

EL BIENESTAR SUBJETIVO, SU RELACIÓN CON LA SALUD E INCIDENCIAS EN LA EDUCACIÓN

M^a Cristina Sánchez López, Joaquín Parra Martínez y Ana Isabel Rosa Alcázar

Departamento MIDE. Facultad de Educación
Universidad de Murcia

RESUMEN

El objetivo del presente estudio ha sido analizar el grado de bienestar subjetivo (entendido como satisfacción vital, afecto positivo y afecto negativo) y su relación con algunos problemas de salud (síntomas de enfermedades) y conductas de riesgo para la salud (fundamentalmente, las relacionadas con el consumo de sustancias legales e ilegales) en una muestra de adolescentes escolarizados en régimen ordinario e internado con alto control externo. La muestra utilizada ha sido de 170 sujetos de ambos géneros con edades comprendidas entre 14 y 20 años. Los resultados muestran que existen relaciones significativas entre los constructos anteriormente mencionados y, asociadas a su vez a variables sociodemográficas, tales como edad, sexo y régimen de escolarización.

Palabras clave: adolescentes, bienestar subjetivo, problemas de salud, régimen de internado.

ABSTRACT

The aim of the following research has been to analyse the degree of subjective psychological well-being (understood as vital satisfaction, positive affection and negative affection) and its relation with some health problems (illnesses symptoms) and behaviours of health risk, (mainly related to the consumption of both, legal and illegal substances), in a sample of teenagers escolarized in boarding schools with a high external control. The sample used has been composed by 170 individuals of both sexes with ages among 14 and 20. The results show that meaningful relations between the previously mentioned terms exist and that they are associated to socialdemographic variables, such as age, sex and the school regimen.

Key words: teenagers, subjective well-being, health problems, boarding school.

I. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la Educación siempre ha sido un contenido esencial la promoción de la salud, aunque el concepto de salud ha ido cambiando desde comienzos del siglo pasado incorporando no sólo el marco de referencia biológico, sino también el psicológico y el social. Así, en 1948, en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se definía la misma como *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad*. Con esta definición, se reconocen explícitamente como componentes de la salud dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que se suman a la biológica para posibilitar un concepto integral de salud. Uno de los objetivos a tener en cuenta por quien se dedica al ámbito de la psicopedagogía, pedagogía o la educación, en general, ha sido la promoción de la salud, entendida como la protección y el mantenimiento de la misma y la promoción del estado óptimo de bienestar físico, mental y social de la persona y de la comunidad (Maes, 1991; Salleras, 1985). Por otra parte, el concepto de *educación para la salud* no es nuevo y movimientos históricos como el «higienismo y educación» vienen estudiándose con rigor en nuestro ámbito disciplinar (Viñao, 2000); a la vez, la salud como meta es considerada en los trabajos sobre la transversalidad en los estudios de secundaria (Yus, 2000), incluso se ha considerado la salud como parte del currículo de disciplinas concretas, como por ejemplo, educación física o ciencias naturales (Padial y otros, 1998).

Desde este concepto de salud más amplio que el estrictamente biológico, en la última década ha existido un creciente interés por el estudio del bienestar de las personas y su calidad de vida. Diener (1984) definió el bienestar atendiendo a tres categorías: (1) El bienestar externo, entendido como calidad deseable relacionada con el éxito en la vida, (2) el bienestar subjetivo relacionado con la satisfacción vital, a partir de la tendencia que tienen las personas de evaluar su vida de manera positiva y (3) el bienestar subjetivo relacionado con la dimensión afectiva y emocional del sujeto.

En este mismo marco de contenidos, Myers y Diener (1995) consideran que el **bienestar subjetivo** contiene tres componentes interrelacionados, uno cognitivo (ligado a la satisfacción vital) y dos afectivos (relacionados con la felicidad): el afecto positivo y afecto negativo, unidos ambos a reacciones emocionales agradables o desagradables.

(A este respecto y sólo como una nota al margen, si existe abandono en el ámbito de la pedagogía a propósito de «la educación en valores» frente a la de los «contenidos», la consideración de «la educación de las emociones» ni se contempla). Alsinet, Casas y Rosich (2000) concretan estas ideas y lo especifican de la manera que sigue: a) entienden por **satisfacción vital** el resultado de las diferencias entre las percepciones y las aspiraciones de una persona; en concreto, consiste en una valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, aspiraciones y expectativas y que va a estar influenciada por múltiples variables tanto de índole social como cultural; b) el **afecto positivo** lo consideran como la medida por medio de la cual una persona se siente entusiasta y activa delante de la realización de diferentes papeles sociales y se relaciona con la práctica de activi-

dades sociales que facilitan la participación y la frecuencia de acontecimientos agradables; c) en cuanto al **afecto negativo**, se presenta, según estos autores, como una dimensión que implica situaciones de carácter desagradable. Así, las personas con un elevado afecto negativo presentan comportamientos de rabia, depresión, culpabilidad, miedo, problemas de salud, etc., mientras que las de afecto positivo, destacan por la presencia de estados de calma, serenidad, alegría, etc.

Por otra parte y teniendo presente los sujetos con los que hemos trabajado para este estudio, en el ámbito de la psicología evolutiva, la adolescencia es definida por numerosos autores como un periodo de transición que vive el individuo desde la infancia a la juventud (Frydenberg, 1977). Este periodo suele situarse entre los 12 y los 20 años, fundamentalmente Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato, en términos de niveles escolares, dividido en tres etapas: primera adolescencia (12-14 años), adolescencia media (15-17 años) y adolescencia tardía (18 en adelante). En esta etapa son muchos los cambios físicos (e.g., cambios en el crecimiento, hormonales, etc.), psicológicos (e.g., oscilaciones en el estado de ánimo, mayor sensibilidad, deseo de ser mayor, sentimiento de incompreensión, deseo de aislamiento, etc.), académicos (adaptación a nuevos estudios, currículos diferenciados, profesores con distinta motivación y formación profesional etc.), y sociales (e.g., importancia de los grupos de iguales, dificultad en la relación con las figuras de autoridad etc.) que el sujeto va a experimentar, influyendo en su salud y bienestar (Mendoza, Carrasco y Mendoza, 2000). Todo ello provoca que el adolescente se sienta más vulnerable ante las situaciones sociales y que, en determinados casos, se involucre en compañía de sus iguales, en conductas de riesgo tales como el uso abusivo de alcohol, consumo puntual de drogas ilegales, conducción temeraria o comisión de pequeños actos delictivos (Buelga y Lila, 1999; Zani, 1993).

Algunos autores han sugerido que, generalmente, hábitos o conductas de riesgo como el consumo de drogas va precedido de algún tipo de malestar emocional (Huba, Newcomb y Bentler, 1986; Kaplan, 1985; Shedler y Block, 1990), utilizándose generalmente como uno de los métodos para aliviarlo (Aneshensel y Huba, 1983). Otros investigadores señalan que parece existir un nivel muy bajo de satisfacción personal (previo al consumo y también como resultado del mismo) presente en los usuarios que podría justificar la alta frecuencia de trastornos de estado de ánimo entre los adolescentes consumidores (Graña, Muñoz-Rivas, Andreu y Peña, 2000). De manera más específica, López, Martín y Martín (1998) hallaron que el género era una variable que también se encontraba asociada al consumo de sustancias, destacando los chicos frente a las chicas; mientras que Cava, Buelga, Herrero y Lila (2000) demostraron que los adolescentes tardíos o jóvenes consumían más y sustancias más peligrosas que los sujetos que se encontraban en la primera adolescencia o en la adolescencia media, planteamiento, sin duda, que nos orientó en nuestra búsqueda.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de la investigación es analizar el grado de bienestar subjetivo y su relación con algunos problemas de salud y conductas de riesgo en adolescentes que

pertenecen a un centro escolar con dos tipos de regímenes: ordinario e internado con alto control externo.

Para la consecución de este objetivo general, planteamos los siguientes **objetivos específicos**:

1. Conocer los problemas de salud y el bienestar subjetivo que manifiestan los/as participantes.
2. Observar si existe asociación entre el constructo problemas de salud y el constructo bienestar subjetivo.
3. Analizar los constructos problemas de salud y bienestar subjetivo atendiendo a las variables género, edad y régimen de escolarización.
4. Apreciar el consumo de sustancias adictivas y su asociación con las variables género, edad y tipo de escolarización.

3. METODOLOGÍA

3.1. Participantes

Los participantes en este estudio han sido 170 estudiantes de ambos géneros, con edades comprendidas entre 14 y 20 años. Estos sujetos pertenecen a un centro escolar de la Región de Murcia con dos tipos de escolarización: régimen ordinario y régimen de internado.

3.2. Instrumento

El instrumento utilizado está compuesto por tres áreas amplias: la primera referida a variables situacionales o sociodemográficas tales como la edad, género, nivel escolar etc.; una segunda que contiene 5 indicadores de **conductas de riesgo** (consumo de sustancias) y 6 indicadores del constructo **problemas de salud**; y una tercera área que presenta 30 ítemes referidos al constructo **bienestar subjetivo**. Estos 30 ítemes, de acuerdo a como lo ha expresado Sánchez-Cánovas (1998: 7) y de manera más concreta (en forma de instrumento de recogida de información) Alsinet, Casas y Rosich (2000), responden a *tres subescalas*, una de **satisfacción vital** (para la que se utiliza la escala ESVE) y dos subescalas más, una de **afecto positivo** y otra de **afecto negativo**. En el cuestionario los ítemes de la segunda y la tercera área están acompañados de una escala tipo Likert con 5 niveles —*anexo*—.

El cuestionario ha ofrecido coeficientes alfa de fiabilidad claramente satisfactorios: en cuanto a la información referida al constructo **problemas de salud** la fiabilidad es de 0.62; respecto a la subescala **satisfacción vital** el coeficiente alfa es 0.85; en cuanto a **afecto positivo** ha sido igual a 0.89; y por último, el coeficiente alfa de la escala de **afecto negativo** es de 0.88.

3.3. Procedimiento

El cuestionario ha sido administrado a los sujetos en horario escolar por personas diferentes a sus profesores habituales. Las instrucciones para su cumplimentación fueron impartidas por una persona preparada para tal fin. El tiempo medio de contestación de la totalidad del cuestionario fue de 50 minutos aproximadamente.

El vaciado del cuestionario fue realizado por personas habituadas a estas tareas y con la formación necesaria para que el proceso fuese realizado con rigor estricto. Una vez generado el archivo informático de datos, fueron revisados los mismos de manera metódica.

4. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Para el análisis descriptivo de los datos recogidos se han realizado: análisis correlacionales para asociar los constructos **problemas de salud** y **bienestar subjetivo**, y análisis de varianza (ANOVA) para observar si existen diferencias significativas del constructo bienestar subjetivo en función de las variables situacionales y sociodemográficas. Por otra parte, se han generado tablas de contingencia con el fin de establecer estudios diferenciales, tomando como referencia las variables género, edad o consumo de sustancias no beneficiosas para los adolescentes y el constructo problemas de salud. El tratamiento y análisis de los datos ha sido efectuado mediante el programa estadístico SPSS, versión 10.0 para Windows.

4.1. Problemas de salud y bienestar subjetivo

En este primer apartado de resultados atendemos al objetivo específico número uno y, con el fin de hacer más comprensible y ofrecer una perspectiva más globalizadora, caracterizamos los referentes con los que hemos trabajado.

4.1.1. Constructo problemas de salud

Para definir el constructo problemas de salud hemos utilizado un conjunto de seis síntomas que nos permiten obtener una puntuación directa global. Los seis síntomas están presentados en una escala de estimación temporal que oscila entre «nunca» y «casi todos los días» en la que los sujetos van señalando la frecuencia de padecimiento de esos síntomas —*tabla 1*—.

En función de los porcentajes de respuesta, los síntomas que se dan **en mayor medida** en nuestra muestra son **padecer dolor de espalda y dificultades para dormir**. Por el contrario los síntomas que aparecen **con menos frecuencia** son **el dolor de muelas y el sentirse mareado**.

Hemos de mencionar que el dolor de espalda es uno de los síntomas más acusados actualmente por la juventud. Por último procede indicar que la puntuación directa del constructo problemas de salud ofrece una media de 26.68 y una desviación típica de 4.50, la cual indica que, **la muestra aquí estudiada no presenta problemas graves de**

salud, aunque, no por ello, debemos dejar de tener en cuenta los síntomas antes mencionados.

TABLA 1
PORCENTAJE DE OCURRENCIA DE LOS SÍNTOMAS

	Casi todos los días	Más de una vez por semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	Casi nunca o nunca
Dolor-cabeza	4.8	12.6	5.4	2.4	74.9
Dolor-estómago	4.2	10.7	8.9	8.3	67.9
Dolor-espalda	15.7	13.3	7.8	2.4	60.8
Dificultad para dormir	9.5	10.7	6.5	5.4	67.9
Mareado	3.6	7.2	6.6	4.2	78.4
Dolor-muelas	1.8	4.8	2.4	1.2	89.8

4.1.2. Constructo bienestar subjetivo

El constructo bienestar subjetivo viene definido por tres subescalas: **afecto negativo**, **afecto positivo** y **satisfacción vital**.

a) Afecto negativo

La subescala de **afecto negativo** está compuesta por diez ítemes. Se puede obtener también con ella una puntuación directa global que en este caso nos ofrece una media de 37.05 y una desviación típica de 6.97. La forma de manifestarse los sujetos en los distintos ítemes, en general, es tendente a percepciones altas de afecto negativo. Apreciamos, pues, que los adolescentes participantes se perciben teniendo problemas con alguna persona, teniendo miedo, sintiéndose desgraciados, estando aburridos, sintiéndose solos, etc. Todo ello, conlleva un estado de ánimo deprimido, irritable propio de determinados momentos de la adolescencia como ya apuntaban Mendoza, Carrasco y Mendoza (2000) —*tabla 2*—.

Respecto de los ítemes que componen el constructo afecto negativo, los que mayor porcentaje de ocurrencia alcanzan son: **me siento solo** y **me siento desgraciado**. Atendiendo a estos resultados y teniendo en cuenta a Frydenberg (1977) se pueden valorar ambas situaciones emocionales como propias de este momento evolutivo.

b) Afecto positivo

La subescala de **afecto positivo** está compuesta por diez ítemes. La media de la puntuación directa global de todos los participantes es de 19.85 y la desviación típica es de 6.39. Como valoración global, la forma de manifestarse los sujetos en los distintos

TABLA 2
PORCENTAJE DE OCURRENCIA DE LAS RESPUESTAS REFERIDAS AL CONSTRUCTO
AFECTO NEGATIVO

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	siempre
Estoy triste	2.4	6.0	38.7	42.3	10.7
Tengo miedo	4.8	6.0	31.7	36.5	21.0
Me saben mal algunas cosas que he hecho	5.3	11.2	57.4	21.9	4.1
Me siento ridículo	1.8	7.7	29.0	32.5	29.0
Estoy aburrido	3.0	6.0	37.5	36.3	17.3
Siento que complico la vida a los demás	3.6	3.6	24.9	29.6	38.5
Tengo ganas de llorar	3.0	8.9	31.0	29.2	28.0
Me siento desgraciado	3.6	5.9	20.7	20.1	49.7
Me siento solo	2.4	6.5	20.7	24.3	46.2
Tengo un problema con alguna persona	4.7	7.6	27.1	40.0	20.6

ítemes es tendente a percepciones bajas de afecto positivo. Como venimos diciendo, es coherente con el constructo anterior y la forma tradicional de responder los adolescentes —*tabla 3*—.

Respecto a los diez ítemes, procede subrayar que **muy pocos sujetos** señalan que «casi siempre» o «siempre» **están animados** o que **hacen cosas que les interesan**. Por el contrario, existen ítemes que revelan una falta de afecto positivo importante como sucede con los que hacen referencia a **pasarlos bien con otras personas** o sencillamente **pasárselo bien**, en los que los porcentajes son igualmente muy bajos. Como podemos observar, de nuevo este resultado va en la misma dirección de los obtenidos anteriormente, algo preocupante, aún cuando responda a patrones habituales en la adolescencia.

c) Satisfacción vital

La subescala de **satisfacción vital** está compuesta por diez ítemes; de ellos podemos obtener también una puntuación directa global que en este caso nos ofrece una media de 24.73 y una desviación típica de 8.79. La forma de manifestarse los sujetos en los distintos ítemes se concreta en percepciones bajas de satisfacción vital —*tabla 4*—, destacando los sujetos que piensan que «nunca» tienen una buena vida, «nunca» se sienten felices con su vida o quisieran tener una vida diferente, etc.

TABLA 3
PORCENTAJE DE OCURRENCIA DE LAS RESPUESTAS REFERIDAS
AL CONSTRUCTO AFECTO POSITIVO

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	siempre
Estoy animado	31.5	38.7	21.4	4.2	4.2
Hago cosas que me interesan	35.9	37.1	19.4	5.9	1.8
Me lo paso bien con las otras personas	43.7	44.9	9.0	1.2	1.2
Me siento orgulloso de alguna cosa que he hecho	34.1	35.3	27.1	1.8	1.8
Me lo paso bien	36.7	42.6	18.9	0.6	1.2
Estoy contento	28.8	46.5	20.0	3.5	1.2
Estoy ilusionado por alguna cosa	29.4	42.9	22.9	2.4	2.4
Tengo ganas de reír	29.0	45.0	21.3	3.6	1.2
Tengo ganas de sonreír	26.6	47.9	20.7	3.6	1.2
Soy feliz	29.6	40.2	24.3	4.1	1.8

4.2. Asociación entre problemas de salud y bienestar subjetivo

Teniendo en cuenta que nuestro segundo objetivo específico es observar la forma en la que se asocia el constructo **problemas de salud** y el de **bienestar subjetivo**, hemos planteado correlaciones entre el primer constructo (problemas de salud) y las distintas subescalas que especifican al segundo (afecto negativo, afecto positivo y satisfacción vital). De este modo, hemos obtenido los resultados que se expresan a continuación.

- a) **La correlación de problemas de salud y afecto negativo es 0.527.** Según el sentido de nuestro cuestionario en la medida en que expresan poca salud, los sujetos se perciben, a su vez, más frecuentemente tristes, padeciendo miedos, con una percepción de sentirse desgraciados, sentirse solos, etc.
- b) **La correlación de problemas de salud y afecto positivo es -0.500.** Por el sentido de los ítems, aquellos sujetos que manifiestan más síntomas de dolor, es decir, los que indican con su percepción estar más enfermizos presentan menos afecto positivo. Y a la inversa, quienes se sienten más saludables manifiestan tener más frecuentemente afecto positivo, es decir, se encuentran animados, hacen cosas que les interesan, se lo pasan bien con otras personas, están contentos y/o ilusionados, etc.
- c) **La correlación de problemas de salud y satisfacción vital es -0.416.** Es decir, los sujetos que muestran más síntomas de enfermedad expresan con menor fre-

TABLA 4
PORCENTAJE DE OCURRENCIA DE LAS RESPUESTAS REFERIDAS
AL CONSTRUCTO SATISFACCIÓN VITAL

	Nunca	Casi nunca	Alguna vez	Casi siempre	siempre
Me gusta como me van las cosas	10.6	32.4	44.1	7.6	4.7
Mi vida va bien	22.5	36.7	29.0	7.7	4.1
Mi vida es sencillamente correcta	20.4	31.1	29.9	11.4	7.2
Me gustaría cambiar muchas cosas de mi vida	16.2	13.2	36.5	25.1	9.2
Pienso que ojalá tuviera una vida diferente	10.1	7.7	22.6	26.8	32.7
Tengo una buena vida	39.6	36.7	14.8	6.5	2.4
Estoy feliz con mi vida	36.7	29.6	23.7	5.3	5.3
Me siento satisfecho con lo que me está pasando	20.1	34.9	27.8	11.8	5.3
Tengo lo que quiero en la vida	19.0	38.7	28.0	10.7	3.6
Mi vida es mejor que la de muchos chicos o chicas	16.2	29.3	40.1	11.4	3.0

cuencia satisfacción vital. Y, por el contrario, aquellos adolescentes que expresan tener una mejor situación de salud indican encontrarse, a su vez, en mayor medida satisfechos de la vida que llevan.

Los resultados hallados vuelven a indicar la relación existente entre bienestar físico, mental y social, como bien pone de manifiesto la definición de salud anteriormente descrita.

4.3. Problemas de salud y bienestar subjetivo desde las variables género, edad y tipo de escolarización

Atendiendo a nuestro objetivo específico tres, analizaremos el constructo problemas de salud y el constructo bienestar subjetivo, atendiendo en primer lugar, a la variable género, y en segundo lugar, a las variables edad y régimen de escolarización.

4.3.1. Problemas de salud y la situación de bienestar subjetivo desde la diferencia de género

Existen diferencias significativas según el género respecto a las variables problemas de salud, afecto negativo y satisfacción vital. El sentido de las diferencias es:

- a) Respecto a **problemas de salud**, la media de las puntuaciones obtenidas por los sujetos de género masculino son más altas que las de género femenino. Es decir, *los chicos manifiestan tener un nivel de salud mayor que el de las chicas* ($p=.041$; Media Masculino = 26.245; Media Femenino = 24.781).
- b) Respecto al **afecto negativo**, la media de las puntuaciones de los sujetos de género femenino (según el sentido de los ítems del cuestionario) nos informa de que tienen un afecto negativo mayor. Es decir, *las chicas manifiestan que en ellas se dan más frecuentemente situaciones de afecto negativo* ($p=.000$; Media Masculino = 38.78; Media Femenino = 34.27).
- c) Respecto a la **satisfacción vital**, la media de las puntuaciones es diferente entre chicos y chicas. Según los datos, *las chicas expresan una menor satisfacción vital que los chicos*. Es decir, las chicas tienen la impresión de que la vida «nunca» o «casi nunca» les va bien, que «nunca» o «casi nunca» tienen la vida que desean, etc. ($p=.026$; Media Masculino = 23.570; Media Femenino = 26.821).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por otros autores (Mendoza, Carrasco y Mendoza, 2000), en los que los chicos destacaban frente a las chicas por un alto nivel de bienestar físico y psicológico. Hemos de tener en cuenta que las chicas internalizan más las emociones que los chicos, los cuales las exteriorizan bien mediante peleas, fuertes discusiones, etc. Ello influye en que les cueste también más reconocerlas. Por otro lado, en las chicas los cambios fisiológicos que van experimentando (e.g.: menstruación) pueden influir más en sus emociones que los cambios fisiológicos de los chicos.

4.3.2. Problemas de salud y la situación de bienestar subjetivo desde las variables edad y régimen de escolarización

No existen diferencias significativas en función de las variables **edad** y **régimen de escolarización**. Es decir no existen diferencias, estadísticamente significativas, respecto a los constructos **problemas de salud** y **bienestar subjetivo** en función de que los sujetos sean alumnos internos o externos o que tengan una u otra edad dentro de la adolescencia.

Acerca de la variable régimen de escolarización cabría hacer alguna reflexión. Parece relevante subrayar lo que ocurre con la situación de **bienestar subjetivo**: *contrariamente a lo que cabría pensar, no se asocia un malestar psicológico con la situación de internado de los sujetos*. Es decir, no existe una mayor insatisfacción vital, una percepción de afecto negativo o carencias de percepción de afecto positivo en los sujetos escolarizados en régimen de internado.

4.4. Conductas de riesgo para la salud y su asociación con las variables género, edad y régimen de escolarización

Hemos venido llamando algunas conductas de riesgo para la salud, fundamentalmente, a las relacionadas con ciertos consumos de sustancias. Cuando observamos la

forma de asociarse estos consumos con las variables situacionales o demográficas con las que venimos trabajando (objetivo específico número cuatro), podemos apreciar datos esclarecedores de lo que son ciertos hábitos de los adolescentes, y en concreto, de los participantes.

a) Respecto al **género**

Según las respuestas de los sujetos, resulta significativo el consumo de *drogas blandas* si contemplamos la variable género. Así, según nuestros datos, *el porcentaje de chicos que dice consumir drogas blandas es mayor (28%) que el de chicas (9.4%)*. Salvo por este tipo de consumo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas respecto al consumo de *tabaco, café, alcohol y drogas duras*. Estos resultados son, en cierto modo, coincidentes por los hallados por López, Martín y Martín (1998) y nos invitan a considerarlos en los programas de intervención psicopedagógica dirigidos a sujetos de Educación obligatoria y postobligatoria.

b) En cuanto a la **edad**

El consumo de estas sustancias de riesgo para la salud puede estar en algunos casos asociado a la variable edad. En concreto, existe una diferencia estadísticamente significativa considerando la variable edad ante el consumo de *tabaco, alcohol y drogas blandas*. En todos estos casos *conforme aumenta la edad de los sujetos se observa como aumenta el porcentaje de quienes realizan este tipo de consumos*. Los sujetos de diecisiete años o más expresan que toman estas sustancias en mayor medida que los menores de quince años, al igual que ocurría en los estudios realizados por Cava, Buelga, Herrero y Lila (2000). Por el contrario, hemos de indicar que no existe diferencia estadísticamente significativa si tenemos en cuenta la edad en los consumos de *café o drogas duras*.

c) En cuanto al **régimen**

La variable **régimen** se manifiesta respecto a estas conductas de riesgo de manera similar a la variable **edad**. Se puede observar asociada a los consumos de *tabaco, alcohol y drogas blandas*. Es decir, *existe un mayor porcentaje de consumidores de tabaco, alcohol y drogas blandas entre los participantes en régimen de internado*.

Por el contrario, y al igual que sucedía respecto a la variable edad, no existe diferencia estadísticamente significativa si tenemos en cuenta el régimen de internado de los sujetos en relación con el consumo de *café o drogas duras*.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo con el **objetivo general** de esta investigación en la que buscamos analizar el grado de bienestar subjetivo y su relación con algunos problemas de salud y conductas de riesgo para la salud en adolescentes, las conclusiones alcanzadas son las siguientes:

1. El bienestar subjetivo de los participantes se define por altas percepciones de afecto negativo y bajas percepciones de afecto positivo y de satisfacción vital. En cuanto a problemas de salud, el dolor de espalda y la dificultad para dormir son los síntomas que se dan en mayor medida.
2. Existe interacción entre los indicadores analizados referentes a bienestar subjetivo y problemas de salud física, destacando la hallada entre afecto negativo y problemas de salud en la dirección esperada ($r=.528$).
3. En la adolescencia el sentimiento de bienestar subjetivo y problemas de salud es diferente en función del género, siendo las chicas las que presentan puntuaciones más bajas en ambos constructos. Atendiendo a la edad y tipo de escolarización no hallamos diferencias significativas.
4. Existen diferencias significativas en cuanto al consumo de sustancias que pueden generar riesgo para la salud, atendiendo a las variables género, edad y régimen, destacando de forma global un mayor consumo de los chicos frente a las chicas, de los adolescentes mayores frente a los de menor edad y de los internos frente a los externos.

Los resultados obtenidos nos llevan a plantearnos algunos interrogantes respecto a educación con el fin de prevenir situaciones que puedan ocasionar graves problemas en el futuro de los adolescentes. Hemos comprobado que en esta edad se produce el inicio en el consumo de sustancias y que este consumo va a ser mayor cuanto más alto sea el grado de malestar experimentado por el sujeto. Esto nos lleva a considerar la necesidad de una actuación desde los centros educativos que intente *mejorar el nivel de bienestar subjetivo* del sujeto (mediante la mejora de la autoestima, de las relaciones sociales, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas, etc.), a la vez que *detectar los posibles adolescentes en riesgo*. Por otro lado, procedería *modificar aquellas estructuras y normas* que puedan impedir un clima de relaciones sociales gratificantes en los centros educativos. Igualmente, los resultados obtenidos nos invitan a subrayar la relevancia de los programas de desarrollo personal y social, junto a otros más asentados en los centros en los que se imparte educación.

Por otro lado, y para finalizar, sería importante profundizar y plantearnos posibles estudios conducentes a analizar la relación existente entre **salud-bienestar** y **calidad de las relaciones familiares, consumo de drogas y relaciones familiares** o **régimen de internado, situaciones ambientales** que invitan al consumo de sustancias (e.g., presión de grupo, normas de disciplina atendiendo a diferentes tipos de centro) etc.

6. BIBLIOGRAFÍA

Alsinet, C., Casas, F. y Rosich, M. (2000). La satisfacción vital de los niños y de las niñas. Su correlación con las escalas de afecto positivo y de afecto negativo. En J. Fernández del Valle, J. Herrero y A. Bravo (eds.), *Intervención Psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida* (pp. 267-273) Madrid: Biblioteca Nueva.

- Aneshensel, C.S. y Huba, G.J. (1983). Depresión, alcohol use, and smoking over one year: A four-wave longitudinal causal model. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 134-150.
- Buelga, S. y Lila, M. (1999). *Adolescencia, familia y conducta antisocial*. Valencia: C.S.V.
- Cava, M.J., Buelga, S., Herrero, J. y Lila, M. (2000). Recursos familiares y conductas familiares y conductas de riesgo en la adolescencia. En J. Fernández del Valle, J. Herrero y A. Bravo (eds.), *Intervención Psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida* (pp. 119-125) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Frydenberg, E. (1977). *Adolescent Coping*. Londres: Routledge.
- Graña, J.L., Muñoz-Rivas, M.J., Andreu, J.M. y Peña, M.E. (2000). Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: Depresión y autoconcepto. *Revista Española de Drogodependencias*, 25(2), 170-181.
- Huba, G.J., Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1986). Adverse drug experiences and drug use behaviors: A one-year longitudinal study of adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 203-219.
- Kaplan, H.B. (1985). Testing a general theory of drug abuse and other deviant adaptations. *Journal of Drug Issues*, 15, 477-492.
- López, J.S., Martín, M.J. y Martín, J.M. (1998). Consumo de drogas ilegales. En A. Martín y cols. (eds.), *Comportamientos de riesgo: violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales*. Madrid: Entinema.
- Maes, S. (1991). Health Promotion and disease prevention: A social psychological approach. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1(2/3), 5-28.
- Mendoza, M.I., Carrasco, A.M. y Mendoza, R. (2000). Bienestar percibido y percepción del apoyo parental y de los amigos en los adolescentes españoles. En J. Fernández del Valle, J. Herrero y A. Bravo (eds.), *Intervención Psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida* (pp. 105-111) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Myers, D.G. y Diener, E. (1995). Who is happy?. *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Padial, R. y otros (1998). La salud corporal en el currículum de Educación Física: una nueva propuesta. Publicaciones. *Escuela iniversitaria del Profesorado de Melilla*, (28): 265-272, 7.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Viñao, A. (2000). Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica *Areas. Revista de Ciencias sociales*, (20): 9-24.
- Yus, R. (2000). Lo que aporta la transversalidad en la integración de la educación para la salud en el currículum escolar. *Aula de innovación educativa*. (89): 9-14.
- Zani, B. (1993). L'adolescenza e la famiglia. En A. Palmonari (ed.), *Psicología dell'adolescenza* (pp. 203-223). Bologna: Il Mulino.

7. ANEXO

Edad:	Sexo:	Nº de hermanos contándote tú:	Lugar que ocupas:	Régimen al que perteneces:	
⇒ Estudios de tu madre: Sin estudios Primarios			Bachiller o FP	Universitarios	
⇒ Trabaja tu madre: Si No ¿En qué trabaja tu madre?					
⇒ Estudios de tu padre: Sin estudios Primarios			Bachiller o FP	Universitarios	
⇒ Trabaja tu padre: Si...No ¿En qué trabaja tu padre?					
¿Por qué estas en este colegio?:			Si eres alumno interno, obtienes tarjeta de salida:		
1. vivo cerca del colegio			1. nunca		
2. vivo lejos de un colegio			2. casi nunca		
3. a mis padres les gusta este centro			3. algunas veces		
4. por problemas personales			4. casi siempre		
5. otras(especificar)			5. siempre		
CONSUMO Y SALUD FÍSICA					
CONSUMO...					
1. café 2. tabaco 3. alcohol 4. drogas blandas (cannabis) 5. Otras (especificar):					
	<i>casi nunca o nunca</i>	<i>una vez al mes</i>	<i>una vez a la semana</i>	<i>más de una vez por semana</i>	<i>casi todos los días</i>
Consumo café					
Consumo tabaco					
Consumo alcohol					
Consumo drogas blandas					
Consumo drogas duras					
Dolor-cabeza					
Dolor-estómago					
Dolor-espalda					
Dificultad para dormir					
Mareado					
Dolor-muelas					
BIENESTAR SUBJETIVO					
	<i>nunca</i>	<i>casi nunca</i>	<i>algunas veces</i>	<i>casi siempre</i>	<i>siempre</i>
Estoy triste					
Tengo miedo					
Me saben mal algunas cosas que he hecho					
Me siento ridículo					
Estoy aburrido					
Siento que complico la vida a los demás					
Tengo ganas de llorar					
Me siento desgraciado					
Me siento solo					
Tengo un problema con alguna persona					
Estoy animado/a					
Hago cosas que me interesan					
Me lo paso bien con las otras personas					
Me siento orgullosa/o de alguna cosa que he hecho					
Me lo paso bien					
Estoy contento/a					

Estoy ilusionado/a por alguna cosa					
Tengo ganas de reír					
Tengo ganas de sonreír					
Soy feliz					
Me gusta como me van las cosas					
Mi vida va bien					
Mi vida es sencillamente correcta					
Me gustaría cambiar muchas cosas de mi vida					
Pienso que ojalá tuviera una vida diferente					
Tengo una buena vida					
Estoy feliz con mi vida					
Me siento satisfecho con lo que me está pasando					
Tengo lo que quiero en la vida					
Mi vida es mejor que la de muchos chicos o chicas					

Fecha de recepción: 11 de marzo de 2002.
Fecha de aceptación: 13 de marzo de 2003.