



Revista Latinoamericana de Psicología

ISSN: 0120-0534

direccion.rlp@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Colombia

Carrasco González, Ana María
Factores psicosociales y comportamientos de salud relacionados con el consumo de alcohol en
adolescentes: un análisis multivariable
Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 36, núm. 1, 2004, pp. 125-144
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536111>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

FACTORES PSICOSOCIALES Y COMPORTAMIENTOS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES: UN ANÁLISIS MULTIVARIABLE

ANA MARÍA CARRASCO GONZÁLEZ*
Universidad de Huelva, España

ABSTRACT

The study aims to determine the interrelationship between alcohol consumption and other health behaviors and different psychosocial factors related to family, school and peers context among Spanish adolescents. The population of Spanish students is represented by a sample covering the age group of 17 years old ($n=1.405$; male: 40.9%; female: 59.1%). A proportional stratification and multistage sampling system was used. An anonymous questionnaire was completed by the students in class. Data was analyzed by multiple correspondence analysis. Factor analysis findings revealed two main factors: 1) Alcohol consumption; and 2) Physical activity and self-appraisal. Specifically, the first factor showed the interrelationship between alcohol consumption behavior and others health risk behaviors and different psychosocial variables. Results reveal alcohol consumption among adolescents is associated with tobacco and cannabis consumption, sexual risk behaviors, do not use helmet while riding in a motorcycle and do not respect traffic norms, low perceived risk of to drive a motorcycle after drinking alcohol or ride with a driver who had been drinking alcohol, sensation seeking behaviors, perception of low support from parents, low integration to school, to spend with friends more evenings, go to bed late and feel frequent morning tiredness on school days. These findings suggest that alcohol consumption prevention programs must take into consideration the interrelationship with other health-compromising behaviors and the psychosocial context.

Key words: alcohol consumption; adolescence; psychosocial factors; life-styles.

* Correspondencia: ANA MARÍA CARRASCO, Departamento de Psicología (Área de Psicología Social), Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Huelva, Avda. Fuerzas Armadas N° 3, Campus Universitario «El Carmen», 21071 Huelva, España. Tel. + 34 959 019 222. Fax + 34 959 019357. E-mail: anacar@uhu.es

REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA
N.º 1, 132-144
RESUMEN

Este estudio buscó analizar la interrelación entre el consumo de alcohol y otros comportamientos relacionados con la salud y diversos factores psicosociales vinculados al contexto familiar, escolar y grupo de iguales en adolescentes españoles. La muestra utilizada es representativa de los adolescentes escolarizados españoles de diecisiete años ($n = 1405$). El 40.9% son chicos y el 59.1% chicas. El 41.9% de ellos consumen alcohol, el 20.9% consumen tabaco y el 10.9% consumen cannabis y por consiguiente se utilizó un cuestionario adaptado que los aspectos escolares como el aprendizaje en sus aulas. Los datos fueron analizados a través de la técnica de análisis de correspondencias múltiples. Los resultados obtenidos muestran dos factores principales: el consumo de alcohol y la actividad deportiva y autopercepción. En concreto, el primer factor muestra la covariación del consumo de alcohol con otros comportamientos de riesgo para la salud y diversos factores psicosociales. El consumo de alcohol aparece asociado al consumo de tabaco y cannabis, relaciones sexuales sin protección, no utilización del casco al circular en moto, no respeto a las señales de tráfico, búsqueda de sensaciones de riesgo, percepción de bajo apoyo parental, escasa integración escolar, salidas frecuentes con los amigos por las tardes, acostarse tarde y sensación de cansancio matinal en días lectivos. Los resultados obtenidos sugieren que los programas dirigidos a la prevención del consumo de alcohol en adolescentes deben tener presente su interrelación con otros comportamientos de riesgo para la salud y el contexto psicosocial.

Palabras clave: consumo de alcohol, adolescencia, factores psicosociales, estilos de vida.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye una etapa decisiva para el desarrollo de actitudes y comportamientos relacionados con la salud, entre ellos el consumo de alcohol. Afirman diversos autores (Becoña, 2000; Guthrie, Loveland, Frey y Dielman, 1994; Igra e Irwin, 1996; Oliveros, 1995), que los patrones de consumo de alcohol y actitudes hacia esta sustancia, así como de otros hábitos relacionados con la salud, tales como el ejercicio físico, hábitos de alimentación, prácticas sexuales o el consumo de tabaco u otras drogas, se adquieren en la adolescencia, siendo su modificación más difícil una vez establecidos. La adolescencia es, pues, la etapa del desarrollo que la mayor parte de los autores consideran la más adecuada para intentar evitar la adopción de hábitos no saludables y, en caso de que se hayan iniciado, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva. De hecho, la adquisición de hábitos saludables en la infancia y en la adolescencia y su mantenimiento posterior cons-

tituyen la estrategia más eficaz a largo plazo para promocionar la salud de la población en la vida adulta.

El estudio del consumo de alcohol en la adolescencia también adquiere relevancia, no sólo porque constituye una etapa decisiva en la adquisición de patrones de consumo, sino porque las consecuencias trágicas derivadas de su consumo son evidentes a corto plazo, tal como ocurre con los accidentes de vehículos a motor, que constituyen una de las principales causas de mortalidad prematura en adolescentes y jóvenes (Álvarez y Del Rfo, 2000; Montoro, 1997; Oliveras, Planes, Cunill y Gras, 2002). Asimismo, el consumo de alcohol también tiende a favorecer la no utilización de medidas de protección en las relaciones sexuales, lo que incrementa las posibilidades de embarazos no deseados, así como el riesgo de transmitir o contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA (Koopman, Rosario y Rotheram-Borus, 1994; Lowry, Holtzman y Truman, 1994; Calafat y

Amengual, 1999). Todo ello sugiere la necesidad de medidas urgentes dirigidas a la intervención y prevención del consumo de alcohol en adolescentes.

Sin embargo, siguiendo a Müller y Beroud (1987), la elaboración de todo programa de intervención o prevención ha de partir de la premisa de que el consumo de alcohol no constituye un comportamiento aislado del resto de los componentes del estilo de vida de un individuo, de un grupo o de un colectivo social. Afirman estos autores que tanto los comportamientos que implican un riesgo para la salud como los que la favorecen no suelen estar aislados, sino que con frecuencia están interrelacionados y forman parte de patrones más amplios de comportamientos, configurando estilos de vida concretos y bien definidos. Se entiende por *estilo de vida* el conjunto de patrones de comportamientos con coherencia interna que caracterizan la manera de vivir de un individuo o grupo en un determinado entorno social (Nutbeam, 1986). Así, el consumo de alcohol, como cualquier otro comportamiento de riesgo para la salud, por aislado que pudiera parecer, guarda relación con el resto de los hábitos que definen el estilo de vida de un individuo. De hecho, diversos autores (Elliot, 1993; Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998) afirman que es fundamental analizar la relación entre los distintos comportamientos de salud o, mejor aún, tratar de retener las dimensiones o factores subyacentes en los que estos comportamientos se agrupan, puesto que el estudio de los estilos de vida adquiere sentido cuando se abordan las dimensiones u organización de los comportamientos que forman parte del mismo y no cuando se centran en análisis de comportamientos aislados e independientes que de ningún modo justifican la utilización del concepto.

En esta línea, son ya diversos los estudios que se han centrado en analizar el grado de estructura y organización existente entre los diferentes comportamientos relacionados con la salud y que ponen de manifiesto que el consumo de alcohol tiende a agruparse con otros comportamientos de riesgo. Cabe destacar los trabajos pioneros de

Richard Jessor y colaboradores (Donovan y Jessor, 1985; Jessor y Jessor, 1977), que sugieren que el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y de otras drogas ilegales, el comportamiento delincuente y la actividad sexual precoz tienden a covariar sistemáticamente y a constituir una dimensión organizada de "comportamiento problemático". Asimismo, Aarö, Laberg y Wold (1995), en un estudio realizado con adolescentes escolarizados noruegos de 15 años, muestra la interrelación entre diversos comportamientos de riesgo para la salud, tales como el consumo de alcohol, tabaco, café, alimentación no saludable, realizar acciones peligrosas sólo por el placer de probarlas, circular en moto sin casco y no respetar las señales de tráfico. Esta covariación entre el consumo de alcohol y otros comportamientos de riesgo para la salud, hallada también en otros estudios realizados con adolescentes (Castillo, Balaguer, Pastor y Atienza, 1997; Kannas, 1981; Mendoza, Sagera y Batista, 1994; Nutbeam, Aarö y Catford, 1989; Nutbeam, Aarö y Wold, 1991; Roysamb, Rise y Kraft, 1997; Thuen, Klepp y Wold, 1992; Zweig, Duberstein y McGinley, 2001), ponen de manifiesto que para el diseño de estrategias de prevención es necesario el conocimiento previo de las interrelaciones entre los comportamientos de salud.

No obstante, el consumo de alcohol también está determinado, en gran medida, por el contexto interpersonal en el que los adolescentes se desenvuelven. Tal como afirman diversos autores (Martínez, León, Fernández y Barriga, 1987), sería un grave error asociar el estilo de vida sólo con formas particulares de comportamiento, y no tener en cuenta que el individuo, inmerso en la dinámica social, posee todo un sistema de creencias, valores y actitudes condicionado por la cultura, las condiciones de vida y por su grupo de referencia. De hecho, el estilo de vida es fruto de la interacción entre las condiciones de vida de ese individuo o grupo y las pautas individuales de comportamientos aprendidos durante el proceso de socialización (Nutbeam, 1986). En esta misma línea, Barriga (1995) subraya que en los estilos de vida intervienen múltiples factores determinantes, puesto que el comportamiento es el resultado de múltiples varia-

bles, provenientes tanto del sujeto como del medio socioambiental que, a su vez, interaccionan con el comportamiento en un proceso de retroalimentación permanente. Los factores psicosociales adquieren, desde esta perspectiva, especial importancia. Lo cierto es que son varios los trabajos que en la última década han dedicado un esfuerzo ingente a la detección de los llamados "factores de riesgo" del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes (Muñoz y Graña, 2001; Newcomb y Felix, 1992; Pons y Pinazo, 1998; Swadi, 1999). Sin embargo, el estudio de estos factores se ha desarrollado de un modo poco integrado, generando enorme cantidad de resultados parciales que, aunque válidos, constituyen, más bien, piezas sueltas de un gigantesco rompecabezas, puesto que las variables suelen operar de manera interrelacionada, interdependiente y, en muchas ocasiones, simultánea.

Por todo ello, es necesario estudiar en profundidad, y el presente trabajo así lo pretende, la interrelación del consumo de alcohol con otros comportamientos relacionados con la salud y una amplia diversidad de factores psicosociales, con objeto de contextualizar el consumo de alcohol en los estilos de vida de los adolescentes. Estudiar esta cuestión resulta de una enorme importancia para una mayor comprensión del problema, así como para el diseño de programas integrales de prevención e intervención dirigidos a adolescentes y jóvenes. Se trata de un tema que no está suficientemente investigado en adolescentes españoles y, menos aún, con muestras representativas de ámbito nacional. Además, puesto que la adolescencia constituye la etapa de mayor riesgo para la adquisición de comportamientos perjudiciales para la salud, es crucial la identificación de los adolescentes vulnerables o en situaciones de riesgo, así como la modificación de sus hábitos no saludables antes de que se establezcan de forma definitiva y caractericen su paso a la vida adulta. En concreto, el presente trabajo pretende analizar la estructura o interrelación del consumo de alcohol con otros comportamientos relacionados con la salud y diversos factores psicosociales, tanto individuales, como pertenecientes al contexto fami-

liar, escolar y grupo de iguales, en adolescentes españoles escolarizados, así como identificar las dimensiones o factores subyacentes a la interrelación entre las variables estudiadas.

Los resultados presentados en este trabajo forman parte de una investigación más amplia y tesis doctoral titulada "El consumo de alcohol en los adolescentes españoles en el contexto de sus estilos de vida". Para la realización de la citada investigación, se ha utilizado parte de los datos obtenidos en el estudio español "Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud" (ECERS), realizado en 1994, que, a su vez, se integra en el estudio internacional "Health Behaviour in School-Aged Children" (HBSC), que desde comienzos de los años ochenta, y auspiciado por la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, se viene llevando a cabo periódicamente en un número creciente de países, con una metodología homogénea en todos ellos (Wold, Aarö y Smith, 1993). España se incorporó por primera vez a este proyecto en 1986, bajo la dirección de Ramón Mendoza Berjano, quien también ha dirigido la realización de las dos ediciones posteriores del estudio en 1990 y 1994. Concretamente, los resultados expuestos en el presente trabajo proceden de la información obtenida en esta tercera edición del estudio.

MÉTODO

Muestra

La población objeto de análisis en el estudio "Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud" (ECERS), la constituye el conjunto del alumnado español que cursa estudios en la enseñanza reglada preuniversitaria en cualquiera de sus modalidades (EGB, ESO, BUP, COU, FP y Bachillerato post-obligatorio). En concreto, la muestra del presente trabajo está constituida por 1405 adolescentes españoles escolarizados de diecisiete años (574 chicos; 831 chicas). Las características sociodemográficas de la muestra se exponen en la Tabla 1.

TABLA 1
Descripción de la muestra

VARIABLES	n	%	VARIABLES	n	%
Género			Tipo de centro docente		
Chicos	574	40.9	Público	919	65.4
Chicas	831	59.1	Privado religioso	297	21.1
Profesión del padre			Privado no religioso	189	13.5
Obrero no cualificado	258	18.4	Situación laboral del padre		
Obrero cualificado	750	53.4	Fijo	1.118	79.6
Técnico Medio	154	11.0	Desempleo/trabajo ocasional	114	8.1
Técnico Superior	166	11.8	Jubilado-pensionista	104	7.4
Profesión de la madre			No sabe	69	4.9
Obrero no cualificado	58	4.1	Dinero de bolsillo semanal (euros)		
Obrero cualificado	283	20.1	Hasta 1.50	26	1.9
Técnico Medio	54	3.8	1.51- 3.0	105	7.5
Técnico Superior	58	4.1	3.01- 4.50	53	3.8
Ama de casa	925	65.8	4.51- 6.01	288	20.5
Hábitat de residencia			6.02- 9.01	218	15.5
Gran ciudad	377	26.8	9.02- 12.01	267	19.0
Ciudad	360	25.6	Más de 12.02	412	29.3
Semiurbano	301	21.4	No contesta	36	2.6
Rural	364	25.9			

El sistema de muestreo en el estudio marco fue aleatorio, estratificado, polietápico y por conglomerados. Las variables de estratificación fueron el área geográfica, el curso y el tipo de centro docente (privado/público). Los conglomerados estuvieron constituidos por los centros y por los distintos grupos de clase de un mismo curso dentro de cada centro. El tamaño medio de los conglomerados fue de 644.4 alumnos matriculados por centro y de 27.6 sujetos por aula; no obstante, en el trabajo de campo se encontró un promedio de ausencias de 2.9 sujetos. Para seleccionar la muestra, y teniendo en cuenta la proporción alumno/aula esperable según encuestas anteriores, se seleccionaron 232 centros y en cada uno de ellos se eligieron dos aulas de dos cursos consecutivos. La unidad de muestreo fue a tal efecto el aula. De esta forma se seleccionaron al azar 169 municipios en los que se eligieron también al azar los 232 centros a encuestar y 486 aulas. El procedimiento detallado del muestreo ha sido descrito en otros trabajos (Mendoza, Batista, Sánchez y Carrasco, 1998; Mendoza y cols. 1994).

Instrumento y Variables

La información fue recogida a través de un cuestionario anónimo autocumplimentado por los propios alumnos en el aula. Se trata de un cuestionario normalizado, traducido y adaptado a cada país, que recoge información sobre diversas áreas temáticas relacionadas con los hábitos de salud, las relaciones familiares, sociales y la adaptación escolar de los adolescentes. La mayoría de las preguntas del cuestionario se presentan de forma cerrada, de modo que los alumnos sólo han de marcar con una X la opción elegida.

Las variables estudiadas en el presente trabajo se agrupan en las siguientes áreas temáticas:

- Características sociodemográficas:* género, edad, hábitat de residencia, profesión del padre y de la madre, situación laboral del padre, tipo de centro docente y cantidad de dinero disponible a la semana para gastos propios.

- b) *Comportamientos relacionados con la salud:* consumo de alcohol, tabaco, cannabis y de medicamentos; frecuencia de actividad físico-deportiva, comportamiento sexual, alimentación, hábitos de descanso, comportamientos de búsqueda de sensaciones de riesgo y comportamientos relacionados con la seguridad vial.
- c) *Relaciones familiares y con el grupo de iguales:* percepción de apoyo parental, frecuencia de contacto con los amigos, facilidad percibida para entablar nuevas amistades y para dialogar con amigos del mismo o distinto sexo sobre problemas personales.
- d) *Adaptación escolar:* grado de satisfacción escolar, autovaloración del rendimiento académico, presión escolar, tiempo diario dedicado a la realización de los deberes, repetición de curso y expectativas académicas al finalizar los estudios actuales.
- e) *Autovaloración del propio estado de salud, estados de ánimo, trastornos psicósomáticos y otros indicadores de autopercepción o bienestar:* sentimientos de felicidad, sentimiento de soledad, sentimiento de indefensión, confianza en sí mismo, percepción de la imagen corporal, percepción del propio peso, insatisfacción respecto al propio cuerpo y frecuencia de decaimiento, cansancio matinal, nerviosismo o dificultades para dormir.

Las preguntas del cuestionario relativas a estas áreas temáticas son similares a las utilizadas en las encuestas de 1986 y 1990 (Mendoza y cols., 1994). Se trata, pues, de un instrumento que, en lo esencial, ha sido reiteradamente pilotado y empleado con amplias muestras de escolares españoles. En concreto, y al igual que en las ediciones anteriores, en el estudio de 1994 se realizó un estudio piloto sobre una muestra de 325 escolares, con el objetivo de comprobar el grado de comprensión y aceptación del cuestionario por parte de los escolares. Se pretendía verificar que el cuestionario era comprendido fácilmente por los escolares, en especial en aquellas comunidades autónomas

con dos idiomas oficiales. Asimismo, a través de preguntas adicionales incluidas al final del cuestionario, se intentó conocer el grado de interés suscitado por el cuestionario, la percepción de la longitud del mismo y qué preguntas resultaban confusas o molestas por parte de los escolares. El análisis de las respuestas a tales preguntas mostró una buena aceptación del cuestionario por parte del alumnado encuestado. El 82% de los escolares consideraron al cuestionario interesante y un 16% aceptable. Tan sólo a un 2% de ellos les pareció aburrido. Por otro lado, un 75% consideró que la longitud del mismo era aceptable, mientras que a un 16% se le hizo largo y, en cambio, a un 9% le pareció corto. En cuanto a las preguntas que resultaban confusas o molestas para los escolares, resultaron no ser relevantes pero sí fueron consideradas todas ellas y fueron introducidas las modificaciones oportunas en el cuestionario definitivo. Cabe señalar que estas preguntas referentes al grado de aceptación y comprensión del cuestionario también habían sido incluidas en los dos estudios anteriores, realizados en 1986 y 1990, y la información obtenida en ellos fue muy útil para la elaboración del cuestionario correspondiente al estudio de 1994.

Otro de los aspectos que también se pretendía alcanzar con el estudio piloto era determinar la duración media que empleaban los alumnos en cumplimentar los cuestionarios, ya que se consideraba que lo más idóneo era que los cuestionarios definitivos se respondiesen en un tiempo máximo de sesenta minutos (el tiempo correspondiente a una clase lectiva), para no cansar excesivamente al alumno y no entorpecer demasiado la marcha del centro escolar. Para ello se dieron instrucciones precisas a los encuestadores de que anotasen el tiempo máximo y mínimo empleado en contestar a los cuestionarios en cada aula. Por último, cabe señalar que otro de los objetivos del estudio piloto era la puesta en práctica de la formación teórica que habían recibido previamente los encuestadores. Es decir, se pretendía que les sirviera de prueba y entrenamiento para la administración del cuestionario en el estudio de campo definitivo.

Procedimiento

La recogida de información se llevó a cabo a través del mencionado cuestionario durante el horario de clase, estando presente sólo el encuestador, previamente entrenado y, por lo general, sin la presencia de profesores ni de ningún otro personal del centro. Para preservar el anonimato de los alumnos, éstos introdujeron el cuestionario, una vez cumplimentado, en un sobre que cerraron y que fue recogido por el encuestador. El tiempo medio empleado en cumplimentar el cuestionario fue de 42 minutos. Del total de centros, 17 (7.3%) se negaron a colaborar en el estudio y fueron sustituidos con criterios de aleatoriedad por otros de características similares. Del total de alumnos presentes en las aulas en el momento de pasar el cuestionario, sólo el 0.32% de ellos se negaron a cumplimentarlo, alegando motivos externos a la encuesta, como por ejemplo, tener un examen en fechas próximas. Por último, de entre los cuestionarios recogidos, 96 fueron eliminados, bien por no haber sido respondidas preguntas esenciales como el género y la edad, bien por el elevado número de omisiones y o por haber sido cumplimentado sin seriedad alguna.

Los cuestionarios, una vez codificados, fueron grabados en un una cinta magnética por profesionales especializados. Se realizó, además, una regrabación independiente de una muestra de 100 cuestionarios. La comparación de ambas grabaciones ha dado un índice de error del 0.032% de los datos, que se ha considerado aceptable.

El anonimato de las respuestas y la ausencia del figuras como el profesor o el director del colegio en el momento de la cumplimentación del cuestionario, contribuyen decisivamente a la sinceridad de las respuestas de los escolares y redunda, por tanto, en una disminución del posible error sistemático que la falta de sinceridad podría introducir en los datos. Con el fin de optimizar la fiabilidad y validez del cuestionario, se eliminaron, como se ha especificado, aquellos escolares que incurrieron en múltiples contradicciones o cuyo número de omisiones fue excesivo. Por otro lado, se constató la consistencia interna del cues-

tionario a través de la detección de inconsistencias en las respuestas a grupos de preguntas que están relacionadas entre sí.

Análisis de Datos

Con base en los objetivos planteados es necesario identificar una serie de factores o dimensiones que permitan sintetizar al máximo la interrelación entre las diferentes variables estudiadas. El análisis factorial de correspondencias múltiples (ACM) ha sido la técnica de análisis estadístico utilizada, ya que posibilita la identificación de los factores o dimensiones que subyacen a todos a aquellos comportamientos o variables interrelacionadas entre sí. Además, ha sido considerada la técnica multivariable más adecuada debido al carácter cualitativo de la mayoría de las variables objeto de estudio (Batista y Sureda, 1987, 1998). Esta técnica, propuesta inicialmente por Benzecri (1980), de la Universidad de París, ha sido desarrollada posteriormente por Lebart y otros colaboradores de la escuela francesa (Lebart, Morineau y Warwick, 1984). Su interés radica en que posibilita obtener una visión global de la interdependencia de las variables objeto de estudio, ya que permite sintetizar la información de tales variables en un reducido número de ejes factoriales que permiten interpretar de manera rápida y sugerente las relaciones de interdependencia existentes entre las variables. Ello permitirá comprender mucho mejor el entramado asociativo del consumo de alcohol con el resto de las comportamientos que configuran los estilos de vida de los adolescentes. El conocimiento de estas interrelaciones es fundamental para establecer estrategias de intervención integrales y eficaces.

El paquete estadístico utilizado es el SPAD-N (Système Portable pour l'Analyse des Données), de Lebart y Morineau (1982), en su versión 3.5 para Windows. Para su funcionamiento es necesario especificar las variables que participan en el análisis y la clasificación de éstas en variables activas e ilustrativas. Las variables activas son las que intervienen en la definición de los factores o dimensiones; son consideradas ilustrativas aquellas otras variables que no participan en la definición de los

factores, pero que permiten mejorar la interpretación de éstos. En el presente trabajo se han seleccionado como variables activas a las variables integradas en cada una de las áreas temáticas especificadas anteriormente, excepto las variables sociodemográficas y las relativas a la seguridad vial, comportamiento sexual y consumo de cannabis, que han sido consideradas ilustrativas, debido a que eran variables que contenían un elevado número de omisiones y ello podía entorpecer la configuración de los factores. Los índices que se han de tener en cuenta para interpretar y definir cada uno de los ejes obtenidos en el ACM son, fundamentalmente, los siguientes: a) la contribución absoluta: expresa porcentualmente la importancia que tiene cada categoría de respuesta en la definición de cada factor. Por tanto, para definir cada uno de los ejes factoriales obtenidos es importante conocer qué categorías son las que más han contribuido en su configuración; b) las coordenadas de cada una de las categorías informan de cómo se ubican éstas con respecto a cada uno de los ejes; aquellas coordenadas cuya magnitud sea elevada revelan comportamientos extremos en ese factor o dimensión; y c) los valores-test evalúan en cada eje la distancia al centro de gravedad en número de desviaciones tipo de una ley normal. Aquellas categorías con mayor valor-test son las que mejor caracterizan al factor y distinguirá mejor a los sujetos de esa categoría con respecto a los de toda la muestra. En el presente trabajo se ofrecen para cada eje aquellas categorías con los mayores valores-test extremos, las cuales permiten definir los ejes. Así, la matriz de datos que presenta el SPAD, expone los items contenidos en cada factor en forma dicotómica, ordenando en cada polo los items interdependientes en función de sus respectivos valor-test, que serán siempre positivos en un lado y negativos en el contrario. Los valores más altos figurarán siempre en los extremos, disminuyendo a medida que se aproximan al centro del eje sectorial o "zona central".

El análisis de correspondencias ha sido realizado con una muestra final de 1.375 participantes, resultante de un proceso de depuración de los datos que exigió la eliminación de 30 participantes

de la muestra inicial, por su elevado número de omisiones en determinadas variables.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se expone el histograma de los cinco primeros factores obtenidos en el análisis de correspondencias múltiples. Cada valor propio corresponde a la inercia explicada por cada factor que, como se aprecia en la citada tabla, va disminuyendo progresivamente de un factor a otro. En principio fueron retenidos estos cinco primeros factores. Sin embargo, al observar que los tres últimos factores ofrecían información redundante, fueron retenidos y analizados los tres primeros, que explican el 71.21% de la varianza total.

TABLA 2
Histograma de los cinco primeros factores obtenido en el análisis de correspondencias múltiples

Nº	Valor propio	% de varianza	
1	.0820	44.80
2	.0634	26.41
3	.0422	11.35
4	.0391	9.67
5	.0352	7.75

Factor 1. Consumo de Alcohol y Tabaco

Este primer factor, que explica el 44.80% de la varianza total, se articula principalmente en torno a las variables de consumo de alcohol y tabaco, aunque también integra categorías de respuesta relativas a la frecuencia de contacto con los amigos, a la integración escolar, hábitos de descanso y a la búsqueda de sensaciones de riesgo. La Tabla 3 muestra la descripción de este primer factor a partir de las principales modalidades activas que lo configuran.

TABLA 3
Contribuciones absolutas (CA), coordenadas y número de sujetos en las categorías de las variables que más contribuyen a la configuración del primer factor.

<i>Variable</i>	<i>CA</i>	<i>Categoría</i>	<i>Coord.</i>	<i>Nº suj.</i>
Consumo actual de cerveza	5.8	Cada semana	-.99	399
Consumo actual de licor	5.6	Nunca	1.05	341
Frecuencia de embriaguez	5.3	Nunca	.78	572
Consumo regular de alcohol	5.2	Sí	-.84	578
Número de cigarrillos al día	4.7	Ninguno	.49	808
Consumo actual de tabaco	4.6	A diario	-.97	367
Consumo actual de vino	3.9	Nunca	.94	299
Búsqueda de sensaciones de riesgo	2.2	Nunca	.60	314
Consumo actual de sidra	2.1	Nunca	.52	552
Tardes que sale con amigos	1.9	Todas las tardes	-.85	110
Consumo actual de café	1.2	Nunca	.52	338
Satisfacción escolar	1.0	No gusta mucho	-.31	444
Hora de acostarse en días lectivos	1.0	A las 24 horas	-.32	359
Facilidad para hablar con el padre	1.0	Fácil	-18	473

Tal como se puede observar en la Tabla 4, en un extremo del factor se agrupan las modalidades de respuestas que denotan un consumo semanal de bebidas alcohólicas, principalmente de cerveza y licores, el haberse embriagado con frecuencia y el consumo diario de tabaco. Asimismo, se asocia a este extremo del factor el consumo de café, el realizar con frecuencia acciones peligrosas sólo por el placer de probarlas, el permanecer un rato con los amigos después de salir del instituto, así como el salir con ellos todas las tardes, la elevada facilidad para hacer amigos y para dialogar con ellos, ya sean del mismo o de diferente sexo, sobre problemas o cuestiones personales, el acostarse tarde en los días de colegio y sentir cansancio matinal con bastante frecuencia, además de una actitud poco favorable hacia la asistencia a clase, una autovaloración del rendimiento escolar por debajo de la medida, el no dedicar ningún tiempo diario a la realización de los deberes y el haber repetido curso escolar dos o más veces.

En la Tabla 5 se exponen las modalidades ilustrativas asociadas a este extremo del factor. Tal como se puede apreciar, las categorías de las variables sociodemográficas asociadas reflejan que se trata de adolescentes de sexo masculino y con una elevada disponibilidad de dinero semanal para gastos propios. Asimismo, se agrupan las modalidades de respuestas

que indican un consumo frecuente de cannabis y anfetaminas, haber mantenido relaciones sexuales y utilizar de manera esporádica métodos anticonceptivos, la no utilización del casco al circular en moto, el escaso respeto a las señales de tráfico al circular en bicicleta o en moto y una escasa percepción del peligro que implica circular en bicicleta o en moto sin casco, conducir una moto bajo los efectos del alcohol o ir de pasajero con un conductor que ha consumido alcohol.

En cambio, en el polo opuesto del factor se ubican categorías indicativas de no haber consumido ninguna de las bebidas alcohólicas estudiadas, el no haberse embriagado nunca y el no haber consumido tabaco ni café (tabla 4). Asimismo, caracterizan a este extremo del factor el no realizar acciones peligrosas sólo por el placer de probarlas, la escasa frecuencia de permanecer con los amigos después del instituto o de salir con ellos por las tardes, la dificultad para entablar nuevas amistades y para hablar con los amigos de distinto sexo sobre cuestiones personales, el acosarse temprano en los días lectivos, una actitud favorable hacia la escuela, con bastante dedicación a las tareas escolares, el no haber repetido nunca curso, una positiva autovaloración del rendimiento escolar, las expectativas de seguir estudios superiores y la facilidad percibida para hablar con el padre sobre problemas personales.

En cuanto a las modalidades ilustrativas, se asocian a este polo del factor el género femenino, el escaso dinero de bolsillo para gastos propios a la semana, el no haber consumido nunca cannabis y otras drogas, el no haber mantenido relaciones sexuales y el considerar embarazosa o incómoda la

situación de comprar preservativos, el frecuente respeto a las señales de tráfico y la elevada percepción de peligrosidad respecto a la no utilización de medidas de protección al circular en bicicleta o en moto o conducir una moto bajo los efectos del alcohol (Tabla 5).

TABLA 4

Descripción del primer factor, según variables activas. Análisis de correspondencias múltiples

V-Test	Variables activas	Categoría	Nº suj.
-26.47	Consumo regular de alcohol	Sí	578
-23.48	Consumo actual de cerveza	Cada semana	399
-21.77	Consumo actual de tabaco	A diario	367
-21.32	Consumo actual de bebidas destiladas	Cada semana	362
-16.04	Frecuencia de embriaguez	Más de 10 veces	164
-11.15	Consumo actual de vino	Alguna vez al mes	271
-10.96	Número de cigarrillos al día	De 7 a 10	109
-10.92	Frecuencia de estar con amigos	4-5 veces a la semana	482
-10.48	Búsqueda de sensaciones de riesgo	Muchas veces	138
-9.26	Tardes que sale con amigos	Todas las tardes	110
-8.23	Facilidad para hablar con amigos de igual sexo	Muy fácil	754
-7.95	Consumo actual de sidra	Alguna vez al mes	167
-7.93	Satisfacción escolar	No gusta mucho	444
-7.10	Frecuencia cansancio matinal a la semana	Cuatro o más veces	173
-7.07	Facilidad para hablar con amigos de distinto sexo	Muy fácil	419
-7.00	Hora de acostarse en días lectivos	A las 24 horas	359
-6.90	Facilidad para hacer amigos	Muy fácil	319
-6.28	Tiempo diario de deberes	Nunca	38
-6.06	Consumo actual de café	Más de 1 vez al día	172
-5.57	Autovaloración del rendimiento escolar	Por debajo de la media	137
-5.55	Repite curso escolar	Dos o más veces	160
ZONA CENTRAL			
3.76	Cansancio matinal	Rara vez o nunca	219
4.80	Facilidad percibida para hablar con el padre	Fácil	473
4.84	Facilidad para hablar con amigos de distinto sexo	Muy difícil	83
4.96	Hora de acostarse en días de colegio	A las 21 horas	181
5.77	Facilidad para hablar con amigos del mismo sexo	Fácil	474
6.18	Autovaloración del rendimiento escolar	Bueno	468
6.74	Expectativas académicas	Ir a la Universidad	819
7.24	Facilidad para hacer amigos	Difícil	209
7.43	Tiempo diario de deberes	Más de 2 horas	543
8.17	Haber repetido curso	Nunca	836
8.76	Satisfacción escolar	Gusta	769
9.31	Tardes que sale con amigos a la semana	1 tarde	202
11.01	Consumo de café	Nunca	338
11.27	Frecuencia de estar con amigos	1 vez/semana o menos	378
12.11	Hacer cosas por el placer de probarlas	Nunca	314
15.81	Consumo actual de sidra	Nunca	552
18.95	Consumo actual de vino	Nunca	299
22.59	Consumo actual de licor	Nunca	341
22.96	Consumo actual de cerveza	Nunca	393
23.82	Consumo actual de tabaco	Nunca	808
24.20	Frecuencia de embriaguez	Nunca	572
26.47	Consumo regular de alcohol	No	797

TABLA 5
Variables ilustrativas asociadas al primer factor

V-Test	Variables ilustrativas	Categoría	Nº suj.
12.02	Consumo actual de cannabis	3 o más veces	83
-10.88	Cantidad de dinero para gastos propios semanal	Más de 12 euros	397
-8.51	Género	Chicos	560
8.48	Situación embarazosa para comprar condón	Totalmente en desacuerdo	229
-7.72	Percepción de peligro ir en bicicleta sin casco	Nada peligroso	673
-7.25	Peligroso conducir moto si se ha bebido alcohol	Nada peligroso	290
-6.43	Percepción de peligro ir en moto sin casco	Nada peligroso	105
-5.84	Uso del casco al ir de pasajero en moto	Nunca	259
-5.56	Uso de métodos anticonceptivos	Algunas veces	69
-5.25	Frecuencia de relaciones sexuales	Muchas veces	73
-5.20	Peligroso ir de pasajero con conductor bebido	Nada peligroso	255
-5.06	Uso del casco al conducir una moto	A veces	139
-4.81	Consumo actual de anfetaminas	3 o más veces	13
-4.55	Respeto a las señales de tráfico en bici o moto	Algunas veces	150
ZONA CENTRAL			
2.61	Respeto a las señales de tráfico en bici o moto	Siempre	516
5.57	Percepción de peligro ir en bicicleta sin casco	Bastante peligroso	576
5.61	Consumo actual de anfetaminas	Nunca	1330
5.73	Peligroso ir de pasajero con conductor bebido	Muy peligroso	1099
5.96	Situación embarazosa para comprar condón	Totalmente de acuerdo	279
7.22	Cantidad de dinero para gastos propios semanal	1.51-3.01 euros	102
7.75	Percepción de peligro ir en moto sin casco	Muy peligroso	539
8.17	Peligroso conducir moto si se ha bebido	Muy peligroso	1061
8.51	Género	Chicas	815
9.87	Frecuencia de relaciones sexuales	Nunca	1095
15.11	Consumo actual de cannabis	Nunca	1185

Factor 2. Actividad Deportiva, Auto percepción y Trastornos Psicosomáticos.

La actividad física y deportiva, junto a la auto percepción, son las variables que constituyen

el armazón de este segundo factor, que explica el 26.41% de la varianza, aunque también integra variables referentes al consumo de medicamentos y trastornos psicosomáticos (Tabla 6).

TABLA 6

Contribuciones absolutas (CA), coordinadas y número de escolares en las categorías de las variables que más contribuyen a la configuración del segundo factor

<i>Variable</i>	<i>CA</i>	<i>Categoría</i>	<i>Coord.</i>	<i>Nº suj.</i>
Frecuencia de decaimiento o sentirse deprimido	3.6	Muchas veces	-.84	273
Frecuencia de dolor de cabeza	3.3	Muchas veces	-.85	228
Frecuencia de ejercicio físico intenso extraescolar	3.1	Nunca	-.69	278
Horas semanales ejercicio físico intenso extraescolar	3.0	Ninguna	-.53	442
Frecuencia de actividad deportiva extraescolar	2.8	Nunca	-.54	450
Autovaloración de la aptitud deportiva	2.7	De los mejores	.89	140
Consumo de medicamentos para el dolor de cabeza	2.7	Varias veces	-.94	233
Sentimiento de indefensión	2.4	Nunca	.52	333
Percepción del propio peso	2.4	Un poco gordo	-.38	503
Hace dieta	2.4	Sí	-.78	173
Frecuencia de nerviosismo	2.3	Muchas veces	-.47	496
Insatisfacción respecto al propio cuerpo	2.2	No	.63	399
Frecuencia de mareos	2.1	Nunca	.30	833
Autovaloración de la propia salud	2.1	Muy sano	.52	444
Confianza en sí mismo	2.1	Siempre	.48	436
Frecuencia de actividad física extraescolar	2.1	Cada día	.65	208
Frecuencia de dificultades para dormir	1.9	Nunca	.44	456
Sentimiento de soledad	1.8	No	.40	572
Frecuencia semanal de merienda	1.4	Pocas veces o nunca	-.52	346
Sentimiento de felicidad	1.4	No muy feliz	-.75	162
Frecuencia de mal humor	1.3	Muchas veces	-.45	325
Consumo medicamentos para "los nervios"	1.3	Varias veces	-1.37	42
Consumo de medicamentos para adelgazar	1.2	Varias veces	-1.44	38
Frecuencia de dolor de espalda	1.2	Muchas veces	-.59	228
Frecuencia semanal de desayuno	0.9	Pocas veces o nunca	-.55	155

En concreto, tal como se puede apreciar en la Tabla 7, en un extremo del factor se agrupan las modalidades de respuesta que indican la no práctica de actividad física y deportiva y una pobre autovaloración de la aptitud deportiva. También se asocia a este extremo del factor una escasa confianza en sí mismo, el sentirse con frecuencia decaído y no muy feliz, con sentimientos de indefensión y soledad, una baja autovaloración del propio estado de salud, el no sentirse satisfecho con su propio cuerpo y autoperibirse con exceso de peso, el hacer dieta o creer que la necesita y presentar trastornos alimentarios como la escasa o nula frecuencia semanal de desayuno o merienda., además de frecuentes trastornos psicossomáticos, consumo de medicamentos con o sin receta médica relacionados con ellos y consumo de laxantes y medicamentos para adelgazar.

Respecto a las variables ilustrativas, la Tabla 8 muestra que es el género femenino la modalidad de

variable ilustrativa que mejor caracteriza a este factor, al poseer el valor-test más elevado (21.05). No obstante, también se asocian categorías que reflejan la escasa asertividad para comprar preservativos, la no utilización del casco al circular en moto y la asistencia a un centro docente privado de carácter religioso.

En cambio, el otro extremo del factor se caracteriza por una intensa actividad física y una óptima autovaloración de la aptitud deportiva. También se asocian modalidades de respuestas que indican una elevada confianza en sí mismo y sentirse muy feliz, la ausencia de decaimiento y de sentimientos de soledad y de indefensión, la satisfacción respecto al propio cuerpo, el no hacer dieta y considerar tener el peso adecuado, la regularidad en las comidas, la autopercepción del estado de salud como muy sano y la ausencia de trastornos psicossomáticos. A este extremo del factor se asocia claramente del sexo masculino (Tabla 8).

TABLA 7

Descripción del segundo factor, según variables activas. Análisis de correspondencias múltiples

V-Test	VARIABLES ACTIVAS	Categoría	Nº suj.
-15.78	Frecuencia de decaimiento	Muchas veces	273
-15.67	Consumo de medicamentos para dolor de cabeza	Varias veces	233
-15.04	Insatisfacción respecto al propio cuerpo	Sí	968
-14.26	Frecuencia de dolor de cabeza	Muchas veces	228
-14.07	Frecuencia de actividad deportiva	Nunca	450
-13.56	Horas semanales de ejercicio físico intenso	Ninguna	442
-13.36	Frecuencia de nerviosismo	Muchas veces	496
-12.88	Tiempo de ejercicio físico intenso	Nunca	278
-11.68	Hace dieta	Sí	173
-11.41	Frecuencia semanal de merienda	Pocas veces o nunca	246
-10.67	Percepción del propio peso	Un poco gordo	503
-9.87	Consumo medicamentos para adelgazar	Varias veces	38
-9.81	Confianza en sí mismo	A veces	334
-9.81	Sentimiento de felicidad	No muy feliz	162
-9.74	Autovaloración de la aptitud deportiva	Por debajo de la media	142
-9.71	Autovaloración de la propia salud	No muy sano	151
-9.66	Sentimiento de indefensión	A veces	405
-9.48	Consumo medicamentos para el nerviosismo	Varias veces	42
-9.45	Frecuencia de mal humor	Muchas veces	325
-9.41	Frecuencia de dolor de espalda	Muchas veces	207
-9.31	Frecuencia de dificultades para dormir	Muchas veces	156
-9.02	Frecuencia de actividad física extraescolar	Nunca	144
-8.60	Frecuencia de mareo	A veces	155
-7.64	Hace dieta	No, pero necesito	430
-7.17	Frecuencia semanal de desayuno	Pocas veces o nunca	155
-6.92	Sentimiento de soledad	Con mucha frecuencia	73
ZONA CENTRAL			
8.38	Sentimiento de felicidad	Muy feliz	308
8.48	Frecuencia semanal de cena	Cada día	1138
9.12	Percepción del propio peso	Peso adecuado	505
9.21	Frecuencia semanal de desayuno	Cada día	1027
9.40	Frecuencia de nerviosismo	Nunca	117
9.84	Frecuencia de actividad deportiva	Varios días/semana	500
10.18	Tiempo de ejercicio físico intenso	4-6 días a la semana	152
10.30	Frecuencia de actividad física	Cada día	208
10.53	Horas semanales de ejercicio físico intenso	Más de 7 horas	95
10.82	Frecuencia de dolor de cabeza	Nunca	217
11.13	Autovaloración de la aptitud deportiva	De los mejores	140
11.14	Sentimiento de indefensión	Nunca	333
11.57	Frecuencia de dificultades para dormir	Nunca	456
11.66	Consumo de medicamentos para "los nervios"	Nunca	1287
12.04	Consumo de medicamentos para adelgazar	Nunca	1295
12.58	Sentimiento de soledad	No	572
12.78	Confianza en sí mismo	Siempre	436
13.33	Autovaloración de la propia salud	Muy sano	444
13.67	Frecuencia de decaimiento	Nunca	260
13.71	Frecuencia de mareo	Nunca	833
14.24	Medicamentos para dolor de cabeza	Nunca	864
14.48	Hace dieta	No, peso adecuado	748
14.95	Insatisfacción respecto al propio cuerpo	No	399

TABLA 8
Variables ilustrativas asociadas al segundo factor

V-Test	Variables ilustrativas	Categoría	Nº suj.
-21.05	Género	Chicas	815
-6.65	Comprar preservativos es una situación embarazosa	Totalmente de acuerdo	279
-4.00	Tipo de escuela	Privada confesional	291
-2.50	Uso del casco al ir de pasajero en moto	Nunca	259
-2.25	Uso del casco al conducir una moto	Nunca	83
ZONA CENTRAL			
2.04	Profesión del padre	Obrero cualificado	731
2.85	Percepción de peligro ir en moto sin casco	Nada peligroso	105
3.41	Tipo de escuela	Pública	900
5.35	Comprar preservativos es una situación embarazosa	Totalmente en desacuerdo	229
21.05	Género	Chicos	560

La representación gráfica de las categorías de respuestas de las variables activas e ilustrativas sobre el plano definido por los factores permite profundizar en el análisis de la interdependencia entre las modalidades en función de la distancia que mantienen entre sí. Tal como se puede apreciar en la Figura 1, el factor 1 (eje de abscisas) sitúa en su extremo izquierdo el consumo regular de bebidas alcohólicas y tabaco. En cambio, en su extremo derecho se proyecta el no consumo de ambas sustancias. También se puede observar en cada polo del eje la ubicación de los factores psicosociales y de otros comportamientos relacionados con la salud asociados. Así, en el extremo del factor caracterizado por el consumo de alcohol, se agrupan las modalidades referentes a haber consumido cannabis, el haber mantenido relaciones sexuales sin utilizar medidas de protección y la escasa percepción del peligro respecto a comportamientos de riesgo relacionados con la seguridad vial. Por su parte, el factor 2 (eje de ordenadas) sitúa en su extremo inferior el sedentarismo y la autopercepción negativa, mientras que en el extremo superior se proyecta la frecuente actividad física y deportiva, la satisfacción personal y la

autopercepción positiva. La proyección de las variables sociodemográficas muestra que es la variable "género" la que establece notorias diferencias respecto al factor 2 y, en menor medida, respecto al factor 1, mientras que la variable "dinero de bolsillo" las establece en el factor 1. Efectivamente, las chicas se sitúan en el polo inferior del segundo factor, caracterizado por una vida sedentaria y una autopercepción negativa y, en cambio, los chicos se sitúan en el extremo del factor que agrupan las variables que denotan una actividad físico-deportiva frecuente y una autopercepción positiva. Por su parte, la proyección de la variable "dinero de bolsillo" permite observar cómo sus modalidades se distribuyen de manera sucesiva a lo largo del primer factor. En el polo derecho del eje, caracterizado por el no consumo de alcohol, se agrupan las modalidades referentes a las cantidades más pequeñas de dinero de bolsillo. En cambio, las modalidades que señalan una elevada cantidad de dinero para gastos personales se ubican en el extremo opuesto del eje, asociado al consumo de alcohol, tabaco y episodios de embriaguez.

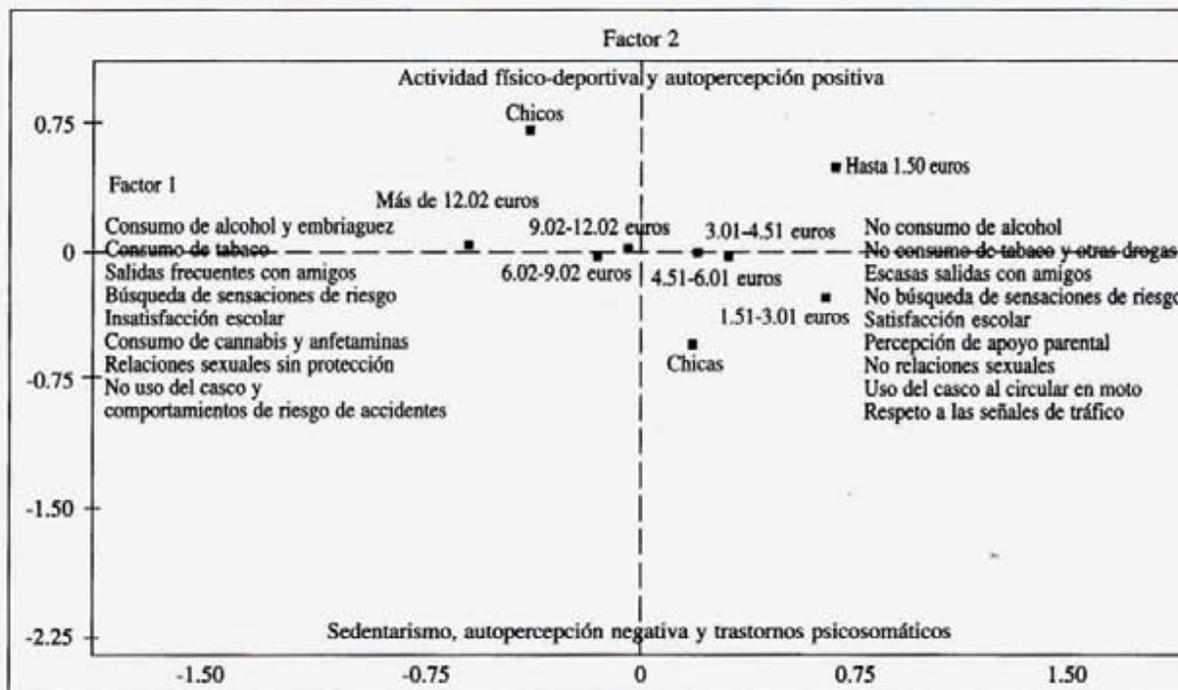


Figura 1: Proyección de las variables activas e ilustrativas en el plano definido por el primer y segundo factor.

DISCUSIÓN

El presente trabajo ha pretendido analizar la covariación del consumo de alcohol con otros comportamientos relacionados con la salud y diferentes factores psicosociales vinculados al contexto familiar, escolar y grupo de iguales, en adolescentes escolarizados españoles. Para ello se ha utilizado el análisis factorial de correspondencias múltiples, puesto que posibilita la identificación de los factores o dimensiones que subyacen a todas aquellos comportamientos o variables interrelacionadas entre sí.

Los principales factores obtenidos se concretan en los dos siguientes. El primer factor está configurado básicamente por las variables relativas al consumo de diversas bebidas alcohólicas, aunque también integra categorías de respuesta relativas al consumo de tabaco y otras drogas, hábitos de descanso, frecuencia de contacto con los amigos, percepción de apoyo parental, integración escolar y búsqueda de sensaciones de riesgo. En cambio, las

variables referentes a la actividad física y deportiva, junto a la autopercepción o bienestar subjetivo constituyen el armazón del segundo factor, que contrapone el sedentarismo, la autopercepción negativa, trastornos en los hábitos de alimentación y el frecuente consumo de medicamentos para diversos trastornos psicósomáticos, a la actividad deportiva frecuente, autopercepción positiva, regularidad en los hábitos de alimentación y ausencia de trastornos psicósomáticos.

En concreto, el primer factor, que constituye la piedra angular del presente trabajo, ofrece una panorámica muy clara de la interrelación del consumo de alcohol con otros comportamientos de salud, así como de los factores psicosociales, tanto de riesgo como de protección, para el consumo de esta sustancia entre los adolescentes. Así, un extremo de este factor, que podríamos calificar como el menos saludable, revela que el consumo de bebidas alcohólicas, principalmente cerveza y bebidas destiladas, unido a episodios de embriaguez, covaría con otros comportamientos de riesgo, tales como con-

sumir tabaco a diario, cannabis o anfetaminas, el haber mantenido relaciones sexuales con escasa utilización de medidas de protección, no respetar a las señales de tráfico, así como no usar el casco al circular en moto, realizar acciones peligrosas sólo por el placer de probarlas y tendencia a infraestimar el riesgo que implica circular en bicicleta o en moto sin casco, conducir una moto bajo los efectos del alcohol o ir de pasajero con un conductor que ha consumido alcohol.

En cambio, el otro extremo de este segundo factor, que puede ser considerado como el más saludable, indica que los adolescentes que no consumen alcohol tienden a no realizar tales comportamientos de riesgo. Estos resultados van en la misma línea que los obtenidos en otros estudios que señalan que tanto los comportamientos de riesgo para la salud como aquellos que promueven la salud tienden a agruparse y covariar entre sí (Aarö, Laberg y Wold, 1995; Basen-Engquist, Edmundson y Parcel, 1996; Castillo, Balaguer, Pastor y Atienza, 1997; Nutbeam, Aarö y Catford, 1989; Terre, Drabman y Meydrech, 1990; Zweig, Duberstein y McGinley, 2001) y, por tanto, ponen de manifiesto, tal como afirman Costa y López (1996) que las prácticas promotoras de salud y/o de riesgo, no son comportamientos aislados que aparecen sin orden y sin concierto, sino que más bien parecen formar parte de una determinada estructura de comportamientos más o menos organizados y coherentes, directamente vinculados o influidos por el entorno psicosocial en el que viven los adolescentes.

Efectivamente, en nuestro estudio el consumo de alcohol aparece asociado a una escasa percepción de apoyo familiar, escasa integración escolar y frecuentes salidas con los amigos. Los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas, unido a episodios frecuentes de embriaguez, tienen dificultades de comunicación con sus padres para hablar de problemas personales, tienden a salir con los amigos todas las tardes al finalizar el colegio, suelen acostarse tarde en los días lectivos, presentan hábitos de descanso inadecuados con frecuente cansancio matinal, además de una escasa integración escolar. En concreto, muestran una elevada insatisfacción escolar, una baja valora-

ción del propio rendimiento académico, no dedican ningún tiempo diario a la realización de los deberes y han repetido curso escolar dos o más veces. En cambio, los resultados sugieren que gozar de una elevada integración escolar y percibir el apoyo procedente de los padres para dialogar sobre problemas personales parecen actuar como factores protectores del consumo de alcohol o, al menos, retrasar el inicio de su consumo. Así pues, consideramos que un ambiente familiar positivo, caracterizado por la presencia de vínculos afectivos paterno-filiales y prácticas educativas basadas en la comunicación paterno-filial y en la expresión de afecto, apoyo y comprensión tendrá una influencia decisiva a la hora de prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes. De hecho, Simons-Morton *et al.* (1999) señalan que el sentirse vinculado a la escuela, la satisfacción escolar y la percepción de apoyo parental respecto a los estudios está inversamente relacionado con el consumo de alcohol. Pero está claro que la familia no es el único contexto psicosocial vinculado al consumo de alcohol entre los adolescentes. Si bien, el papel preventivo de la familia es importante, no es menos cierto que las relaciones sociales que el adolescente se procura fuera de su ámbito familiar, van a ser cruciales en el posible desencadenamiento de determinados comportamientos, entre ellos el consumo de alcohol. Los resultados constatan que los escolares que permanecen con los amigos después del colegio o los que pasan más tardes con ellos fuera de casa, son también los que presentan frecuentes episodios de embriaguez. En esta misma línea, Thorlindsson y Vilhjalmson (1991) señalan que la integración del adolescente en una red de amigos, el sentirse apoyados emocionalmente por éstos y el salir frecuentemente con ellos, tiende a favorecer el consumo de alcohol de los adolescentes, especialmente si el grupo aprueba y fomenta el consumo de esta sustancia.

Las variables sociodemográficas, por su parte, nos revelan que se tratan fundamentalmente de adolescentes de género masculino, con elevada disponibilidad de dinero semanal para gastos propios. Estos resultados corroboran los obtenidos por otros autores que afirman que los adolescentes que

consumen alcohol son los que disponen de una mayor cantidad de dinero de bolsillo, lo que les permite tener un acceso autónomo al consumo (Van-Reek, Adriaanse y Knibe, 1994). Estos autores señalan que los adolescentes que consumen regularmente alcohol y tabaco gastan más de la mitad de su dinero disponible a la semana en consumir este tipo de sustancias y en invitar a sus amigos a consumirlas. Por su parte, Singh y Mustapha (1994) señalan que la cantidad de dinero semanal gastado por los adolescentes está significativa y positivamente relacionada con la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras sustancias adictivas.

Asimismo, cabe reseñar que los adolescentes que consumen alcohol tienden además a no utilizar el casco u otras medidas de protección, lo cual les coloca en una posición de un mayor riesgo de accidentes. Por tanto, nos encontramos ante adolescentes que consumen alcohol y que se embriagan con frecuencia, que conducen motocicletas, siendo especialmente propensos a no llevar el casco, a no respetar las señales de tráfico y con tendencia a infraestimar la peligrosidad que conlleva conducir una moto bajo los efectos del alcohol o ir de pasajero de un conductor que haya bebido alcohol, así como de conducir un vehículo, ya sea una moto o una bici, sin protección. Estos resultados confirman los hallados por Aarö, Laberg y Wold (1995) y, a su vez, es preocupante que sean precisamente los adolescentes que consumen alcohol los que menor peligrosidad perciben respecto a este tipo de situaciones. Este elevado grado de riesgo de accidentabilidad y vulnerabilidad al que están expuestos los adolescentes, se agrava aún más al constatar que los adolescentes que consumen alcohol suelen practicar con frecuencia otros comportamientos de riesgo, tales como no utilizar medidas de protección en sus relaciones sexuales, ya que les colocan en una situación de riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el Sida, puesto que aunque el consumo de alcohol no es una ruta directa para la infección del HIV, sí puede plantear un riesgo indirecto a través de la desinhibición de comportamientos de riesgo sexuales. De hecho, nuestros resultados son con-

sistentes con los obtenidos por otros estudios que manifiestan que los adolescentes y jóvenes que consumen alcohol son menos propensos a utilizar el preservativo u otras medidas de protección (Koopman *et al.*, 1994; Lowry *et al.* 1994). Estos autores hallaron en un estudio realizado con adolescentes que el consumo de alcohol y de otras drogas estaba asociado significativamente a un incremento en la frecuencia de actividad sexual, en el número de parejas sexuales y una menor frecuencia del uso del preservativo.

Los resultados obtenidos muestran que abordar el consumo de alcohol como un comportamiento aislado sin tener en cuenta su imbricación con otros comportamientos de salud y su contexto psicosocial puede resultar fácil metodológicamente, pero alejado de la realidad. Por tanto, indican la necesidad de considerar el concepto de estilo de vida en la planificación y desarrollo de la educación para la salud para los adolescentes, y no en privilegiar intervenciones focalizadas sobre comportamientos de salud individuales, puesto que cada uno de ellas constituyen piezas de un mosaico más amplio. Los esfuerzos de prevención deberían ir en esta dirección y, por tanto, el desarrollo de programas educativos integrales que aborden los comportamientos de salud en su conjunto, más que como comportamientos individuales en sí mismos, podría constituir un método eficiente y efectivo de reorganizar las estrategias de prevención y de educación para la salud en los adolescentes.

Asimismo, los factores derivados del clima familiar y escolar deberían ser tomados muy en cuenta a la hora de planificar intervenciones preventivas. Los resultados hallados no hacen más que ratificar la necesidad de que los esfuerzos de las familias deben dirigirse hacia la creación de lazos afectivos fuertes, de pautas de comunicación positivas y eficaces y de normas claras y participativas. En cuanto a la escuela, es indudable que ocupa una posición privilegiada a la hora de llevar a cabo actividades de promoción de la salud. Habría que tener en cuenta que aquellos escolares que incluyen en sus estilos de vida los hábitos menos saludables son, en general, los que mantienen hacia la escuela una actitud más negativa. Los profesores deberían

utilizar en educación para la salud metodologías que sean capaces de implicar activamente a los alumnos que más rechazan la escuela. Es necesario que la educación para la salud incluya la clarificación de los propios valores, el fomento de ciertas actitudes y el entrenamiento de determinadas habilidades.

Por último, consideramos que la información obtenida en el segundo factor del presente trabajo podría ser objeto de interés de futuras investigaciones. La relación que este factor revela, especialmente entre las chicas, entre una vida sedentaria y una autopercepción negativa, un consumo frecuente de medicamentos tanto para trastornos psicósomáticos como para adelgazar, unido a hábitos de alimentación inadecuados, que pueden derivar en trastornos alimentarios, cada vez más frecuentes entre los adolescentes, podría tener importantes implicaciones en la elaboración de programas de educación para la salud y sugiere, además, la necesidad de programas de intervención y prevención dirigidas a estas adolescentes en situaciones de riesgo.

AGRADECIMIENTOS

Los resultados presentados en este trabajo forman parte de una investigación más amplia y tesis doctoral titulada "El consumo de alcohol en los adolescentes españoles en el contexto de sus estilos de vida", realizada gracias a una Beca de Formación de Personal Docente e Investigador, concedida por la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, y codirigida por los Doctores Ramón Mendoza Berjano y Silverio Barriga Jiménez, a quienes les deseo expresar mi agradecimiento por su inestimable labor y asesoramiento. Para la realización de la citada investigación, se ha utilizado parte de los datos obtenidos en el estudio español "Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud" (ECERS), efectuado en 1994, bajo la dirección de Ramón Mendoza Berjano, y realizado gracias a una ayuda recibida de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia. Asimismo, la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, la Universidad de Huelva y la Fundación El Monte han contribuido con su financiación al desarrollo del citado estudio.

REFERENCIAS

- Aarö, L.E., Laberg, J.C. & Wold, B. (1995). Health behaviours among adolescents: towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research*, 10 (1), 83-93.
- Álvarez, F.J. y Del Río, M.C. (2000). Alcohol y accidentes de tráfico: ¿Hemos progresado en estos últimos 25 años? *Revista Española de Drogodependencias*, 25 (4), 377-384.
- Barriga, S. (1995). La salud ¿para qué? Contradicciones en la promoción de la salud. En J.A. Morón (Dir.), *La educación para la salud en el ámbito comunitario* (pp.15-29). Sevilla: Editorial MAD.
- Basen-Engquist, K., Edmundson, E.W. & Parcel, G.S. (1996). Structure of health risk behavior among high school students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (4), 764-775.
- Batista, J.M. y Sureda, J. (1987). Análisis de correspondencias y técnicas de clasificación: su interés para la clasificación en las ciencias sociales y del comportamiento. *Infancia y Aprendizaje*, 39-40, 171-186.
- Batista, J.M. y Sureda, J. (1998). Análisis de correspondencias. En J. Renom (Ed.), *Tratamiento informatizado de datos* (pp. 159-192). Barcelona: Massons.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Benzecri, J.P. (1980). *L'analyse des données. L'analyse des correspondences: La taxonomie*. Paris: Dunod.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1999). *Actuar es posible. Educación sobre el alcohol*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Castillo, I., Balaguer, I., Pastor, Y. y Atienza, F. L. (1997). Un estudio de la estructura factorial de los estilos de vida. En *Congreso Nacional de Psicología Social, Simposium 22 sobre Estilos de vida*. San Sebastián (España), 29 de septiembre al 1 de octubre 1997.

- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Donovan, J.E. & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 890-904.
- Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. G. Millstein, A.C. Petersen & E.O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 119-145). Oxford: Oxford University Press.
- Guthrie, B. J., Loveland, C., Frey, M. & Dielman, T. (1994). A theoretical approach to studying health behaviors in adolescents: an at-risk population. *Family and Community Health*, 17 (3), 35-48.
- Igra, V. & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. En R. J., DiClemente, W. B. Hansen, y L. E. Ponton, (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 35-51). New York: Plenum Press.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kannas, L. (1981). The dimensions of health behaviour among young men in Finland. *International Journal of Health Education*, 14 (3), 2-11.
- Koopman, C., Rosario, M. & Rotheram-Borus, M. (1994). Alcohol and drug use and sexual behaviors placing runaway at risk for HIV infection. *Addictive Behaviors*, 19 (1), 95-103.
- Lebart, L. & Morineau, A. (1982). *SPAD, Système Portable pour l'Analyse des Données*. París. Cesia.
- Lebart, L., Morineau, A. & Warwick, J.P. (1984). *Multivariate descriptive statistical analysis*. New York: Wiley.
- Lowry, R., Holtzman, D. & Truman, B. (1994). Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students. *American Journal of Public Health*, 84, 1116-1120.
- Martínez, M. F., León, J. M., Fernández, I. y Barriga, S. (1987). La educación sanitaria como instrumento de promoción de la salud. En S. Barriga, J. M. León y M. F. Martínez (Dir.), *Intervención psicosocial* (pp. 103-115). Barcelona: Hora.
- Mendoza, R., Batista, J. M., Sánchez, M. y Carrasco, A. M. (1998). El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gaceta Sanitaria*, 12 (6), 263-271.
- Mendoza, R., Sagrera, M. R. y Batista, J. M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Madrid: CSIC.
- Montoro, L. (1997). Alcohol, drogas, seguridad vial y accidentes de tráfico. *Revista Española de Drogodependencias*, 22 (3), 161-164.
- Müller, R. & Beroud, G. (1987). *La santé pour les adolescents un problème: une enquête sur la vie quotidienne et la santé des écoliers de 11 à 16 ans*. Lausanne: Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme.
- Muñoz, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1), 87-94.
- Newcomb, M. D. & Felix, M. (1992). Multiple protective and risk factor for drug use and abuse: cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (2), 280-296.
- Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. *Health Promotion: An International Journal*, 1(1), 113-127.
- Nutbeam, D., Aarö, L. & Cafford, J. (1989). Understanding children's health behavior: the implications for health promotion for young people. *Social Science and Medicine*, 29 (3), 317-325.
- Nutbeam, D., Aarö, L. E. & Wold, B. (1991). The lifestyle concept and health education with young people. Results from a WHO international survey. *World Health Statistics Quarterly*, 44, 55-61.
- Oliveras, C., Planes, M. Cunill, M. & Gras, M. E. (2002). Efectos del alcohol y conducción de vehículos: creencias y conductas de los jóvenes. *Revista Española de Drogodependencias*, 27 (1), 66-80.
- Oliveros, S. (1995). La adolescencia, un terreno abonado para las toxicomanías. *Medicina Clínica*, 104, 777-779.
- Ortiz, J. (1996). Uso de drogas en adolescentes guatemaltecos: Factores de riesgo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28, 367-392.
- Pastor, Y., Balaguer, I y García-Merita, M.L. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51 (3-4), 469-483.
- Pons, J. y Pinazo, S. (1998). Revisión de las variables psicológicas y psicosociales implicadas en la etiología del abuso de alcohol en adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 8 (3), 53-87.
- Roysamb, E., Rise, J. y Kraft, P. (1997). On the structure and dimensionality of health-related behaviour in adolescents. *Psychology and Health*, 12 (4), 437-452.
- Simons-Morton, B.G. Crump, A.D., Haynie, D.L. y Saylor, K.E. (1999). Student-school bonding and adolescent problem behavior. *Health Education Research*, 14 (1), 99-107.

- Singh, H & Mustapha, N. (1994). Some factors associated with substance abuse among secondary school students in Trinidad and Tobago. *Journal of Drug Education*, 24, 83-93.
- Swadi, H. (1999) Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55 (3), 209-224.
- Terre, L., Drabman, R. S. & Meydrech, E. F. (1990). Relationships among children's health related behaviors: A multivariate developmental perspective. *Preventive Medicine*, 19, 134-146.
- Thuen, F., Klepp, K. I & Wold, B. (1992). Risk-seeking and safety-seeking behaviors: a study of health-related behaviours among norwegian school children. *Health Education Research*, 7 (2), 269-276.
- Thorlindsson, T. & Vilhjalmson, R. (1991). Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents. *Adolescence*, 26 (102), 399-418.
- Van-Reek, J., Adriaanse, H. & Knibe, R. (1994). Alcohol consumption and correlates among children in the European Community. *International Journal of the Addictions*, 29 (1), 15-21.
- Wold, B., Aarö, L.E. & Smith, C. (1993). *Health behaviour in school age children: a W.H.O cross-national survey: research protocol for the 1993-1994 study*. Bergen: University of Bergen, Research Center for Health Promotion.
- Zweig, J.M., Duberstein, L. & McGinley, K.A. (2001). Adolescent health risk profile: the co-occurrence of health risk among females and males. *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (6), 707-728.