

DIMENSIONES DEL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA: UNA REVISIÓN

Y. PASTOR; I. BALAGUER*
M.L. GARCÍA MERITA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
*Area de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universitat de Valencia

Resumen

Durante los últimos 20 años, los investigadores han mostrado su interés por estudiar la relación entre las distintas conductas de salud en la edad adolescente y su agrupación en factores o dimensiones de estilo de vida. El objetivo de esta revisión es analizar las características de la investigación sobre este tema, examinando los principales resultados y conclusiones al respecto. De nuestra revisión se desprende la existencia de tres tradiciones investigadoras que difieren, entre otras cosas, en el número de dimensiones que proponen: la unidimensionalidad, la bidimensionalidad y la multidimensionalidad. A pesar de las divergencias, encontramos un fuerte apoyo empírico para la existencia de un factor de *consumo de sustancias*. Menor apoyo recibe un factor tomado por las *conductas que realzan la salud*. Las relaciones existentes entre estas últimas son débiles y dependen en mayor medida de los factores culturales. La literatura presenta algunos problemas metodológicos que pueden explicar en parte la divergencia de resultados.

Abstract

During the last twenty years, researchers have shown their interest in studying the relationship among different health behaviours in the adolescent age and their clustering in lifestyle factors or dimensions. The purpose of this review is to analyse the characteristics of the research on this theme, focusing on the main results and conclusions. The existence of three research traditions that differ in the number of dimensions they propose arise from our review: unidimensionality, bidimensionality and multidimensionality. Despite the divergences, we have found a strong empirical support for the existence of a substance use factor. A health-enhancing behaviour factor receives less empirical support. The relationship among these behaviours are weak and depend on cultural factors. The literature presents some methodological problems that could in part account for the divergent results.

Introducción

Aunque no existe una definición unívoca del término *estilo de vida relacionado con la salud*, la mayoría de los autores convergen al entender el estilo de vida como un patrón de conductas relacionadas con la salud (Pastor, Balaguer & García-Merita, en prensa). Estas conductas que

toman parte del estilo de vida se caracterizan porque son observables, constituyen hábitos, es decir, son recurrentes a lo largo del tiempo y poseen consecuencias para la salud (Elliot, 1993). En el estilo de vida relacionado con la salud los investigadores incluyen tanto aquellas conductas que suponen un riesgo para la salud, como aquellas otras conductas que realzan la salud (Elliot, 1993). Las conductas de riesgo, como su propio nombre indica, son aquellos comportamientos cuya realización posee consecuencias negativas para la salud, ejemplos de éstas serían el consumo de tabaco o el consumo de alcohol. Por el contorno, las conductas que realzan la salud son aquellos comportamientos que poseen consecuencias positivas para la salud, como por ejemplo la práctica de ejercicio o la alimentación equilibrada.

Desde los orígenes del término de estilo de vida a finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, el término ha sido empleado en muy diversas áreas de estudio y exista numerosas definiciones del mismo (Coreil, Levin & Jaco, 1992). A pesar de ello, todas las definiciones fomidadas hasta esas fechas tienen una característica en común que es la noción de integración (Ansbacher, 1967). Es decir, con el término de estilo de vida los autores hacen referencia a una dimensión unificadora que une diferentes partes de un conjunto (Ansbacher, 1967). A mediados del siglo XX el concepto de estilo de vida se incorpora al área de la salud perdiendo ese significado integrador que tenía en sus orígenes (Coreil et al., 1992).

Algunos autores denuncian que el concepto de estilo de vida en el área de la salud se ha convertido en una noción atomista donde las conductas son tratadas como elementos aislados e independientes (Coreil et al., 1992). De hecho, en muchas de las investigaciones sobre el tema se evalúan distintas conductas relacionadas con la salud pero no se analizan las relaciones existentes entre las mismas. De este modo, el término de estilo de vida pierde su significado original. Sin embargo, algunos estudiosos consideran que existe una relación entre las distintas conductas de salud de tal modo que constituyen un patrón que puede conducir a un mayor o menor riesgo para la salud (Elliot, 1993). En este sentido, dentro del marco de estudio del estilo de vida relacionado con la salud, es fundamental las relaciones entre las distintas conductas, o mejor aún tratar de apresar las dimensiones o factores subyacentes en las que estas conductas se agrupan. Es, desde el punto de vista de la dimensionalidad, dónde el concepto adopta su significado más integrador dentro del ámbito de la salud (Pastor, Balaguer, Castillo & González, 1997).

Los primeros estudios empíricos que emplearon el término de estilo de vida en el ámbito de la salud datan de principios de los setenta. En éstos se trataba de analizar la relación entre las distintas conductas de salud en la población adulta (Belloc & Breslow, 1972; Belloc, 1973; Williams & Wechsler, 1972). Progresivamente, se fueron introduciendo metodologías más refinadas como el análisis factorial para tratar de apresar ese patrón conductual. Los estudios realizados con población adulta apuntan hacia la existencia de múltiples dimensiones del estilo de vida (Abel, 1991; Sobal, Revicki & DeForge, 1992; Ungemack, 1994; Williams & Wechsler, 1972). Posiblemente, la edad adulta constituye un periodo del desarrollo en el que las conductas de salud ya están instauradas y se mantienen de forma independiente unas de otras, por lo que es más probable la existencia de varias dimensiones (Ungemack, 1994).

La edad adolescente posee, sin embargo, otros rasgos distintivos. La adolescencia constituye un periodo de la vida que se caracteriza fundamentalmente por: a) una búsqueda de la independencia y un deseo de separación del control adulto (Jessor & Jessor, 1977), b) otorgar mayor importancia al grupo de los pares (Coleman, 1980) y c) una mayor preocupación por parte de los sujetos hacia su identidad (Harter, 1990). Todas estas características influyen en su componente. Los adolescentes pueden así adoptar conductas para expresar su estatus adulto, o como un modo de experimentar con diferentes identidades o de converger con una imagen social aceptada por la audiencia de los pares (Chassin, Presson & Sherman, 1987). Vinculadas a estos factores, las conductas relacionadas con la salud pueden aprenderse conjuntamente (Elliot, 1993).

En este periodo, las personas tienen mayores oportunidades para empezar a tener relaciones sexuales, fumar, beber o consumir drogas. A esta edad también aprenden a conducir y a menudo combinan esta nueva habilidad con el consumo de alcohol o de otras drogas (Dougherty, 1993; Sarafino, 1994). Estas conductas constituyen un riesgo para la salud tanto a corto como a largo plazo (Jessor, 1984). Los adolescentes deben afrontar muchas tentaciones y fuerzas que les conducen a un estilo de vida de riesgo, ejemplo de ello son las presiones de los pares (Jessor, 1984). A pesar de los esfuerzos en la promoción de la salud, los adolescentes poseen poca información de los beneficios de otro tipo de comportamientos que pueden moderar el efecto pemicioso de estas conductas, como por ejemplo la práctica de ejercicio, la alimentación equilibrada la higiene dental y los hábitos de descanso entre otros (Jessor, 1984). Dada la relevancia de este área de estudio, en los últimos veinte años los investigadores se han interesado en analizar las relaciones que se establecen entre todas estas conductas en la edad adolescente.

A finales de los 70 y principios de los 80, aparecen los primeros estudios de naturaleza correlacional con población adolescente (Kannas, 1981; Mechanic & Cleary, 1980), Asimismo, se fomula la Teoría de la Conducta Problema que constituirá una pieza clave en el estudio de la dimensionalidad del estilo de vida de los adolescentes (Jessor & Jessor, 1977), Desde entonces y hasta nuestros días se han realizado múltiples trabajos al respecto. A pesar de ello, no existe consenso con respecto al número de dimensiones con el que podríamos apresar las conductas de salud de los adolescentes.

El objetivo del presente trabajo consiste en revisar los resultados obtenidos en los estudios sobre las dimensiones de estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia. Nos interesa examinar cuáles son los puntos de controversia en la investigación que conducen a resultados dispares. Asimismo, ofreceremos algunas recomendaciones para la investigación futura en este área.

Metodología

El primer paso de esta revisión consistió en localizar todos aquellos artículos sobre dimensiones de estilo de vida relacionado con la salud realizados con población adolescente y publicados durante el periodo comprendido entre 1991 y 1997. Los repertorios bibliográficos utilizados para la búsqueda de información fueron el Psychological Abstracts, el Social Sciences Citation Index y el Medline. Los descriptores introducidos fueron: estilo de vida o conductas de salud y dimensiones o estructura de factores. Una vez localizados los artículos y dado que encontramos muy pocos trabajos sobre el tema con población adolescente en estos repertorios bibliográficos, consideramos oportuno revisar todos aquellos artículos que aparecían en las referencias de los estudios. De este modo, aunque la revisión realizada en los repertorios bibliográficos parte de 1991, los trabajos con los que contamos para la misma datan desde finales de los años 70, periodo en el que se inicia este área de estudio, hasta nuestros día.

El material del presente trabajo de revisión consta de 19 artículos empíricos y 3 capítulos de libro (2 teóricos y 1 empírico). Los trabajos teóricos se han utilizado para elaborar la introducción y con los empíricos realizamos el análisis de contenido que presentamos a continuación.

Resultados del análisis bibliográfico

Los trabajos que tratan de apresar la dimensionalidad del estilo de vida de los adolescentes pueden agruparse en tres tradiciones diferentes: 1) aquellos trabajos que basándose en la Teoría de la Conducta Problema estudian cómo se agrupan en una sola dimensión las distintas conductas de riesgo para la salud junto a otros comportamientos problemáticos, 2) aquellos otros

que además de las conductas de riesgo introducen las conductas que realzan la salud encontrando la existencia de dos dimensiones y 3) por último, los estudios que también introducen ambos tipos de conductas relacionadas con la salud pero encuentran múltiples dimensiones. A continuación, revisaremos los resultados de los trabajos basándonos en esta clasificación.

1. Unidimensionalidad del estilo de vida: Teoría de la Conducta Problema

Desde diversas perspectivas teóricas se ha planteado que las conductas de riesgo para la salud están fuertemente unidas en la edad adolescente dado que poseen una etiología común (Elliot, 1993). La Teoría de la Conducta Problema constituye el principal exponente de esta visión (Jessor & Jessor, 1977). Esta teoría postula que las conductas de riesgo para la salud junto a otros comportamientos problemáticos de la edad adolescente (como por ejemplo, la delincuencia o el absentismo escolar) son manifestaciones de una propensión general hacia la desviación, una predisposición hacia la no-convencionalidad. Todas estas conductas, que ellos denominan conductas problema, conforman un síndrome y comparten un conjunto de factores determinantes que les afecta (Jessor & Jessor, 1977). Fundamentalmente, los pioneros de esta orientación teórica han mostrado interés por analizar como las conductas de riesgo para la salud junto a otras conductas problema se agrupaban en un factor general (Donovan & Jessor, 1985; Donovan, Jessor & Costa, 1988, Jessor, Chase & Donovan, 1980). Sin embargo, en los últimos años estos autores también se han ocupado de estudiar como se agrupan las conductas que realzan la salud (Donovan, Jessor & Costa, 1993).

Desde la década de los ochenta y hasta nuestros días, esta teoría ha inspirado muchos trabajos sobre la dimensionalidad del estilo de vida de los adolescentes (Véase tabla I). Los primeros estudios que se realizaron confirmaban la existencia de un factor de conductas problema (Donovan & Jessor, 1985; Donovan et al., 1988, Jessor et al., 1980), mientras que en los últimos años algunos autores han destacado que varios factores explican un mayor porcentaje de la varianza de las conductas problema en la edad adolescente (Basen-Engquist, Edmunson & Parcel, 1996; Gilimore, Hawkins, Catalana, Day & Moore, 1991; Grube & Morgan 1990).

En un trabajo de naturaleza correlacional, Jessor y colaboradores (1980) encuentran que el consumo de drogas, el consumo de alcohol y la conducta década se relacionan positivamente con el consumo de marihuana, sugiriendo a partir de este resultado la existencia de una dimensión común subyacente. Estas mismas variables (junto a la práctica de relaciones sexuales precoces) fueron introducidas en estudios posteriores que utilizaban la técnica del análisis factorial exploratorio. Los resultados de estos trabajos indican que un sólo factor es suficiente para explicar la variabilidad de estas conductas. El porcentaje de varianza explicado en los distintos estudios adopta valores comprendidos entre el 22% y el 47% (Donovan & Jessor, 1985; Donovan et al., 1988). Este resultado se replica en distintas muestras que se diferencian en las características de género y edad (Donovan & Jessor, 1985).

Resultados menos acordes con la teoría fueron ofrecidos por Osgood y colaboradores (1988). Estos autores emplearon el análisis factorial confirmatorio y el análisis causal para poner a prueba un modelo que incluía distintas conductas problema (el consumo de marihuana y de otras drogas ilegales, el consumo excesivo de alcohol, la conducción peligrosa y un índice de conductas delictivas) evaluadas en tres momentos temporales. Los análisis mostraron que estas conductas se agrupan en un factor general en los tres momentos temporales analizados, aunque el porcentaje de varianza explicado era bajo. De hecho, la historia previa de la conducta explica un mayor porcentaje de variara de cada conducta problema que el porcentaje que nos aporta un factor general hacia la desviación. Por ejemplo, el consumo de marihuana es explicado en mayor medida por el consumo previo que por la existencia de m factor general. En vistas de estos resultados, estos autores plantean que estas conductas son en parte una manifestación

de un factor general hacia la desviación y en parte son un fenómeno único (Osgood, Johnston, O'Malley & Bachman, 1988).

En otro trabajo que también emplea el análisis factorial confirmatorio, se ponen a prueba dos modelos: uno de ellos con un factor común de primer orden y el otro modelo que consta de 5 factores de primer orden y uno de segundo orden. Los factores de primer orden propuestos son: 1) el consumo de alcohol, 2) los problemas con el alcohol, 3) la conducta delincuente, 4) el consumo de drogas ilegales y 5) la conducción peligrosa. El factor de segundo orden recibe el nombre de conducta problema y engloba a los anteriores factores de primer orden. En este segundo modelo, los factores de primer orden indican la validación del modelo de medida dado que las distintas conductas son evaluadas con varios ítems, y el factor de segundo orden implica que las correlaciones o covarianzas entre estos factores de primer orden son explicados por una tendencia general a la desviación o conducta problema. Los análisis realizados muestran que el segundo modelo es el que mejor se ajusta a los datos. Este factor de segundo orden explica entre un 11% y un 87% de la variabilidad de los factores de primer orden o conductas (Vingilis & Adlaf, 1990).

En consonancia con estos resultados, Grube y Morgan (1990) encuentran que un modelo de tres factores de primer orden y uno de segundo orden es el que mejor se ajusta a los datos. Los factores de primer orden son denominados 1) consumo de sustancias, 2) conductas problema de poca gravedad y 3) conductas problema serias. El factor de segundo orden que representa la tendencia hacia la desviación explicaría el 74% de las conductas problema serias y de poca gravedad, pero sólo el 14% del consumo de sustancias. Esto es indicativo de que el consumo de sustancias es relativamente independiente de una tendencia general hacia la desviación.

Otros estudios no ofrecen apoyo empírico a la existencia de una dimensión coro subyacente, sino que muestran la existencia de múltiples dimensiones (Basen-Engquist et al., 1996; Gillmore et al., 1991). En esta línea, Gillmore y colaboradores (1991) obtienen que un modelo tridimensional se ajusta mejor a los datos en una muestra de 426 adolescentes entre los 11 y los 12 años. Los tres factores que obtienen son: el abuso de sustancias, los problemas en la escuela y la conducta delincuente. Estos resultados se replican tanto en el grupo de los chicos como en el de las chicas.

Un estudio con diferente metodología fue realizado por Basen-Engquist y colaboradores (1996). En éste se emplean dos técnicas poco habituales en el estudio de la dimensionalidad del estilo de vida: el análisis de escalamiento multidimensional clásico y el análisis de cluster. La primera técnica muestra que la solución de cuatro dimensiones es la que mejor cumple los criterios de bondad de ajuste. Estas cuatro dimensiones se replican en submuestras de la muestra total que difieren en las características de género y raza. Las dimensiones son: 1) conductas que difieren en el grado de aceptación, 2) conductas que sugieren un fallo en las acciones que protegen la salud versus conductas autodestructivas activas, 3) conductas que varían en función de las oportunidades del ambiente social, y 4) conductas que varían en un continuo de ilegalidad desde imprudentes a criminales. En lo que respecta a los resultados del análisis de cluster, aparecen cinco grupos o clústers que recogen conductas pertenecientes a las diferentes dimensiones anteriores. Por este motivo es difícil dar un nombre a estos grupos. Podemos observar que los factores extraídos en este trabajo son de diferente naturaleza a los hallados en otros estudios. Esto se debe en gran parte a las diferentes técnicas de análisis de datos empleadas en el mismo.

Como ya hemos dicho anteriormente, en los últimos años los pioneros de esta Teoría de la Conducta Problema también se han interesado por estudiar como se agrupan las conductas que realzan la salud (Donovan et al., 1993). Para ello evalúan las siguientes variables con varios ítems para cada una de ellas: las conductas de seguridad, los hábitos de descanso, la alimentación, el ejercicio, la higiene dental y la conducta sedentaria (esta última codificada en sentido

inverso, a más puntuación menos sedentarismo). El análisis factorial confirmatorio muestra que el modelo que mejor se ajusta a los datos posee seis factores de primer orden y un factor general de segundo orden. No obstante, los pesos factoriales de los factores de primer orden en este segundo factor son bajos. La conducta de la que menos porcentaje de varianza se explica con este factor es la higiene dental (8%) y de la que más se explica es la alimentación (81%). Este resultado es replicado en 10 muestras que difieren en las características de edad, género y raza. En este caso, los autores son más cautos en la interpretación de sus resultados informando que una gran parte de la varianza de estas conductas no es explicada por el factor común. Además, plantean que si se hubieran introducido las conductas de riesgo para la salud, los análisis sugerirían una estructura de dos factores, uno que reflejaría las conductas problema y otro que recogería las conductas saludables. Ambos estarían correlacionados negativamente. Nos encontramos pues ante una reformulación de la teoría que nos conduce hacia la bidimensionalidad del estilo de vida relacionado con la salud.

2. Bidimensionalidad del estilo de vida

Basándose en estudios correlacionales previos, que mostraban como por un lado se relacionaban entre sí las conductas de riesgo para la salud, y por otro las conductas saludables (Blair, Jacobs & Powell, 1985; Langlie, 1979), diversos autores postulan la existencia de dos dimensiones de estilo de vida en la adolescencia: un estilo de vida que realiza la salud y un estilo de vida de riesgo para la salud (Véase Tabla 2) (Aaro, Laberg, & Wold, 1995; Balaquer, Castillo, Tomás & Dada, 1997; Castillo, Balaquer, Pastor & Atienza, 1997; Nutbeam, Aaro & Catford, 1989; Nutbeam, Ante & Wold, 1991; Thuen, Klepp & Wold, 1992).

Cabe destacar que los estudios de esta tradición coinciden no sólo en el número de dimensiones sino también en las características de las mismas y en el tipo de muestra utilizada. Estas coincidencias no son casuales, sino que por el contrario la mayoría de los trabajos han surgido a partir de un proyecto internacional coordinado por la OMS sobre los estilos de vida de los adolescentes. Por este motivo, estos trabajos utilizan el mismo cuestionario (Inventario de conductas de salud en escolares: HBSC) y parten del mismo banco de ítems para estudiar la dimensionalidad. Todos ellos han sido realizados con muestras de adolescentes de edades comprendidas entre los 11 y los 16 años. La mayoría de las muestras utilizadas son de gran tamaño. Existen además otro tipo de coincidencias metodológicas en los trabajos como son la utilización de unos índices contruidos a partir del banco de ítems, que serán las variables de entrada de los análisis, y el uso de la técnica de análisis factorial que en la mayoría de los trabajos es exploratorio con el método de Análisis de Componentes Principales. Aunque alguno de los trabajos utiliza el análisis factorial confirmatorio (LISREL).

En varias muestras de adolescentes (edad media 15 años) de diferentes países, europeos en su mayoría, Nutbeam y colaboradores (1989, 1991) encuentran que las distintas conductas relacionadas con la salud se agrupan en dos dimensiones, denominadas: estilo de vida que compromete la salud y estilo de vida que realiza la salud. El primer factor está formado por el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, el consumo de café y la alimentación. En el segundo factor saturan la alimentación sana, la higiene dental, el consumo de vitaminas y la actividad física. La varianza explicada por estos dos factores oscila entre el 30% y el 41%. Se explica un mayor porcentaje de varianza en las muestras de los Países Nórdicos y, por el contrario, se explica un menor porcentaje de la misma en las muestras de los países del sur de Europa. Asimismo, en los resultados ofrecidos con las muestras del sur de Europa se observan algunas discrepancias en las variables que componen los factores. Así pues, estos autores plantean que los programas de educación para la salud implantados desde hace años en los Países Nórdicos podría ser la explicación de estas diferencias.

Otros estudios que ofrecen evidencia empírica a favor de la bidimensionalidad son también realizados con muestras de adolescentes de 15 años procedentes de Noruega (Aaro et al., 1995; Thuen et al., 1992). Thuen y colaboradores (1992) introducen nuevas variables no consideradas en los estudios anteriores, como son las conductas de búsqueda de seguridad (uso del cinturón de seguridad, casco, chaleco salvavidas, reflectores) y las conductas de búsqueda de riesgo (esquiar deprisa, hacer cosas peligrosas). Se realizaron tres análisis factoriales diferentes, con muestras cuya media de edad es de 11, 13 y 15 años respectivamente. Con los adolescentes de 11 y 13 años, en el factor de conductas de riesgo saturan las siguientes variables: la alimentación insana, las conductas de búsqueda de riesgo y las conductas de búsqueda de seguridad, pero esta última en sentido negativo, y en el factor de conductas que realzan la salud encontramos la actividad física y la alimentación saludable. En la muestra de 15 años, el factor de conductas de riesgo recoge el consumo de tabaco, alcohol y café, la alimentación insana, las conductas de búsqueda de riesgo y las conductas de búsqueda de seguridad, esta última en sentido negativo. En el factor de conductas saludables tenemos la actividad física, la alimentación sana y las conductas de búsqueda de riesgo. Esta última variable satura positivamente en ambos factores. La varianza explicada con estos factoriales adopta valores de 43,3%, 44,4% y 37,2% para las muestras de 11, 13 y 15 años respectivamente (Thuen et al., 1992).

En el único trabajo de esta tradición realizado con la técnica de análisis factorial confirmatorio se ponen a prueba varias soluciones factoriales de 1, 2, 3 y 4 factores. Los índices de bondad de ajuste mostraron que la solución que mejor se adapta a los datos es la de 2 factores. Estos fueron denominados por los autores como conductas adictivas y conductas que realzan la salud. El primer factor recoge el consumo de tabaco, de alcohol y de café, la alimentación insana y la búsqueda de riesgo. En el segundo las variables son la actividad física la higiene bucal, la alimentación sana, la regularidad en la comida y la búsqueda de seguridad. Ambos factores mantienen entre sí una relación negativa (-.50). Cabe destacar que el factor de conductas adictivas explica entre un 10% (alimentación insana) y un 57% (consumo de tabaco) de la variabilidad de las variables incluidas, mientras que el factor de conductas saludables explica entre un 6% (actividad física) y un 25% (alimentación sana) de la variabilidad de las variables incluidas en el mismo. Se produce una mejora de la bondad de ajuste del modelo cuando se permite que la alimentación sana, la regularidad en la comida y la búsqueda de seguridad saturan en ambos factores, disminuyendo así la relación entre ambos factores a -.38. No obstante, los pesos factoriales de estas variables en el otro factor son negativos o muy bajos, con lo que aun así sigue mostrando un patrón coherente de asociaciones entre las conductas.

En varios trabajos realizados con adolescentes valencianos, se replica la estructura factorial de dos dimensiones hallada en la literatura, aunque aparecen algunas discrepancias con los trabajos anteriores. En este caso, los dos factores son el consumo de sustancias y la actividad física. Ambos factores explican conjuntamente alrededor del 50% de la varianza. El primer factor recoge el consumo de tabaco, de alcohol y de café y en el segundo factor todos los ítems hacen referencia a aspectos relacionados con la práctica de ejercicio y de actividad física. Estas diferencias pueden deberse en parte a que los análisis se realizan a partir del banco de ítems, y no de los índices que utilizan otros autores europeos, y en parte a la menor tradición en educación para la salud existente en nuestro país, que puede reflejarse en una menor relación entre las conductas que realzan la salud (Balaguer et al., 1997; Castillo et al., 1997).

3. Multidimensionalidad del estilo de vida en la adolescencia

En esta tradición nos encontramos ante un conjunto de estudios muy heterogéneos. En efecto, los trabajos que aportan evidencia empírica a favor de la multidimensionalidad se caracterizan por emplear muestras de edades y de países distintos y también por introducir una

mayor diversidad de variables (Véase tabla 3). En consecuencia, los resultados que ofrecen son divergentes, mostrando entre 4 y 10 dimensiones de distintas características.

El primer estudio de naturaleza multidimensional fue llevado a cabo por Kannas (1981) con una muestra de 1.546 jóvenes finlandeses en edad del servicio militar (18 años). Sus resultados arrojan 5 factores que explican cada uno entre el 3% y el 8% de la varianza, y el 28% de la misma tomados en su conjunto. Estos factores son: 1) el consumo de azúcar y grasas, 2) «la dulce vida» (denominado así por el autor por agrupar el consumo de tabaco, de alcohol y la promiscuidad sexual), 3) las conductas activas orientadas hacia la salud que recoge la actividad física, el uso de información sobre la salud, el desayuno nutritivo y el uso de reflectores para montar en bici o andar, 4) la regularidad en la alimentación y los hábitos de descanso, y 5) el cuidado dental.

Con dos muestras de universitarios canadienses de similares características, Norman (1985) encuentra cuatro factores que explican alrededor del 60% de la varianza. Los dos factores que explican un mayor porcentaje de varianza en ambas muestras se corresponden con un factor de consumo de sustancias, donde saturan el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, y otro factor de hábitos de descanso y conductas de bajo estrés. Los dos factores que faltan son diferentes en las dos muestras, explican un menor porcentaje de varianza y recogen una sola variable.

También Terre, Drabman y Meydrech (1990) encuentran cinco factores distintos en una muestra total de 11 a 18 años y cuatro submuestras de la misma en las que se divide a los sujetos por edades (11, 12-13, 14-15, 16-18 años). Con la muestra total se extraen cinco factores de conductas diferentes que son el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el desayuno insano, la conducta sedentaria y la conducta tipo A. También se extraen cinco factores en las distintas submuestras, aunque aparecen pequeñas variaciones. Los resultados obtenidos con los niños de 11 años muestran una mayor relación entre las conductas. Así pues, emergen dos factores diferentes a los obtenidos con la muestra total y tres similares. Los dos factores distintos son un factor de consumo de sustancias formado por los ítems de consumo de tabaco y algunos ítems de consumo de alcohol; y otro factor donde saturan ítems de sedentarismo junto a ítems de alimentación insana. También aparece un factor de sedentarismo y alimentación insana a los 12-13 y 14-15 años, pero no a los 16-18 años. Estos resultados son indicativos de una mayor asociación entre las conductas al inicio de la adolescencia y en la adolescencia media. Si bien, el porcentaje de varianza explicada en las distintas muestras por estos cinco factores es muy bajo, adoptando valores comprendidos entre el 14.09% y el 16.26%.

Otros autores se han interesado por buscar las diferencias entre chicos y chicas en estos patrones conductuales. En una muestra de edades comprendidas entre los 16 y los 20 años, no han aparecido grandes diferencias por género. De los 10 factores extraídos en este trabajo, los que explican un mayor porcentaje de varianza son el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, que saturan en el mismo factor para la muestra total y en factores independientes cuando se repiten los análisis por género. Otro factor muestra la asociación entre el consumo de fruta y la higiene dental, tanto en la muestra total como en el grupo de los chicos y de las chicas. El resto de factores recogen una o dos variables, mostrando poca asociación entre las conductas. Apenas se han encontrado diferencias entre chicos y chicas. Los autores consideran que existen diferencias en la composición de los factores por género. No obstante, estas diferencias surgen en los ítems que poseen muy bajo peso factorial en los factores (<0.25) con lo que son difícilmente interpretables (Vinck, Arickx & De Greef, 1993).

Se ha realizado un estudio con universitarios que presta mayor atención a las conductas de cuidado y prevención dental. En este trabajo se realizan dos análisis factoriales. Con el primero de ellos se estudia la estructura factorial de las distintas conductas de cuidado y prevención dental, y con el segundo se analiza la estructura factorial de las conductas de salud en general (consumo de tabaco y alcohol, control de peso, ejercicio, uso del cinturón de seguridad y

conductas de cuidado y prevención dental). Los resultados del primer análisis factorial muestran que las conductas de cuidado y prevención dental se agrupan en tres factores que en su conjunto explican un 63% de la varianza: conductas recomendadas por un profesional, conductas no recomendadas y chequeos preventivos. Por otra parte, el análisis realizado con todas las conductas de salud indica la existencia de cuatro factores que explican un 47% de la varianza. Este último análisis muestra además que las conductas de cuidado y prevención dentales saturan en factores distintos a las otras conductas de salud. Esto indica que las conductas de cuidado dental no aparecen relacionadas con otros comportamientos como la práctica de ejercicio, el uso del cinturón de seguridad, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol (Toneatto & Binik, 1990).

Discusión

A lo largo de esta revisión, podemos observar la diversidad de trabajos y resultados que se articulan alrededor del estudio de la dimensionalidad del estilo de vida de los adolescentes. Podemos hablar de la existencia de tres tradiciones investigadoras que difieren, entre otras cosas, en el número de dimensiones que proponen: la unidimensionalidad, la bidimensionalidad y la multidimensionalidad. Encontramos resultados dispares no solo entre estas tres tradiciones, sino también entre los autores de misma tradición. A pesar de ello, podemos extraer algunas conclusiones que nos permitan conocer mejor las relaciones entre las distintas conductas en la edad adolescente.

Con respecto a las conductas de riesgo para la salud, son muchos los estudios que muestran un fuerte retación entre el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el consumo de drogas ilegales en la edad adolescente. De hecho, estas tres conductas suelen saturar juntas en un factor en trabajos realizados desde las distintas tradiciones investigadoras. Este resultado se replica con muestras de distintos países, con lo que parece ser independiente de la cultura. Las relaciones con otras conductas de riesgo para la salud, como por ejemplo la alimentación insana o el uso del cinturón de seguridad, son débiles en general, aunque son algo más fuertes en los países del norte de Europa.

Acerca de las conductas que realzan la salud, hemos visto en la revisión como la relación entre las mismas es más débil y se halla más influida por factores culturales. En varios estudios realizados con muestras procedentes de los Países Nórdicos, estas conductas saturan juntas en un factor (Aaro et al., 1995; Nutbeam et al., 1989; Nutbeam et al., 1991; Thuen et al., 1992). Los investigadores han sugerido que esta relación puede ser un producto de los programas de promoción de la salud que durante dos décadas han sido llevados a cabo en estos países (Aaro et al., 1995; Nutbeam et al., 1991). La educación para la salud puede afectar más a unos individuos que a otros. Algunos pueden seguir las recomendaciones, mientras otros pueden rechazarlas. La presencia de tales individuos, en ambos extremos de la escala, contribuye a una mayor relación entre las conductas que realzan la salud. Este factor de conductas que realzan la salud, obtenido en los estudios de la tradición bidimensional con muestras procedentes de los Países Nórdicos, puede ser un efecto de la modernidad (Aaro et al., 1995).

Tampoco ha aparecido en los estudios una relación negativa clara entre las conductas de riesgo y las conductas que realzan la salud. Solo en el estudio de Aaro y colaboradores (1995) la relación entre ambos factores adopta un valor $-.50$. Lo que de nuevo nos lleva a pensar en la influencia cultural. En países con menos tradición en educación para la salud, los adolescentes pueden tener comportamientos relacionados con la salud más incoherentes.

Además de estas diferencias culturales, en la literatura se observan diferencias a nivel evolutivo. Así pues, a partir de los resultados de los distintos trabajos podemos observar que las conductas aparecen más relacionadas dando lugar a un menor número de factores a los

15 años. A medida que nos alejamos hacia edades superiores o inferiores a esta edad, las conductas aparecen menos relacionadas. Las relaciones entre las conductas de los adolescentes de 11 años son más débiles que a los 15 años, dado que a esta edad se posee menos control en la elección de su comportamiento pues está más influido por sus padres. A partir de los 18 años, cuando los hábitos están plenamente instaurados en el repertorio conductual de los individuos las relaciones son más débiles que a los 15 años.

Sin embargo, encontramos tal disparidad de resultados en el área que difícilmente cabe pensar que sea sólo una expresión de las diferencias culturales y evolutivas. Por el contrario, esta diversidad de resultados es un reflejo de otras diferencias y problemas que presenta la literatura (Pastor et al, 1997). Dos son los problemas fundamentales que manifiesta este área de estudio:

Uno de ellos es la diversidad de variables seleccionadas en los trabajos. A este respecto, los estudios que versan sobre la multidimensionalidad recogen una mayor diversidad de variables que los estudios sobre la bidimensionalidad o la unidimensionalidad. Por otra parte, los estudios realizados desde la Teoría de la Conducta Problema (defensores de la unidimensionalidad) seleccionan las conductas de riesgo para la salud junto a otro tipo de comportamientos problemáticos de la adolescencia, como pueden ser el comportamiento delincuente o los actos de vandalismo, dejando al margen las conductas que realzan la salud. En contraste, los defensores de la bidimensionalidad introducen como variables de sus estudios las conductas de riesgo para la salud y las conductas que realzan la salud (véanse tablas 1, 2 y 3). Por consiguiente, esta diferente selección de variables puede conducir a soluciones factoriales muy dispares.

El segundo problema de esta diversidad de resultados se debe a la existencia de múltiples definiciones operacionales de las variables de estilo de vida que se utilizan en los trabajos. Así por ejemplo, para evaluar el consumo de alcohol algunos instrumentos miden la frecuencia de consumo mientras otros la cantidad diana o semanal; y para evaluar los hábitos alimenticios algunos instrumentos recogen la frecuencia de consumo de determinados alimentos mientras otros preguntan directamente si se posee una dieta balanceada. Estas diferencias pueden ser observadas en todas las variables de estilo de vida. Asimismo, otros autores desde la perspectiva bidimensional crean unos índices a partir de los ítems del instrumento difíciles de replicar, dada la ausencia de suficiente información para ello. En los mismos, se combinan diferentes ítems para construir, por ejemplo, un índice de consumo de alcohol o de tabaco (Aaro et al., 1995; Nutbeam et al., 1989; Nutbeam et al., 1991; Thuen et al., 1992). Esta diversidad de definiciones operacionales no sólo contribuye a la desigualdad de resultados, sino que además dificulta la comparación entre los estudios.

Además de estos dos problemas metodológicos, una cuestión importante que los estudiosos en el área parecen obviar es la baja proporción de varianza explicada en los estudios. De hecho, la varianza total explicada por la solución factorial oscila entre el 10% y el 60%, aunque en la mayoría de los trabajos se explica en torno al 30%. Asimismo, la varianza de las distintas conductas de salud explicada por los factores es baja, adoptando valores comprendidos entre el 6% y el 87%, si bien la mayoría de los valores oscila entre el 30% y el 40%. Los porcentajes más bajos corresponden a las conductas que realzan la salud y los más altos a las conductas de riesgo para la salud.

Por tanto, una parte importante de la varianza del comportamiento de los adolescentes se queda sin explicar. Por lo que hay que ser cautos cuando se plantea la existencia de determinantes comunes y una intervención integrada de todas las conductas. Estas conductas poseen sus características y sus determinantes propios, que deben ser estudiados individualmente. Sin embargo, dado que aparecen correlacionadas o formando un estilo de vida, también podemos estudiar los determinantes del mismo, pero siendo especialmente cautos en las conclusiones e implicaciones prácticas.

Tabla 1.- Muestra, metodología y variables de los estudios empíricos sobre unidimensionalidad

AUTORES	MUESTRA	METODOLOGIA	VARIABLES
Basen-Jarquist et al (1986)	5.537. Adolescentes (15-18 años)	Escalamiento multidimensional Análisis de Cluster	INSTRUMENTO: Youth Risk Behavior Survey VARIABLES: 1) rendimiento escolar 2) cinturón de seguridad, 3) nadar bajo vigilancia, 4) llevar navaja, 5) frecuencia tabaco, 6) frecuencia alcohol, 7) frecuencia más de 5 consumiciones alcohólicas, 8) consumo de crack, 9) consumo de esteroides, 10) inyectarse drogas, 11) nº compañeros sexuales, 12) alcohol y drogas antes de sexo, 13) hacer dieta, 14) frecuencia ejercicio aeróbico, 15) llevar casco, 16) conducir bebido, 17) peleas, 18) pensamientos o intentos de suicidio, 19) nº cigarrillos, 20) frecuencia marihuana, 21) nº de veces de uso de coquina, 22) relaciones sexuales sin preservativo, 23) frecuencia de consumo de frutas y verduras, 24) comida alta en grasa, 25) frecuencia de participar en equipos de deporte.
Damon & Jessor (1985)	384 estudiantes de secundaria 184 universitarios 56-88 adolescentes	Análisis factorial	VARIABLES: 1) frecuencia borrachera el último año, 2) frecuencia de consumo de marihuana, 3) frecuencia de experiencia sexual, 4) nº cigarrillos/día, 5) nº de drogas probadas, 6) conducta desviada general, frecuencia en la que el sujeto se compromete en conductas del tipo: vandalismo, absentismo escolar, mentir, peleas, etc., 7) asistencia a la iglesia, 8) rendimiento académico
Damon et al (1988)	1.588 adolescentes (13-18 años)	Análisis factorial	VARIABLES: 1) frecuencia borrachera en los últimos 6 meses, 2) frecuencia de consumo de marihuana, 3) experiencia sexual, 4) conducta desviada general, frecuencia en la que el sujeto se compromete en conductas del tipo: vandalismo, absentismo escolar, mentir, peleas, etc., 5) asistencia a la iglesia, 6) rendimiento académico.
Damon et al (1993)	4.287 adolescentes (13-18 años)	Análisis factorial confirmatorio (LISREL)	INSTRUMENTO: Health Behavior Questionnaire VARIABLES: 1) uso del cinturón de seguridad, 2) alimentación, 3) hábitos de descanso, 4) frecuencia de ejercicio, 5) conducta sedentaria, 6) higiene dental.
Gillmore et al (1995)	426 pre-adolescentes (11-12 años)	Análisis factorial confirmatorio (LISREL)	VARIABLES: 1) meterse en problemas en la escuela, 2) ser expulsado de clase por mala conducta, 3) Ser expulsado del colegio, 4) golpear al profesor, 5) escala para el profesor sobre agresión, 6) robar cosas, 7) vandalismo sobre la propiedad, 8) lanzar objetos a coches o a la gente, 9) romper y entrar, 10) agredir a otros, 11) frecuencia de consumo de tabaco, 12) consumo de tabaco de mascari, 13) frecuencia de consumo de alcohol, 14) frecuencia de consumo de drogas ilegales
Grube & Morgan (1990)	5.700 adolescentes (12-18 años)	Análisis factorial confirmatorio (LISREL)	VARIABLES: 1) nº de cigarrillos, 2) frecuencia de consumo de cerveza, sidra, vino y liceres, 3) frecuencia de consumo de drogas, 4) frecuencia de consumo de marihuana, 5) peñabotas, 6) mentir a padres, 7) mentir a profesores, 8) robar, 9) destrozos sobre propiedades.
Jessor et al (1980)	13.122 adolescentes (13-18 años)	Análisis correlacional	VARIABLES: 1) frecuencia borrachera el último año, 2) frecuencia de consumo de marihuana, 3) otras drogas probadas, 4) conducta desviada general, frecuencia en la que el sujeto se compromete en conductas del tipo: vandalismo, absentismo escolar, mentir, peleas, etc., 5) asistencia a la iglesia, 6) rendimiento académico.
Jessor et al (1988)	975 universitarios (18-22 años)	Análisis factorial confirmatorio (LISREL)	VARIABLES: 1) conducta criminal, 2) consumo de alcohol, 3) consumo de marihuana, 4) consumo de otras drogas ilegales, 5) conducción peligrosa.
Vinberg & Auliel (1990)	1.256 adolescentes (17-19 años)	Análisis factorial confirmatorio (LISREL)	INSTRUMENTO: Ontario Student Drug Use Survey VARIABLES: 1) frecuencia consumo de alcohol, 2) cantidad de alcohol, 3) ser advertido por la policía, 4) buscar ayuda en el orientador escolar, 5) desear beber menos, 6) creer que los padres piensan que consumen demasiado, 7) conducir sin permiso, 8) dañar propiedades ajenas, 9) robar menos de 50 dólares, 10) robar más de 50 dólares, 11) pelearse o hacer daño a alguien, 12) entrar en un edificio cerrado, 13) formar parte de peleas de pandillas, 14) consumo de drogas ilegales, 15) nº accidentes de coche, 16) accidentes bajo el efecto del alcohol, 17) haber sido detenido por conducir bebido, 18) frecuencia de conducir sin que se pase una hora de haber bebido 2 o más consumiciones.

Tabla 2.- Muestra, metodología y variables de los estudios empíricos sobre bidimensionalidad

AUTORES	MUESTRA	METODOLOGIA	VARIABLES
Aaro et al. (1995)	1.648 adolescentes (15 años)	Análisis factorial confirmatorio (LISREL)	INSTRUMENTO: Health Behavior in School Children (HBSC) VARIABLES QUE CONFORMAN INDICES: 1) consumo de tabaco, 2) consumo de alcohol, 3) consumo de café, 4) alimentación insana: consumo de coca-cola, dulces, cacahuetes, patas fritas, papas, hamburguesas o perritos calientes y leche entera, 5) Conductas de búsqueda de riesgo: saltarse normas de tráfico, hacer cosas peligrosas por probarlas, monopatin y subir en moto, 6) Conductas de búsqueda de seguridad: usar casco, reflectores y cinturón de seguridad, 7) nº de horas de actividad física, 8) higiene dental: lavarse los dientes y uso de hilo dental, 9) alimentación sana: fruta, verdura, pan moreno y leche baja en grasa, 10) regularidad en la alimentación.
Balaquer et al. (1997)	283 adolescentes (11-17 años)	Análisis de componentes principales	INSTRUMENTO: Inventario de conductas de salud en escolares (IBSC) VARIABLES: 1) frecuencia de actividad física, 2) frecuencia deporte, 3) nº y veces de ejercicio semanal, 4) nº horas ejercicio semanal, 5) participación en competiciones deportivas, 6) pertenencia a un club deportivo, 7) probar tabaco, 8) frecuencia consumo tabaco, 9) frecuencia consumo de cerveza y licores, 10) frecuencia emborracharse, 11) frecuencia consumo de café o te.
Balaquer et al. (en prensa)	517 adolescentes (13-19 años)	Análisis de componentes principales	INSTRUMENTO: Inventario de conductas de salud en escolares (IBSC) VARIABLES: 1) frecuencia, intensidad y duración de la práctica deportiva, 2) nº veces de ejercicio semanal, 3) nº horas ejercicio semanal, 4) probar tabaco, 5) probar vino, licores y cerveza, 6) frecuencia consumo tabaco, 7) frecuencia consumo de cerveza, vino y licores, 8) frecuencia emborracharse, 9) consumo de café o te.
Nutbeam et al. (1989)	4.022 adolescentes: noruegos 6386 adolescentes galeses (11-16 años)	Análisis de componentes principales	INSTRUMENTO: Health Behavior in School Children (HBSC) VARIABLES QUE CONFORMAN INDICES: 1) consumo de tabaco, 2) consumo de alcohol, 3) consumo de café, 4) alimentación insana: consumo de coca-cola, dulces, cacahuetes, patas fritas, papas, hamburguesas y perritos calientes, 5) alimentación sana: consumo de frutas y verduras y pan moreno, 6) nº de horas de ejercicio intenso, 7) higiene dental: uso de flúor, hilo dental y pastillos dentales, frecuencia de lavarse los dientes, 8) uso de vitaminas, 9) irregularidad en la alimentación, 10) uso del cinturón de seguridad.
Nutbeam et al. (1991)	adolescentes de 9 países europeos (11- 16 años) (cada país entre 3.000 y 6.000 sujetos.	Análisis de componentes principales	INSTRUMENTO: Health Behavior in School Children (HBSC) VARIABLES QUE CONFORMAN INDICES: 1) consumo de tabaco, 2) consumo de alcohol, 3) consumo de café, 4) alimentación insana: consumo de coca-cola, dulces, cacahuetes, patas fritas, papas, hamburguesas y perritos calientes, 5) alimentación sana: consumo de frutas, verduras y pan moreno, 6) nº de horas de ejercicio intenso, 7) higiene dental: uso de flúor, hilo dental y pastillos dentales, frecuencia de lavarse los dientes, 8) uso de vitaminas,
Tihen et al. (1992)	5.592 adolescentes noruegos (11-16 años)	Análisis de componentes principales	INSTRUMENTO: Health Behavior in School Children (HBSC) VARIABLES QUE CONFORMAN INDICES: 1) consumo de tabaco, 2) consumo de alcohol, 3) consumo de café, 4) alimentación insana: consumo de coca-cola, dulces, cacahuetes, patas fritas, papas, hamburguesas y perritos calientes, 5) alimentación sana: consumo de frutas y verduras y pan moreno, 6) nº de horas de ejercicio intenso, 7) higiene dental: uso de hilo dental y frecuencia de lavarse los dientes, 8) conductas de búsqueda de riesgo: esquivar lo más rápido posible y hacer cosas peligrosas por la emoción de probarlas, 9) conductas de búsqueda de seguridad: uso de cinturón de seguridad, casco, chalecos salvavidas y reflectores.

Tabla 3.- Muestra, metodología y variables de los estudios empíricos sobre multidimensionalidad

AUTORES	MUESTRA	METODOLOGIA	VARIABLES
Kannas (1981)	1.546 adolescentes (18 años)	Análisis factorial	VARIABLES: 1) variedad en el desayuno, 2) tomar azúcar en el café/te, 3) mantequilla, 4) leche entera, 5) regularidad de las comidas, 6) nº de cigarrillos/día, 7) nº de drogas probadas, 8) frecuencia consumo de alcohol, 9) nº de parejas sexuales, 10) frecuencia de duchas o baños, 11) frecuencia de lavarse los dientes, 12) tiempo que no visita dentista, 13) frecuencia deporte, 14) regularidad en la hora de irse a dormir, 15) uso de reflectores de tráfico, 16) uso de literatura sobre salud.
Norman (1985)	106 muestras: 286 y 126 estudiantes universitarios	Análisis de componentes principales	VARIABLES: 1) chequeos médicos, 2) dormir 8 horas por noche, 3) comer en exceso, 4) dieta balanceada, 5) lavarse las manos después de usar el baño o antes de comer, 6) frecuencia de práctica de ejercicio al menos 15 minutos, 7) frecuencia de consumo de alcohol, 8) frecuencia de consistirse por llevar poca ropa, 9) nº de cigarrillos diarios, 10) frecuencia de estar tenso y estresado.
Terre et al (1990)	1.092 adolescentes (11-18 años)	Análisis de componentes principales	INSTRUMENTO: Health Habits Survey VARIABLES: 1) ejercicio, 2) alimentación, 3) consumo de tabaco, 4) consumo de alcohol, 5) conductas relacionadas con el estrés, 7) ítemis por área que en ocasiones o a menudo no se conducen
Toncauto & Binik (1990)	350 estudiantes universitarios	Análisis de componentes principales	VARIABLES: 1) uso de hilo dental, 2) cepillarse los dientes, 3) chequeos dentales, 4) uso de enjuague bucal, 5) tratamientos dentales, 6) uso del palillo dental, 7) uso del cinturón de seguridad, 8) Consumo de tabaco, 9) Consumo de alcohol, 10) control del peso, 11) ejercicio, 12) chequeos médicos.
Vinck et al (1993)	1.311 adolescentes (16-20 años)	Análisis factorial	INSTRUMENTO: European Health and Behavior Survey VARIABLES: 1) medirse la tensión, 2) consumo de tabaco, 3) consumo de alcohol, 4) consumo de café, 5) hábitos de descanso, 6) frecuencia de práctica de ejercicio, 7) usar protector solar, 8) lavarse los dientes, 9) uso del cinturón, 10) respetar el límite de velocidad, 11) conducir bajo alcohol, 12) comer carne, 13) comer fruta, 14) añadir sal a la comida, 15) saltarse comidas, 16) consumir aperitivos, 17) regularidad del desayuno, 18) montar en bicicleta, 19) autoexamen de pecho o testicular

De todo lo expuesto hasta el momento, se desprende la necesidad de estudios adicionales que nos aporten más información de las relaciones entre las distintas conductas o patrones de estilos de vida. En este sentido, es preciso que los investigadores en el área se hagan eco de los problemas metodológicos planteados dándoles una solución. Solución que, en nuestra opinión, debería recoger una medición estandar de las variables y un mayor acuerdo acerca de qué conductas pueden ser consideradas como parte de un estilo de vida relacionado con la salud. Además, se precisa de más datos acerca de las diferencias transculturales y evolutivas.

Un área de estudio dejada de lado en la literatura es el análisis de las causas por las que las distintas conductas se relacionan, dando lugar a factores o dimensiones de estilo de vida. Se han realizado algunas aportaciones teóricas al respecto. Elliot (1993) considera que existen seis explicaciones diferentes utilizadas por los autores para dar cuenta de estas dimensiones: 1) las conductas tienen una causa común (por ejemplo, rasgos de personalidad, desorden clínico, orientación social, proceso de desarrollo), 2) están vinculadas con la experiencia social y se aprenden como un conjunto (por ejemplo, el consumo de tabaco y de alcohol), 3) constituyen medios alternativos para alcanzar metas personales, 4) se hallan vinculadas con las expectativas normativas de grupos particulares o culturas, 5) están vinculadas causalmente unas con otras, y 6) su agrupación es puramente casual.

No obstante, pocas de estas hipótesis han sido puestas a prueba a nivel empírico. Únicamente desde la Teoría de la Conducta problema se ha investigado el supuesto de convencionalidad versus multi-convencionalidad de las conductas relacionadas con la salud, pero no existen datos contundentes que nos lleven a una conclusión sobre el tema. Por lo tanto, es preciso dedicar mayores esfuerzos al estudio de las causas que conducen a la interrelación de las conductas. De este modo, podremos alcanzar un conocimiento más comprensivo y exhaustivo acerca de las diferencias culturales y evolutivas existentes en este área de estudio.

Artículos y libros empíricos revisados

- Aaro, L.E., Laberg, J.C., & Wold, B. (1995). Health behavior among adolescents: towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research*, 10, 1, 83-93.
- Balaguer, I., Castillo, I., Tomás, I., & Duda, J. (1997). Las orientaciones de metas de logro predictoras de las conductas de salud en adolescentes, *IberPsicología*, 2, 2: 10. URL: <http://fs-morente.filol.ucm.es/Publicaciones/Iberpsicologia/Balaguer.Balaguer.htm>.
- 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*, 1, 64, 4, 764-775.
- Castillo, I., Balaguer, I., Pastor, Y., & Atienza, F.L. (1997). Un estudio de la estructura factorial de los estilos de vida. Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Psicología Social.
- Donovan, J.E., Jessor, R., & Costa, F.M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 762-765.
- Donovan, J.E., Jessor, R., & Costa, F.M. (1993). Structure of health-enhancing behavior in Adolescence: A latent-variable approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 346-362.
- Donovan, J.E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13, 890-904.
- Gillmore, M.R., Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Day, J.L.E., & Moore, M. (1991). Structure of problem behaviors in preadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 4, 499-506.
- Grube, J.W., & Morgan, M. (1990). The structure of problem behavior among Irish adolescents. *British Journal of Addiction*, 85, 5, 667-675.
- Jessor, R., Chase, J., & Donovan, J. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, 70, 604-613.
- Kannas, L. (1981). The dimensions of health behavior among young men in Finland. *International Journal of Health Education*, 24, 3, 2-11.
- Norman, R.M.G. (1985). Studies of the interrelationships amongst health behavior. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 407-410.
- Nutbeam, D., Aaro, L., & Catford, J. (1989). Understanding childrens health behavior. The implication for health promotion for young people. *Social Science & Medicine*, 29, 3, 317-325.

- Nutbeam, D., Aaro, L.E., & Wold, B. (1991). The life style concept and health education with young people. Results from a WHO international survey. *World Health Statistics Quarterly*, 44, 55-61.
- Osgood, D.W., Johnston, L.D., O'Malley, P.M., & Bachman, J.G. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *American Sociological Review*, 53, 81-93.
- 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 behaviors among Norwegian school children. *Health Education Research*, 7, 2, 269-276.
- Toneatto, A., & Binik, Y.M. (1990). Internal structure of prevention and dental health behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 5, 481-487.
- Vinck, J., Arickx, M., & De Greef, M. (1993). Patterns of health behavior among adolescents. En H. Schröder, K. Reschke & M. Johnston (Ed.): *Health Psychology: Potential in diversity*. Regensburg, Roderer Verlag.
- Vingilis, E., & Adlaf, E. (1990). The structure of problem behavior among Ontario high school students: a confirmatory factor analysis. *Health Education Research*, 5, 2, 151-160.

Referencias Bibliográficas

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine*, 32, 8, 899-908.
- Ansbacher, H.L. (1967). Lifestyle: A Historical and systematic review. *Journal of Individual Psychology*, 23, 191-212.
- Belloc, N.B. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Belloc, N.B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Blair, S.N., Jacobs, D.R., & Powell, K.E. (1985). Relationships between exercise or physical activity and other health behaviors. *Public Health Reports*, 100, 2, 172-180.
- Chasin, L., Presson, C.C., & Sherman, S.J. (1987). Applications of social developmental psychology to health behaviors. En N. Eisenberg: *Contemporary topics in developmental Psychology*. New York, John Wiley & Sons.
- Coleman, J.C. (1980). Friendship and the peer group in adolescence. En: J. Adelson (Ed.): *Handbook of adolescent psychology*. New York, Wiley.
- Coreil, J., Levin, J.S., & Jaco, G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3, 3, 221-231.
- Dougherty, D.M. (1993). Adolescent health. *American Psychologist*, 48, 2, 193-201.
- Elliot, D.S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S.G. Millstein, A.C. Petersen, y E.O. Nightingale (Eds.): *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century*. Oxford, Oxford University Press.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. En: S. Feldman y G. Elliot (Ed.): *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, Harvard University Press.
- Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioral health. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Ed.): *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York, Wiley.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 2, 117-126.
- Jessor, R., & Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York: Academic.
- Langlie, J.K. (1979). Interrelationships among preventive health behaviors: A test of competing hypotheses. *Public Health Reports*, 94, 3, 217-225.
- Mechanic, D., & Cleary, P.D. (1980). Factors associated with the maintenance of positive health behavior. *Preventive Medicine*, 9, 805-814.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & Garcia-Merita, M.L. (en prensa). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*.
- Pastor, Y., Balaguer, I., Castillo, I., & González, C. (1997). Dimensiones de los estilos de vida. Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Psicología.
- Sarafino, E.P. (1994). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New York, John Wiley & Sons.
- Sobal, J., Revicki, D., & DeForge, B.R. (1992). Patterns of interrelationships among health-promotion behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 8, 6, 35-44.
- Ungemack, J.A. (1994). Patterns of personal health practice: Men and women in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 1, 38-44.
- Williams, A.F., & Wechsler, H. (1972). Interrelations of preventive actions in health and other areas. *Health Services Reports*, 87, 969-976.