciones con los iguales y la escuela. Numerosos estudios indican que la influencia de la familia trasciende hacia la relación del adolescente con los iguales. Así, la escasa presencia física o accesibilidad de los padres y la falta de supervisión de éstos, acompañada por una ausencia de comunicación con los hijos en relación con las actividades de la vida diaria, se asocian a una mayor tendencia a relacionarse con iguales conflictivos y a realizar conductas de riesgo o de carácter antisocial (Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991; Serrano, Godás, Rodríguez y Mirón, 1996). Asimismo, un mayor apoyo percibido de la familia se asocia a un menor consumo de tabaco, alcohol (Martínez y Robles, 2001; Pons y Berjano, 1997) y drogas en el/la adolescente, incluso cuando su grupo de iguales presenta un consumo extremo (Frauenglass, Routh, Pantin y Mason, 1997). No obstante, determinados ambientes familiares pueden favorecer las conductas de riesgo en los adolescentes. Así, la existencia de normas explícitas en la familia que prohíben sólo el uso de drogas ilegales predice un mayor riesgo de consumo de alcohol y tabaco. Probablemente, los hijos entienden que las drogas legales son menos peligrosas o menos dañinas para la salud al no ser expresamente rechazadas por los padres (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

En el contexto europeo contamos con algunos resultados sobre los estilos de vida en adolescentes escolarizados de 11, 13 y 15 años. A partir del proyecto Health Behaviour in School-Aged Children, que se lleva a cabo con los auspicios de la O.M.S. desde 1983 hasta la actualidad y que implica la cooperación de más de 25 países, se han obtenido datos relativos a varias generaciones de adolescentes (Currie y Watson, 1998; King, Wold, Tudor-Smith y Harel, 1996; Wold, Aarö y Smith, 1993). España también ha participado en el estudio europeo desde 1986 con un instrumento de recogida de datos muy similar (Mendoza y Sagrera, 1991; Mendoza, Batista-Foguet y Oliva, 1994; Mendoza, Sagrera y Batista-Foguet, 1994; Mendoza, Batista-Foguet, Sánchez y Carrasco, 1998), utilizando el análisis de correspondencias múltiples aplicado a datos provenientes de varias cohortes (datos recogidos en 1986, 1990 y 1994). Los resultados obtenidos en una muestra total de 10.603 adolescentes españoles (Batista-Foguet, Mendoza, Pérez-Perdigón y Rius, 2000) coinciden en gran medida con los recogidos en el último informe europeo, que corresponde a los datos obtenidos en el año 1997/98 con una muestra total de 120.000 adolescentes provenientes de 29 países (Curie, Hurrelmann, Set-

tertobulte, Smith y Todd, 2000). En cuanto a las tendencias evolutivas se observa que los adolescentes de 11 y 13 años presentan estilos de vida más saludables (no beben, no fuman, hacen deporte), se comunican más fácilmente con sus padres y manifiestan una mayor satisfacción con la escuela y hacia su rendimiento académico que los adolescentes de 15 y 17 años. La tendencia es clara en ambos sexos, pero particularmente las chicas presentan además hábitos más sedentarios y dieta más pobre con la edad que los chicos de su misma edad. Asimismo, las chicas tienen la percepción de tener más problemas de salud, aislamiento social y sentimientos de infelicidad. La dificultad para comunicarse con los padres (especialmente con el padre) se incrementa con la edad. Con la edad, pasan más tiempo con los amigos, aunque en los inicios de la adolescencia dicho tiempo se asocia a una buena capacidad para comunicarse con amigos, mientras que en la adolescencia media y tardía se asocia al consumo de alcohol y tabaco. En cuanto a la satisfacción con la escuela, suele disminuir con la edad y es menor en los chicos que en las chicas. Los estudiantes que no se implican con la vida escolar y se sienten menos apoyados por sus profesores son los que tienen menor bienestar físico y psicológico y tienden al consumo de tabaco y alcohol.

Los resultados anteriores parecen indicar que, a medida que avanza la adolescencia, se produce un deterioro del estilo de vida saludable y un empeoramiento de las relaciones con la familia y con la escuela. La situación es especialmente preocupante en las chicas, que suelen llevar una vida muy sedentaria (ver también Macías y Moya, 2002), y limitan su dieta mucho más que los chicos. Este último rasgo, que suele acompañarse de insatisfacción con el propio cuerpo (Merino, Pombo y Godás, 2001), es uno de los principales factores de riesgo asociado a padecer trastornos de alimentación (v.g., Stice y Whitenton, 2002). La pregunta relevante es si ese deterioro ocurre con la misma intensidad y temporalidad en todos los adolescentes o se pueden distinguir pautas diferenciales. Algunos autores señalan que, cuando se indaga más allá de las tendencias generales, se pueden observar diferencias entre un patrón moderado y transitorio de riesgo que se circunscribe a la adolescencia y otro más extremo, temprano, que persiste hasta la edad adulta (véase la aplicación de esta distinción en Shedler y Block, 1990, respecto al uso de drogas y en Moffitt, 1993, 1997, respecto a la conducta antisocial). Así, por ejemplo, se ha encontrado que las variables que predicen el consumo excesivo de alcohol son un inicio temprano del consumo, tener muchos hermanos (un factor que se suele asociar a familias multi-problema), baja supervisión parental, bajas expectativas académicas y un mayor número de síntomas de externalización, como impulsividad y agresividad (Osa, Ezpeleta, Guillaumon, Sala y Marcos, 2002). Por su parte, en el estudio europeo antes citado, la pauta de embriaguez en las chicas (no la simple experimentación) está relacionada con sentimientos de infelicidad y dificultades en la comunicación familiar. La dificultad de comunicación con los padres se asocia a la dificultad de comunicación con los amigos, a tener malestar físico y psicológico y a un mayor consumo de tabaco y alcohol desde edades tempranas. Asimismo, la deserción temprana de la escuela, la iniciación sexual a menor edad (Weinstein, 1992) o el inicio temprano de la carrera alcohólica (Bejarano y Jiménez, 1993) son claros predictores de estilos de riesgo extremos y perdurables. En suma, es muy probable que podamos encontrar en el análisis de los contextos de vida próximos que vamos a realizar en este estudio algunas de las claves que permitan identificar dichos patrones.

Con esta perspectiva interpretativa de fondo nos planteamos dos objetivos. En primer lugar, nos interesa analizar las pautas de los estilos de vida que se observan entre los 13 y 17 años y según el género en un nivel socioeconómico bajo. Este nivel, además de corresponder a un sector de la población mucho menos estudiado de manera focal, presenta importantes factores de riesgo derivados de la mayor precariedad económica e inestabilidad laboral, el menor nivel educativo de los padres, el mayor fracaso escolar y la vivienda familiar situada en barrios con menos infraestructuras de ocio constructivo y tiempo libre pensadas para jóvenes (Moreno, 2001). Para no ocultar la posible variabilidad de estilos de vida que puede darse dentro de un mismo estrato socioeconómico, gracias a la cual pudieran observarse las diferentes pautas a las que antes aludíamos, no sólo accedimos a los adolescentes escolarizados, sino también a aquellos que se encuentran ya excluidos del sistema escolar o han optado por una vía alternativa (v.g., Garantía Social). En segundo lugar, esperamos comprobar si el modo en que los adolescentes perciben sus relaciones con la familia está asociado a diferentes estilos de vida. Más aún, pretendemos identificar, si es posible, algunas características de los entornos relacionales que permitirían diferenciar entre deterioros moderados y probablemente transitorios en los estilos de vida saludables y aquellos más tempranos, severos y perdurables. Dado el papel clave de la familia como reguladora de los otros contextos de socialización (Rodrigo y Palacios, 1998), se ha utilizado un instrumento específico para analizar las percepciones de los adolescentes sobre la calidad de las relaciones con sus padres y madres por separado. De este modo se puede comprobar hasta qué punto los estilos de vida van asociados a determinadas pautas de relación familiar con instrumentos independientes.

Método

Participantes

La muestra se compone de 1.417 chicos y chicas con edades comprendidas entre 13 y 17 años, procedentes de 22 municipios de la isla de Tenerife. Fueron captados mayoritariamente a través de las aulas de Centros Escolares (1.120 adolescentes), pero también desde de los Servicios Sociales Municipales (130 adolescentes), programas de Garantía Social (132 adolescentes) y desde otros recursos socio-educativos (35 adolescentes). De la muestra total, un 20,6% eran de 13 años, un 21,7% de 14 años, un 27,2% de 15 años, un 19,5% de 16 años y un 11% de 17 años. Asimismo, un 54% eran chicos y un 46% eran chicas, distribuidas en proporción similar por edades.

Respecto a la tipología familiar, predominan las familias biparentales, con pareja casada (68,9%), o de hecho (5,2%). La monoparentalidad alcanza el 21,8% (15,9% de parejas separadas o divorciadas, 2,9% de solteros/as, 3% de viudos/as), mientras que este dato no se informó en el 4,1% de los casos. Respecto al nivel de estudios de los padres, aunque un 48,9% de los adolescentes no lo informaron debido tanto a su desconocimiento del mismo como a omisiones voluntarias, se observa que, en aquellos casos donde sí se obtuvo esta información, un 22% de los padres y un 23% de las madres no tiene estudios o sólo los primarios, un 14,3% de los padres y un 16,2% de las madres ha obtenido el graduado escolar, un 9,9% de los padres y un 11,2% de las madres cursó Bachiller o FP y un 4,9% de los padres y 5,2% cursaron estudios universitarios. Su situación laboral, no informada en el 21,5% de los casos, indi-

ca que estaban en paro un 5,7% de los padres y un 40,5% de las madres, en activo el 74,4% de los padres y un 36,9% de las madres y jubilados un 2,9% y un 1,1%, respectivamente.

Instrumentos

* *Cuestionario de Estilos de vida de los adolescentes*, adaptado del cuestionario de Estilos de vida (Mendoza et al., 1994), está formado por 69 ítems que miden dimensiones relacionadas con las siguientes variables: sociodemográficas (15 ítems); frecuencia de consumo de tabaco y de alcohol, el tipo de bebida, en qué ocasiones beben, la cantidad, la frecuencia y el consumo de otras drogas no institucionalizadas (7 ítems); hábitos alimenticios en relación con la regularidad de comidas al día y seguimiento o no de una dieta (2 ítems); actividad físico-deportiva, las motivaciones aducidas para su práctica y con quién la realizan, la disponibilidad de instalaciones deportivas y posibilidades de acceso (6 ítems); sexualidad, conocimiento sobre anticonceptivos y sida (10 ítems); condiciones de salud, visitas al médico y el motivo, revisión en el dentista y la búsqueda de soluciones a los problemas de salud (3 ítems); autoimagen con indicación de la percepción del peso y satisfacción con su cuerpo y aspectos a cambiar del mismo (4 ítems); relaciones con los iguales, como los sentimientos de soledad, la facilidad para hacer amigos, el número de amigos íntimos que tienen, si les gustaría tener más amigos y la resistencia a la presión del grupo (5 ítems); vida escolar, como la satisfacción de los adolescentes con el centro escolar, los hábitos de estudio, si han repetido curso, su percepción del rendimiento escolar, la falta de asistencia a clase y sus causas y la relación de sus padres con los profesores (11 ítems); otros aspectos medidos como hábitos de lectura y de ver la televisión, tiempo pasado en el ordenador y gasto semanal de dinero de bolsillo (6 ítems).

* *Cuestionario sobre la calidad de las relaciones padres-hijos*, versión reducida del cuestionario «La percepción de la relación paterno-filial en adolescentes» (Ortega y Triana, 2002). Está formado por 38 ítems que evalúan la percepción del adolescente sobre las relaciones con el padre y con la madre por separado. Dado que la versión reducida no se había utilizado anteriormente, se procedió a realizar sendos análisis factoriales con los datos de la muestra actual de adolescentes, para los ítems relativos a la madre y para los del padre. Se obtuvieron dos factores para la relación con el padre: el factor I, denominado «Comunicación y apoyo (emocional/instrumental) paterno-filial» (38,9% de la varianza), el factor II, «Conflictividad paterno-filial» (11,2% de la varianza); y dos factores similares para la relación con la madre: el factor I, «Comunicación y apoyo (emocional/instrumental) materno-filial» (33,6% de la varianza) y el factor II, «Conflictividad materno-filial» (10,6% de la varianza). En la Tabla 1 se presentan los resultados extraídos del análisis factorial.

Procedimiento

Se entrenó a los mediadores de zona de la Fundación ECCA, que habitualmente trabajan con adolescentes, para administrar los cuestionarios a los adolescentes de la muestra, pertenecientes a centros escolares y los recursos educativos o de otro tipo de sus zonas respectivas en la isla de Tenerife, Canarias. Los dos instrumentos se aplicaron en aulas, elegidas al azar, de 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO, de 1º de un Ciclo Medio de FP, en las que participaron todos los alumnos de esa clase, y de módulos de Garantía Social, y

en los Servicios Sociales y otros Centros de orientación y de promoción educativa/laboral. En este caso, se recogía la información en pequeños grupos (de 10 adolescentes o menos), encuestados en locales apropiados.

Análisis de datos

Se utilizó el Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples (ACM) que permite el tratamiento multivariado de las respuestas a cuestionarios, entrevistas o encuestas cuyas variables de contenido sean, en general, de naturaleza ordinal o nominal. Brevemente, el ACM permite sintetizar la información del conjunto de las variables en una serie de ejes factoriales o factores que aglutinan características o respuestas de los alumnos que están estrechamente asociadas entre sí. Además, permite clasificar posteriormente a los sujetos estudiados en grupos según la homogeneidad que presentan en sus patrones de respuesta al instrumento o ins-

trumentos utilizados. En el ACM se han considerado como *variables activas*, que sirven para definir los factores subyacentes, las variables de contenido recogidas en el cuestionario de Estilos de vida antes citado. Como *ilustrativas* se han empleado las variables sociodemográficas y las puntuaciones factoriales de los sujetos en los cuatro factores extraídos en el cuestionario sobre la calidad de las relaciones padres/hijos. Los paquetes estadísticos utilizados han sido el SPSS y el SPAD-N.

Resultados

De los factores resultantes del ACM se han seleccionado los cinco primeros, que son los que mejor sintetizan la variabilidad presentada por los sujetos estudiados en sus respuestas al conjunto de las variables consideradas como activas en el cuestionario de Estilos de vida. Estos factores explican el 14,2% del total de la inercia proyectada de las variables, que es un valor aceptable en

Tabla 1
Análisis factorial del cuestionario sobre calidad de las relaciones padres-hijos

Items	Pesos factoriales
FI: Comunicación y apoyo emocional/instrumental paterno-filial	
El padre pregunta cómo le ha ido el día	.714
El padre entiende sus problemas y se preocupa por él/ella	.781
El padre, aunque piense de forma diferente, escucha sus problemas y los tiene en cuenta	.769
Cuando se enfada, el padre intenta ponerse en su lugar y comprender su manera de actuar	.642
El padre le cuenta las cosas que hace y lo que sucede	.673
Se interesa por las actividades que hace su padre	.666
Se siente bien cuando está con su padre	.761
Su padre se ocupa de que esté bien alimentado	.653
Su padre se siente bien cuando está con él/ella	.767
Su padre le cuida y se preocupa cuando está enfermo	.767
Tiene confianza con el padre para decirle lo que piensa de las cosas que hace	.692
Tiene tiempo para estar con el padre	.680
El padre está de acuerdo con la madre cuando ella le castiga o pena	.403
Cuenta al padre las cosas que hace y lo que sucede	.702
Cuenta a su padre cómo se siente y los problemas que tiene	.713
FII: Conflictividad paterno-filial	
El padre se enfada con él/ella	.709
Su padre le encuentra defectos en todo lo que hace	.672
El padre y él/ella discuten por todo	.692
El padre le echa en cara su forma de ser	.737
FI: Comunicación y apoyo emocional/instrumental materno-filial	
La madre pregunta cómo le ha ido el día	.643
La madre entiende sus problemas y se preocupa por él/ella	.744
La madre, aunque piense de forma diferente, escucha sus problemas y los tiene en cuenta	.743
Cuando se enfada, la madre intenta ponerse en su lugar y comprender su manera de actuar	.613
La madre le cuenta las cosas que hace y lo que sucede	.582
Se interesa por las actividades que hace su madre	.601
Se siente bien cuando está con su madre	.742
Su madre se ocupa de que esté bien alimentado	.475
Su madre se siente bien cuando está con él/ella	.750
Su madre le cuida y se preocupa cuando está enfermo	.584
Tiene confianza con la madre para decirle lo que piensa de las cosas que hace	.637
Tiene tiempo para estar con la madre	.598
Cuenta a la madre las cosas que hace y lo que sucede	.663
Cuenta a la madre cómo se siente y los problemas que tiene	.695
FII: Conflictividad materno-filial	
La madre se enfada con él/ella	.585
Su madre le encuentra defectos en todo lo que hace	.672
La madre le echa en cara su forma de ser	.704
La madre y él/ella discuten por todo	.664

los estudios con ACM. El Factor 1, que sintetiza el 4,5% de la inercia observada en el conjunto de las respuestas, contrapone en ambos polos los rasgos en los que los sujetos estudiados presentan una mayor heterogeneidad; el Factor 2 contrapone a su vez otros rasgos donde los sujetos presentan una heterogeneidad ligeramente menor, sintetizando el 3,3% de la inercia, y así sucesivamente (el Factor 3, un 2,5%; el Factor 4, un 2% y el Factor 5, un 1,9%). Para caracterizar cada factor se han incluido aquellas categorías con un valor test superior a 2,5 y con una $p < .01$.

Los polos del Factor 1 representan dos pautas de resultados muy extremas. La primera, caracterizada por el no consumo de sustancias adictivas, la ausencia de relaciones sexuales y el ajuste escolar, parece corresponder más típicamente a las chicas de 13 años que estudian la ESO, con buenas relaciones familiares y acuerdo de los padres en los criterios educativos. La segunda pauta, caracterizada por la falta de disposición a responder a numerosas cuestiones, relacionadas sobre todo con el consumo de productos adictivos y el aislamiento social, es más característica de los chicos de 14 y 17 años de otros recursos sociales o de Garantía Social con relaciones conflictivas con el padre y desacuerdo en los criterios educativos.

En el Factor 2 los polos representan, de un lado, las pautas de consumo adictivo alto y el conocimiento de temas de sexo y de sida y práctica de relaciones sexuales desde edades tempranas y, de otro, las pautas de no consumo, ausencia de relaciones sexuales y desconocimiento de los métodos anticonceptivos y sobre el sida. Las pautas de consumo de sustancias adictivas son típicas de los chicos y chicas de 16 y 17 años, tanto de la ESO como de Garantía Social, con relaciones conflictivas con ambos padres y falta de acuerdo educativo entre éstos. Las pautas de no consumo son características de los chicos y chicas de 13 años y chicos de 14 años que cursan la ESO con buena comunicación con el padre y apoyo de éste.

En el Factor 3 un polo hace referencia a rasgos relativos al buen ajuste escolar y otros aspectos, como el conocer métodos anticonceptivos y de prevención del sida, no haber mantenido relaciones sexuales, no fumar tabaco ni haberse embriagado y no estar satisfecho o satisfecho con su cuerpo, el disfrutar de buenas relaciones familiares, el acuerdo de los padres en criterios educativos y la buena disposición para hablar con los profesores. En este polo se proyectan preferentemente las chicas de 13, 14 y 15 de la ESO. El otro polo hace referencia a los rasgos del mal ajuste escolar, desconocimiento sobre los anticonceptivos o el sida, consumo de cannabis y tabaco, mantener o haber mantenido relaciones sexuales y con dificultades para mostrar desacuerdo con los amigos, característicos de los chicos de 16 años de Garantía Social, que a su vez omiten responder sobre las relaciones con los padres y tienen mayor número de cursos repetidos.

El Factor 4 presenta en un polo rasgos relacionados con la buena autoimagen, con indicadores altos de consumo de alcohol, desconocimiento del sida y anticonceptivos y práctica deportiva, característicos de los chicos de 13 y 16 años de los Servicios Sociales con buen apoyo y comunicación con el padre y acuerdo parental en los criterios educativos. En el otro polo se encuentran los rasgos asociados a una mala autoimagen, al no consumo de drogas y un gran número de omisiones, típicos de las chicas de ESO y FP de 14 y 16 años que omiten respuestas sobre las relaciones con su familia.

Por último, los polos del Factor 5 reflejan dos conjuntos de rasgos muy distintivos. Por un lado, sedentarismo, mala autoimagen y dificultades para socializarse (además de malos hábitos alimenticios) característicos de las chicas de 13, 14 y 15 años que cursan

ESO o FP y de Servicios Sociales, con dificultades con el padre y poca comunicación con la madre y sin acuerdo de éstos en los criterios educativos. Por otro, rasgos definitorios de la práctica deportiva, buena autoimagen y buena socialización de los chicos de 14, 15, 16 y 17 que cursan ESO y FP con buenas relaciones con el padre.

Después de haber obtenido los cinco factores que mejor sintetizan la variabilidad observada en las respuestas de los sujetos, es posible dar un paso más para clasificar a los sujetos en función de la globalidad de sus respuestas a todos los ítems considerados variables activas al definir los factores. Se ha optado por una clasificación en cinco tipos de sujetos que agrupan el 96,5% de la muestra, con un pequeño grupo residual del 3,5% no clasificable. Las características de edad, género y tipo de centro educativo han sido las más informativas en la conformación de los diferentes estilos de vida de los adolescentes. Se exponen a continuación los tipos resultantes, ordenados según la proporción de sujetos que engloba cada tipo. Para seleccionar los rasgos más definitorios de cada clase se han tomado aquellos con un valor test mayor de 2 y $p < .01$. Se muestra asimismo de modo gráfico las proyecciones de los centroides de los cinco tipos de adolescentes sobre los planos definidos por la combinación de pares de los factores 2, 3 y 5. La elección de estos factores se debe a que son los que muestran menos omisiones de respuestas y presentan información menos redundante entre sí (ver Figuras 1, 2 y 3).

TIPO 1 (40,3%). Características asociadas: «*Tener 13 años y ser chico. Estudiar 1º o 2º de la ESO*». Presentan un estilo de vida saludable sin consumo de sustancias adictivas, regularidad en las comidas y satisfacción con su imagen corporal, buen ajuste escolar sin faltar a clase ni haber repetido curso y distribuyen su tiempo libre entre el estudio y el ocio (que tienden a concretar en jugar con el ordenador y ver televisión). No se han iniciado en las relaciones sexuales y tienen algunos conocimientos sobre anticonceptivos y métodos de prevención del sida. Presentan una buena comunicación con sus progenitores, tanto con el padre como con la madre, y reciben apoyo de ambos.

TIPO 2 (26,4%). Características asociadas: «*Ser chica y tener 15 o 16 años. Estudiar 3º o 4º de la ESO*». En general, consumen alcohol de forma moderada durante el fin de semana (se han embriagado alguna vez) y también se han iniciado experimentalmente en el consumo de tabaco. No consumen otro tipo de drogas. Muestran descontento y preocupación por su imagen corporal, ya que desean cambiar numerosas partes del cuerpo (nariz, piernas, vientre, etc.) y experimentan sentimientos de soledad en algunas ocasiones. Consideran que deberían perder peso y no presentan regularidad en las comidas. Asisten con regularidad a la escuela. Existe un bajo grado de comunicación y de apoyo tanto del padre como de la madre, destacando la existencia de conflictos con la madre. Tienen conocimientos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y sida.

TIPO 3 (12,4%). Características asociadas: «*Ser chico y tener 16 o 17 años y estudiar en programas de Garantía Social*». Presentan estilos de vida muy poco saludables, con un alto consumo de drogas, alcohol y tabaco y alta frecuencia de estados de embriaguez. Mantienen relaciones sexuales y tienen conocimientos sobre el sida y métodos anticonceptivos. Disponen de mucho dinero de bolsillo a la semana (más de 33 euros). Presentan una nula o escasa satisfacción hacia el contexto escolar, dedican muy poco tiempo al estudio, han repetido curso y faltan a clase por absentismo voluntario. Tienen un bajo grado de comunicación y apoyo, tanto con el padre como con la madre.

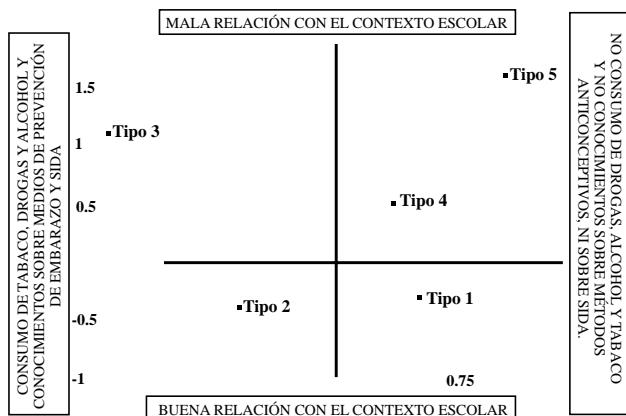


Figura 1. Proyección de la tipología de estilos de vida de los adolescentes sobre el plano definido por los factores 2 y 3

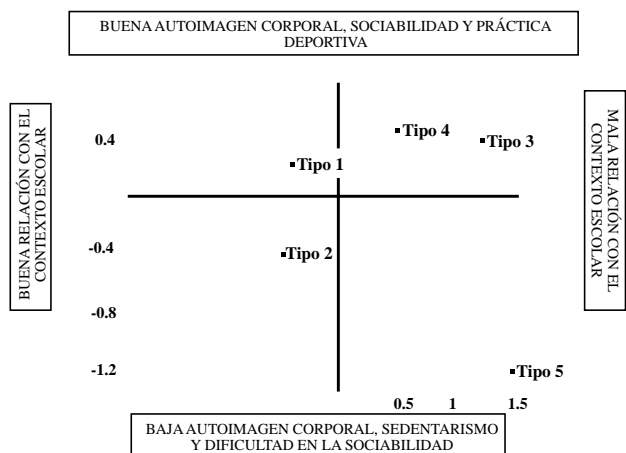


Figura 2. Proyección de la tipología de estilos de vida de los adolescentes sobre el plano definido por los factores 3 y 5

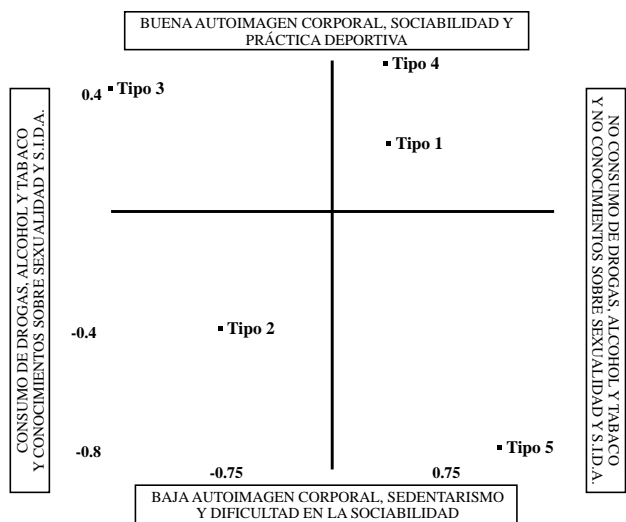


Figura 3. Proyección de la tipología de estilos de vida de los adolescentes sobre el plano definido por los factores 2 y 5

TIPO 4 (9,9%): Características asociadas: «Ser chica de 17 años y estudiar Garantía Social». Se caracterizan por un gran número de respuestas omitidas ante temas importantes que les pueden resultar conflictivos, como la autoimagen corporal, las relaciones sexuales y los conocimientos de métodos anticonceptivos y sida, actividad deportiva, las relaciones con la madre, la cantidad de dinero disponible a la semana, estudios que han realizado y la satisfacción hacia el contexto escolar. Manifiestan no haber consumido otras drogas y han repetido curso.

TIPO 5 (7,5%): Características asociadas: «Tener 13 años, pertenecer al grupo de Servicios Sociales y ser chico. Estudiar 1^o o 2^o de la ESO». Manifiestan preocupación por el escaso círculo de amigos. Reconocen que les resulta difícil mostrar su desacuerdo ante la presión del grupo de iguales. No han mantenido relaciones sexuales, ni tienen conocimientos sobre sida ni métodos anticonceptivos. No se han iniciado en el consumo de tabaco, alcohol, ni drogas, aceptan su imagen corporal, repiten curso y faltan a clase habitualmente. No responden a las preguntas sobre las relaciones con la madre y consideran que su madre nunca se enfada con ellos.

Discusión

En relación con el primer objetivo, los cambios en los estilos de vida según la edad y el género se observan las siguientes tendencias generales a partir del análisis de los cinco tipos de adolescentes y su proyección en los factores extraídos. Al comienzo de la adolescencia (13 años) los estilos de vida son saludables (no se consume tabaco, alcohol ni drogas), no se han iniciado relaciones sexuales, se tiende a manifestar satisfacción con su imagen corporal, se combina el estudio con actividades de ocio (ver la televisión o pasar ratos en el ordenador), se mantiene buena comunicación y apoyo por parte de ambos padres y se presenta un buen ajuste escolar. Aparecen aspectos diferenciales en los adolescentes de estas edades que han sido referidos por los Servicios Sociales de los ayuntamientos por estar en situación de riesgo familiar, o los que acuden a otros recursos educativos. Aunque comparten con los adolescentes de su entorno estilos de vida relativamente saludables, presentan dificultades en la socialización, con falta de apoyo y supervisión de la madre en el paso crucial de la dependencia a la autonomía. Además presentan desajuste escolar, ya que han repetido curso y faltan a clase. Se muestran también insatisfechos en su relación con los iguales, ya que desean tener más amigos/as y presentan dificultades para resistir a la presión del grupo.

En la adolescencia media (15 y 16-17 años) los estilos de vida son menos saludables, ya que se consume tabaco y alcohol, este último de forma moderada durante el fin de semana. Se tienen más conocimientos sobre medios de prevención del embarazo, métodos anticonceptivos y sida y una buena parte de los adolescentes estudiados mantienen relaciones sexuales. Las chicas tienden a mostrar descontento con su imagen corporal, no presentan regularidad en las comidas y, en algunas ocasiones, experimentan sentimientos de soledad, con el consiguiente riesgo de padecer trastornos alimentarios (v.g., Stice y Whitenton, 2002). Por su parte, los chicos tienden a presentar más problemas en su adaptación al entorno escolar y un menor rendimiento académico, lo cual les puede llevar a experiencias de fracaso (compartidas con un 38% de los alumnos españoles) y a un abandono prematuro de los estudios (véase el informe sociológico del INJUVE «Juventud en España, 2000», Martín Serrano y Velarde Hermida, 2001). Si nos detenemos en los adolescentes de estas edades que ya han quedado segregados de la mar-

cha normal de la escolaridad y estudian Garantía Social, observamos estilos de vida mucho menos saludables. En general, se da un alto consumo de tabaco, alcohol y drogas y se dispone de mucho dinero de bolsillo para el fin de semana. Las actividades de ocio están más centradas en el consumo de productos adictivos y no se combinan con el estudio, al que no se le dedica tiempo. Presentan una mala adaptación y poca satisfacción hacia el contexto escolar, han repetido curso y presentan absentismo escolar.

El deterioro moderado en los estilos de vida en ambos sexos es similar al que se ha venido observando en la mayoría de los estudios (v.g., Batista-Foguet et al., 2000, Serrano et al., 1996). No podemos decir si este patrón persistirá en años posteriores, pero en estudios longitudinales se ha observado una remisión en la mayoría de los casos en el consumo de drogas (Shedler y Block, 1990) y en las conductas antisociales, que quedan limitadas al período de la adolescencia (Moffitt, 1993, 1997). Probablemente, las razones del deterioro transitorio del estilo de vida estén en la necesidad de buscar experiencias nuevas para ganarse la aceptación y respeto de los iguales, establecer un amplio margen de autonomía en las relaciones con los padres, o repudiar la autoridad convencional, con sus valores y normas (Jessor, 1998). Como señala Andino (1999), fumar, beber, conducir peligrosamente o tener una actividad sexual forman parte de los retos a los que se enfrentan los adolescentes por la mera condición de serlo. El modelo de adolescencia prolongada, que brinda la sociedad actual, contribuye a mantener estos comportamientos hasta bien entrada la juventud en muchos casos (Castillo, 1999).

Otras razones muy diferentes son las que explicarían el patrón de deterioro severo en los estilos de vida que se observa hacia los 16 y 17 años en el grupo de Garantía Social. Ya hemos visto que los menores de este grupo hacia los 13 años, aunque no han establecido la pauta de consumo, presentan indicadores que previsiblemente pueden comprometer su desarrollo. La falta de disponibilidad y accesibilidad parental (frecuentemente asociadas a la falta de supervisión familiar) y la dificultad para resistir la presión de los iguales parecen estar relacionadas con la tendencia a realizar conductas de riesgo (Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991). Dichas conductas los van alejando de los iguales adaptados y de los requisitos de rendimiento exigidos en la escuela, lo que a su vez consolida su aislamiento social respecto a los compañeros de clase y el progresivo alejamiento de la vida escolar. Estos adolescentes más adelante se relacionan con iguales conflictivos y ganan estatus social al servir de modelo de comportamiento adulto (fumar, beber, tener relaciones sexuales) para los otros adolescentes adaptados, lo que refuerza más aún la realización de conductas de riesgo o de carácter antisocial (Moffitt, 1997). Nuestros datos indican que, en efecto, a los 16 y 17 años manifiestan sentirse integrados en grupos de iguales, aunque dicha afiliación no tienda a aportar el apoyo y la comunicación que tan positivamente contribuyen al bienestar psicológico de los adolescentes y a una buena percepción de sí mismos (Engels, 1998). Por todo ello, es muy probable que la realización de conductas de riesgo no sea en estos adolescentes una señal transitoria de búsqueda de identidad y autonomía, sino que se convierta en un modo estable de manejar su ansiedad, frustración y anticipación del fracaso o de evadirse ante situaciones estresantes como las dificultades escolares, los problemas con los padres, accidentes, enfermedades o ruptura con personas íntimas (Basabe y Páez, 1992). La facilidad de participación en culturas de trasgresión y evasión, junto con las escasas oportunidades de gratificaciones y opciones de relevancia social cons-

tructiva, aumentan la probabilidad de que, en estos grupos de adolescentes, dichas conductas de riesgo sean muy extremas y puedan estabilizarse como patrón comportamental en la transición a la vida adulta. Asimismo, la prolongación de la escolaridad hasta los 16 años, siguiendo las políticas educativas de los últimos años, no ha hecho sino agravar todavía más la situación en estos grupos de adolescentes que presentan altos niveles de fracaso escolar. La escuela se ha convertido así en un factor más de exclusión social, según el informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI presidida por J. Delors (1996), exclusión que se proyecta hasta el mundo laboral.

Respecto al segundo objetivo, hemos observado reiteradamente que la calidad de las relaciones padres-hijos está asociada a los estilos de vida que se observan en los adolescentes estudiados. Las relaciones con la madre son importantes, pero también son cruciales las relaciones con el padre en la adolescencia, probablemente por su carácter menos tipificado en la sociedad actual. Especialmente son claves la disponibilidad del padre, su implicación en los asuntos del hijo o hija, su capacidad de comunicación y el grado de apoyo paterno que percibe el adolescente. En general, hemos observado el predominio de una buena comunicación y apoyo instrumental y emocional de ambos padres. Una excepción son las chicas de 15 y 16 años, que presentan conflictos con la madre y baja comunicación y apoyo tanto del padre como de la madre. La tendencia es diferente en el grupo de adolescentes referidos por los Servicios Sociales o los que asisten a otros recursos educativos como Garantía Social. En éstos predominan los problemas en la comunicación padres-hijos y el bajo apoyo percibido de éstos. En suma, las buenas relaciones familiares en sectores sociales desfavorecidos son un factor protector de primer orden que irradia su influencia hacia los contextos de los iguales y la escuela y que puede minimizar las influencias sociales adversas que hemos venido comentando.

Para terminar, creemos que el estudio de los estilos de vida de la población adolescente es una pieza clave para apreciar el grado de aislamiento o de integración social que éstos presentan en la esfera familiar, escolar y de los iguales, lo que repercute directamente en su bienestar físico y psicológico. Ofrece también una perspectiva privilegiada para entrever las competencias socio-cognitivas que irán desarrollando en dichos entornos y con las que han de afrontar los retos de la adolescencia y construir un proyecto de vida provechoso y satisfactorio. Pero es también un punto de partida para orientar el sentido de la intervención psico-educativa en la adolescencia. Cuando una parte importante de los adolescentes comprometen su desarrollo con estilos de vida de riesgo, ya sea temporalmente o de modo permanente, es necesario que se cuente con programas específicos de carácter preventivo. Dicha intervención debe ir encaminada a fomentar las competencias de los adolescentes que se desarrollan en los contextos relacionales más próximos, pues es ahí donde el adolescente puede aprender a regular la expresión de dichas conductas de riesgo. Pero debe hacerse de manera que la familia y la escuela cooperen y se impliquen, ya que todos los agentes educativos deben ser conscientes del importante papel que juegan en todo el proceso.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a los mediadores de zona de Radio ECCA por la colaboración en la recogida de datos: Sergio Benavente, Nuria Cruz, Carmen Nieves Fuentes, Antonio Medina, Estefanía Nozal, Luz María Pérez, Tentudía Rico y Mauro Socorro.

Este trabajo ha sido posible gracias a la financiación recibida del Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Tenerife, Unidad de Infancia, Familia y Mujer, y del

Plan Nacional de I+D+I (2000-2003) CICYT del Ministerio de Ciencia y Tecnología (Proyecto: BSO 2000-0858) para la primera autora.

Referencias

- Andino, N. (1999). Salud y estilos de vida en los jóvenes y adolescentes. Parlamento Latinoamericano, Sao Paulo (Brasil). Diciembre.
- Basabe, N. y Páez, D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales*. Bilbao: Fundamentos, Ayuntamiento de Bilbao/Bilbako Udola.
- Batista-Foguet, J.M., Mendoza, R., Pérez-Perdigón, M. y Rius, R. (2000). Life-styles of Spanish school-aged children: their evolution over time. Use of multiple correspondence analysis to determine overall trends over time in the sequential, cross-sectional study. En A. Ferligoj y A. Mrvar (Eds.), *New approaches in applied statistics*. Metodoloski zvezki, 16, Ljubljana: FDV, 2000.
- Bejarano, J. y Jiménez, F. (1993). El consumo de drogas en el adolescente costarricense. *Adolescencia y Salud*, Tercera antología. Programa de atención integral al adolescente. Caja Costarricense de Seguros Sociales. San José.
- Castillo, G. (1999). *El adolescente y sus retos*. Madrid: Pirámide
- Currie, C., y Watson, J. (Eds.) (1998). *Translating research findings into health promotion action: Lessons from the HBSC Study*, Edinburgh: Health Education Board for Scotland.
- Currie, C., Hurrelmann K., Settertobulte, W., Smith, R. y Todd, J. (Eds.) (2000). *Health and health behaviour among young people. Who policy series: Health policy for children and adolescents Issue, 1 International Report*. Copenhagen: Universitat Bielefeld
- Dishion, T., Patterson, G., Stoolmiller, M. y Skinner, M. (1991). Family, school, and behavior antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 172-180.
- Engels, R. (1998). *Forbidden fruits, social dynamics in smoking and drinking behavior of adolescent*. Universitaire Pers Maastricht, Maastricht.
- Fraueglass, S., Routh, D., Pantin, H. y Mason, C. (1997). Family support decreases influence of deviant peers on Hispanic adolescents substance use. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 15-23.
- Grossman, F.K., Beinashowitz, J., Anderson, L., Sakurai, M., Finnin, L. y Flaherty, M. (1992). Risk and resilience in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(5), 529-550.
- Jessor, R. (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. New York: Cambridge University Press.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. y Harel, Y. (1996). *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen: World Health Organization.
- Martín, M. y Velarde, O. (2001). *Informe Juventud en España, 2000*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Martínez, J.M. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Mendoza, R. y Sagrera, M.R. (1991). *Los escolares y la salud: avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionados con la salud (1990)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista-Foguet, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: C.S.I.C.
- Mendoza, R., Batista-Foguet, J.M. y Oliva, A. (1994). Life-styles of European School-children: Findings of the WHO Cross National Study on Health-Related Behaviour. En J.P. Dauwalder (Ed.), *Psychology and promotion of health*. Bern: Hogrefe & Huber Publishers (pp. 8-20).
- Mendoza, R., Batista-Foguet, J.M., Sánchez, M. y Carrasco, A. (1998). El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gaceta Sanitaria*, 12, 263-271.
- Merino, H., Pombo M.G. y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moffitt, T.E. (1997). Adolescence-limited and life-course persistent offending: A complementary pair of development theories. En T.P. Thornberry (Ed.), *Developmental theories of crime and delinquency: Advances in criminological theory*, Vol. 7, New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Moreno, M.P. (2001). *Psicología de la marginación social*. Málaga: Aljibe.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- O.M.S. (1989). *La salud de la juventud*. Documento de referencia. Serie Discusiones Técnicas. Ginebra.
- Osa, N., Ezpeleta, L., Guillamón, N.; Sala R. y Marcos, N. (2002). Differential risk factors between alcohol. Use and abuse in adolescents. Poster presentado en la 8^a E.A.R.A. Conference, September 3-7, Oxford (UK)
- Ortega, M.E. y Triana, B. (2002). Cuestionario de Clima Familiar. Versión subsistema paterno-filial. Modelo para adolescentes. Documento no publicado. Universidad de La Laguna.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 15-52.
- Pons, J. y Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beubring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H. y Udry, J.R. (1997). *Protecting Adolescents from Harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health*. JAMA 278 (10).
- Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Rodríguez Marín, J. (1995). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud. En J. Rodríguez Marín (Ed.), *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Serrano, G., Godás, A., Rodríguez, D. y Mirón, L. (1996). Perfil psicosocial de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 8(1), 25-44.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 612-630.
- Stice, E. y Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-678.
- UNESCO (1996). *La educación encierra un tesoro*. Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, presidida por J. Delors. Madrid: Santillana, Ediciones UNESCO.
- Wold, B., Aarö, L.E. y Smith, C. (1993). *Health behaviour in school age children: a W.H.O. cross-national survey: research protocol for the 1993-94 study*. Bergen: University of Bergen, Research Center for Health Promotion.
- Weinstein, J. (1992). *Riesgo psicosocial en jóvenes*. PREALC. Santiago de Chile.