

El bienestar psicológico en la adolescencia: variables psicológicas asociadas y predictoras

Carmen Maganto Mateo¹, Montserrat Peris Hernández¹, y
Roberto Sánchez Cabrero²

¹Universidad del País Vasco; ²Universidad de Nebrija (España)

El bienestar psicológico parece estar asociado con hábitos de vida saludable, con variables de personalidad positivas y ausencia de síntomas clínicos relevantes. Este estudio pretende: (1) describir las diferencias de género y edad en las variables: hábitos de vida, variables psicológicas positivas y variables clínicas; (2) analizar correlaciones entre las variables estudiadas y el bienestar psicológico; (3) investigar las variables predictivas del bienestar psicológico. Se trabajó con 1.075 participantes de ambos sexos entre 13 y 18 años, 514 varones (47.8%), 542 tenían entre 13-15 años (50.4%). Fueron evaluados con la Escala de bienestar psicológico; Encuesta de hábitos de vida; Escala de autoestima de Rosenberg (1965); Escala de autoestima corporal; Inventario de síntomas psicopatológicos SCL 90-R. Los resultados confirman diferencias estadísticamente significativas en los hábitos de vida, con puntuaciones superiores los varones y los de menor edad. En las variables de personalidad positivas los varones superan significativamente a las mujeres y en las negativas a la inversa. Se confirma que a mejor rendimiento académico, más ejercicio físico, mejor alimentación, sueño y menor consumo de tabaco, alcohol y drogas, mayor bienestar subjetivo. A puntuaciones más elevadas en variables positivas mayor bienestar psicológico. Predice el 56% del bienestar psicológico: autoconcepto, baja depresión, buena calidad del sueño, autoestima corporal, baja emocionalidad y alto rendimiento académico.

Palabras clave: Hábitos de vida, variables psicológicas positivas, síntomas clínicos, bienestar psicológico.

Psychological well-being in adolescence: associated and predictive psychological variables. Psychological well-being seems to be associated with healthy lifestyle habits, with positive personality variables and absence of relevant clinical symptoms. This study aims to: (1) describe the differences of gender and age in the variables: life habits, positive psychological variables and clinical variables; (2) analyze correlations between the variables studied and psychological well-being; (3) investigate the predictive variables of psychological well-being. It was worked with 1075 participants of both sexes of 13 -18, 514 men (47.8%), 542 of 13 - 15 (50.4%) They were evaluated with the psychological well-being scale, Life habits survey, Self-esteem scale of Rosenberg (1965); Scale of body self-esteem; Inventory of psychopathological symptoms SCL 90-R. The results confirm statistically significant differences in life habits, with higher scores for males and younger age. In positive personality variables, males significantly exceed the women and in the negatives to the inverse. It is confirmed that to the better academic performance, the more physical exercise, the better nutrition, the good sleep quality and less consumption of tobacco, alcohol and drugs, the better psychological well-being. Higher scores in positive variables greater psychological well-being. The 56% of psychological well-being is predicted: self-concept, low depression, good sleep quality, body self-esteem, low emotion and high academic performance.

Key words: Habits of life, positive psychological variables, clinical symptoms, psychological well-being.

Para la ciencia psicológica es todo un desafío poder explicar por qué algunas personas se sienten más satisfechas con la vida que otras y qué factores se relacionan con el bienestar psicológico. Liberalesso (2001) plantea que es más importante la percepción del propio sujeto sobre su vida que las condiciones objetivas en las que se desarrolla esta, y explica que el sentido de bienestar psicológico refleja la evaluación personal sobre el conjunto y sobre la dinámica de las relaciones entre otros aspectos.

El presente trabajo estudia la relación del bienestar psicológico con diversas variables. Una de las más estudiadas es la percepción subjetiva de la salud. En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) representó un hito en la forma de entender la salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades...” (pp. 1), con una clara relación con la percepción subjetiva de la salud. Undén y Elofsson (2006) observan que el predictor más potente de la salud autopercibida es el bienestar psicológico y consideran que la autopercpción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, percibiéndose los varones más saludables que las mujeres (García-Merita y Soler, 2002).

Los hábitos de vida son un conjunto de variables asociadas al bienestar. Los datos de Jiménez, Martínez, Miró, y Sánchez. (2008) permiten concluir que el bienestar psicológico está asociado a la práctica de actividad física, dado que las personas que realizan regularmente ejercicio físico se perciben más saludables, con menor estrés y presentan mejor estado de ánimo que aquellas personas que no realizan ningún tipo de ejercicio físico. Otros estudios han comprobado que la práctica regular de actividad física contribuye al bienestar psicológico de las personas (Haskell et al., 2007).

Unos hábitos de alimentación saludables influyen positivamente en un bienestar psicológico subjetivo (Lindberg y Swanberg, 2006) y en la salud en general (Sebastian, Wilkinson, y Goldman 2009). Sin embargo, la reacción es inversa entre bienestar psicológico y dietas alimentarias, más frecuentes en mujeres por problemas de imagen corporal (Maganto, Garaigordobil, y Kortabarria, 2016; Sehm y Warschburger, 2015). Los hábitos saludables se han ido progresivamente deteriorando desde la infancia (Serra-Majem y Aranceta, 2012) debido al estilo de vida familiar y laboral actual, así como por la industria alimentaria que proporciona productos rápidos, económicos y, en general, poco saludable.

Marín, Franco, Alpi, Tobón, y Sandín (2008) ponen de manifiesto asociaciones positivas entre el bienestar psicológico y la calidad del sueño. Sin embargo, los porcentajes varían enormemente de un estudio a otro según las variables investigadas: número de horas, tiempo que se necesita para dormir, medicamentos consumidos, despertares nocturnos y precoces, etc., lo que dificulta obtener conclusiones coherentes. Roberts, Roberts, y Duong (2009) confirman que entre semana adolescentes y jóvenes duermen menos horas de las recomendadas. Otra investigación constató una

alta prevalencia de trastornos del sueño entre los adolescentes, que varía desde un 6% a un 39%, sin constancia de las diferencias de género.

El hecho de fumar tabaco o beber alcohol es percibido como peor salud y mayor malestar psicológico (Da Silva et al., 2007), estableciendo una relación entre un mejor bienestar psicológico y un menor consumo tanto de tabaco como de alcohol.

El rendimiento académico es otra de las variables asociadas al bienestar psicológico, entendido ajuste escolar que proviene de la implicación en la escuela, y que influye en el ajuste social (Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Madariaga, Arrivillaga, y Galende, 2016).

También se ha asociado sentirse bien con diversas variables psicológicas positivas y negativas, como el autoconcepto positivo y la autoestima, siendo valoradas por Goñi, Rodríguez, y Ruiz de Azúa (2004) como termómetros del bienestar personal y social. Está demostrado que la autoestima corporal es más frecuente en el sexo masculino, confirmando los estudios previos sobre imagen corporal y diferencias entre sexos (Maganto et al., 2016; Maganto, Garaigordobil, y Kortabarria, 2017), y más con el incremento de las redes sociales e internet (Maganto y Peris, 2013; Peris, Maganto, y Kortabarria, 2013). Respecto al bienestar o felicidad, algunos estudios muestran menor felicidad en mujeres (Delfabbro, Winefield, Anderson, Hammarström, y Winefield, 2011), otros indican que en similares condiciones de vida las mujeres presentan mayor nivel de felicidad que los varones (Zweig, 2015) y otros no confirman las diferencias entre sexos (Garaigordobil, 2015). En otro trabajo Garaigordobil, Aliri, y Fontaneda (2009) muestra relaciones entre bienestar psicológico subjetivo con extraversión y negativas con neuroticismo y psicoticismo. En otro estudio (Bausela, 2005) se encontró que la dimensión de extraversión está relacionada con el afecto positivo y por ende con la satisfacción, y que la dimensión neuroticismo se relaciona con el afecto negativo y la insatisfacción. La ansiedad y depresión son variables comórbidas asociadas a varios trastornos, pero no de forma similar en varones y mujeres, siendo superiores los índices de depresión y ansiedad en las mujeres (Steger, Mann, Michels, y Cooper, 2009; Wade, Wilksch, y Lee, 2012). Para Fernández y Pritchard (2012) la impulsividad y la ira están más asociadas a conductas masculinas, y la atención selectiva al propio cuerpo y el perfeccionismo a femeninas.

Por lo anteriormente expuesto, los objetivos fueron (1) analizar si existen diferencias de sexo y edad en las siguientes variables: hábitos de vida (percepción de la salud, actividad física, sueño y alimentación adecuada, ingesta de tabaco, alcohol y drogas), variables psicológicas positivas (autoconcepto, autoestima corporal, extraversión y emotividad) y síntomas psicopatológicos (somatización, ansiedad, obsesión-Compulsión, depresión, sensibilidad-interpersonal, psicoticismo, ideación paranoide, hostilidad, ansiedad fóbica); (2) investigar las correlaciones entre dichas

variables y el bienestar psicológico y material; y (3) indagar cuáles de las variables estudiadas pueden ser predictoras del bienestar psicológico.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 1.075 participantes de ambos sexos, con edades entre 13 y 18 años, 514 varones (47.8%) y 561 mujeres (52.2%), 542 de 13 a 15 años (50.4%), 542 entre 13-15 años (50,4%) y 533 entre 16-18 (49.6%), seleccionados aleatoriamente de los centros educativos del País Vasco.

Instrumentos de evaluación

Escala de bienestar psicológico (EBP) (Sánchez-Cánovas, 1998). Consta de 65 ítems, respondiendo de 1 a 5 según el grado de acuerdo con cada ítem (nunca o casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre). En esta investigación, se aplicaron la Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo (30 ítems) y la Subescala de Bienestar Material (10 ítems), presentando coeficientes alfa de .93 y .90 respectivamente.

Cuestionario de hábitos de vida (Arrue, Maganto, y Garaigordobil, 2007). Autoinforme diseñado a partir de los estudios del Gobierno Vasco (2009) y del Instituto Nacional de Estadística (2003). Las preguntas son cerradas con opciones de respuesta de menor a mayor frecuencia en función de cada cuestión. Tras entrenamiento a profesionales la fiabilidad interjueces fue .96%.

Escala de autoestima corporal (Peris, Maganto, y Garaigordobil, 2016). Compuesta por 26 ítems con una estructura unidimensional y evalúan la autoestima corporal. Los 20 primeros evalúan preferentemente la satisfacción corporal y los seis últimos el atractivo corporal. Las respuestas van de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho). El alpha de Cronbach es .95 y la correlación test-retest de .77. La validez convergente y divergente es satisfactoria.

Cuestionario de personalidad EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 1994; Versión española Sandín, Valiente, Chrot, Olmedo, y Santed, 2002). Incluye una versión abreviada con las mismas cuatro subescalas de 6 ítems cada una: Extraversión, Emotividad, Psicoticismo y Sinceridad. Las escalas muestran niveles apropiados de consistencia interna y validez convergente y divergente en diversos estudios, excepto Psicoticismo, por lo que se descartó en el presente estudio.

Inventario de síntomas psicopatológicos SCL-90-R (Derogatis, 2002). Autoinforme de 90 ítems para detectar dimensiones psicopatológicas de malestar: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y síntomas misceláneos. La

intensidad del sufrimiento oscila entre 0 (ausencia total de molestias) y 4 (molestia máxima). La fiabilidad de las 9 dimensiones sintomáticas ofrece valores entre .81 y .90. La consistencia interna es muy alta, con elevada correlación entre las dimensiones.

Procedimiento

Se utilizó un diseño descriptivo y comparativo de corte transversal y se llevó a cabo la solicitud de consentimientos informados a los centros educativos y a los padres. Se observaron los principios éticos recomendados por el Código Deontológico Español (2002) y los principios éticos aprobados por la Sociedad Británica de Psicología (2006) y la Asociación Americana de Psicología (2002).

RESULTADOS

Para dar respuesta al primer objetivo se realizaron análisis de comparación de medias (t de Student) en función del sexo y edad para los hábitos de vida (Tabla 1), las variables psicológicas positivas (Tabla 2) y las variables psicopatológicas (Tabla 3).

Tabla 1. Comparación de medias en hábitos de vida en función del sexo y edad

Hábitos de vida	Sexo	Sexo	<i>t-test</i>	Edad	Edad	<i>t-test</i>
		Varón=547 Mujer=561 <i>M(DT)</i>	(<i>p</i>)		13-15 años=542 16-18 años=533 <i>M(DT)</i>	<i>p</i>
Calidad de mi salud	Varón	4.22(0.76)	7.174	13-15	4.12(0.74)	3.218
	Mujer	3.90(0.68)	(<.001)	16-18	3.98(0.72)	(.001)
Ejercicio físico	Varón	0.91(0.29)	8.139	13-15	0.87(0.34)	4.750
	Mujer	0.72(0.44)	(<.001)	16-18	0.75(0.43)	(<.001)
Calidad del sueño	Varón	3.52(0.77)	3.828	13-15	3.23(0.77)	3.493
	Mujer	3.06(0.78)	(<.001)	16-18	3.07(0.79)	(<.001)
Calidad de alimentac.	Varón	3.06(0.57)	3.445	13-15	2.99(0.58)	-.214
	Mujer	2.94(0.55)	(<.001)	16-18	3.00(0.55)	(.831)
Realizar dietas	Varón	0.37(0.72)	-10.709	13-15	0.58(0.90)	-2.893
	Mujer	0.94(1.03)	(<.001)	16-18	0.75(0.97)	(.004)
Consumo tabaco	Varón	0.37(0.74)	-3.69	13-15	0.37(0.73)	-3.816
	Mujer	0.55(0.85)	(<.001)	16-18	0.56(0.86)	(<.001)
Consumo alcohol	Varón	0.75(0.64)	-.784	13-15	0.57(0.61)	-10.458
	Mujer	0.78(0.61)	(.433)	16-18	0.95(0.57)	(<.001)
Consumo de drogas	Varón	0.49(0.82)	-.218	13-15	0.40(0.76)	-3.640
	Mujer	0.50(0.82)	(.827)	16-18	0.58(0.86)	(<.001)

Los resultados indican que los varones obtienen medias significativamente superiores a las mujeres en la calidad de salud, ingesta de tabaco y alcohol, y las mujeres en realización de dietas, ejercicio físico, alimentación y sueño. Los adolescentes de 16-18 años tienen mejor percepción de la salud, pero realizan más dietas e ingieren más

tabaco, alcohol y drogas. Los de menor edad, practican más ejercicio físico y tienen mejores hábitos de sueño.

Tabla 2. Comparación de medias en variables psicológicas positivas en función del sexo y la edad

Variables psicológicas positivas	Sexo:	Varón =547		t-test (p)	Edad	13-15 años = 542		t-test (p)
		Mujer = 561				16-18 años= 533		
		M(DT)		M(DT)				
Autoconcepto	Varón	147.56(28.11)	3.104	13-15	144.28(29.57)	-6.31		
	Mujer	142.29(27.13)	(.002)	16-18	145.35(25.91)	(.528)		
Autoestima corporal	Varón	7.08(2.11)	10.336	13-15	5.95(6.04)	2.191		
	Mujer	5.68(2.28)	(<.001)	16-18	5.97(5.77)	(.028)		
Extraversión	Varón	8.39(2.99)	-3.269	13-15	8.5782.299	-.777		
	Mujer	8.85(2.35)	(.001)	16-18	8.69(2.289)	(.437)		
Emotividad	Varón	4.11(3.03)	-4.502	13-15	4.54(3.08)	-.199		
	Mujer	4.97(3.20)	(<.001)	16-18	4.58(3.22)	(.842)		
Bienestar Subjetivo	Varón	106.56(16.86)	6.489	13-15	103.43(18.24)	.896		
	Mujer	99.63(18.08)	(<.001)	16-18	102.45(17.43)	(.370)		
Bienestar material	Varón	37.4(27.76)	2.403	13-15	37.13(8.23)	.1351		
	Mujer	36.24(8.19)	(.016)	16-18	36.47(7.76)	(.171)		

En las variables psicológicas positivas los varones superan significativamente a las mujeres en autoconcepto, autoestima corporal y bienestar subjetivo y material, siendo las diferencias estadísticamente significativas, mientras que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en extraversión y emotividad. Respecto a la edad, solo en autoestima corporal las diferencias son significativas con puntuaciones más elevadas en los de 16-18 años.

Tabla 3. Comparación de medias en variables psicopatológicas en función del sexo y edad

Variables psicológicas clínicas	Sexo	Sexo		t-test (p)	Edad	Edad		t-test (p)
		Mujer = 561				13-15 años=542		
		M(DT)		M(DT)				
Somatización	Varón	0.62(0.53)	-7.578	13-15	0.70(0.59)	-3.217		
	Mujer	0.89(0.61)	(<.001)	16-18	0.82(0.58)	(.001)		
Ansiedad	Varón	0.57(0.53)	-7.342	13-15	0.67(0.57)	-1.958		
	Mujer	0.83(0.58)	(<.001)	16-18	0.74(0.57)	(.051)		
Obsesión-Compulsión	Varón	0.87(0.60)	-6.259	13-15	0.93(0.64)	-3.537		
	Mujer	1.11(0.63)	(<.001)	16-18	1.06(0.60)	(<.001)		
Depresión	Varón	0.59(0.55)	-9.571	13-15	0.72(0.62)	-3.155		
	Mujer	0.95(0.67)	(<.001)	16-18	0.84(0.66)	(.002)		
Sensibilidad Interpersonal	Varón	0.72(0.63)	-8.714	13-15	0.84(0.70)	-3.572		
	Mujer	1.09(0.76)	(<.001)	16-18	0.99(0.74)	(<.001)		
Psicoticismo	Varón	0.47(0.54)	-2.401	13-15	0.48(0.53)	-1.779		
	Mujer	0.55(0.52)	(.017)	16-18	0.54(0.54)	(.075)		
Ideación paranoide	Varón	0.74(0.63)	-3.775	13-15	0.76(0.65)	-2.717		
	Mujer	0.89(0.65)	(<.001)	16-18	0.87(0.65)	(.007)		
Hostilidad	Varón	0.73(0.69)	-.421	13-15	0.75(0.72)	.286		
	Mujer	0.75(0.70)	(.674)	16-18	0.73(0.66)	(.775)		
Ansiedad fóbica	Varón	0.24(0.43)	-4.945	13-15	0.33(0.47)	1.452		
	Mujer	0.37(0.47)	(<.001)	16-18	0.29(0.43)	(.147)		
Índice-total síntomas	Varón	0.62(0.47)	-7.688	13-15	0.70(0.52)	-2.854		
	Mujer	0.85(0.52)	(<.001)	16-18	0.79(0.51)	(.004)		

Las mujeres informan de mayor sintomatología clínica que los varones en todas las escalas evaluadas con diferencias estadísticamente significativas y los adolescentes entre 16-18 años obtienen puntuaciones superiores a los de 12-15 en todas las variables, excepto ansiedad, Psicoticismo, hostilidad y ansiedad fóbica en las que no hay diferencias significativas.

Las mujeres informan de mayor sintomatología clínica que los varones en todas las escalas evaluadas con diferencias estadísticamente significativas y los adolescentes entre 16-18 años obtienen puntuaciones superiores a los de 12-15 en todas las variables, excepto ansiedad, Psicoticismo, hostilidad y ansiedad fóbica en las que no hay diferencias significativas.

Con la finalidad de responder al segundo objetivo se llevaron a cabo análisis correlacionales de Pearson entre el bienestar psicológico y material y las variables estudiadas (Tabla 4)

Tabla 4. Correlaciones bivariadas de Pearson entre hábitos de vida, variables psicológicas positivas y psicopatológicas en función del bienestar subjetivo y material

	Bienestar subjetivo	Bienestar material
Calidad de la salud	.35***	.24***
Calidad del sueño	.31***	.25***
Calidad de alimentación	.22***	.14***
Frecuencia de dieta	-.16***	-.12***
Consumo de alcohol	-.09***	-.10***
Consumo de drogas	-.20***	-.16**
Autoconcepto	.65***	.41***
Autoestima corporal	.37***	.28***
Extraversión	.24***	.09**
Emotividad	-.42***	-.30***
Somatización	-.26***	-.23***
Ansiedad	-.30***	-.25***
Obsesivo-Compulsivo	-.34***	-.28***
Depresión	-.42***	-.33***
Sensibilidad interpersonal	-.36***	-.27***
Psicoticismo	-.29***	-.24***
Ideación paranoide	-.25***	-.24***
Hostilidad	-.26***	-.24***
Ansiedad fóbica	-.22***	-.16***
Índice total síntomas	-.381***	-.313***

* $p < .05$; ** $p < .001$; *** $p < .001$

Los análisis correlacionados muestran que todas las variables positivas correlacionan positivamente con bienestar psicológico y material y viceversa. La magnitud de la correlación varía en función de las variables estudiadas. Así, los hábitos de vida positivos (la calidad de salud, sueño y alimentación) presentan correlaciones más elevadas que los hábitos negativos (consumo de tabaco, alcohol y drogas). De las variables positivas, el autoconcepto y la autoestima caporal, muestran correlaciones

positivas de mayor magnitud y la emotividad muestra correlaciones negativas con ambas subescalas del bienestar. Las variables psicopatológicas correlacionan negativamente con bienestar psicológico y material con similar magnitud en la mayoría de ellas.

Para investigar qué variables eran predictoras del bienestar subjetivo se realizó un análisis de regresión lineal (Tabla 4). Se introdujeron todas las variables estudiadas, dando como resultado que 5 variables resultaron estadísticamente significativas: Autoconcepto (beta .50), depresión (beta -.14), calidad del sueño (beta .13), autoestima corporal (beta .14) y emotividad (beta -.13). Los coeficientes de regresión estandarizados beta indican que estas variables tienen cierto peso sobre la variable bienestar psicológico subjetivo. De acuerdo con esta afirmación, los porcentajes de varianza explicada (coeficientes de determinación ajustados) por las 5 variables predictoras fueron correlativamente 42%, 50%, 53%; 54; 55%. Es decir, alto autoconcepto, baja depresión, alta calidad del sueño y de la autoestima corporal y baja emotividad explican el bienestar psicológico subjetivo

Tabla 5. Análisis de regresión múltiple lineal para variables explicativas del bienestar psicológico subjetivo

Variables explicativas	R	R ²	ΔR^2	Error típico	B	Error típico	Constante	β	t (***)
Autoconcepto	.65	.43	.42	13.47	.32	.01	41.62	.50	21.97***
Depresión	.71	.51	.50	12.46	-3.98	.74	41.62	-.14	-5.32***
Calidad del sueño	.73	.53	.53	12.18	3.06	.49	43.45	.13	6.21***
Autoestima corporal	.74	.55	.54	11.97	1.26	.20	39.99	.14	6.24***
Emotividad	.75	.56	.55	11.83	-.77	.15	44.04	-.13	-5.14***

*** $p < .001$

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como primer objetivo analizar las diferencias de sexo y edad en las siguientes variables: hábitos de vida (percepción de la salud, actividad física, sueño y alimentación adecuada, ingesta de tabaco, alcohol y drogas), variables psicológicas positivas (autoconcepto, autoestima corporal, extraversión y emotividad) y síntomas psicopatológicos (somatización, ansiedad, obsesión-Compulsión, depresión, sensibilidad-interpersonal, psicoticismo, ideación paranoide, hostilidad, ansiedad fóbica).

Los resultados muestran que los varones obtienen medias significativamente superiores a las mujeres en la calidad de salud, ejercicio físico, adecuada alimentación y sueño, pero también en ingesta de tabaco y alcohol.

Cuando se comparan los resultados de estudios a nivel internacional (Eurostat, 2009) y autonómico (Gobierno Vasco, 2009) se confirma que las conclusiones del presente trabajo son similares a ellos. Para la mayoría de los adolescentes europeos (91%), españoles (87,2%) y del País Vasco (93,4%) su salud es buena, especialmente los varones. La explicación de estas diferencias puede deberse a que los varones y

adolescentes mayores tienen una percepción más benigna de sí mismos en todos los aspectos. Desde el inicio de la adolescencia, parece que la mujer acepta mejor el etiquetaje de la enfermedad y el relato de sus dolencias (García-Merita y Soler, 2002). El bienestar psicológico es uno de los factores que más influyen en la percepción de la salud, y para Undén y Elofsson (2006), son muchas las variables que intervienen en que hombres y mujeres valoren de manera diferente su salud general, pero no se conocen científicamente tales mecanismos.

Así mismo, los resultados del ejercicio físico coinciden con los datos publicados por el Gobierno Vasco, (2009) en el sentido de que los varones y los adolescentes menores practican más ejercicio físico que las mujeres y los de mayor edad, mostrando cómo el sedentarismo se está imponiendo progresivamente debido al incremento de actividades sedentarias que las nuevas tecnologías propician y a la utilización generalizada del transporte móvil para los desplazamientos.

Respecto a la alimentación, está demostrado que las recomendaciones nutricionales hechas por los comités internacionales son más deficientes en mujeres y en edades superiores. En la línea de nuestro estudio, pero con ligeras diferencias, ofrecen datos el estudio de Sebastián et al. (2009). Esto hecho parecen relacionarse con nuevos estilos de vida, organización familiar, con la influencia de los medios de comunicación y la falta de tiempo que propicia alimentos comerciales envasados, procesados y de preparación rápida o las comidas fuera del hogar (Serra-Majem y Aranceta, 2012).

Las mujeres, especialmente de 16-18 años, realizan más dietas, aspecto esperable por ser edades susceptibles a la insatisfacción corporal derivada de la presión del modelo estético corporal, especialmente con el uso de las publicaciones virtuales en las redes sociales, en línea con investigaciones revisadas (Maganto et al., 2016; Maganto y Peris, 2013)

Respecto al sueño, los resultados de este estudio y la mayoría de los estudios revisados indican insuficientes horas de sueño en adolescentes y jóvenes. Los estudios sobre el número de horas confirman que la mayoría de adolescentes duerme, entre semana, menos horas de las recomendadas (Roberts et al., 2009), así como un incremento de trastornos del sueño (Marín et al., 2008).

Son muchos los factores que pueden privar del sueño: factores académicos (horarios de los centros, tendencia de los estudiantes a aplazar las tareas...), lúdicos (ver la televisión hasta tarde, uso de aparatos electrónicos, salir de marcha...) y personales.

El consumo de tabaco, alcohol y drogas son conductas habituales en adolescentes, obteniendo resultados similares a otros estudios (Da Silva et al., 2007), especialmente los fines de semana.

En las variables psicológicas positivas los varones superan significativamente a las mujeres en autoconcepto, autoestima corporal y bienestar subjetivo y material, siendo las diferencias estadísticamente significativas, mientras que las mujeres obtienen

puntuaciones más elevadas en extraversión y emotividad. Respecto a la edad, solo en autoestima corporal las diferencias son significativas con puntuaciones más elevadas a los 16-18 años. Estos resultados son confirmatorios de investigaciones precedentes en los que las variables positivas están vinculadas al sexo masculino (Maganto et al., 2017; Peris et al., 2013; Sehm y Warschburger, 2015). Igualmente, los resultados sobre bienestar subjetivo y material también convalidan estudios previos (Delfabbro et al., 2011; Garaigordobil, 2015; Zweig, 2015).

También el presente estudio confirma estudios previos sobre variables psicopatológicas (Bausela, 2005; Fernández y Pritchard, 2012; Wade et al., 2012), mostrando las mujeres mayor sintomatología clínica que los varones en todas las escalas evaluadas con diferencias estadísticamente significativas. Los adolescentes de 16-18 años obtienen puntuaciones estadísticamente superiores a los de 12-15 en todas las variables, excepto ansiedad, psicoticismo, hostilidad y ansiedad fóbica.

Respecto al segundo objetivo, se ha encontrado que todas las variables positivas correlacionan positivamente con bienestar psicológico y material y viceversa. La magnitud de la correlación varía en función de las variables estudiadas. Así, los hábitos de vida positivos (la calidad de salud, sueño y alimentación) presentan correlaciones más elevadas que los hábitos negativos (consumo de tabaco, alcohol y drogas). De las variables positivas, el autoconcepto y la autoestima corporal, muestran correlaciones positivas de mayor magnitud y las variables psicopatológicas correlacionan negativamente con bienestar psicológico y material con similar magnitud en la mayoría de ellas. Estos resultados concuerdan con los de Steger et al. (2009) cuando afirma que aquellas personas con tienen hábitos de vida saludables obtienen puntuaciones más altas en bienestar psicológico, autoconcepto y satisfacción corporal, así como puntuaciones más bajas en síntomas psicopatológicos, especialmente depresión. Parece, que hay una sinergia de factores positivos entre sí y negativos entre sí retroalimentándose unos a otros.

Finalmente, se investigó qué variables eran predictoras del bienestar subjetivo, encontrándose 5 variables estadísticamente significativas: Autoconcepto, depresión, calidad del sueño, autoestima corporal y emotividad, obteniendo correlativamente el 42%, 50%, 53%; 54 y 55% de la varianza explicada. Es decir, alto autoconcepto, baja depresión, alta calidad del sueño y de la autoestima corporal y baja emotividad explican el bienestar psicológico subjetivo.

Al ser un estudio trasversal no es posible obtener relaciones causales, pero los estudios predictivos adquieren un gran valor por afinar en aquellas variables que condicionan el objeto de estudio.

Estudios repetidos sobre diferencias de sexo nos interrogan sobre las discrepancias en las auto-atribuciones y las auto-percepciones reflejadas en los

autoinformes. Parece que la mujer tiene que reflejar una profunda insatisfacción consigo misma, cuando en realidad, los hechos son, con frecuencia, de otro modo.

Estos datos obligan a plantearnos programas sobre hábitos de vida más saludables así como programas específicos para el incremento de variables positivas que incidan en la reducción de síntomas clínicos especialmente en adolescentes mujeres en esta franja de edad. Conociendo las variables predictivas del bienestar psicológico podemos precisar programas de mayor calidad.

REFERENCIAS

- Abogacía Española (2002). *Código Deontológico*. Madrid: Estatuto General de la Abogacía Española.
- American Psychological Association (2002). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington D.C.: APA.
- Arrue, M., Maganto, C., y Garaigordobil, M. (2007). *Hábitos de vida y factores psicológicos durante la adolescencia y juventud en la Comunidad Autónoma del País Vasco* (Tesis Doctoral). Universidad del País Vasco, San Sebastián.
- Bausela, E. (2005). Modelos alternativos de evaluación de la personalidad: modelo de los cinco grandes factores, modelo 16 PF y otros. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2). Fundación OMIE. Revista Internacional On-line. Bilbao, España.
- British Psychological Society (2002). *Professional Practice Guidelines. Division of Educational and Child Psychological*. Leicester, UK: British Psychological Society.
- Da Silva, R., Horta, B., Pontes, L., Faria, A., Souza, L.,... Pinheiro, R. T. (2007). Psychological well-being and adolescence: associated factors. *Cuadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1113-1118.
- Delfabbro, P., Winefield, A., Anderson, S., Hammarström, A., y Winefield, H. (2011). Body image and psychological well-being in adolescents: the relationship between gender and school type. *Journal of Genetic Psychology*, 172(1), 67-83.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Eurostat (2009). *Youth in Europe*. Comisión Europea. Recuperado de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>
- Eysenck, H.J., y Eysenck, S.B.G. (1994). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Fernández, S. y Pritchar, M. (2012). Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 13(4), 321-325.
- Garaigordobil, M. (2015). Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Frontiers in Psychology*, 6, 1176.
- Garaigordobil, M., Aliri, J., y Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Psicología Conductual*, 17(3), 543-559.
- García-Merita, M., y Soler, M. (2002). Salud percibida y alteraciones psicosomáticas en la adolescencia temprana. En I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp.183-207). Valencia: Promolibro.
- Gobierno Vasco (2009). *Encuesta de Salud del País Vasco 2007 (primeros resultados)*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
- Goñi, A., Rodríguez, A., y Ruiz de Azúa, S. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25(4), 141-151.

- Haskell, W., Lee, I., Pate, R., Powell, E., Blair, S.,... Bauman, A. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-1434.
- Instituto Nacional de Estadística (2003). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Liberalesso, A. (2001). *Bienestar Subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Rumbo a una psicología positiva en la América latina*. Campiñas: Universidad Estatal de Campiñas.
- Lindberg, L., y Swanberg, I. (2006). Well-being of 12-year-old children related to interpersonal relations, health habits and mental distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 274-281.
- Maganto, C. y Peris, M. (2013). La corporalidad de los adolescentes en las redes sociales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 55, 53-62.
- Maganto, C., Garaigordobil, M., y Kortabarria, L. (2016). Variables antropométricas, hábitos y dietas alimentarias en adolescentes y jóvenes: Diferencias en función del sexo. *Acción Psicológica*, 13(2), 89-100.
- Maganto, C., Garaigordobil, M., y Kortabarria, L., (2017). Eating problems in adolescents and youths: Explanatory variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 19(81), 1-9.
- Marín, A., Franco, A., Alpi, S., Tobón, S., y Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*, 15(1), 217-240.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: Conferencia Sanitaria Internacional.
- Peris, M., Maganto, C., y Garaigordobil, M. (2016). Escala de Autoestima Corporal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 21-58.
- Peris, M., Maganto, C., y Kortabarria, L. (2013). Autoestima corporal, publicaciones virtuales en las redes sociales y sexualidad en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(2), 171-180.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., y Duong, H.T. (2009). Sleepless in adolescence: prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *Journal of Adolescence*, 32(5), 1045-1057.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Madariaga, J. M., Arrivillaga, A., y Galende, N. (2016). Steps in the construction and verification of an explanatory model of psychosocial adjustment. *European Journal of Education and Psychology*, 9, 20-28. doi:10.1016/j.ejeps.2015.11.002
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *EBP: Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid: TEA.
- Sandín, B., Valiente, B., Chorot, P., Olmedo, M., y Santed, M. (2002). Versión española del Cuestionario EPQR-Abreviado: análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205.
- Sebastian, R., Wilkinson, C., y Goldman, J. (2009). US Adolescents and MyPyramid: Associations between Fast-Food Consumption and Lower Likelihood of Meeting Recommendations. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(2), 226-235.
- Sehm, M., y Warschburger, P. (2015). The specificity of psychological factors associated with binge eating in adolescent boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 1563-1571.

- Serra-Majem, LL., y Aranceta, J., (2012). *Alimentación infantil y juvenil*. Barcelona: Toray Masson.
- Steger, M., Mann, J., Michels, P., y Cooper, T. C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression and general health among smoking cessation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 353-358.
- Undén, A. y Elofsson, S. (2006). Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gender Medicine*, 3(4), 295-308.
- Wade, T, Wilksch, S., y Lee, C. (2012). A longitudinal investigation of the impact of disordered eating on young women's quality of life. *Health Psychology*, 31(3), 352-359.
- Zweig, J. (2015). Are women happier than men? Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Happiness Studies*, 16(2), 515-541.

Recibido:
Recepción Modificaciones:
Aceptado: